

Planeamento Familiar e Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Moçambique

Organização

Carlos Arnaldo | Boaventura M. Cau

Baltazar Chilundo | Joelma J. Picardo | Sally Griffin

CEPSA

Planeamento Familiar e Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Moçambique

Organização

Carlos Arnaldo | Boaventura M. Cau

Baltazar Chilundo | Joelma J. Picardo | Sally Griffin



Titulo

Planeamento Familiar e Políticas de Saúde Sexual
e Reprodutiva em Moçambique

Organização

Carlos Arnaldo
Boaventura M. Cau
Baltazar Chilundo
Joelma J. Picardo
Sally Griffin

Edição

CEPSA

Design Gráfico e Paginação

Lurdes Faife

Revisão

David Seth Langa

Impressão e Acabamento

Publifix, Lda

Número de Registo

9901/RLINLD/2019

ISBN

978-989-98516-6-5

Tiragem

1500 Exemplares

Endereço do Editor

Rua de França, n.º 72, 2 Andar
Tel: +258 21 415 328
cepsa@cepsamoz.org
www.cepsamoz.org
Maputo – Moçambique

Maputo, Maio de 2019

O CEPSA agradece:

À Fundação MASC (Mecanismo de Apoio à Sociedade Civil),
ao Centro Internacional para a Saúde Reprodutiva em
Moçambique (ICRH-Moçambique) e ao Governo Flamengo
pelo apoio financeiro para a produção deste livro.

Conselho Editorial

Adriano Biza

Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

António Francisco

Instituto de Estudos Sociais e Económicos
Maputo, Moçambique

Baltazar Chilundo

Faculdade de Medicina
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Beatriz Chongo

Faculdade de Medicina
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Boaventura M. Cau

Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Carlos Arnaldo

Centro de Estudos Africanos
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Carlos Cuinhane

Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Humberto Muquingue

Faculdade de Medicina
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Joelma Joaquim Picardo

Centro Internacional para Saúde Reproduti-
va Moçambique
Maputo, Moçambique

Judite Chipenembe

Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Kristien Roelens

Universidade de Gent
Gent, Bélgica

Leonardo Chavane

Faculdade de Medicina
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Mohsin Sidat

Faculdade de Medicina
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Ramos Muanamoha

Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Rogers Justo Hansine

Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo, Moçambique

Sally Griffin

Centro Internacional para Saúde Reproduti-
va Moçambique
Maputo, Moçambique

Sandra Dzidzai Matanyaire Gonçalves

Universidade do Cabo
Cabo, Africa do Sul

Sarah Hayford

Universidade de Ohio
Columbus, EUA

Autores

Ana Jacinto

É oficial sénior de Monitoria e Avaliação da Pathfinder Internacional Moçambique. Licenciada em Sociologia pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa em 2003 (ISCTE) da Universidade Técnica de Lisboa (UTL), Mestrada em Saúde Pública pela *Universidade de Londres* e frequentando uma pós graduação em Estatística Aplicada a Saúde pela Universidade Nova de Lisboa. As suas áreas de interesse incluem saúde pública, saúde reprodutiva e HIV e SIDA.

ajacinto@pathfinder.org

Baltazar Chilundo

É médico generalista, doutorado e especialista em saúde pública. Tem experiência de mais de 18 anos na prática e ensino de saúde pública de países de baixa renda com enfoque na monitoria e avaliação, informação estratégica, planificação, pesquisas e gestão de sistemas de saúde. Nos últimos 13 anos tem se concentrado em áreas de HIV e SIDA, saúde sexual e reprodutiva, imunização, malária, políticas de saúde, recursos humanos em saúde e cuidados de saúde primários. Actualmente é investigador, Professor Associado na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, Gestor de Informação Estratégica de ICAP *at Columbia University* em Moçambique e membro das seguintes instituições: Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA), Ordem dos Médicos de Moçambique e Associação dos Médicos de Moçambique.

baltazar.chilundo@gmail.com

Boaventura Cau

É investigador e coordenador da área de pesquisa e desenvolvimento de capacidades no Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA). Professor Associado de Geografia de Saúde da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane. É Licenciado em geografia (1998) pela Faculdade de Letras da Universidade Eduardo Mondlane, Mestre em estudos de terras e agrários (2005) pela *University of the Western Cape* e doutorado em Sociologia (Demografia e Saúde) (2011) pela *Arizona State University*. Exerce as funções de chefe do Departamento de Geografia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane. As suas áreas de interesse incluem mortalidade, saúde reprodutiva, contexto geográfico e saúde, migrações e saúde, HIV e SIDA.

bcau@cepsamoz.org

Camila Gianella

Professora na Faculdade de Psicologia na *Pontificia Universidad Católica del Perú*. Investigadora no Instituto Christian Michelsen e membro global do Centro para Lei e Transformação Social, em Bergen na Noruega, onde é parte dos seguintes projectos: Elevando os direitos da água a direitos humanos; Batalhas legais do direito do aborto na América Latina; Operacionalização da abordagem baseada em direitos na prestação de serviços da área da saúde; Determinantes políticos da saúde sexual e reprodutiva. Doutorada em Psicologia pela Universidade de Bergen (2013), Mestre em Psicologia pela *Charité – Universitätsmedizin* de Berlin e Licenciada em Psicologia pela *Pontificia Universidad Católica del Perú*.

Camilla.Gianella@cmi.no

Carlos Arnaldo

Investigador e Director do Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA), Professor Associado da Faculdade de Letras e Ciências Sociais (FLCS) da Universidade Eduardo Mondlane (UEM), onde exerce as funções de Director do Centro de Estudos Africanos (CEA). Doutorado em Demografia (2003) e Mestre em Estudos de População (1999), pela *Australian National University*, Licenciado em Geografia (1996), pela UEM. As suas áreas de interesse incluem estimação e dinâmica demográfica, fecundidade, nupcialidade, saúde reprodutiva e HIV e SIDA.

carnaldo@cepsamoz.org

Carlos Cuinhane

Docente no Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras e Ciências Sociais (FLCS), Universidade Eduardo Mondlane (UEM). Doutorado em Sociologia da Saúde (2018) pela *Vrije Universiteit Brussel* e Mestrado em Antropologia Médica (2009) pela Universidade de Nairobi. Licenciado em Sociologia (2006) e Bacharel em Ciências Sociais (2004) pela UEM. As suas áreas de interesse incluem Saúde sexual e reprodutiva, género e HIV e SIDA, com enfoque em Saúde materno-infantil; saúde e veterinária, desenvolvimento e política social.

carlos.cuinhane@uem.mz

Carmeliza Rosário

Investigadora social na COWI Moçambique; investigadora visitante no Centro para Lei e Transformação Social associado ao Instituto Christian Michel-

sen, em Bergen - Noruega e investigadora associada da Kaleidoscopio, Centro de Pesquisa em Políticas Públicas e Cultura. Doutoranda em Antropologia Social e Mestre em Antropologia do Desenvolvimento (1998) pela Universidade de Bergen, Noruega. Licenciada em Antropologia pela Universidade Técnica de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais e Políticas. As suas áreas de interesse incluem género, pobreza, vulnerabilidade e direitos sociais.

cscr@cowi.com

Danúbio Lihahé

Docente do Departamento de Arqueologia e Antropologia da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane e Coordenador de Pesquisas do Centro de Estudos e Promoção de Cidadania e Direitos Humanos (CODD). Doutorando em Sustentabilidade Social e Desenvolvimento; Mestre em Antropologia Social e Cultural pela Universidade de Lisboa e licenciado em Antropologia e Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Eduardo Mondlane.

lihahé.danubio@gmail.com

David Langa

Professor Auxiliar da Faculdade de Letras e Ciências Sociais (FLCS) da Universidade Eduardo Mondlane (UEM). Doutorado (2012), Mestrado (2008) e Licenciado (2000) em Linguística pela mesma universidade. As suas áreas de interesse incluem a linguística teórico-descritiva das línguas africanas ou Bantu; sociolinguística, focada no multilinguismo e etnografia da comunicação.

daslanga@gmail.com

Esmeralda Mariano

Professora Auxiliar e pesquisadora na Universidade Eduardo Mondlane, onde actualmente exerce as funções de Directora-adjunta da Pós-Graduação na Faculdade de Letras e Ciências Sociais. Doutorada em Antropologia Social e Cultural (2014) pelo Centro Internacional de Pesquisa em Estudos Africanos na Universidade de Leuven, Bélgica. Mestrada em Antropologia Social - orientação em Ecologia Humana - (2002), pela Universidade de Bergen na Noruega, e licenciada em Letras e Filosofia - enfoque em Etnoantropologia - (1998) pela Universidade de Estudos de Génova, Itália. As suas áreas de interesse incluem saúde sexual e reprodutiva, género e sexualidade, violência e masculinidades, tráfico de seres humanos, medicina local e questões ecológicas.

esmeraldamariano3@gmail.com

Estêvão Manhice

É assistente de pesquisa, advocacia e monitoria e avaliação no Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA). É licenciado em Antropologia (2011) pela Universidade Eduardo Mondlane e mestrando em Saúde Pública. As suas áreas de interesse incluem determinantes sociais de saúde, saúde sexual e reprodutiva, HIV e SIDA e Malária.

emanhice@cepsamoz.org

Joelma Picardo

Investigadora Social e Gestora de Projectos de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) no Centro Internacional para Saúde Reprodutiva - Moçambique (ICRH-M), onde é responsável por garantir a implementação científica e técnica de projectos na área de SSR. Mestrada em Antropologia Social, com orientação em questões de Saúde Pública (2012), pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Licenciatura em Antropologia (2007), pela Universidade Eduardo Mondlane (UEM). As suas áreas de interesse incluem saúde sexual e reprodutiva, saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens, planeamento familiar, aborto seguro e HIV e SIDA.

j.joaquim@icrh-m.org.mz

Manuel Macia

É sociólogo e Professor Auxiliar no Departamento de Sociologia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane. Doutorado em Estudos de Desenvolvimento (2010) pela *School of Developments Studies*, actual *School of Built Environment and Development Studies*, da Universidade de KwaZulu-Natal, África do Sul. Mestrado em Sociologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)/(Brasil) (1997). Licenciado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)/(Brasil) (1994). Assessor do Reitor para a área de Desenvolvimento Social e Comunitário (Extensão universitária). As áreas de interesse incluem masculinidades, sexualidade e comportamento sexual masculino; saúde sexual e reprodutiva e HIV e SIDA, relações sociais de género, dinâmicas sociais e políticas na perspectiva de género.

manuelmacia700@gmail.com

Momade Ustá

Médico Ginecologista e Obstetra desde 1998. Licenciado em Medicina (1983) pela Universidade Eduardo Mondlane. Assessor para área de Planeamento Fa-

miliar e Aborto na *Pathfinder International*. Foi Director do Hospital Geral José Macamo, onde também trabalhou como Chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Trabalhou durante 5 anos no Harare Central Hospital no Zimbabwe. Participou em diversos trabalhos de investigação na área do aborto e contracepção.

MBIUsta@pathfinder.org

Pranitha Maharaj

É professora Catedrática e membro da *South African Chair in Economic Development na University of KwaZulu-Natal*, Africa do Sul. É doutorada em Epidemiologia e Saúde da População (2003) pela *London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom*. Antes de se juntar a *School of Built Environment and Development Studies*, leccionou no Departamento de Sociologia da *University of Natal, Pietermaritzburg*, onde obteve os graus de licenciatura (1994) e Mestrado (1995) em Sociologia. Muito do seu trabalho tem focado em questões de Saúde Reprodutiva.

maharajp7@ukzn.ac.za

Rehana Capurchande

Socióloga e docente na Universidade Eduardo Mondlane (UEM) Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Departamento de Sociologia. Coordenadora Adjunta do projecto *Young Women Leadership* e coordenadora da Unidade de Investigação em Diversidade Género e Saúde da FLCS-UEM. Doutora em Sociologia (2016), pela *Vrije Universiteit Brussel*; Mestre em Desenvolvimento Económico e Social de África- Planeamento, Gestão e Avaliação de Projectos (2007), pelo Instituto Superior de Ciências, do Trabalho e Empresa, Lisboa; Licenciada em Sociologia (2005), pela UEM. As suas áreas de interesse incluem Saúde sexual e reprodutiva, sexualidade e corpo, género e transgénero, violência e estudos de desenvolvimento.

rehana.dc@gmail.com

Rogers Hansine

Docente no Departamento de Geografia da Faculdade de Letras e Ciências Sociais (FLCS) da Universidade Eduardo Mondlane (UEM). Investigador associado do Centro da Análise de Políticas da UEM. Doutorando em Geografia Social e da População na *Bayreuth University* (Alemanha), Mestre em Estudos de Desenvolvimento (2013), pelo *International Institute of Social Studies of Erasmus University Rotterdam*, (Holanda) Licenciado em Geografia

(2009), pela UEM. As suas áreas de interesse incluem Geografia da população e desenvolvimento, Demografia social, Geografia urbana, urbanização e urbanismo nos países em vias de desenvolvimento.

rogers.hansine@yahoo.com.

Sally Griffin

Tem mais de 20 anos de experiência em programas e investigação de saúde e direitos sexuais e reprodutivos na África Austral, especialmente em Moçambique e Angola. As suas áreas de especialização incluem saúde materna, planeamento familiar, aborto seguro e HIV. Mestrado em Pesquisa em Saúde Sexual e Reprodutiva (2006) pela *London School of Hygiene & Tropical Medicine*, e licenciatura em Biologia (1996) pela *University of Sussex*, 1996. Actualmente é Directora e investigadora do Centro Internacional para Saúde Reprodutiva em Moçambique.

s.griffin@icrhm.org.mz

Vânia Pedro

Docente e investigadora na Faculdade de Estudos da Cultura do Instituto Superior de Artes e Cultura (ISArC), onde exerce as funções de Directora-Adjunta para Investigação e Extensão. Doutoranda em Antropologia Social e Cultural no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Mestre em Saúde Pública (2013) e licenciada em Antropologia (2008) pela Universidade Eduardo Mondlane. As suas áreas de interesse incluem: planeamento familiar, masculinidades, ritos de iniciação e saúde reprodutiva.

Capítulo 1	
Introdução	1
Carlos Arnaldo	
Boaventura M. Cau	
Baltazar Chilundo	
Joelma J. Picardo	
Sally Griffin	
 Capítulo 2	
O que se sabe e o que se faz: Conhecimento, atitudes e práticas sobre o planeamento familiar	9
Manuel Macia	
Pranitha Maharaj	
Rehana Capurchande	
 Capítulo 3	
Acesso Comunitário aos Contraceptivos Injectáveis: Distritos de Montepuez e Chiure, Cabo Delgado	51
Ana Jacinto	
Momade Ustá	
 Capítulo 4	
Práticas e Percepções Sobre o uso da Dupla Contracepção entre Homens e Mulheres Vivendo com HIV	75
Carlos Cuinhane	
 Capítulo 5	
Contexto Socioeconómico e a Variação Geográfica do uso Não-Marital de Contracepção em Moçambique	107
Boaventura M. Cau	
 Capítulo 6	
Disparidades da Fecundidade Intraurbana e as Desigualdades Sócio-Espaciais na Cidade de Maputo	135
Rogers Hansine	

Capítulo 7	
“Planeamento Familiar é Assunto de Mulheres, porque elas é que têm Útero (...)”	163
Vânia Pedro	
Esmeralda Mariano	
Capítulo 8	
Desafios e Possibilidades para o Envolvimento do Homem no Planeamento Familiar em Moçambique	189
Estêvão Manhice	
Danúbio Lihahé	
Capítulo 9	
Percepções e Motivações dos Homens na Adesão e Uso do Planeamento Familiar	211
Joelma J. Picardo	
Boaventura M. Cau	
Capítulo 10	
Percepções sobre o Planeamento Familiar do Ponto de Vista da Etnografia da Comunicação em Moçambique	233
David Langa	
Capítulo 11	
Evolução Histórico-Legal do Processo de Despenalização do Aborto em Moçambique	259
Carmeliza Rosário	
Camila Gianella	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 2.1: Distribuição dos participantes do estudo nas DGF	16
Tabela 2.2: Percentagem de respondentes que concordam com afirmações específicas a cerca de planeamento familiar e prevenção da gravidez	29
Tabela 2.3: Percentagem de respondentes sobre se usaram ou não um método para evitar a gravidez no último acto sexual antes da entrevista	31
Tabela 2.4: Percentagem de respondentes por métodos contraceptivos usados no último acto sexual antes da entrevista	32
Tabela 2.5: Percentagem de respondentes que usaram um método do PF para prevenir a gravidez no último acto sexual antes da entrevista por características socio-demográficas	34
Tabela 2.6: Razão de probabilidades para os homens que usaram um método para prevenir a gravidez no último acto sexual, antes da entrevista: resultados da regressão logística	36
Tabela 2.7: Razões de probabilidades para as mulheres que usaram um método para prevenir a gravidez no último acto sexual, antes da entrevista: resultados da regressão logística	38
Tabela 3.1: Descontinuidade e perda de seguimento por tipo de provedor	61
Tabela 3.2: Motivos de descontinuidade por tipo de provedor	62
Tabela 3.3: Características de mulheres por grupo de usuárias	64
Tabela 3.4: Motivos para uso de DEPO por grupo de usuárias	65
Tabela 3.5: Local preferido para receber a injeção, por tipo de provedor	68
Tabela 4.1: Características sociodemográficas dos participantes	82
Tabela 4.2: Características sociodemográficas dos participantes dos grupos focais	83
Tabela 4.3: Métodos contraceptivos usados pelas mulheres infectadas por HIV antes da gravidez	85
Tabela 4.4: Práticas do uso do preservativo entre as mulheres infectadas por HIV durante a gravidez	89
Tabela 4.5: Métodos contraceptivos usados pelas mulheres infectadas por HIV durante o aleitamento exclusivo	91
Tabela 4.6: Métodos contraceptivos usados pelas mulheres infectada por HIV durante o período de alimentação complementar do bebé	93
Tabela 5.1: Estatísticas descritivas da amostra, uso actual de contracepção não-marital, Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015	116

Tabela 5.2: Estatísticas descritivas da amostra, uso actual de contracepção não-marital, Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015	117
Tabela 5.3: Associação bi-variada entre características das mulheres não-unidas e o uso actual de métodos moderno de contracepção, Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015	119
Tabela 5.4: Associação entre as características individuais e o uso actual de contracepção não-marital, Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015	121
Tabela 5.5: Características de áreas geográficas associadas com o uso actual de métodos modernos de contracepção por mulheres não unidas, Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015	124
Tabela 6.1: Espaços sociais, práticas sociais e distinção social	148
Tabela 6.2: Desigualdades económicas em Maputo	150
Tabela 6.3: Comportamento reprodutivo na cidade e bairros suburbanos	152
Tabela 6.4: Comportamento reprodutivo Africano/dos bairros suburbanos	153
Tabela 10.1: Perfil das mulheres	238
Tabela 10.2: Perfil dos Homens	239
Tabela 10.3: Verificação dos elementos comunicativos da etnografia da comunicação	254
Tabela 11.1: Rácio de Mortalidade Materna, estimativa modelada (OMS, UNICEF, FNUAP, Banco Mundial e Divisão da População das Nações Unidas)	263
Tabela 11.2: Indicadores do sistema de saúde	264
Tabela 11.3: Exemplos de artigos publicados por tópico	268

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1: Localização do Distrito de Chiure e Montepuez em Moçambique	54
Figura 3.2: Tempo de recolha de dados	57
Figura 3.3: Resumo de recrutamento e seguimento de usuárias	60
Figura 3.4: Percentagem de mulheres aconselhadas sobre efeitos colaterais e ITS/HIV por grupo de usuárias	66
Figura 3.5: Efeitos colaterais sentidos após a 1ª e 2ª injeções, por tipo de provedor	67
Figura 3.6: Distribuição da disposição para pagar por DEPO, por provedor	69
Figura 5.1: Variação geográfica do uso actual de métodos modernos de contracepção, mulheres não unidas, Moçambique, 2015	114
Figura 6.1: Taxas Globais de Fecundidade por distritos. Maputo Cidade, 1997 e 2007.	144
Figura 11.1: Principais acontecimentos históricos e mudanças de políticas paralelas	266

Capítulo 1

INTRODUÇÃO

Carlos Arnaldo

Boaventura M. Cau

Baltazar Chilundo

Joelma J. Picardo

Sally Griffin

Os resultados do Censo de 2017 mostram que Moçambique possui uma população de 27,9 milhões de habitantes, sendo 14,6 milhões mulheres e 13,3 milhões homens (INE, 2019). Cerca de 66,0% da população vive em zonas rurais e 34% em urbanas (INE, 2019). A taxa global de fecundidade é de 5,3 filhos por mulher, variando de 3,6 filhos no meio urbano para 6,1 filhos no meio rural (MISAU *et al.*, 2016). Como resultado da elevada taxa de fecundidade, a população Moçambicana é maioritariamente jovem, com a faixa etária dos 0-14 anos representando 46,6%, a dos 15 a 64 anos, representando 50,1%, sendo que o resto da população 3,3%, tem idade de 65 ou mais anos. A Esperança de vida ao nascer é de 53,7 anos e a taxa de crescimento médio anual da população é de 2,8% (INE, 2019).

Uma das consequências de elevada fecundidade é a pobreza, que, por sua vez, contribui para elevada fecundidade (Canning & Schulzt, 2012). Por exemplo, Moçambique possui ainda cerca de 55,0% da sua população vivendo abaixo da linha de pobreza (World Bank, 2015) e com uma taxa de analfabetismo de 32,2%, na população masculina, e de 59,8%, na população feminina (MISAU *et al.*, 2013).

Uma das soluções, largamente aceites para a redução do crescimento populacional, tem sido a massificação do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva com destaque para o acesso gratuito aos serviços de planeamento familiar. Os dados dos Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) e sobre Indicadores de Imunização, Malária e HIV e SIDA (IMASIDA) mostram que a taxa de prevalência de uso de métodos modernos aumentou de 5,1% em 1997 (INE *et al.*, 1998) para 11,7% em 2003 (INE *et al.*, 2005). Foi observada uma ligeira queda para 11,3% em 2011 (MISAU *et al.*, 2013) para depois aumentar para 25,3% em 2015 (MISAU *et al.*, 2016). Esta taxa de prevalência contraceptiva é das mais baixas do mundo. Agravando a situação actual, sabe-se que a proporção de mulheres com necessidade não satisfeita de contracepção aumentou de 18,4% em 2003 para 23,1% em 2015 (INE *et al.*, 2005; MISAU *et al.*, 2016). De acordo com o IMASIDA, 16,0% das mulheres com necessidade não satisfeita de contracepção pretendem espaçar os nascimentos, sendo que cerca de 7,0% querem limitar os nascimentos (MISAU *et al.*, 2016).

Estas constatações de baixa prevalência contraceptiva, elevada percentagem de mulheres com necessidade não satisfeita de contracepção, gravidezes precoces e acesso inconsistente aos serviços de planeamento familiar e outros de saúde sexual e reprodutiva revelam a existência de consideráveis barreiras legais, estruturais, económicas, sociais e culturais limitantes de mulheres e adolescentes a exercerem os seus direitos e intenções reprodutivas. Por isso, existem altos índices de vulnerabilidade, pobreza e mortalidade materna e neonatal.

Este padrão levou o Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA), o Centro Internacional para Saúde Reprodutiva Moçambique (ICRH-M) e seus parceiros a conceber um espaço para juntar evidências existentes sobre o planeamento familiar e políticas de saúde sexual e reprodutiva, como forma de contribuir para a redefinição de políticas e estratégias mais apropriadas ao contexto do país.

Assim, este livro surge num momento particularmente relevante, na medida em que existe um ambiente de suporte favorável ao planeamento familiar e contracepção em Moçambique: (i) A existência da Estratégia Nacional de Planeamento Familiar e Contracepção 2010–2015 (2020) (MISAU, 2010), que chama mais evidências e acções em ambos lados de demanda e oferta de serviços de planeamento familiar e contracepção; (ii) A Parceria Global de Planeamento Familiar 2020, onde Moçambique se comprometeu a aumentar o acesso aos métodos contraceptivos modernos de longa acção e definitivos para as mulheres de 1,0% a 5,0% até 2015. Aumentar a taxa de prevalência de contracepção de 12,0% em 2011 para 26,0% em 2015 e 34,0% em 2020. Empreender esforço para cobrir 10,0% (2015) e 15,0% (2020) das necessidades de contraceptivos, bem como estimular um aumento na demanda de serviços de planeamento familiar, através da expansão da oferta de serviços, com destaque para o sistema de distribuição comunitária dos contraceptivos (FP2020, 2014).

O presente livro junta contribuições de investigadores ligados a disciplinas, tais como: saúde pública, medicina, demografia, geografia, sociologia e antropologia. O livro está escrito e organizado de forma a ser útil para uma vasta audiência que inclui planificadores e decisores de políticas de desenvolvimento e de saúde, organizações governamentais e não-governamentais que trabalham em assuntos relacionados com saúde sexual e reprodutiva e estudantes do ensino superior (graduação e pós-graduação).

O livro tem onze capítulos. Após esta introdução, no capítulo 2, combinando métodos quantitativos e qualitativos, Manuel Macia, Pranitha Maharaj e Rehana Capurchande, descrevem os níveis de consciência e conhecimento que homens e mulheres do distrito da Manhiça e Município da Matola detêm sobre o planeamento familiar e a sua acção informada, por essa consciência e conhecimento, bem como o processo de tomada de decisão relacionado com o planeamento familiar e os determinantes do seu uso. Estes autores concluem que níveis relativamente altos de consciência e de conhecimento sobre o planeamento familiar não se traduzem necessariamente em níveis altos do seu uso, uma vez que existem factores de ordem institucional e sociocultural que influenciam esse uso.

No capítulo 3, Ana Jacinto e Momade Usta, com base numa pesquisa operacional realizada nos distritos de Montepuez e Chiure, na província de Cabo Delgado, no norte de Moçambique, fornecem evidências de que os Agentes Polivalentes Elementares (APE) e Parteiras Tradicionais (PT) podem,

com segurança e eficácia, distribuir e facilitar o fornecimento de contraceptivos injetáveis e contribuir para o aumento do acesso a este tipo de contraceptivos nas áreas rurais. Estes autores concluem que a distribuição de injetáveis baseada na comunidade por APE e PT é viável, segura e aceitável para as mulheres.

Usando métodos qualitativos, o capítulo 4, por Carlos Cuinhane, analisa as percepções, as práticas e as motivações do uso da dupla contracepção entre homens e mulheres vivendo com a infecção por HIV em três períodos do ciclo de reprodução, a saber: antes da gravidez, durante a gravidez e durante a amamentação. Com base na análise de dados recolhidos nos distritos de Manhica e Namaacha na província de Maputo, o autor conclui que os homens e as mulheres vivendo com a infecção por HIV ainda não fizeram a ruptura com as normas sociais que orientam a sua vida sexual e reprodutiva e, geralmente, não usam a dupla contracepção.

Os factores que influenciam o uso de métodos de contracepção entre as mulheres não unidas são objecto de análise no capítulo 5. Neste capítulo, Boaventura Cau usa dados do Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV e SIDA em Moçambique 2015 para examinar a variação espacial do uso actual de métodos modernos de contracepção pelas mulheres não unidas e os factores que influenciam tal diferenciação espacial. Cau constatou uma variação geográfica do uso actual de métodos modernos de contracepção por mulheres não unidas em Moçambique e que há factores geográficos que explicam tal variação, para além das características demográficas e socioeconómicas das mulheres.

Usando dados censitários e entrevistas biográficas, no capítulo 6, Rogers Hansine analisa as disparidades da fecundidade intraurbana na cidade de Maputo, observadas a partir dos dados censitários. O estudo constata que a cidade de Maputo é um espaço constituído por duas entidades espaciais distintas, nomeadamente a “cidade” e os “subúrbios” e que o comportamento reprodutivo e, a fecundidade em particular, é percebida de forma distinta nos dois espaços, uma vez que os indivíduos associam o espaço às práticas sociais, incluindo práticas reprodutivas.

Os capítulos 7, 8 e 9 debruçam-se sobre o envolvimento do homem no planeamento familiar. No capítulo 7, Esmeralda Mariano e Vânia Pedro analisam o ponto de vista dos homens em relação ao planeamento familiar para compreender os seus receios, dúvidas, ansiedades, necessidades e expectati-

vas, como forma de identificar serviços apropriados e desenvolver estratégias consentidas e informadas de contracepção, em que os homens sejam actores activos, engajados e com comportamentos e atitudes saudáveis para si, para as parceiras e para os filhos. Estas autoras concluem que os homens concebem o seu papel no planeamento familiar como sendo o de conceder permissão para que as suas parceiras o adiram e recomendam algumas acções para um envolvimento efectivo do homem no planeamento familiar.

No capítulo 8, Estêvão Manhice e Danúbio Lihache discutem os desafios e as possibilidades para o envolvimento do homem no planeamento familiar em Moçambique, partindo de uma crítica da abordagem dominante nas políticas e programas nesse âmbito levadas a cabo no país. Os autores sugerem a necessidade de mudanças nas atitudes, comportamentos e práticas que devem afectar as pessoas e as instituições directa e indirectamente envolvidas nesta cadeia de processos, para que o planeamento familiar deixe de ser assunto das mulheres e passe também a ser assunto dos homens.

Joelma Picardo e Boaventura Cau, no capítulo 9, trazem uma narrativa sobre como os homens em Marracuene e Manhiça, usam e interpretam o uso do planeamento familiar pelas suas parceiras e outras mulheres da sua comunidade, o que eles acreditam que as suas esposas pensam sobre o planeamento familiar e a sua visão sobre os serviços de saúde, que atendem ao planeamento familiar. Os autores documentam algumas concepções e rumores que influenciam negativamente no uso de contraceptivos e advogam para que essas concepções e rumores sejam tidos em consideração no desenvolvimento de estratégias de comunicação e educação para a comunidade em geral, e para os homens em particular.

Usando uma abordagem qualitativa baseada na etnografia de comunicação, o Capítulo 10, por David Langa, analisa as mensagens sobre o planeamento familiar transmitidas pelas enfermeiras às mulheres na localidade de Cambeve, no Distrito da Manhiça, Província de Maputo. O autor conclui que embora exista informação suficiente sobre o planeamento familiar, que é passada para as mulheres em reuniões de aconselhamento durante a gravidez, essa informação não passa devidamente para o seu público-alvo, porque se envolve parcialmente os principais intervenientes na concepção da mulher, confinando-se apenas às mulheres.

No capítulo 11, Carmeliza Rosário e Camila Gianellada analisam a mobilização para os direitos ao aborto em Moçambique, que precederam a re-

forma legal de 2014, que culminou com a aprovação da Lei 35/2014 no país, que passou a permitir o acesso ao aborto legal e gratuito até às primeiras 12 semanas de gravidez, até às 16 semanas, em caso de violação ou incesto, e até às 24 semanas em casos de anomalia fetal. As autoras enquadram as discussões em torno da legalização do aborto em Moçambique dentro dos debates internacionais e regionais e destacam o alinhamento entre os actores políticos e o pessoal médico em relação à importância de aumentar o acesso a abortos seguros e reduzir o custo humano e financeiro de abortos inseguros em Moçambique, como tendo sido determinantes para a aprovação da lei.

Os organizadores deste livro acreditam que os conteúdos afluídos nos 11 capítulos contribuem para melhorar o conhecimento sobre as dinâmicas da saúde sexual e reprodutiva e oferecem elementos, que podem servir para a formulação de melhores programas para o incremento do acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e, em particular, os de planeamento familiar.

Referências

- Canning, D. & T. P. Schulzt. 2012. “The economic consequences of reproductive health and family planning.” *The Lancet* 380: 165 - 171.
- FP2020. 2014. “FP partnership in progress 2013-2014. Available: <http://www.familyplanning2020.org/about-us/about-us> [Acesso 14.01.2015].”
- INE (Instituto Nacional de Estatística). 2010. “Projeções Anuais da População Total, Rural e Urbana, 2007 - 2040.” Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (Instituto Nacional de Estatística). 2019. “Resultados definitivos do IV Recenseamento Geral da População e Habitação, 2017.” Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (Instituto Nacional de Estatística), MISAU (Ministério da Saúde) & Macro International Inc. 1998. *Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 1997*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (Instituto Nacional de Estatística), MISAU (Ministério da Saúde) & ORC Macro. 2005. *Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 2003*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

- MISAU (Ministério da Saúde), INE (Instituto Nacional de Estatística) & ICF (ICF International). 2013. *Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde - 2011*. Calverton, Maryland, USA: Ministerio da Saude, Instituto Nacional de Estatística & ICF International.
- MISAU (Ministério da Saúde). 2010. “Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção 2011 – 2015 (2020).” Maputo: Ministério da Saúde.
- MISAU (Ministério da Saúde), INE (Instituto Nacional de Estatística) & ICF (ICF International). 2016. *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015. Relatório de Indicadores Básicos*. Maputo, Moçambique. Rockville, Maryland, EUA: Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International.
- World Bank. 2015. “World Development Indicators ” Avaliable in: <http://www.familyplanning2020.org/about-us/about-us> [Acesso 14.01.2015].

Capítulo 2

O QUE SE SABE E O QUE SE FAZ: CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE O PLANEAMENTO FAMILIAR NA ÁREA URBANA E RURAL, SUL DE MOÇAMBIQUE

Manuel Macia

Pranitha Maharaj

Rehana Capurchande

Introdução

Este capítulo descreve e analisa o que homens e mulheres sexualmente activos do distrito da Manhiça e Município da Matola, província de Maputo, sabem, pensam e fazem a partir do conhecimento prévio que têm sobre o planeamento familiar. O capítulo inicia com o problema de pesquisa, define os objectivos e, discute o estado da arte sobre o planeamento familiar em Moçambique e no mundo. De seguida, faz uma análise do nível da

consciência¹, conhecimento e atitudes sobre o planeamento familiar e uso de anticoncepcionais modernos. Mais adiante, examina o processo de tomada de decisões relacionadas com o uso do planeamento familiar, em particular as práticas sobre os métodos contraceptivos modernos e prevenção de gravidez. Por último, são abordados os determinantes do uso dos contraceptivos na última relação sexual. Um dos pressupostos do estudo assim como de outros estudos analisados é de que quer a consciência quer o conhecimento do planeamento familiar, *per se*, não se traduzem, necessariamente, em seu uso.

Em Moçambique, tal como acontece em muitos países da África Sub-Saariana, o planeamento familiar incluindo a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) constituem ainda um desafio para a saúde pública (Adongo *et al.*, 2015; Yao *et al.*, 2012, Prata *et al.*, 2008). Em Moçambique, os serviços de planeamento familiar baseiam-se em vários princípios, dentre os quais os seguintes: (i) distribuição gratuita dos métodos contraceptivos, incluindo a esterilização cirúrgica; (ii) aleitamento materno, como método preferido para amamentação e como meio indirecto de espaçamento dos nascimentos e; (iii) actividades educativas e de divulgação dos métodos contraceptivos modernos (MISAU, 2014, 2010; MISAU *et al.*, 2013).

No geral, estes princípios são reconhecidos como uma oportunidade para melhorar a saúde dos utentes em idade reprodutiva (15 a 49 anos) através de informações que permitem a redução de doenças sexualmente transmissíveis, gravidezes indesejadas, aborto entre outros (Mbizvo & Zaidi, 2010; Santos & Freitas, 2011). Ademais, reconhece-se o seu potencial na consciencialização das populações adultas e na redução das taxas de crescimento populacional (Ezeh *et al.*, 2009; Lane, 1994). A educação, em particular a educação feminina, é considerada como um dos mais importantes factores do declínio da fecundidade na África Sub-Saariana (Emina *et al.*, 2014; Potts & Marks, 2001). Por exemplo, o papel e o contributo da educação têm sido objecto de discussão na melhoria do estatuto da mulher na sua relação com o homem. Além disso, acredita-se que a educação aumenta o poder de negociação das mulheres em relação às questões de maternidade bem como o uso de contraceptivos modernos (Emina *et al.*, 2014; Potts & Marks, 2001).

Em Moçambique, os dados oficiais mostram que o acesso e a utilização dos serviços de planeamento familiar continuam baixos para garantir uma protecção adequada em relação às gravidezes não planificadas, indesejadas e

¹ Consciência no sentido de estar ciente de algo ou, de saber que algo existe e é importante (*Awareness* em língua Inglesa).

de risco (UNFPA, 2013; MISAU, 2014, 2010). Com efeito, vários estudos apontam que a educação formal, idade, número de filhos sobreviventes, tipo de matrimónio, local de residência e a comunicação entre o casal, são alguns dos factores identificados como tendo influência significativa no uso de métodos do planeamento familiar (Tilahun *et al.*, 2014; Ferreira *et al.*, 2011; Dadoo & Tempenis, 2002; Dadoo, 1998). De acordo com o Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique 2011, existem diferenças consideráveis entre o meio urbano e rural no que tange ao uso de contraceptivos modernos sendo de 21,1% e 7,2%, respectivamente (MISAU *et al.*, 2013). O mesmo inquérito revela, ainda, a existência de diferenças significativas em termos de tipos de métodos mais usados pelos utentes do planeamento familiar. A título de exemplo, as taxas de uso de pílulas e injeções, ambos métodos contraceptivos mais usados eram, de 8,5% e 8,3% para a zona urbana, contrastando a zona rural estimada em 2,8% e 3,8% respectivamente. Entretanto, as estimativas apontam que cerca de 95,5% das mulheres e cerca 99,9% dos homens em idade reprodutiva têm conhecimento de qualquer um dos métodos modernos (MISAU *et al.*, 2013). Todavia, outros estudos mostram que o conhecimento sobre métodos contraceptivos e suas formas de utilização, não levam necessariamente a práticas contraceptivas eficientes (Capurchande *et al.*, 2016; Mboane & Bhatta, 2015; Tilahun *et al.*, 2014; Tilahun *et al.*, 2013; Chipeta *et al.*, 2010).

À semelhança de Moçambique, em alguns dos países da África Subsaariana e resto do mundo, o conhecimento efectivo sobre as formas de funcionamento e de uso dos métodos contraceptivos têm sido considerados insatisfatórios (Chandra-Mouli *et al.*, 2014; Cleland *et al.*, 2014, 2006; Bongaarts & Casterline, 2013). Como se pode depreender, o planeamento familiar continua tema de ampla discussão em diversos estudos (Ezeah & Anchonwa, 2015; Reid *et al.*, 2014; Berhane *et al.*, 2011). Desde 1978 que a declaração de Alma-Ata identificou o planeamento familiar como uma componente essencial dos cuidados de saúde primários, no contexto da *Política de Saúde para Todos*, este tema tem sido dos mais discutidos na literatura especializada. Posteriormente, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada em Cairo, em 1994, foi alcançado o consenso a favor de uma abordagem ampla de desenvolvimento baseada em direitos reprodutivos e na equidade de género. Assim, o número de filhos, o espaçamento dos nascimentos e a escolha do método anticoncepcional são consideradas opções e direitos que toda mulher em idade reprodutiva deve

ter² (Mbizvo *et al.*, 2013; WHO, 2010). Em 1977 o governo Moçambicano, adoptou o planeamento familiar como uma intervenção importante dentro do Programa de Protecção à Saúde Materna e Infantil, e, incluiu neste programa uma componente que visa garantir a equidade de género³.

Todavia, estudos mais recentes indicam que apesar de as mulheres serem responsáveis pela obtenção de métodos contraceptivos bem como usuárias primárias dos mesmos dispositivos, muitas delas têm um controle limitado ou quase nulo sobre a reprodução bem como na obtenção e uso de contraceptivos modernos (Mboane & Bhatta, 2015; Aransiola *et al.*, 2014; Adelekan *et al.*, 2014). Este facto deve-se a factores de ordem institucional e sócio-cultural. De entre os factores de ordem institucional destacam-se, a dificuldade do acesso aos métodos mais apropriados ao utente, longas distâncias por percorrer às unidades sanitárias, atitudes negativas por parte dos provedores de saúde, a saber: as restrições de acesso aos contraceptivos baseadas na idade e número de filhos, etc. (Ezeah & Anchonwa, 2015; Kabagenyi *et al.*, 2014; Mosha *et al.*, 2013; Littlejohn, 2012). Por sua vez, o receio pelos efeitos colaterais dos métodos contraceptivos (reais ou do imaginário colectivo), mitos e crenças sociais que circulam nas suas redes sociais⁴ ou de sociabilidade, (Khadivzadeh 2013; Polis & Zabin, 2012; Diamond-Smith *et al.*, 2012; Bongaarts & Watkins, 1996) e as diferenças em termos de poder decisório entre homens e mulheres constituem os factores de ordem sócio-cultural determinantes (Mosha *et al.*, 2013; Garg & Singh, 2014). A título de exemplo, as desigualdades de poder entre os parceiros impedem que as mulheres possam implementar as suas preferências e decisões acerca dos métodos contraceptivos e em relação à SSR (Stern *et al.*, 2015; Vouking *et al.*, 201). No entanto, Mosha (2013), frisa que há pouca informação sobre os factores que influenciam a utilização dos serviços de planeamento familiar e o que determina quem e como se processa o poder decisório entre os parceiros.

Além do mais, há escassos estudos sobre o envolvimento dos homens no planeamento familiar (Adelekan *et al.*, 2014; Kassa *et al.*, 2014; Jayalakshmi, 2002). Dos estudos existentes, depreende-se que a participação masculina é

² Abordar direitos sexuais e reprodutivos implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade de se reproduzir e decidir se, quando e com que frequência o fazem (Mbizvo *et al.*, 2013; WHO, 2010).

³ Alguns dos objectivos definidos neste programa consistem em melhorar as condições de saúde da mulher, especificamente as de alto risco reprodutivo que contribuem significativamente para as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal³ e; melhorar a saúde das crianças, promovendo um intervalo de pelo menos 2 anos entre os nascimentos (MISAU, 2010).

⁴ O conceito de *redes sociais* aqui referido é aquele usado por Max Gluckman (1986), e não necessariamente na sua acepção no contexto das plataformas tecnológicas, embora não as exclua.

limitada devido, entre vários aspectos, a constrangimentos de carácter socio-cultural e os mitos associados. Com efeito, não é surpreendente que o preservativo masculino e a intervenção da vasectomia, ambos métodos contraceptivos masculinos mais contestados, se destaquem pelos mitos que se constroem à sua volta. Por exemplo, uma pesquisa qualitativa conduzida no Ghana aponta que os participantes do estudo constroem mitos, tais como, a redução do prazer sexual, o risco da impotência sexual, insatisfação sexual da parceira conduzindo ao adultério, perda da masculinidade e incapacidade de prover o bem-estar sócio-económico da família, entre outros como os mais desinibidores (Adongo *et al.*, 2014). Alguns autores referem que o envolvimento limitado dos homens no planeamento familiar prende-se com a sua própria biologia humana, já que a mulher é quem engravida e a sua fecundidade é mais fácil de ser controlada que a do homem (Marcolino & Galastro 2001). Esses constrangimentos biológicos e sociais limitam o papel e participação do homem no planeamento familiar e nos programas de SSR em geral e, dificultam, por conseguinte, a participação da sua parceira. Por exemplo, nem todas as mulheres que desejam espaçar ou limitar o nascimento dos seus filhos o fazem ou são capazes de o fazer devido às desigualdades de género, por um lado, e à atitude negativa por parte dos seus parceiros, por outro (Kassa *et al.*, 2014; Chuwa, 2012). É, aliás, dentro deste contexto que ganha proeminência um dos importantes questionamentos do movimento feminista à volta da sexualidade feminina, na qual o corpo da mulher ganha uma dimensão que vai para além da biológica trazendo ao centro de debate os estereótipos e vivências que expressam a sua opressão e submissão no quadro do patriarcado ao longo da sua vida sexual activa (Rodrigues *et al.*, 2014).

Outro aspecto de destaque neste debate é a desproporcionalidade na intenção do número ideal de filhos entre os parceiros, variando de acordo com o sexo e área de residência (Mosha & Rued, 2013; Bankole & Singh, 1998). O Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique 2011 aponta que o número ideal de filhos desejados por mulheres casadas entre 15-49 anos é de 5,3 filhos e de 6,1 filhos para homens casados da mesma idade (MISAU *et al.*, 2013). Interessante ainda, são algumas pesquisas que constataam que o tamanho da família é inversamente proporcional ao nível social, económico e cultural, sendo que as famílias mais numerosas têm geralmente condições socioeconómicas mais precárias se comparadas com as economicamente mais estáveis (Crizóstomo *et al.*, 2004). Esse fenómeno torna-se interessante não somente por se tratar de um problema social, *per se*, mas igualmente por se

considerar como um problema de saúde pública, pois, é preponderante na redução da qualidade de saúde da população.

Mesmo com este quadro traçado, há ainda que considerar que nas zonas urbanas, factores como padrão de vida, constrangimentos económico-financeiros, envolvimento das mulheres em vários papéis sociais contribuem para a alteração dos valores e significados atribuídos à capacidade de ter filhos (Capurchande *et al.*, 2017; Apanga & Adam, 2015; Billizzi *et al.*, 2015; Agadjanian 2010; Dadoo & Tempenis, 2002). Em contraste, factores tais como: altas taxas de mortalidade, prestígio social associado ao elevado número de filhos, preferência pelos filhos do sexo masculino e o valor económico atribuído aos filhos, em termos de apoio que estes podem prestar nas actividades económicas, com maior destaque para a agricultura familiar influem nas decisões a tomar nas zonas rurais (Capurchande *et al.*, 2016; Macia *et al.*, 2011; Agadjanian, 2005; Dadoo & Tempenis, 2002).

Entretanto, como indicado em alguns estudos, o contexto familiar e as redes de sociabilidade são preponderantes no uso ou não dos métodos contraceptivos incluindo as intenções de fecundidade entre os parceiros (Khadivzadeh, 2013). As redes de sociabilidade incluem indivíduos que se encontram interligados por laços sociais que permitem o acesso e disponibilidade de informação e outros recursos associados. Estando os indivíduos sexualmente activos inseridos e interligados em suas redes de sociabilidade de natureza diversa, estes aprendem, negoceiam e transmitem valores sobre a reprodução e, fornecem informações sobre suas intenções de fecundidade, consideradas como ideais do grupo ou de indivíduos constituintes da rede (Khadivzadeh, 2013; Kohler & Bühler, 2001, Gluckman, 1986).

Entretanto, apesar da literatura mostrar que vários factores influenciam e condicionam o acesso e uso de métodos contraceptivos modernos por parte de homens e mulheres sexualmente activos, particularmente na África Subsaariana, e o facto de não haver uma relação necessária entre demonstrar ter conhecimento dos métodos contraceptivos, por um lado, e a predisposição de os usar e usá-los efectivamente, por outro, as razões desta discrepância carecem de mais investigação. Este capítulo procura, pois, preencher esta lacuna de conhecimento discutindo algumas das razões da discrepância desses três níveis de realidade do Planeamento Familiar, nomeadamente (i) ter consciência e conhecimento sobre os métodos contraceptivos modernos;

(ii) mostrar predisposição no uso dos contraceptivos modernos e, (iii) o seu uso efectivo. Assim, o capítulo descreve os níveis de consciência e conhecimento que homens e mulheres do distrito da Manhiça e Município da Matola detêm sobre o Planeamento Familiar e a sua acção informada a partir dessa consciência e conhecimento. Finalmente, o capítulo discute o processo de tomada de decisão relacionado com o planeamento familiar bem como os determinantes do uso de contraceptivos na última relação sexual.

Metodologia

O estudo usou uma abordagem mista (métodos e técnicas qualitativas e quantitativas), nomeadamente: aplicação de um inquérito sociológico por questionário, discussão do tópico da pesquisa em grupos focais e entrevistas em profundidade (Campbell *et al.*, 1999; Leech & Onwuegbuzie, 2008; Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Esta abordagem metodológica permitiu a exploração dos principais tópicos de interesse em diferentes ângulos tirando os benefícios que advém do uso de cada perspectiva metodológica (magnitude do fenómeno, por um lado, e mapeamento da difusão de valores, normas e crenças, por outro). Aliar os significados às crenças, valores, normas e experiências individuais e colectivas num contexto social específico, por um lado, e rastrear a magnitude do fenómeno estudado (isto é, traçar o padrão dos comportamentos sexuais e práticas protectoras usadas pelos participantes do estudo e quais os determinantes-chave dessas práticas), por outro lado, ajudou a enriquecer a robustez da evidência empírica (Simmons & Elias, 1994, Johnson, 2006; Johnson & Onwuegbuzie, 2006). A recolha de dados empíricos compreendeu três fases com o uso de técnicas específicas de cada fase, nomeadamente: discussão em grupos focais (1ª fase), um inquérito sociológico por questionário (2ª fase) e entrevistas em profundidade (3ª fase). As discussões em grupos focais e entrevistas em profundidade exploraram os valores, normas e crenças prevalecentes entre os participantes do estudo sobre o tema do planeamento familiar, incluindo a consciência e o conhecimento que os participantes do estudo têm. O inquérito avaliou as atitudes sobre o planeamento familiar, a prática de métodos contraceptivos modernos e as determinantes do uso do planeamento familiar.

Amostra

Discussões em Grupos Focais (DGF)

Um total de 16 DGF foi realizado: 8 na área urbana (Município da Matola) e 8 na área rural (distrito da Manhiça), totalizando 121 participantes, sendo 55 participantes homens e 66 participantes mulheres (Tabela 2.1). O objectivo do uso desta técnica era de gerar o debate e identificar as *percepções comuns*, entre os participantes, tanto homens quanto mulheres sobre o conhecimento, atitudes e práticas de planeamento familiar. As DGF permitiram explorar conhecimentos correntes, as atitudes prevalecentes bem como as práticas protectoras dos participantes no contexto do planeamento familiar. Além disso, as discussões permitiram à equipe de pesquisa captar as perspectivas subjacentes sobre normas, crenças e valores determinantes no comportamento sexual e práticas protectoras. Os participantes foram recrutados a partir de diferentes fontes, incluindo o contacto directo com os indivíduos pelos serviços de saúde, mercados informais, campos desportivos entre outros locais públicos. As DGF decorreram de Agosto a Outubro de 2006. O critério principal para o recrutamento dos participantes era que tivessem idades compreendidas entre os 20 a 49 anos e que fossem sexualmente activos.

Tabela 2.1: Distribuição dos participantes do estudo nas DGF

Área	Grupos Focais de Homens			Grupos Focais de Mulheres			Total
	Casados	Não casados	Total	Casadas	Não Casadas	Total	
Urbana	2 (13)	2 (16)	4 (29)	2 (16)	2 (18)	4 (34)	8 (63)
Rural	2 (12)	2 (14)	4 (26)	2 (15)	2 (17)	4 (32)	8 (58)
Sub-totais	4 (25)	4 (30)	8 (55)	4 (31)	4 (35)	8 (66)	16 (121)

Nota: Número de participantes por grupos focais entre parênteses.

Fonte: Discussões em Grupos Focais em Matola e Manhiça, 2006.

Em cada sessão, um moderador acompanhado por um anotador do mesmo sexo dos participantes conduziu a entrevista. Cada grupo focal era constituído entre seis a dez participantes. Todas as entrevistas foram conduzidas na língua local, nomeadamente *xirhonga* e/ou *xichangana* e português. A idade média dos participantes era de 27 anos para os homens e 23,5 anos para as mulheres. A maior parte dos participantes tanto nas áreas rurais assim como urbanos reportou pertencer a uma variedade de igrejas cristãs incluindo a Católica,

Assembleia de Deus, Metodista, Anglicana assim como Presbiteriana. Um número significativo de membros da igreja Zione esteve também entre os participantes das discussões. Embora a variável religião não tenha sido incluída na análise estatística, foi importante para compreensão dos vários sentidos e perspectivas dos entrevistados no que concerne às questões de saúde sexual e reprodutiva incluindo os métodos de planeamento familiar. A maioria tinha uma educação formal, partindo da 4^a a 12^a classe, e professores do nível básico. Poucas mulheres da área rural tinham o ensino primário completo.

Inquérito sociológico por Questionário

Com base na amostragem probabilística aleatória simples e multietápica⁵ foi aplicado um inquérito sociológico por questionário a agregados familiares. A amostra é representativa para os agregados familiares do distrito da Manhiça e Município da Matola. Para que o homem ou a mulher fossem considerados elegíveis no agregado familiar para participar no estudo, tinham de satisfazer dois, critérios: primeiro, ser residente do agregado familiar e, segundo, ter idade compreendida entre 20 a 49 anos de idade. Os critérios idade e ser residente do agregado familiar respondiam as exigências ético-metodológicas predefinidos pelo estudo. Em cada agregado familiar, apenas um respondente foi escolhido com base na grelha de Kish (Németh, 2003). Um total de 200 homens e 200 mulheres foram seleccionados como participantes do estudo através da selecção aleatória de 400 agregados familiares nas 8 áreas de enumeração de cada zona residencial. Entendeu-se que 400 agregados familiares seriam universo suficiente para a colecta dos dados empíricos necessários para este estágio do estudo. No entanto, decidiu-se, igualmente, pelo acréscimo de mais 40 Agregados familiares, correspondendo a 20 homens e 20 mulheres acima amostra-base. Este acréscimo fundamenta-se pela necessidade de fazer face a possíveis casos de omissões ou anulação dos questionários. Dos 40 Agregados Familiares adicionais, foram segmentados da seguinte forma: 20 Agregados Familiares por cada área de residência, sendo 10 para cada sexo. No fim do inquérito, obteve-se 17 questionários adicionais de mulheres e 9 de homens. Onze questionários de homens e 3 de mulheres foram anulados. Assim, no total foram 209 homens e 217 mulheres entrevistados. O propósito primário do inquérito era de colher informações detalhadas sobre diferentes aspectos

⁵ Para a identificação do respondente, foram seguidas três etapas, a saber: (i) identificação da área de enumeração (AE); (ii) selecção aleatória dos agregados familiares (AF) em cada AE; e (iii) selecção do homem ou mulher elegível em cada AF, segundo os critérios da grelha de Kish (Németh, 2003).

de interesse no estudo, nomeadamente, o perfil sócio-demográfico e sócio-económico detalhado que poderia ter impacto no comportamento sexual de risco e as habilidades para adoptar estratégias protectoras; o comportamento sexual dos homens e das mulheres incluindo o número de parceiros sexuais; tipos de parceiros sexuais (tais como regulares, não-regulares, trabalhadoras de sexo); a frequência de comportamentos específicos (tais como sexo vaginal, oral, e anal) assim como as condições nas quais a actividade sexual ocorre (tais como ter relações sexuais sob aprisionamento ou obrigação ou devido a necessidades económicas). O inquérito também colheu informações sobre cuidados e percepções de risco e estratégias de protecção contra a infecção por HIV. De igual modo, o inquérito obteve informações sobre as estratégias adoptadas pelos inquiridos para se protegerem da gravidez incluindo o uso de métodos modernos de contracepção e as atitudes prevalecentes sobre os métodos modernos de planeamento familiar, objectos do presente capítulo.

Entrevistas em Profundidade (EP)

Um total de 20 EP foram conduzidas nas áreas rural e urbana, sendo 10 na área urbana e 10 na área rural. Foi usado um método de amostragem não-probabilístico intencional para seleccionar os participantes da entrevista (Richardson *et al.*, 2008). Esforços no sentido de obter-se uma distribuição igual de homens e mulheres casados e não-casados foram desenvolvidos. Na área rural na maioria dos respondentes não eram casados nem vivendo maritalmente. A idade mediana dos respondentes da entrevista em profundidade era de 30,5 anos para os homens e 31,5 anos para as mulheres. Em geral, as entrevistas em profundidade foram usadas para avaliar a validade das informações colectadas nas DGF e no inquérito, nomeadamente sobre: (i) o que os entrevistados faziam para se protegerem do HIV e SIDA e evitar a gravidez, e (ii) o quão era aceitável para homens e mulheres o uso do preservativo masculino e de outros métodos de planeamento familiar na área de estudo.

Análise de Dados

Para a análise dos dados, discussão e formulação das conclusões foi usada a técnica de triangulação (Campbell *et al.*, 1999). No entanto, na fase inicial, os dados quantitativos e qualitativos foram analisados de forma separada.

Assim, os dados quantitativos foram analisados separadamente entre homens e mulheres, usando o *Statistical Package for Social Science* (SPSS, versão 12.0). Num primeiro momento, as análises focaram-se na descrição e sumarização da distribuição de variáveis específicas de interesse. Em seguida, foi feita a análise bivariada para investigar a relação entre a variável dependente (ter usado ou não algum método moderno de PF no último acto sexual antes da entrevista) e as independentes (sexo, idade, área de residência, nível de escolaridade, estado civil e o desejo ou não de ter mais filhos). Também, foi aplicado o teste *qui-quadrado* para determinar a associação estatística entre as variáveis particulares. Por fim, foi aplicada a técnica de regressão logística multivariada para verificar a relação entre a variável dependente e as independentes - com poder de influência directa ou indirecta no comportamento da variável dependente (Wuensch, 2006).

Os dados qualitativos foram organizados e codificados por temas e categorias para efeitos da análise temática. Assim, usando uma abordagem indutiva⁶ (Thomas, 2003) uma ampla classe de categorias, incluindo “o preservativo masculino”, “métodos modernos de PF”, “normas, valores e papéis de género”, “dinâmicas sexuais” e “tomada de decisão no contexto de relacionamento íntimos” foi meticulosamente explorada em cada entrevista e, depois, comparada a outras entrevistas. O processo iniciou com a leitura das transcrições com o intuito de identificar temas específicos, categorias e as suas inter-relações (Campbell *et al.*, 1999). De seguida, iniciou-se o processo de codificação dos segmentos dos textos resultantes da transcrição das entrevistas. Assim, os segmentos do mesmo tópico foram seleccionados e comparados em todas as entrevistas. Os dados foram agrupados em temas específicos de acordo com as diferenças e semelhanças (Ulin *et al.*, 2002; Thomas, 2003). Uma variedade de temas sob investigação incluiu: (i) consciência e conhecimento sobre os métodos contraceptivos; (ii) intenções sobre a fecundidade entre homens e mulheres; (iii) práticas de prevenção da gravidez; (iv) expectativas de homens e mulheres sobre o uso dos métodos contraceptivos na última relação sexual (v) comportamentos sexuais socialmente aceitáveis para mulheres e homens no contexto planeamento familiar; (vi) responsabilidades no uso dos contraceptivos; (vii) uso do preservativo como método contraceptivo e; (viii) determinantes do uso do contraceptivo na última relação sexual. O guião de

⁶ Esta consiste em cinco passos importantes: 1) a preparação de ficheiros de dados brutos (“limpeza dos dados”); 2) uma leitura atenta do texto e identificação de segmentos de informação; 3) criação de categorias (codificação); 4) sobreposição do texto codificado e não-codificado (reduzir a sobreposição e redundância entre as categorias); e 5), revisão contínua e refinamento do sistema de categorias (Thomas, 2003: 5-6).

entrevistas para explorar os temas em alusão, incluía as seguintes perguntas: “Quando é aceitável o uso do preservativo masculino aqui na cidade da Matola/distrito da Manhiça?”; “o que é usual a mulher fazer para evitar se engravidar nos seus relacionamentos íntimos?”. Cada uma destas perguntas foi seguida de perguntas de insistência que exploravam, em detalhe, a temática dos métodos de planeamento familiar, seu uso, incluindo os preconceitos e/ou mitos a eles associados.

Aprovação ética

O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional para a Bioética em Saúde (CNBS) de Moçambique (Ref. 138/CNBS/06) e da Universidade de KwaZulu-Natal (Ref. HSS/06470A). Foi acentuado a todos os participantes que a participação no estudo era voluntária e que era importante que dessem contribuições honestas. Todos os participantes foram informados sobre os objectivos do estudo. Foi assegurada a confidencialidade do conteúdo das discussões dos participantes. Todos os participantes assinaram o formulário do consentimento do informado bem como que estavam livres de desistir do estudo a qualquer momento e por qualquer razão. Todas as entrevistas em profundidade e em grupo foram gravadas com permissão dos respondentes. As gravações foram transcritas e traduzidas de *xichanganal/xirhonga* e, depois, para o português.

Resultados e discussão

Nesta secção são apresentados e discutimos os resultados da pesquisa. Assim, são apresentados e subsequentemente discutidos os resultados qualitativos que resultam das discussões em grupos focais e das entrevistas em profundidade. Em seguida, são apresentados e discutidos os resultados quantitativos que resultam da aplicação do inquérito e de técnicas estatísticas, como o teste de *qui-quadrado* (X^2), a regressão logística bivariada e multivariada. Para os dados das entrevistas, são destacados os principais temas e categorias que emergiram a partir das categorias da fase da conceptualização do estudo, a saber a “consciência e conhecimento sobre o planeamento familiar”; “atitudes perante o planeamento familiar”; “práticas do planeamento familiar e prevenção da gravidez”; uso de contraceptivos ou método escolhido na última relação sexual. De igual modo, para os dados do inquérito são apresentados e discutidos os resultados do questionário aplicado sobre a “consciência, conhecimento e

atitudes do planeamento familiar”; “práticas do planeamento familiar” e “uso de contraceptivos ou método moderno na última relação sexual.

Consciência e conhecimento do planeamento familiar

Resultados Qualitativos

Esta secção apresenta e discute as evidências qualitativas da consciência e conhecimento dos métodos modernos de planeamento familiar nas áreas de estudo (Cidade da Matola e distrito da Manhica). Da análise geral dos resultados constata-se, por um lado, que se verificam semelhanças importantes nas duas áreas de estudo, sobretudo no que diz respeito à falta de uma definição clara, estruturada e sistemática do que é planeamento familiar, sua importância no contexto de relacionamentos íntimos entre homens e mulheres, sobretudo como estratégia de evitar a gravidez indesejada e espaçamento dos nascimentos. Na literatura especializada, a consciência e conhecimento do planeamento familiar são considerados como uma importante pré-condição para o uso de métodos contraceptivos modernos (Capurchande *et al.*, 2017; 2016; Mbizvo *et al.*, 2013; Brunie *et al.*, 2013).

Os dados deste estudo mostram que a consciência e o conhecimento dos métodos modernos de planeamento familiar são relativamente difundidos nas áreas de estudo, embora sejam ligeiramente mais evidentes na área urbana do que na área rural. No entanto, as mulheres enfatizaram que não obstante os homens demonstrarem ter consciência e algum conhecimento dos métodos modernos de planeamento familiar, estes geralmente demonstram atitudes negativas sobre o seu uso chegando, em certas situações, a proibir as suas parceiras de usarem os métodos contraceptivos modernos.

Os dados das entrevistas em profundidade e das discussões em grupos focais mostram que, no geral, tanto homens quanto mulheres participantes do estudo estão conscientes, isto é, sabem ou tem conhecimento sobre o planeamento familiar. Isto ficou evidente ao discutir e reflectir sobre duas perguntas que lhes foram colocadas, nomeadamente: «*Quais são as coisas mais comuns que uma mulher faz quando quer fazer sexo, mas não quer ficar grávida?*»; «*Quais são os métodos de contracepção que ela pode usar?*».

Embora os respondentes não tenham sido suficientemente capazes de fornecer uma definição clara e bem estruturada do que é o planeamento

familiar, eles mostraram, todavia, ter uma noção do que se trata quando se fala do planeamento familiar e foram, inclusive, aptos a descrever os propósitos do planeamento familiar. Com efeito, quase todos os respondentes identificaram uma variedade de métodos de planeamento familiar que homens e mulheres podem usar para prevenir a gravidez indesejada incluindo os preservativos, pílulas hormonais, injeções e o dispositivo intra-uterino.

Para evitar a gravidez, as mulheres usam ‘planeamento’ [planeamento familiar]. É feito nos hospitais. São dadas pílulas, injeções. Os métodos que nós conhecemos são preservativo, injeção, e pílulas. (Homens, zona rural, casados, DGF # 11).

Existem vários métodos. Alguns vão ao ‘planeamento’ [planeamento familiar], outros usam preservativo. Para evitar a gravidez, as mulheres usam pílulas, outras dizem ao homem para ejacular fora da vagina [interrupção/coito interrompido] (Mulher, zona urbana, não casada, EP#16).

Eu acho que o planeamento familiar é bom mesmo para jovens. Costumo ver meus filhos em casa. Eles sempre levam consigo preservativos para evitar gravidezes e doenças. Além de que, hoje, os jovens têm muitas namoradas em simultâneo. Nos nossos tempos as coisas eram diferentes. (Mulheres, zona urbana, casadas, DGF # 04).

Em algumas discussões de grupos focais, algumas mulheres estavam mais confortáveis a discutir o planeamento familiar do que outras e mostraram-se aptas a identificar os vários tipos de métodos anticonceptivos modernos disponíveis para as mulheres fazerem sexo sem medo de engravidarem. Por exemplo, durante a discussão de um grupo focal na zona urbana, os participantes disseram que era importante que os casais desfrutassem da sua “lua-de-mel” sem se preocupar com o início da maternidade.

O namorado e a namorada podem continuar usando o planeamento familiar mesmo depois do casamento, porque não é logo depois do casamento que eles devem ter filho. Não acho assim. Eles devem aproveitar sua lua-de-mel. (Mulheres, zona urbana, casadas, DGF # 04).

Neste estudo, enquanto algumas mulheres identificaram os métodos modernos de planeamento familiar outras identificaram os métodos tradicionais. Ambos tipos de métodos foram considerados como possibilidades válidas de evitar uma gravidez entre um casal. Contudo, alguns homens manifestaram a sua preferência pelos métodos tradicionais e modernos de planeamento familiar, tais como abstinência sexual, a pílula do dia seguinte e pelos métodos de barreira, como forma de as suas

parceiras controlarem o seu período fértil. Os depoimentos abaixo citados são ilustrativos dos vários métodos que por vezes são usados em combinação:

A minha namorada toma pílulas. Ela toma as pílulas antes de termos a relação sexual ou logo depois. As vezes não usamos preservativo. Quando a pergunto sobre gravidez, ela assegura-me que não há problema. Tenho que concordar pois, quem cuida da ‘carga’ [gravidez] é ela. Da minha parte, cabe por a ‘mercadoria’ [esperma] (Homens, zona urbana, não casados, DGF # 18).

Eu uso preservativo. Mas existem outras formas diferentes de prevenir a gravidez. Por exemplo, às vezes tomo cuidado com ela durante seu período fértil. Por outro lado, quando começo uma relação com uma nova namorada, a primeira coisa que pergunto é sobre seus dias de ciclo menstrual de tal forma que não fique grávida. (Homens zona urbana não casados, DGF # 18).

Em Moçambique, por exemplo, os Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) conduzidos em 2003 e em 2011 (INE *et al.*, 2005; MISAU *et al.*, 2013) revelam que a consciência e/ou conhecimento do planeamento familiar era, na generalidade da população, significativa e progressivamente alto com mais de 90 por cento dos homens e mulheres reportando que sabiam de pelo menos um método moderno de planeamento familiar (INE *et al.*, 2005; MISAU *et al.*, 2013). Igualmente, em 2001, o Inquérito Nacional sobre Saúde Sexual e Reprodutiva dos Jovens em idades compreendidas entre 15-24 anos também descobriu que, no geral, os jovens de ambos os sexos estavam conscientes, no sentido do termo aqui usado, de pelo menos três métodos de planeamento familiar modernos (INE, 2001). Essa informação é também corroborada pelas opiniões obtidas a partir das discussões em grupos focais e entrevistas em profundidade conduzidas nos locais deste estudo como atestam os estratos das entrevistas acima.

No entanto, a pesquisa revela, também, que entre os homens participantes do estudo, alguns não tinham uma noção clara muito menos conhecimento do planeamento familiar. Por exemplo, numa entrevista em profundidade, um homem da zona rural fez menção de rumores que ele ouvia dos seus pares, os quais, às vezes, não só não constituem verdade, bem como perpetuam os mitos existentes sobre o planeamento familiar.

Veja, eu não tenho conhecimento sobre essas coisas. Parece que sou adulto, mas é apenas corpo. Costuma-se dizer que as mulheres tomam medicamentos. Também diz-se que outras mulheres viram os úteros para evitar a gravidez. (Homem, zona rural, não casado, EP # 14).

Entretanto, algumas mulheres enfatizaram o facto de que embora os homens tenham consciência e algum conhecimento do planeamento familiar, estes geralmente demonstram atitudes negativas sobre o uso de contraceptivos modernos de tal maneira que vários homens frequentemente proíbem suas parceiras de usar um método de planeamento familiar. Esta constatação está em linha com outros estudos feitos na África subsaariana (Ochaco *et al.*, 2015; Vouking *et al.*, 2014; Char *et al.*, 2009; Orubuloye & Oguntimehin, 1999). Por exemplo, Orubuloye e Oguntimehin (1999), afirmam que na Nigéria embora a atitude dos homens perante a contracepção fosse muito rígida, eles relutantemente concordavam, mesmo assim, com o uso do planeamento familiar por parte das suas parceiras. Para os autores, esta atitude relutante dos homens era uma consequência directa da crença que tinham, segundo a qual as mulheres são sexualmente fracas, no sentido de ausência de controlo de sua libido sexual e lhes faltando, como consequência, o controle da sua sexualidade. Por outro lado, acreditavam que o uso do planeamento familiar poderia levar as mulheres à promiscuidade sexual (Capurchande, 2016; Orubuloye & Oguntimehin, 1999).

No caso específico das áreas deste estudo, algumas mulheres, contudo, observaram que embora os homens, no geral, estivessem conscientes dos métodos modernos de planeamento familiar; eles continuavam desconfiados e eram geralmente relutantes em permitir que as suas parceiras usassem esses métodos. Como consequência, muitas mulheres continuam acreditando que os homens querem ter filhos e, por isso, mantém atitudes negativas quanto ao uso do planeamento familiar.

A mulher pode fazer o planeamento familiar se o marido aceitar. Existem poucos homens que permitem as suas parceiras de usar o planeamento familiar. Muitos homens dizem que eles não querem que suas esposas usem planeamento [planeamento familiar] e que não há problemas se elas engravidarem. É por isso que algumas mulheres tomam injeções e pílulas sem que os maridos saibam porque elas querem que seus filhos cresçam primeiro, antes de terem outros. (Mulher residente zona rural, não casada, EP # 03).

Neste extracto podem ser explorados três aspectos relacionados com o conceito de ‘necessidades não satisfeitas de contracepção’ em planeamento familiar (Cleland *et al.*, 2014; Chandra-Mouli *et al.*, 2014; Alkema *et al.*, 2013; Dixon-Mueller & Germain, 1992). O primeiro está relacionado com o processo da tomada de decisão e controlo que é geralmente exercido pelo homem sobre a mulher. O controlo e resistência dos homens ao planeamento

familiar tem, como resultado, o seu uso limitado. De facto, 18% das mulheres da amostra no IDS de 2003 e 12% no IDS de 2011 encontravam-se, naquele momento, usando algum método de planeamento familiar, seja moderno ou tradicional e somente 14% no IDS de 2003 (12% no IDS de 2011) estavam usando um método moderno de planeamento familiar, apesar de a grande maioria dos homens e mulheres inquiridos tivessem reportado que estavam conscientes do planeamento familiar (INE *et al.*, 2005; MISAU *et al.*, 2013). Esses resultados são igualmente consistentes com resultados de outros estudos conduzidos na África Subsaariana (Anjum *et al.*, 2014; Mbizvo & Adamchack, 1991).

O segundo aspecto tem a ver com uma clara ausência de sensibilidade entre os homens das necessidades de saúde sexual e reprodutiva das mulheres, sobretudo quando os respondentes homens dizem ou reportam que não há problemas com a possibilidade de as suas esposas ficarem grávidas, seja em que circunstâncias forem, o que reforça a existência de “necessidades não satisfeitas” do planeamento familiar entre as mulheres na área de estudo. O último aspecto do extracto da entrevista está relacionado com a percepção de posicionamentos no que diz respeito ao planeamento familiar. As mulheres que percebem que seus parceiros têm atitudes negativas ou desaprovam o planeamento familiar são mais propensas a chamar a si toda a responsabilidade de prevenir a gravidez. Todavia, o risco de o parceiro descobrir que a parceira está usando algum método de planeamento familiar às escondidas pode, paradoxalmente, acarretar consequências negativas para a sua saúde sexual e reprodutiva.

Nas entrevistas e sessões de discussão em grupos focais, os participantes discutiram tanto as vantagens assim como as desvantagens de alguns dos métodos modernos de planeamento familiar. Nestas sessões ficou claro que algumas mulheres preferem o uso do preservativo devido a seus benefícios decorrentes da dupla protecção. Neste sentido, elas sentem que o preservativo tem maior vantagem sobre todos outros métodos de planeamento familiar. Com efeito, algumas mulheres expressaram preocupação sobre o lado negativo dos efeitos colaterais associados a contraceptivos hormonais. A citação a seguir testemunha esses temores:

Pessoalmente acho que pílulas não são boas para uma mulher. Acho que o melhor método é o preservativo. Pílulas não são efectivas dependendo do corpo da pessoa. Pois existem algumas que tomam pílulas e, mesmo assim, ficam grávidas. (Mulheres, zona urbana, não casadas, DGF # 06).

Uma mulher residente na zona urbana levantou o assunto da conveniência de métodos particulares para cada mulher e também os possíveis efeitos secundários, os quais tem sido um dos maiores tópicos de debate entre os estudiosos, formuladores de políticas e usuários do planeamento familiar (Capurchande *et al.*, 2017; Agadjanian *et al.*, 2015; Chipeta *et al.*; 2010). Algumas mulheres se sentiram mais seguras com o uso do preservativo devido a dupla protecção que este oferece. Outras mulheres revelaram ter necessidades não satisfeitas do planeamento familiar, provavelmente devido ao uso incorrecto da pílula. De facto, o receio dos efeitos secundários associados aos métodos modernos de planeamento familiar tem sido extensamente reportado em outros ambientes socioculturais (Sakara *et al.*, 2015; Diamond-Smith *et al.*, 2012; Huong, 2009). Além disso, durante uma entrevista em profundidade, uma mulher deu as razões pelas quais o preservativo é, para ela, o “melhor método”. Nas suas palavras, a pílula é menos efectiva que o preservativo. O preservativo protege contra a gravidez assim como a infecção enquanto a pílula hormonal não promove protecção contra infecções de transmissão sexual (incluindo HIV).

Para mim, digo que a pílula não é nada porque não previne SIDA. Preservativos são melhores. Se eu tivesse um microfone, estaria gritando alto para que todas mulheres usem preservativo. Esta é a única coisa que confio. (Mulher, zona urbana, não casada, EP # 06).

Outras respondentes argumentaram que o uso do planeamento familiar era muito importante para os casais para prevenir algumas consequências negativas da “situação económica actual”. Elas defenderam que na “situação económica actual” o uso do planeamento familiar ajuda casais a controlar e a limitar sua maternidade de tal forma que eles podem aumentar a qualidade de vida das suas crianças. Além disso, as discussões indicam que o planeamento familiar era útil para evitar uma gravidez indesejável especialmente entre jovens não-casados. O planeamento familiar permite que os jovens reforcem o conhecimento mútuo sem a inconveniência de ocorrer uma gravidez indesejada, bem como permite que os jovens terminem seus estudos sem medo do mesmo risco. Além disso, algumas mulheres sugeriram que o planeamento familiar permitia com que elas tivessem um espaço entre os nascimentos dos seus filhos. Os extractos a seguir ilustram essas visões:

É bom para os casais o uso do planeamento familiar incluindo preservativo. Não porque não confiam um no outro, mas para evitar gravidez indesejada. Por exemplo,

se eles já tiverem criança, eles podem fazer um plano de melhorar a vida de seu filho sem preocupar-se com um novo filho. (Mulher zona urbana, não casada, EP # 05).

Durante as discussões algumas mulheres preferiram realçar os efeitos secundários do planeamento familiar. Por exemplo, enquanto uma respondente nas entrevistas em profundidade mencionou diferentes métodos de planeamento familiar ela também mencionou o facto de algumas mulheres que usam o planeamento familiar sofrerem de reacções adversas incluindo alergias e infecções.

Para fazer sexo sem ficar grávida, podes usar a pílula ou o preservativo. Podes também tomar injeções. Mas acho que muitas mulheres têm problemas de alergias, infecções e um número de outros problemas. (Mulher, zona urbana, casada, EP # 07).

Algumas mulheres defenderam que o preservativo era melhor que outros métodos de planeamento familiar uma vez que o mesmo previne infecções sexualmente transmissíveis, particularmente o HIV e SIDA. Contudo, uma mulher da área urbana notou que, às vezes, as mulheres têm reacções negativas como resultado do uso do látex⁷. Não obstante este constrangimento, parece que os benefícios de usar preservativo eram muito mais elevados do que do uso de outros métodos de planeamento familiar. Eis, um exemplo:

Algumas mulheres dizem que o preservativo provoca corrimentos. Mas acho que é melhor ter corrimentos do que apanhar SIDA. (Mulher, zona urbana, não casada, EP # 06).

Não obstante alguns efeitos colaterais no uso dos contraceptivos modernos, a pílula contraceptiva está no topo da preferência dos respondentes, seguida do preservativo masculino e dos injectáveis. Esses resultados estão em consonância com os dos Inquéritos Demográficos e de Saúde em Moçambique (INE et al., 2005; MISAU et al., 2013) e, os resultados deste estudo tendem a corroborar no aumento significativo do seu uso se comparado com o nível de prevalência da quantidade do contraceptivo (INE et al., 2005; MISAU et al., 2013). Os resultados do Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique de 2003 indicam que, entre as mulheres, a pílula ocupou o topo do uso de contraceptivos modernos, seguida pelo preservativo masculino e por fim dos injectáveis. Já no Inquérito Demográfico de Saúde em Moçambique de 2011, os resultados mostram alguma variação, ocupando o primeiro lugar o

⁷ Material-base para o fabrico do preservativo.

preservativo masculino, seguido da pílula e, depois os injectáveis (MISAU *et al.*, 2013).

Atitudes perante o planeamento familiar

Resultados Descritivos

Na secção anterior, foi apresentado o panorama geral da difusão da consciência e conhecimento do planeamento familiar entre homens e mulheres participantes do estudo. Nesta secção, são apresentados e discutidos os resultados do inquérito sobre as atitudes perante o planeamento familiar. As atitudes⁸ perante o planeamento familiar, tanto positivas quanto negativas são geralmente usadas como instrumento de prognóstico do uso de contraceptivos modernos (Sakara *et al.*, 2015; Adondo *et al.*, 2014; Maharaj, 2001; Blanc *et al.*, 1996; Mbizvo & Adamchack, 1991).

Assim, aos entrevistados foi lhes colocada uma ordem de asserções e/ou afirmações e, em seguida, solicitados para concordarem ou não com elas. A Tabela 2.2 mostra a percentagem de respondentes que concordou com determinadas asserções no que concerne ao planeamento familiar.

No geral, os dados revelam que os homens possuem atitudes favoráveis ao planeamento familiar do que as mulheres. A maioria dos homens reportou que é aceitável para um casal usar um método para impedir ou prevenir uma gravidez. Os homens mostraram-se também mais propensos a concordar que um casal use um método para espaçar os nascimentos e, para não ter mais filhos comparativamente às mulheres.

Os homens também eram mais propensos que as mulheres a concordar que é aceitável que um casal use um método para não ter mais filhos. Também foi significativo notar que homens e mulheres concordam ser mais aceitável usar um método para espaçar os nascimentos dos seus filhos do que regular a fecundidade ou evitar ter mais filhos, mesmo tendo atingido a média de filhos por mulher em Moçambique (Arnaldo, 2013). Mais de 70% de homens e mulheres afirmou que era aceitável que um homem propusesse o uso de um método anticonceptivo à sua parceira.

⁸ Entendidas como o conjunto das *predisposições comportamentais* (positivas ou negativas) de um indivíduo perante um objecto, situação, evento, facto, etc. que dão a indicação da direcção ou sentido de comportamento futuro (Maharaj, 2001) .

Tabela 2.2: Percentagem de respondentes que concordam com afirmações específicas a cerca de planeamento familiar e prevenção da gravidez

Afirmações	Homens (%)	Mulheres (%)
É aceitável para o casal usar um método para espaçar os nascimentos	86,1	76,5
É aceitável para o casal usar um método para não ter mais filhos?	77,5	68,7*
É aceitável para o homem propor à parceira para usar um método?	76,6*	71,9
É aceitável para a mulher usar um método sem informar ao seu parceiro?	11,0	28,6
É da responsabilidade da mulher usar um método para prevenir/adiar a gravidez	59,3*	66,8
O planeamento familiar conduz a comportamentos promíscuos	35,4*	11,1
N	209	217

Nota: * significativo a $p \leq 0,05$.

Fonte: Elaborada com base no Inquérito sociológico em Manhica e Matola, 2006.

Contudo, poucos homens e mulheres estiveram de acordo que uma mulher pudesse usar algum método contraceptivo moderno sem informar ao seu parceiro. Quase 29% de mulheres anuíram que é aceitável que uma mulher use um método sem que informe seu parceiro, comparados com 11% de homens. As mulheres eram mais propensas a defenderem que o planeamento familiar é responsabilidade das mulheres do que os homens. Quase 59% dos homens e 67% das mulheres defenderam que é responsabilidade das mulheres usar um método para prevenir e/ou adiar a gravidez. Os homens estavam mais inclinados do que as mulheres a defender que o planeamento familiar conduz aos comportamentos promíscuos.

Os resultados desta pesquisa estão em consonância com os resultados de um estudo realizado na África do Sul por Maharaj (2000) na medida em que revela que apesar do facto dos homens saberem do planeamento familiar e mesmo defendê-lo para o controlo do tamanho da família e o espaçamento entre os nascimentos dos filhos, eles continuavam a vê-lo como assunto das mulheres e, alguns homens rurais associaram-no à promiscuidade sexual (Maharaj, 2000; Matlala, 2010). Nos princípios dos anos 1990, no Zimbabwe, um estudo realizado por Mbizvo e Adamchack (1991) demonstrou a existência de grandes taxas de aprovação e uso dos serviços de planeamento familiar. Contudo, as atitudes positivas eram associadas ao espaçamento entre

os nascimentos do que propriamente para limitar o número de filhos (Mbizvo & Adamchack, 1991). Algumas das razões dadas para a falta de envolvimento dos homens no planeamento familiar incluem o facto de os programas passados de planeamento familiar apenas terem abrangido mulheres e não incluísssem os seus parceiros (Bongaarts, 2014; Tuloro *et al.*, 2006; Mbizvo & Adamchack, 1991; Ringheim, 1993; Matlala, 2010).

Práticas do Planeamento Familiar e Prevenção da Gravidez

As práticas do planeamento familiar e prevenção da gravidez constituem o objecto de análise desta sub-secção. De acordo com a literatura especializada, a gravidez indesejada tem sido uma das maiores consequências que ameaçam a saúde sexual reprodutiva das mulheres (Izugbara *et al.*, 2011; Dixon-Muller, 1993; Varga, 2003). Assim, para avaliar até que ponto os homens e as mulheres das áreas do estudo estavam a usar o planeamento familiar, duas perguntas foram colocadas. Primeiro, a pergunta: “*da última vez que você fez sexo, você e seu parceiro usaram ou fizeram alguma coisa para prevenir a gravidez?*”. Segundo, a pergunta do nome do método que usaram: “*Qual foi o método que usaram?*”. Estas duas perguntas apenas foram colocadas a todos os respondentes que admitiram terem tido uma relação sexual com pelo menos um parceiro/parceira sexual nos últimos 12 meses anteriores ao estudo. Um homem, dos 209 disse não ter tido nenhuma relação no período em avaliação. Os resultados são mostrados na Tabela 2.3.

Os resultados mostram que, por um lado, entre os homens havia mais propensão do que entre as mulheres a afirmar que usaram algum método para prevenir a gravidez na última relação sexual, 12 meses antes do estudo. Por outro lado, a Tabela 2.3 também mostra que mais do que a metade dos homens, 52%, reportou que eles e suas parceiras fizeram alguma coisa para evitar a gravidez na última relação sexual. Do mesmo modo, menos que metade de mulheres da amostra, 46%, reportou que elas e seus parceiros fizeram alguma coisa para evitar uma gravidez indesejada na sua última relação sexual. No entanto, os resultados também mostram que quase a outra metade dos homens e mulheres que participou no estudo não fez nada para evitar a gravidez na sua última relação sexual. Não obstante, os resultados revelam que mais mulheres, 54%, do que os homens, 48%, reportaram que nada fizeram para prevenir a gravidez na sua última relação sexual.

Tabela 2.3: Percentagem de respondentes sobre se usaram ou não um método para evitar a gravidez no último acto sexual antes da entrevista

Tipo de Resposta	Homens		Mulheres	
	n	%	n	%
Sim	109	52,4	100	46,1
Não	99	47,6	117	53,9
N	208		217	

Fonte: Elaborada com base no Inquérito sociológico em Manhiça e Matola, 2006.

Uso de contraceptivo e método escolhido na última relação sexual

Nesta sub-secção aborda-se a distribuição percentual dos respondentes em relação a questão colocada sobre o tipo de método contraceptivo moderno usado na última relação sexual. A Tabela 2.4 mostra a distribuição percentual dos respondentes no que concerne ao uso do método contraceptivo de planeamento familiar na última relação sexual. Como pode ser visto na Tabela 2.4, a pílula hormonal foi o mais popular método contraceptivo moderno usado durante a última relação sexual, seguido pelo preservativo masculino. Neste caso, 22% dos homens reportaram que suas parceiras tinham tomado a pílula enquanto 17% disse que usaram preservativo masculino. De igual modo, cerca de 19% das mulheres reportaram que confiaram na pílula enquanto perto de 15% disseram que seus parceiros usaram o preservativo masculino.

Uma nota de revelo, contudo, é o facto de quase 8% das mulheres terem reportado usar injectáveis, comparado com 4% dos homens. Isto pode estar a sugerir que algumas mulheres devem estar fazendo planeamento familiar sem o conhecimento dos seus parceiros, já que este método talvez seja disponibilizado em clínicas de saúde sem o conhecimento dos seus parceiros. Poucos homens e mulheres reportou o uso de outros métodos de contracepção. Também é de notar que quase 4% dos homens reportou que suas parceiras usavam o DIU. No geral, o uso dos métodos tradicionais foi baixo. No entanto, as mulheres eram mais propensas que os homens a reportar o uso de métodos tradicionais.

Tabela 2.4: Percentagem de respondentes por métodos contraceptivos usados no último acto sexual antes da entrevista

Tipo de método	Homens		Mulheres	
	N	%	n	%
Pílula	46	22,0	41	18,9
Dispositivo Intra-uterino (DIU)	9	4,3	0	0,0
Injecções	8	3,8	17	7,8
Diafragma/foam/Gel	2	1,0	1	0,5
Camisinha Masculina	36	17,2	32	14,7
Método Tradicional/Ervas	0	0,0	4	1,8
Dias seguros/abstinência	0	0,0	1	0,5
Não aplicável	102	48,8	117	53,9
Sem informação	6	2,9	4	1,8
N	209		217	

Nota: O somatório das percentagens pode não atingir 100 devido a arredondamentos.

Fonte: Elaborada com base no Inquérito sociológico em Manhica e Matola, 2006.

Determinantes do uso do contraceptivo na última relação sexual

Esta sub-secção aborda os determinantes do uso dos contraceptivos modernos na última relação sexual. Para tal, foi efectuada uma análise bivariada e multivariada através do método de regressão logística. Desta pesquisa pode-se depreender que a análise de regressão logística confirma a análise bivariada. Os resultados de ambas as técnicas estatísticas indicam que enquanto o nível de educação e o desejo de ter filho tem efeitos estatisticamente significativos ajustado com o uso de um método para evitar a gravidez entre os homens; entre as mulheres a idade, o nível de formação académica e o desejo de ter filhos têm um efeito estatisticamente significativo ajustado com o uso de um método de planeamento familiar na última relação sexual.

Análise bivariada

O uso do método de planeamento familiar na última relação sexual pode ter sido influenciado por diferentes factores, incluindo o desejo em conceber, idade, estado civil, e/ou a desaprovação por parte dos outros membros da família, dentre outros factores (INE *et al.*, 2005; MISAU *et al.*, 2013; Agadjanian, 2001; Bongaart & Bruce, 1995). Para determinar os factores que influenciam a decisão de usar um método de planeamento familiar, foi feita a análise bivariada. Além disso, o teste *qui-quadrado* foi realizado para avaliar

a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes. Os resultados sugerem que todas características sociodemográficas, com exceção de uma, tiveram efeito significativo no uso do método contraceptivo para prevenir a gravidez durante a última relação sexual (Tabela 2.5). Os dados indicam, ainda, que para ambos homens e mulheres, o lugar de residência, nível de educação, e o estado civil tiveram efeito estatisticamente significativo no uso de um método de planeamento familiar na última relação sexual. Para os homens, nenhuma associação significativa foi encontrada em relação com a idade. Além do mais, como mostra a Tabela 2.5, os homens que viviam na área urbana eram mais propensos a reportar o uso de um método contraceptivo na última relação sexual comparado com os que viviam no meio rural.

De igual modo, os homens mais instruídos, isto é, com ensino secundário e pré-universitário, eram mais propensos a reportar o uso de um método contraceptivo na última relação sexual comparados com os homens com uma instrução inferior. Na mesma linha, os homens que não eram nem casados nem vivendo em união de facto eram mais propensos a reportar o uso de um método contraceptivo na última relação sexual do que os casados e os que viviam em união de facto. O desejo de ver sua parceira engravidar é um indicador estatisticamente significativo para o uso de contracepção entre homens. Os homens que reportaram que não queriam ter mais filhos eram significativamente mais propensos a usar um método anticonceptivo do que os que reportaram que queriam ter mais filhos.

Já a análise bivariada para as mulheres mostra que o lugar de residência, a educação, a idade e o estado civil são indicadores de previsão significativos no uso de um método anticonceptivo na última relação sexual. Assim, como mostra a Tabela 2.5, mulheres vivendo em áreas urbanas eram mais propensas a reportar o uso de um método de contracepção na última relação sexual do que mulheres vivendo em áreas rurais. Além do mais e contrariamente aos homens, a idade aparece a influenciar o uso de contraceptivo entre as mulheres. Assim, mulheres jovens eram mais inclinadas do que as mais velhas a reportar o uso de um método contraceptivo na última relação sexual.

Tabela 2.5: Percentagem de respondentes que usaram um método do PF para prevenir a gravidez no último acto sexual antes da entrevista por características socio-demográficas

Variável	Homens		Mulheres	
	n	%	n	%
<i>Local de Residência</i>				
Urbano	106	64,2*	111	61,3*
Rural	102	40,2	106	30,2
<i>Idade</i>				
20-29	108	53,7	121	58,7*
30-39	54	51,9	60	35,0
40-49	46	50,7	34	23,5
<i>Nível de Educação</i>				
Nenhum	28	32,1*	51	19,6*
Primário	98	41,8	106	41,5
Secundário ou mais	82	72,0	60	76,7
<i>Estado Civil</i>				
Casado/coabitando	138	46,4*	120	35,8*
Não	70	64,3	97	58,8
<i>Quer ter um/a filho/a</i>				
Sim	152	44,1*	113	45,1
Não	48	75,0	100	49,0
N	208		217	

Nota: * significativo a $p \leq 0,05$.

Fonte: Elaborada com base no Inquérito sociológico em Manhiça e Matola, 2006.

Por outro lado, como foi reportado entre os homens, a educação é um forte indicador de previsão do uso ou não do contraceptivo. Assim, mulheres com ensino secundário ou pré-universitário eram mais propensas do que aquelas com uma educação inferior para que tenham feito algo no sentido de evitar a gravidez na sua última relação sexual. Da mesma forma, mulheres que não eram nem casadas nem vivendo em união de facto eram mais propensas do que as casadas e as que viviam em união de facto a reportar ter feito algo para evitar a gravidez na última relação sexual. Todos os resultados são estatisticamente significantes, com excepção de preferências de fecundidade. A Tabela 2.5 mostra também que a preferência de fecundidade não é significativamente associada com o uso do contraceptivo entre os homens. Esses resultados são consistentes com os resultados de outros estudos feitos na região subsaariana (Tilahun *et al.*, 2014, 2013; Gebreselassie & Mishra, 2007; Mbizvo & Adamchack, 1991, Koc, 2000).

Análise de regressão logística

Com o propósito de analisar quais factores são ou foram fortemente determinantes para que alguém tenha usado um método para prevenir a gravidez na última relação sexual, a análise de regressão logística foi igualmente aplicada. Assim, a variável dependente ou variável de efeito (sob avaliação) foi de saber, se o entrevistado usou ou não um método no último acto sexual para prevenir a gravidez. A variável compreende dois valores: “*Sim*” que foi codificada o símbolo “1” e “*Não*” que foi codificada como o símbolo “0”. O valor do código “1” é geralmente tomado como grupo de referência em estudos similares (Mbizvo & Adamchack, 1991, Koc, 2000). As variáveis independentes ou explicativas neste estudo são as quatro características socio-demográficas seleccionadas, nomeadamente: o lugar de residência, idade, educação, estado civil e uma não socio-demográfica que foi intenção reprodutiva (desejo de ter mais filho). Modelos separados para homens e mulheres foram ajustados para mapear as diferenças de género no uso do método contraceptivo na última relação sexual. Os resultados do modelo masculino são dados na Tabela 2.6.

O resultado da análise de regressão logística para homens (Tabela 2.6) mostram que, com a excepção da idade e o desejo de ter filhos, todas as variáveis de previsão introduzidas no modelo tem um efeito não ajustado⁹ que é estatisticamente significativo nos homens que usaram ou fizeram algo para prevenir a gravidez durante a última relação sexual. Considerando o lugar de residência, por exemplo, os resultados da regressão logística sugerem que a possibilidade de reportar o uso de um método de contracepção é muito menor para todos os homens vivendo na zona urbana e rural (razão de probabilidades¹⁰ = 0,38). As probabilidades de reportar o uso de um método são mais elevadas para homens com ensino secundário ou pré-universitário do que para os que tem uma educação abaixo. Os homens que não eram casados nem vivendo em união de facto eram duas vezes mais propensos a reportar o uso de um método para evitar a gravidez comparados com os que eram casados ou vivendo em união de facto (razão de probabilidades = 2,08).

Além do mais, os homens que declararam que não queriam mais filhos com as parceiras com as quais eles tiveram a última relação sexual, eram quase quatro vezes mais propensos a reportar ter usado um método

⁹ Isto é, quando se cruza cada variável independente com a variável dependente.

¹⁰ A razão de probabilidades é uma grandeza numérica que dá a ideia de um dado fenómeno poder ocorrer ou não, sendo a grandeza expressa em “1” ou acima indicando a maior possibilidade de ocorrência, enquanto abaixo de “1” indicando o nível baixo da probabilidade da ocorrência.

para evitar a gravidez do que os que disseram que queriam ter mais filhos (razão de probabilidades = 3,81). No entanto, depois de examinar junto com outras variáveis (efeito ajustado), o nível de educação e o desejo de ter filho continuaram a ser estatisticamente significantes. Os homens com ensino secundário e pré-universitário eram quase cinco vezes mais propensos a reportar o uso de um método de contracepção do que homens com um nível abaixo destes (razão de probabilidades = 4,53). Da mesma forma, os homens que declararam que não queriam mais filhos eram três vezes mais propensos a reportar o uso de um método para prevenir a gravidez do que aqueles que disseram que queriam mais filhos com as parceiras com as quais tiveram a última relação sexual (razão de probabilidades = 3,58).

Tabela 2.6. Razão de probabilidades para os homens que usaram um método para prevenir a gravidez no último acto sexual, antes da entrevista: resultados da regressão logística

Variável	Modelos para Homens	
	Razões de probabilidades a 95% de intervalo de confiança	
	Modelo I Não Ajustado	Modelo II Ajustado
<i>Local de Residência</i>		
Urbano	1,00	1,00
Rural	0,38*(0,214 – 0,658)	0,68 (0,343 – 1,358)
<i>Idade</i>		
20-29	1,00	1,00
30-39	0,92 (0,483 – 1,786)	1,53 (0,683 – 3,421)
40-49	0,86 (0,432 – 1,720)	1,15 (0,503 – 2,610)
<i>Nível de Educação</i>		
Nenhum	1,00	1,00
Primário	1,52 (0,624 – 3,694)	1,23 (0,497 – 3,370)
Secundário ou mais	5,42* (2,141 – 13,698)	4,53* (1,518 – 13,510)
<i>Estado Civil</i>		
Casado/coabitando	1,00	1,00
Não	2,08* (1,151 – 3,764)	0,99 (0,440 – 2,238)
<i>Quer ter um/a filho/a</i>		
Sim	1,00	1,00
Não	3,81* (1,839 – 7,879)	3,58* (1,617 – 7,914)

Nota: * significativo a $p \leq 0,05$; ** significativo a $p \leq 0,01$.

Fonte: Elaborada com base no Inquérito sociológico em Manhica e Matola, 2006.

Já a análise de regressão logística para mulheres (Tabela 2.7) aponta que todas as variáveis socio-demográficas seleccionadas, com excepção de uma, tiveram efeitos não ajustados estatisticamente significativos na mulher que usou um método para prevenir a gravidez durante a última relação sexual. Por exemplo, mulheres vivendo no meio rural têm uma probabilidade muito reduzida de reportar o uso de métodos de contracepção na última relação sexual do que as mulheres vivendo em áreas urbanas (razão de probabilidades = 0,27). Também, a probabilidade de uso de um método de contracepção entre as mulheres mais adultas reduz significativamente se comparado com as mulheres mais jovens. De igual modo, as mulheres que não estão casadas e nem vivem maritalmente são mais propensas a reportar ter usado um método para prevenir a gravidez na última relação sexual do que as mulheres que eram casadas vivendo maritalmente (razão de probabilidades = 2,55).

Como era de esperar, a educação mostra efeitos altamente significativos na probabilidade de uma mulher reportar ter usado um método para prevenir a gravidez na última relação sexual. Por exemplo, enquanto uma mulher apenas com formação primária é quase três vezes mais propensa a reportar ter usado um método para prevenir a gravidez na última relação sexual do que as mulheres não formadas (razão de probabilidades = 2,91); uma mulher com ensino secundário ou pré-universitário é quase treze vezes mais propensa a reportar ter usado um método para prevenir a gravidez na última relação sexual do que mulheres com um nível de formação abaixo (razão de probabilidades = 13,47).

Depois de controlar com outras variáveis em conjunto (efeito ajustado), a idade continua tendo um efeito negativo na probabilidade de uma mulher com 30 anos ou mais, reportar ter usado um método para evitar a gravidez na última relação sexual comparado com uma mulher nos seus 20 anos (razão de probabilidades = 0,36 e 0,20 respectivamente). Note-se o facto de o desejo de engravidar ter efeito estatisticamente significativo ajustado na mulher que não quis mais ter filho com seu parceiro na sua última relação sexual embora tenha reportado ter usado um método para prevenir a gravidez. Isto parece ser resultado dos efeitos de combinação com outras co-variáveis, particularmente a educação, idade e lugar de residência. De facto, como é mostrado no Modelo I, mulheres com formação secundária ou mais estão treze vezes mais propensas a reportar o uso de um método para prevenir a gravidez na última relação sexual. De outro lado, as mulheres mais formadas tendem a ser encontradas em grupos de idade dos 20 aos 29 anos. Além disso, essas mesmas mulheres mais educadas são geralmente encontradas em zonas urbanas do que nas rurais.

Tabela 2.7. Razões de probabilidades para as mulheres que usaram um método para prevenir a gravidez no último acto sexual, antes da entrevista: resultados da regressão logística

Variável	Modelos para Mulheres	
	Razões de probabilidades a 95% de intervalo de confiança	
	Modelo I Não Ajustado	Modelo II Ajustado
<i>Local de Residência</i>		
Urbano	1,00	1,00
Rural	0,27* (0,156 – 0,481)	0,50 (0,243 – 1,034)
<i>Idade</i>		
20-29	1,00	1,00
30-39	0,38* (0,200 – 0,721)	0,36* (0,166 – 0,798)
40-49	0,21* (0,091 – 0,518)	0,20* (0,066 – 0,620)
<i>Nível de Educação</i>		
Nenhum	1,00	1,00
Primário	2,91* (1,318 - 6,423)	1,87 (0,780 – 4,505)
Secundário ou mais	13,47** (5,400 – 33,608)	5,54* (1,814 – 16,931)
<i>Estado Civil</i>		
Casado/coabitando	1,00	1,00
Não	2,55** (1,472 – 4,423)	1,55 (0,811 – 2,949)
<i>Quer ter um/a filho/a</i>		
Sim	1,00	1,00
Não	1,17 (0,681 – 2,003)	2,38* (1,140 – 4,934)

Nota: * significativo a $p \leq 0,05$; ** significativo a $p \leq 0,01$.

Fonte: Elaborada com base no Inquérito sociológico em Manhica e Matola, 2006.

Conclusão

Com o presente capítulo pretendia-se avaliar o nível de consciência e de conhecimento sobre o planeamento familiar bem como em que medida a acção quotidiana dos participantes era (ou não) informada por esse mesmo conhecimento. Um dos pressupostos do estudo assim como de outros estudos analisados neste capítulo foi de que a consciência do planeamento familiar, *per se*, não se traduz, necessariamente, em seu uso. Os resultados deste estudo mostram que, não obstante níveis relativamente altos de consciência e de conhecimento verificado entre os participantes sobre o planeamento familiar e contraceptivos modernos, suas atitudes e práticas protectoras não são determinados, necessariamente, pelo conhecimento que revelam deter, mas por factores de ordem institucional e sócio-cultural. Os resultados do

estudo também mostraram que não obstante os efeitos colaterais de alguns contraceptivos modernos, a pílula está no topo da preferência dos respondentes, seguidas do preservativo masculino e dos injectáveis.

Para a maioria dos homens e mulheres que foram objecto deste estudo, houve um consenso sobre o uso de um método para adiar, prevenir ou limitar a maternidade. Contudo e, à semelhança do que acontece em algumas regiões da África Austral, pode se depreender que apesar do facto de os homens saberem do planeamento familiar e mesmo o defender para o controlo do tamanho da família e o espaçamento entre os filhos, eles continuavam a o ver como assunto das mulheres e, alguns homens rurais associaram-no à promiscuidade sexual.

Por último, a partir dos dados da pesquisa pode-se depreender que a análise de regressão logística confirma a análise bivariada dos resultados. Os modelos desenvolvidos indicam que enquanto o nível de educação e o desejo de ter filho tem efeitos estatisticamente significativos ajustados com o uso de um método para evitar a gravidez entre os homens; entre as mulheres a idade, o nível de formação académica e o desejo de ter filho têm um efeito estatisticamente significativo ajustado com o uso de um método de planeamento familiar na última relação sexual. Também, os resultados da regressão logística levam este estudo a concluir que os homens com uma formação académica secundária ou mais são quatro vezes mais propensos a terem usado um método para prevenir a gravidez do que os homens com uma formação académica mais baixa. Isto é também observável nos modelos em que os homens que não quiseram ter mais filho com a parceira eram quase três vezes e meio mais propensos a ter usado um método para prevenir a gravidez do que os homens que queriam ter filho. No geral, estes resultados, confirmam o efeito multiplicar da educação em programas da SSR.

Recomendações

Como resultado das constatações e conclusões do presente estudo, são propostas algumas recomendações entre elas as seguintes:

- Promover grupos de debate/discussão envolvendo homens e mulheres sobre os tópicos em SSR, em particular sobre a gravidez não planificada e prematura;

- Promover a educação da rapariga e a igualdade de género sobretudo nas camadas mais jovens e adolescentes;
- Fortalecer as políticas de redução da mortalidade infantil, dos casamentos prematuros e redução da fertilidade;
- Promover mais estudos qualitativos para aprofundar evidência sobre os efeitos dos métodos anticonceptivos de longa duração (esterilização feminina, vasectomia); noções gerais sobre gravidez não planificada; consciência e conhecimento do contraceptivo de emergência (vulgo pílula do dia seguinte) e; finalmente;
- Uma análise mais aprofundada sobre a influência das redes de sociabilidade na tomada de decisão sobre SSR.

Bibliografia

- Adelekan, A., P. Omoregie, & E. Edoni (2014). "Male involvement in family planning: Challenges and way forward". *International Journal Population Research*. Doi: 101155/2014/416457.
- Adongo, P.B., P.T.N. Tabongo, T.B. Azongo *et al.* (2014). "A comparative qualitative study of misconceptions associated with comparative use in southern and northern Ghana". *Front Pub Health*.137 (2):1-7.
- Adongo, P.B., P. Tapsoba, J.F. Phillips *et al.* (2014). "If you do vasectomy and come back here weak, I will divorce you": A qualitative study of community perceptions about vasectomy in Southern Ghana". *BMC International Health Human Rights*.14: 16.
- Agadjanian, V. (2005). "Gender, religious involvement, and HIV/AIDS prevention in Mozambique." *Social Science & Medicine*, 61: 1529-1539.
- Agadjanian, V. (2010). "Economic security, informal resources, and women's reproductive choices in urban Mozambique". *Social Biology*. 45 (1-2): 60-79.
- Agadjanian, V. (2001). "Negotiating Through Reproductive Change: Gendered Social Interaction and Fertility Regulation in Mozambique". *Journal of Southern African Studies*. 27(2):291-309.
- Agadjanian, V., S.R. Hayford, L. Luz, & J. Yao (2015). "Bringing user and provider perspectives: Family planning access and utilization in rural Mozambique". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 130(03): E47-E51.

- Alkema, L., V. Kantorova, C. Menazzi, & A. Biddlecom (2013). "National, regional and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: A systematic and comprehensive analysis". *The Lancet*. 381: 1642-1652.
- Anjum, S., P.M. Durgawale, & M. Shinde (2014). "Knowledge of contraceptives methods and appraisal of health education among married women". *International Journal of Science and Research*. 3(3): 584-590.
- Apanga, P. A. & M.A. Adam (2015). "Factors influencing the uptake of family planning services in the Talensi district, Ghana". *Pan African Med Journal*. 20:10.
- Aransiola, J.O., A.I. Akinyemi, & A.O. Fatusi (2014). "Women's perceptions and reflections of male partners and couple dynamics in family planning adoption in selected urban slums in Nigeria: A qualitative exploration". *BMC Public Health*. 14:869.
- Arnaldo, Carlos (2013). "Fecundidade em Moçambique nos últimos 50 anos: alguma mudança?" In Carlos Arnaldo & Boaventura M. Cau (org.), *Dinâmicas da População e Saúde em Moçambique*. Maputo: CEPISA. Pp.47-72.
- Bankole, A. & S. Singh (1998). "Couples' Fertility and Contraceptive Decision-Making In Developing Countries: Hearing the Men's Voice". *International Family Planning Perspective*. 24(1):15-24.
- Berhane, A., S. Biadgilign, A. Amberbir *et al.* (2011) "Men's knowledge and spousal communication about modern family planning methods in Ethiopia". *Afr J Repr Health*. 15(4):24-32.
- Billizzi, S., H.L. Sobel, H. Obara, & M. Temmerman (2015). "Underuse of modern methods of contraception: Underlying causes and consequent undesired pregnancies in 35 low and middle-income countries". *Human Reproduction*. 30(4): 973-986.
- Blanc, A., B. Wolff, A. Gage, A. Ezech, S. Neema, & J. Sskamatte-Ssebuliba (1996). *Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda*. Calverton, Maryland, U.S.A: Macro International Inc. e Institute of Statistics and Applied Economics, Makerere University.
- Bongaarts, J. (2014). "The Impact of Family Planning Programs on Unmet Need and Demand for Contraception". *Studies in Family Planning*. 45(2): 247-262.

- Bongaarts, J. & J. Casterline (2013). “Fertility transition: Is sub-Saharan Africa different? *Population Development Review*. 38(1): 153-168.
- Bongaarts, J. & J. Bruce (1995). “The causes of unmet need for family planning”. *Studies in Family Planning*. 26(2): 57-75.
- Bongaarts, J. & S.C. Watkins (1996). “Social interactions and contemporary fertility transitions”. *Population and Development Review*. 22(4): 639-682.
- Brunie, A., E.E. Tolley, F. Ngabo *et al.* (2013). “Getting to 70%: Barriers to modern contraceptive use for women in Rwanda”. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. (123): e11-e15.
- Campbell, O., J. Cleland, M. Collumbien, & K. Southwick (1999). *Social Science Methods for Research on Reproductive Health*. Geneva: World Health Organization.
- Capurchande, R., G. Coene, K. Roelens, & H. Meulemans (2017). “If I have only two children and they die... who will take care of me?” – a qualitative study exploring knowledge, attitudes and practices about family planning among Mozambican female and male adults”. *BMC Women’s Health*. 16:66. DOI 10.1186/s12905-017-04196
- Capurchande, R. (2016). “Unravelling the mosaic discourses and practices about family planning in two settings of Maputo province, Mozambique: A phenomenological study”. Tese de Doutoramento, Vrije Universiteit Brussel.
- Capurchande, R., G. Coene, I. Schockaert, M. Macia, & H. Meulemans (2016). “*It is challenging... oh, nobody likes it!*” – a qualitative study exploring Mozambican adolescents and young adults’ experiences with contraception”. *BMC Women’s Health*. 16:48.
- Chandra-Mouli, V., D.R. McCarraher, S.J. Phillips, N. Williamson, & G. Hainsworth (2014). “Contraception for adolescent in low and middle income countries: Needs, barriers, and access”. *Reproductive Health*. 1014, 11:1.
- Char, A., M. Saavala, & T. Kulmala (2009). “Male perceptions on female sterilization: A community-based study in rural central India”. *Int Persp Sex Repr Health*. 35(3):131-138.
- Cheng, C.Y. & D.D. Mruk (2010). “New frontiers in nonhormonal male contraception”. *Contraception*. (82): 476–482.

- Chipeta, E. K., W. Chimwaza, L. Kalilani-Phiri (2010). "Contraceptive knowledge, beliefs and attitudes in rural Malawi: Misinformation, misbeliefs and misperceptions". *Malawi Medical Journal*. 22(2): 38-41.
- Chuwa, M. (2012). "Male involvement in family planning practice". *African Journal Midwife Women's Health*. 6(3):132-138.
- Cleland, J., S. Harbison, & H.S. Iqbal (2014). "Unmet need for contraception: Issues and challenges". *Studies in Family Planning*. 45(2):105-122.
- Cleland, J., S. Bernstein, A. Ezeh, A. Faundes, A. Glasier, & J. Innis (2006). "Family planning: The unfinished agenda". *The Lancet*. 368(9549): 1810-1827.
- Crizostomo, C.D, C.S.J. Sobra, & I.S. Nery (2004). "Saúde reprodutiva: as relações de gênero no planejamento familiar. *Revista de Enfermagem - Escola Anna Nery*. 8(3): 411-419.
- Dadoo, F.N. & M. Tempenis (2002). "Gender, power and reproduction: Rural-urban differences in the relationship between fertility goals and contraceptive use in Kenya". *Rural Sociology*. 67: 46-70.
- Diamond-Smith, N., M. Campbell, & S. Madan (2012). "Misinformation and fear of side-effects of family planning". *Culture, Health and Sexuality*. 14(4): 421-433.
- Dixon-Mueller, R. (1993). "The Sexuality Connection in Reproductive Health". *Studies in Family Planning*. 24(5): 269-282.
- Dixon-Mueller, R. & A. Germain (1992). "Stalking the Elusive "Unmet Need" for Family Planning". *Studies in Family Planning*, 23(5):330-335.
- Dixon-Mueller, R. Germain, A. Fredrick, B. Bourne, K. (2009)." Towards a sexual ethics of rights and responsibilities". *Reproductive Health Matters*. 17(33):111-119.
- Emina, J.B.O., T. Chirwa, & N. Kandala (2014). "Trend in use of modern contraception in Sub-Saharan Africa: Does women's education matter"? *Contraception*. 90(2): 154-161.
- Ezeh, A.C., B.U. Mberu, & J.O. Emina (2009). "Stall in fertility decline in Eastern African countries: regional analysis of patterns, determinants and implications". *Phil. Trans. R. Soc. B*. 364: 2991-3007.

- Ezeh, A.C. & G. Mboup (1997). "Estimates and explanations of gender differentials in contraceptive prevalence rates". *Studies in Family Planning*. 28(2):104–121.
- Ezeah, P. & C. Anchonwa (2015). "Gender inequality in reproductive health services and sustainable development in Nigeria: A theoretical analysis. *Int J Sociology and Anthropology*. 7(2):46-53.
- Ferreira, A.L.C.G., A.I. Souza, R.E. Pessoa, & C. Braga (2011). "The effectiveness of contraceptive counseling for women in the post abortion period: An intervention study". *Contraception*. 84:377-383.
- Garg, S. & R. Singh (2014). "Need for integration of gender equity in family planning services". *Indian J Med Res*. 140: 147-151.
- Gebreselassie, T. & V. Mishra (2007). Spousal Agreement on Family Planning in Sub-Saharan Africa, DHS Analytical Studies 11. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc..
- Gluckman, M. (1986). "Análise de uma Situação Social na Zululândia Moderna" In. B.F. Bianco (Org.), *Antropologia das Sociedades Complexas*. São Paulo: Ed. Global. pp. 237 – 365.
- Huong, B.T. (2009). "Let's talk about sex, baby': Sexual communication in marriage in contemporary Vietnam". *Culture, Health & Sexuality*. 12(5): S19-S29.
- INE (Instituto Nacional de Estatística), MISAU (Ministério da Saúde), & ORC Macro (2005). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2003. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2001). Inquérito sobre o Comportamento Sexual dos Jovens e Adolescentes. Maputo: INE.
- Izugbara, C.O., R. Ochako, & C. Izugbara (2011). "Gender scripts and unwanted pregnancy among urban Kenyan women". *Culture, Health & Sexuality*. (13:9):1031-1045.
- Jayalakshmi, M.S., K. Ambwani, P.K. Prabhakar *et al.* (2002). "A study of male involvement in family planning". *Health and Population-Perspectives and Issues*. 25(3):113-123.
- Johnson, R. B & A. Onwuegbuzie (2004). "Mixed Methods Research: A research paradigm Whose Time Has Come". *Educational Researcher*. 33(7): 14-26.

- Johnson, R. B (2006). "Special issue: New directions in mixed methods research". *Research in the schools*. 13(1).
- Kabagenyi, A. P. Ndugga, S.O. Wandera *et al.* (2014). "Modern contraceptive use among sexually active men in Uganda: Does discussion with a health worker matter"? *BMC Public Health*.14:286.
- Kassa, M., A.A. Abajobir, M. Gedefaw (2014). "Level of male involvement and associated factors in family planning services utilization among married men in Debremarkos town, Northwest Ethiopia". *BMC Int Health Human Rights*. 14:33.
- Khadivzadeh. T., R.L. Roudsari, M. Bahrami *et al.* (2013). "The influence of social network on couples' intention to have the first child". *Iran J Reproductive Medicine* 11(3):209-218.
- Koc, I. (2000). "Determinants of Contraceptive use and Method choice in Turkey". *Journal of Biosocial Science*. 32(3):329-342.
- Kohler, H.P. & C. Bühler (2001). "Social Networks and Fertility". In N.J. Smelser & P.B. Baltes (eds.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Oxford: Pergamon & Elsevier Sciences.
- Lane, S.D. (1994). "From population control to reproductive health: An emerging policy agenda". *Social Science & Medicine*. 39 (9): 1303-1314.
- Littlejohn, K. (2012). "Hormonal contraceptive use and discontinuation because of dissatisfaction: Differences by race and education". *Demography*. 49:1433-1452.
- Leech N, & A. Onwuegbuzie (2008) "A typology of mixed methods research designs". *Quality and Quantity*, 43(2): 265-275.
- Macia, M., P. Maharaj, & A. Gresh (2011). "Masculinity and male Sexual Behavior in Mozambique". *Culture, Health and Sexuality*. 13 (10): 1181-1192.
- Maharaj, P. (2000). "Promoting Male Involvement in Reproductive Health." *Agenda*. 44: 37-47.
- Maharaj, P. (2001). "Male attitudes to family planning in the era of HIV/AIDS: evidence of KwaZulu-Natal, South Africa." *Journal of Southern African Studies*, 27(2): 2001, 245-257.

- Marcolino, C. & E.P. Galastro (2001). “As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planeamento familiar”. *Rev Latinoam Enfermagem*. 9(3):77-82.
- Mboane, R. & M.P. Bhatta (2015). “Influence of husband’s healthcare decision making role on a woman’s intention to use contraceptives among Mozambican women”. *Reproductive Health*.12:36.
- Mbizvo, M.T. & S. Zaidi (2010). “Addressing critical gaps in achieving universal access to sexual and reproductive health (SRH): the case for improving adolescent SRH, preventing unsafe abortion, and enhancing linkage between SRH and HIV interventions”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.110:S3-S6.
- Mbizvo, M.T., D. Chou, & D. Shaw (2013). “Today’s evidence, tomorrow’s agenda: Implementation of strategies to improve global reproductive health”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 121: S3-S8.
- Mbizvo, M.T. & D.J. Adamchak (1991). “Family Planning Knowledge, Attitudes, and Practices of Men in Zimbabwe”. *Studies in Family Planning*.22(1): 31-38.
- Matlala, S.F. & M.B.L. Mpoloken (2010). “Knowledge, attitudes and practices of rural men towards the use of contraceptive in Ga-Sekororo, Limpopo Province, South Africa”. *Professional Nursing Today*. 14(2).
- MISAU (Ministério da Saúde) (2014). Plano estratégico do sector saúde: 2014-2019. Maputo: Ministério da Saúde.
- MISAU (Ministério da Saúde) (2010). Estratégia do planeamento familiar. Maputo: Ministério da Saúde.
- Mosha I, R. Ruben, & D. Kakoko (2013). “Family planning decisions, perceptions and gender dynamics among couples in Mwanza, Tanzania: A qualitative study”. *BMC Public Health*. 2013; 13:523.
- MISAU (Ministério da Saúde), INE (Instituto Nacional de Estatística), & ICFI (ICF International) (2013). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.
- Németh, R. (2003). “Sampling Design on Health Survey: Household as Sampling Unit”. Lexemburg Income Study. Working Paper Series. Paper no. 358.

- Dadoo, F.N. (1998). "Men matters: Additive and interactive gendered preferences and reproductive behavior in Kenya". *Demography*. 35(2):229-242 .
- Orubuloye, I.O. & F. Oguntimehin (1999). "Death is pre-ordained, it will come when it is due: Attitudes of men to death in the presence of AIDS in Nigeria." In J. Caldwell, P. Caldwell *et al.* (eds.), *Resistances to Behavioural Change to Reduce HIV/AIDS Infection in Predominantly Heterosexual Epidemics in Third World Countries*. Canberra: Australian National University. pp. 101-111.
- Potts, D. & S. Marks (2001). "Fertility in Southern Africa: The quiet revolution". *Journal of Southern African Studies*, 27(2):185-205.
- Polis, C.B. & L.S. Zabin (2012). "Missed contraception or misconceptions: Perceived infertility among unmarried young adults in the United States". *Persp Sex Reprod Health*. 44: 30-38.
- Prata, N., A. Sreenivas, & B. Bellows (2008). "Potential of dual use policies to meet Family Planning and HIV prevention needs: a case study of Zimbabwe and Mozambique". *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 34(4):219-226.
- Ochako, R., M. Mbondo, S. Aloo *et al.* (2015). "Barriers to modern contraceptive methods uptake among young women in Kenya: A qualitative study". *BMC Public Health*. 15: 118.
- Richardson, R.J. *et al.* (2008). *Pesquisa Social. Métodos e Técnicas*. São Paulo: Atlas. 3ª Edição Revista e Ampliada.
- Reid, A., G. Nalwaldda, J. Ntozi *et al.* (2014). "Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: A qualitative study of men and women's perceptions in two rural districts in Uganda". *Reproductive Health*. 11:21.
- Ringheim, K. (1993). "Factors that determine prevalence of use of contraceptive methods for men". *Studies in Family Planning*. 24(2):87-99.
- Rodrigues, L.S.A., R.O. Rocha, & M.S. Silva (2014). "Planejamento familiar: percepções de mulheres heterossexuais sobre o papel do casal". *Revista de enfermagem*. 8(2):323-9.

- Sakara, A., M.Y. Namoo, & S.K. Badu-Nyarko (2015). "Misconceptions and rumours about family planning among Moslem males in Tamale metropolis, Ghana". *Glob J Interd Soc Sciences*. 4(1):9-14.
- Santos, J.C. & P.M. Freitas (2011). "Planeamento familiar na perspectiva do desenvolvimento". *Ciência & Saúde coletiva*. 16(3): 1820-1831.
- Santos, O.A., A.L.V. Borges, B.N. Chofakian, & K.C.M. Pirrota (2014). "Determinantes do não uso da anticoncepção de emergência entre as mulheres com gravidez não planejada". *Rev Esc Enferm USP*. 48:16-23.
- Simmons, R. & C. Elias (1994). "The Study of Client-Provider Interactions: A review of Methodological Issues." *Studies in Family Planning*. 25(1): 1-16.
- Stern, E., D. Cooper, & A. Gibbs (2015). "Gender differences in south African men and women access to and evaluation of informal services of sexual and reproductive health information. *Sex Education: Sexuality, Soc Lear*. 15(1):48-63.
- Thomas, D.R. (2003). A general Inductive Approach for Qualitative Data Analysis. School of Population Health. New Zealand, University of Auckland.
- Tilahun, T., G. Coene, M. Temmerman *et al.* (2014). "Spousal discordance on fertility preference and its effect on contraceptive practice among married couples in Jimma zone, Ethiopia". *Reproductive Health*. 11:27.
- Tilahun, T. Coene, G. Luchters, S. Kassahun, W. Leye, E. Temmerman, M. Degomme, O. (2013). "Family planning knowledge, attitude and practice among married couples in Jimma zone, Ethiopia". *Plos One*. 8(4): e61335.
- Tuloro, T., W. Deressa, A. Ali, & G. Davey (2006). "The role of men in contraceptive use and fertility preference in Hossana Town, southern Ethiopia". *Ethiop.J.Health Dev*. 20(3):152-15.
- Ulin, R.P., E.E. Tolley, & T.E. McNeil (2002). *Qualitative Methods. A field Guide for Applied Research in Sexual and Reproductive Health*. North Carolina, Family Health International.
- UNFPA (2013). Gravidez na adolescência. Desafios e respostas de Moçambique. UNFPA 2013. Suplemento do relatório sobre a situação da população mundial 2013, Moçambique, <http://mozambique.unfpa.org/>.

- Varga, A.C. (2003). "How gender roles influence sexual and reproductive health among South African adolescents". *Studies in Family Planning*. 34(3): 160-172.
- Vouking, M.Z., C.D. Evina, & C.N. Tadenfok (2014). "Male involvement in family planning decision making in sub-Saharan Africa – what the evidence supports". *Pan African Medical Journal*.19:349.
- Wuensch, K. L. (2006). Binary Logistic Regression with SPSS. Disponível em: <http://core.ecu.edu/psyc/wuenschk/MV/multReg/Logistic-SPSS.pdf>. Acesso 01.11.2006.
- WHO (World Health Organization) (2012). WHO policy brief. From evidence to policy: Optimizing the health workforce for effective family planning services. Geneva: World health Organization.
- WHO (World Health Organization) (2010). Progress report 2010. Reproductive health essential medicines. Geneva, Switzerland: World health Organization.
- Yao, J., A.T. Murray, & V. Agadjanian, & S.R. Hayford (2012). "Geographic influences on sexual and reproductive health service utilization in rural Mozambique". *Appl Geog*. 32:601-07.

Capítulo 3

ACESSO COMUNITÁRIO AOS CONTRACEPTIVOS INJECTÁVEIS: DISTRITOS DE MONTEPUEZ E CHIURE, CABO DELGADO, MOÇAMBIQUE

Ana Jacinto
Momade Ustá

Introdução

Falta de planeamento familiar em Moçambique

Moçambique possui uma elevada taxa de fecundidade (TF). Ela aumentou de 5,5 filhos por mulher em 2003 para 5,9 em 2011, sendo maior nas zonas rurais (TF 6,6), entre os mais indigentes (TF 7,2) e nas mulheres com baixo nível de escolaridade (TF 6,8) (INE *et al.*, 2013). O país registou um progresso notável no aumento da consciencialização e conhecimento sobre o planeamento familiar (PF), desde a implementação das intervenções de PF em 1980. Entretanto, o último Inquérito de Indicadores de Imunização, Ma-

lária e HIV/SIDA em Moçambique indica que apenas 25,3% das mulheres casadas da faixa etária de 15-49 anos usam métodos contraceptivos modernos (MISAU *et al.*, 2018). Trata-se de um valor superior a 11,7% (cf. INE *et al.*, 2005) e 11,3% (cf. INE *et al.*, 2013), demonstrando assim algum progresso na prevalência do uso de contraceptivos modernos entre 2003 e 2015. As escolhas de controlo de fecundidade das mulheres são geralmente limitadas por uma dificuldade ou incapacidade de acesso das mulheres às unidades sanitárias (US) e à falta dos métodos preferidos de contracepção naquelas US, o que faz com que não seja surpreendente que haja uma elevada proporção de necessidade não satisfeita em contracepção em todas as mulheres (18,9%) em Moçambique (MISAU *et al.*, 2018:86).

Contraceptivos injectáveis como método de eleição

Para as mulheres atingirem os seus objectivos de fecundidade em termos de número e espaçamento de gravidezes, elas deverão ter acesso aos contraceptivos adequados às suas necessidades e preferências do seu estilo de vida. Os contraceptivos injectáveis constituem o método principal de PF na África Subariana e têm desempenhado um papel preponderante nos recentes aumentos na prevalência de contraceptivos na região (Lande & Richey, 2006). Em 2009, numa reunião organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), peritos internacionais passaram em revista estudos de pesquisa sobre a segurança, eficiência e aceitabilidade da prestação de contraceptivos baseados na comunidade e concluíram que os contraceptivos injectáveis podem ser disponibilizados com segurança na comunidade por voluntários treinados em saúde da comunidade (WHO *et al.*, 2009), ao invés de serem disponibilizados somente pelos provedores de saúde. Esta disponibilização dos métodos contraceptivos por agentes comunitários de saúde é importante na África Subariana, onde a maior parte da população (particularmente para aqueles que vivem nas zonas rurais e remotas, para aqueles que se encontram em grupos socioeconómicos mais baixos e para outros grupos desfavorecidos) possuem pouco ou nenhum acesso às unidades sanitárias.

Em Moçambique, o fornecimento actual de contraceptivos não satisfaz a demanda, dado que 18% de todas as mulheres manifestaram uma necessidade não satisfeita em contracepção, com pouco mais de 27,4% de necessidade satisfeita (MISAU *et al.*, 2018:86). O método preferido para contracepção futura foi o contraceptivo injectável “*depot-medroxyprogesterone acetate*” (DEPO

Provera ou DEPO). O uso de DEPO foi reportado por 42,0% das mulheres em idade reprodutiva na altura do IDS 2003, quando este indicador foi avaliado pela última vez (INE *et al.*, 2013). Uma dose única de DEPO oferece uma protecção de 3 meses, é controlada pela mulher e não depende do coito, o que pode explicar a sua popularidade.

Filosofia subjacente do estudo

Apesar de Moçambique, nos últimos anos, ter verificado avanços na melhoria do PF, o seu acesso ainda é limitado. Em Julho de 2010, com a Estratégia de Planeamento Familiar 2010- 2014, o Ministério da Saúde (MISAU) aprovou a revitalização do programa de Agente Polivalente Elementar (APE), bem como o envolvimento das parteiras tradicionais (PT) para a mobilização da comunidade visando, o aumento do uso de métodos de PF e a promoção do parto institucional. As atribuições acima descritas são acrescidas às tradicionais do APE que se centravam na melhoria da qualidade de saúde das comunidades através de actividades de promoção e prevenção, onde, servindo de elo de articulação entre a comunidade e as US, prestava serviço de gestão comunitária para os casos de malária, diarreia e infecções respiratórias agudas em crianças, mas sem desempenhar algum papel na oferta de PF.

A iniciativa descrita neste capítulo (distribuição comunitária de DEPO por APE e PT) é um piloto na testagem de um modelo para a distribuição de DEPO, baseada na comunidade em Moçambique. Sob a liderança da Associação Moçambicana de Obstetrícia e Ginecologia (AMOG) e com o apoio técnico de *Bixby Center for Population, Health, and Sustainability* da Universidade de Califórnia, Berkeley, a *Pathfinder International* realizou este estudo piloto de distribuição comunitária de DEPO por APE e PT em 2014-2015 nos distritos de Montepuez e Chiúre na província de Cabo Delgado, com uma população estimada em 261.535 e 316.267 habitantes, respectivamente (INE, 2017).

Objectivos Gerais e Específicos

O presente estudo tinha o objectivo geral de contribuir para a geração de evidências de novas abordagens para o aumento do acesso e uso de contraceptivos, bem como contribuir para a redução da actual necessidade não satisfeita de PF nas zonas rurais de Moçambique. O estudo preocupou-se em explorar

a eficácia na administração da DEPO após treinamento de dois grupos de agentes comunitários de saúde, APE e PT, e fornecer evidências a decisores para a expansão e distribuição comunitária de DEPO para as zonas rurais de Moçambique, onde haja presença de APE e PT.

Os objectivos específicos deste estudo foram:

- Fornecer evidências de que os APE e PT podem, com segurança e eficácia, distribuir e facilitar o fornecimento de DEPO às mulheres nas zonas rurais;
- Demonstrar que os APE e PT podem administrar DEPO com a mesma segurança, eficiência e aceitabilidade entre os usuários em comparação com os cuidados de saúde padrão actualmente prestados nas US;
- Aumentar o acesso ao DEPO através de APE e PT.

Figura 3.1: Localização do Distrito de Chiure e Montepuez em Moçambique



Métodos

O presente estudo decorreu por um período de 14 meses, de Fevereiro de 2014 a Abril de 2015. Foram usados três instrumentos de inquérito: questionário de inscrição, questionário de seguimento de 13 semanas e questionário de seguimento de 6 meses. Estas ferramentas foram desenvolvidas em Inglês e traduzidas para português.

O treinamento de APE e PT ocorreu em Fevereiro de 2014 e o projecto foi supervisionado pela *Pathfinder International*, com a assistência da Universidade de California-Berkeley e da AMOG. Os dados de recrutamento foram recolhidos pelos APE e PT que administravam a injeção DEPO. O questionário de 13 semanas (após a segunda injeção) e o questionário de 26 semanas (após a terceira injeção) foram administrados pelas enfermeiras das US de cada área de cobertura, que actuaram como enfermeiras supervisoras do estudo.

O estudo incluiu 25 APEs e 34 PTs dos distritos de Chiure e de Montepuez. A formação dada a estes dois grupos de provedores foi padronizada para os dois grupos de agentes comunitários de saúde. Os APE e PT foram recrutados para participar numa formação de cinco dias administrada por quatro médicos que incluiu temas sobre todos os métodos de PF, protocolo de estudo, requisitos de triagem para exclusão de participantes, administração de injeção, prevenção de infecção e procedimentos de relatórios. Os APE e PT, que concluíram com aproveitamento positivo a formação na sala de aulas, prosseguiram para uma segunda etapa de formação prática de uma semana numa US, em que se realizou a técnica de injeção segura. A formação durou o tempo necessário para que os participantes ganhassem confiança na administração de contraceptivos injectáveis. Durante a formação prática na US, todos os APE e PT tiveram a possibilidade de aplicar a DEPO a utentes da US, sob supervisão de uma enfermeira de Saúde materno-infantil (SMI), antes de serem considerados qualificados para distribuir DEPO no estudo piloto.

Todos os APE e PT receberam rolos de algodão, zaragatoas, caixas incineradoras e doses de DEPO com seringas descartáveis. Quando cheias, as caixas eram levadas à US mais próxima para incineração. Uma dose de DEPO consistia de uma injeção intramuscular de 1 ml de volume, equivalente a 150 mg, administrada com uma seringa de uso único de 2 ml. As doses de DEPO foram fornecidas pelo MISAU através da cadeia de aprovisionamento do sistema nacional de saúde, com apoio logístico do projecto, a seguir descrito.

Desenho do projecto

O estudo foi uma intervenção comunitária prospectiva, não aleatória, desenhada para testar a provisão de DEPO por APE e PT. Os resultados de segurança, aceitabilidade e continuidade foram avaliados e comparados entre usuárias nos dois grupos de provedores (PT e APE). As mulheres na comunidade foram informadas sobre o projecto e sobre a oportunidade de solicitarem a DEPO junto a um provedor comunitário alocado ao seu distrito.

A aprovação ética deste projecto foi concedida pelo Ministério de Saúde de Moçambique, Comité de Bioética para a Saúde IRB00002657, Ref: 197/CNBS/13 e pelo Comité de Protecção de Sujeitos Humanos na Universidade de California, Berkeley, (CPHS # 2012-06-4460).

Recrutamento

Se uma mulher fosse elegível para DEPO e consentisse participar no estudo, o APE ou PT registaria essa mulher no estudo. Se uma mulher pedisse DEPO a um APE ou PT e não consentisse em participar no estudo, ela recebia a primeira dose e seria aconselhada a fazer o seguimento junto à unidade sanitária.

Todas as mulheres em idade reprodutiva que se aproximaram a um APE ou PT para obter um método de contracepção e que pretendiam usar DEPO foram convidadas a participar no estudo, as mulheres que pretendiam usar um outro método de contracepção foram referidas para a unidade sanitária. A participação foi voluntária. Após a obtenção do consentimento em participar no estudo, o APE ou PT fazia a triagem da usuária em termos de elegibilidade para DEPO. No decurso da sua formação, tanto os APE como as PT familiarizaram-se com os critérios de triagem e exclusão de usuárias. Às mulheres que pretendiam iniciar o uso de DEPO, foram feitas várias perguntas de triagem, com base nas actuais recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para elegibilidade médica para uso de contraceptivos, incluindo história de problemas cardíacos e qualquer possibilidade de gravidez actual, a fim de determinar a elegibilidade médica da usuária. As triagens foram feitas no local onde o APE ou PT administravam DEPO. Não foram colhidos dados pessoais de identificação das mulheres, como parte do processo de triagem. Se uma usuária fosse elegível para DEPO, o APE ou PT administrava um questionário de inscrição, fornecia o método e informava a usuária sobre as datas

para a nova injeção e entrevistas de seguimento. Durante este primeiro encontro, APE e PT acordavam sobre o local da próxima injeção. Entretanto, o provedor foi instruído a procurar a usuária para a nova injeção se o encontro marcado não tivesse tido lugar até uma semana depois da data marcada. Se uma usuária fosse inelegível para o método, o APE ou PT referia a mulher à unidade sanitária mais próxima para melhor seguimento, adequado à prática usual. O estudo não deu nenhuma compensação às participantes, pelo que a DEPO foi dado gratuitamente durante o estudo, o que foi consentâneo com a política do governo que estabelece a gratuidade dos serviços de prevenção.

Recolha de dados e gestão

Houve três pontos de recolha de dados (Figura 3.2). O recrutamento para o estudo foi realizado entre Fevereiro e Novembro de 2014; depois de Novembro, não foram inscritas novas participantes visto que não teriam tempo para completar o período de seguimento de 26 semanas.

Figura 3.2. Tempo de recolha de dados



O recrutamento foi feito num ambiente privado, onde o provedor administrava um questionário de recrutamento que durava cerca de 10 minutos cada. O questionário continha história demográfica e perguntas relacionadas com uso anterior de contraceptivos e avaliava a disponibilidade de contacto nas 13 semanas para seguimento. Se uma participante não quisesse ser entrevistada na sua residência para seguimento, ela podia escolher uma unidade sanitária mais próxima da sua residência ou outro local acordado.

O APE ou PT administrava a DEPO de acordo com o protocolo do estudo. As usuárias eram informadas acerca dos efeitos colaterais e avisadas sobre a sua segunda injeção dentro de 12 semanas. Enfermeiras supervisoras, que eram também supervisoras do estudo, estavam presentes. Estas fiscalizavam o cumprimento do protocolo e também agiram como assistentes de pesquisa de saúde, que posteriormente administraram o questionário de seguimento da 13ª semana e da 26ª semana.

As treze semanas correspondem a uma semana depois do ciclo completo de 12 semanas de DEPO. Treze semanas foi o período fixado porque dava às usuárias uma “semana de período de graça” em caso de atraso para a próxima injeção, bem como dava tempo para chamamento para a injeção de 12ª semana. Assumiu-se que a planificação da maioria das usuárias para a segunda injeção seja de até 13 semanas. Volvido esse período, 13 semanas, as supervisoras visitavam as usuárias. Estas foram questionadas sobre a sua satisfação tanto com a DEPO como método de contraceção, como com o seu provedor, aceitabilidade do método e qualquer efeito secundário no local da injeção (para determinar a segurança da injeção pelo provedor). As usuárias também foram questionadas acerca de qualquer efeito colateral que tivessem tido, que considerassem o resultando do uso de DEPO. Se as mulheres tivessem optado em interromper o uso de DEPO, eram solicitadas a justificar. A disponibilidade para pagar a DEPO e o local preferido para a administração de DEPO também foram avaliados durante a entrevista.

Após a breve entrevista de seguimento, era perguntado as mulheres se concordavam em ser contactadas novamente dentro de 13 semanas, para um outro questionário de seguimento a fim de avaliar a sua continuidade em relação ao uso do método.

As mulheres foram contactadas para um questionário de seguimento após 26 semanas do recrutamento inicial no estudo e administração de injeção de DEPO. Foram feitas às mulheres as mesmas perguntas acerca da aceitabilidade, satisfação e efeitos colaterais, bem como sobre quaisquer motivos para interrupção.

Segundo o protocolo do estudo, todos os esforços foram envidados para que todas as participantes preenchessem aqueles três questionários, mesmo aquelas que optaram por interromper o método. Assim, foram contactadas e entrevistadas todas as mulheres inicialmente inscritas no estudo.

Análise de dados

Os dados foram inseridos no aplicativo *Epi-Info*® (versão 7.1.4.0). A análise foi realizada em *Stata*® versão 13. O resumo que se segue contém informações geradas através de frequência e tabulações transversais. As diferenças nas respostas entre os dois grupos de usuárias (PT e APE) foram analisadas com testes χ^2 para associação entre variáveis categóricas e t-testes para amostras independentes para determinar diferenças entre as médias de grupos. As taxas de descontinuação e continuação no geral e entre provedores foram estimadas ao longo do tempo desde a primeira à segunda injeção e desde a primeira à terceira injeção. Os dados dos questionários da 13ª e 26ª semanas foram usados para estimar a continuidade, interrupção e perda de seguimento. A continuação nas 13 e nas 26 semanas representa as mulheres que relataram terem recebido a sua segunda e terceira injeção, respectivamente. A interrupção durante este mesmo período foi estimada se uma mulher tivesse reportado nos seus questionários da 13ª e 26ª semanas, que não recebeu a sua segunda ou terceira injeção. A perda de seguimento foi estimada com o questionário de recrutamento quando as mulheres receberam a sua primeira injeção, servindo de base e a sua ausência total a partir dos questionários da 13ª e 26ª semanas.

A maior parte dos resultados aqui reportados resultaram de perguntas feitas directamente às usuárias. As “Usuárias primárias” de DEPO foram consideradas como sendo aquelas que não reportaram uso anterior de contracepção, bem como aquelas que já haviam usado algum método contraceptivo no passado que não incluía a DEPO.

A “continuação do seguimento” foi determinada como sendo constituída por aquelas mulheres que reportaram nos seus questionários das 13ª e 26ª semanas, respectivamente, terem já recebido a sua injeção seguinte de DEPO. As mulheres que foram abrangidas no questionário de seguimento, mas relataram algum motivo para interromper o uso de DEPO foram classificadas como tendo “descontinuado”. Além disso, as mulheres que relataram não terem recebido ainda a sua próxima injeção de DEPO, mas não pretendiam continuar a usar ou estavam fora do período de 13 semanas foram consideradas como tendo “descontinuado”. As mulheres que não foram encontradas para o questionário de seguimento foram consideradas como “perdidas para seguimento”.

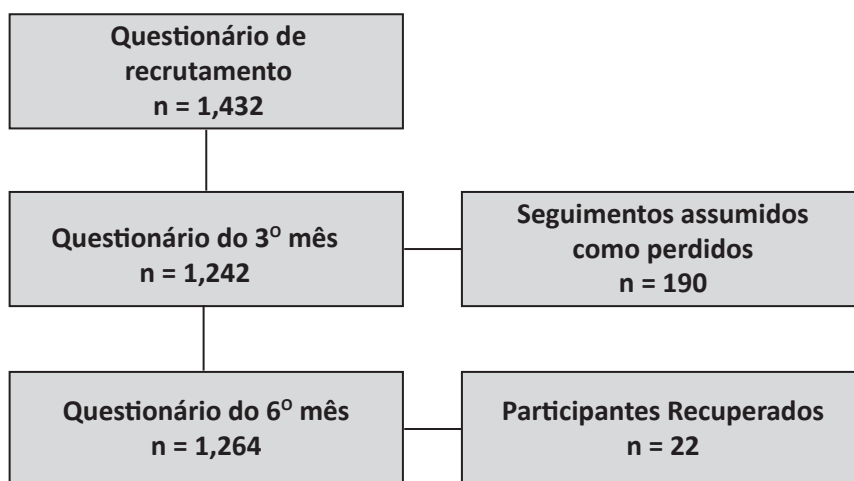
Resultados

Recrutamento e seguimento

Um total de 1432 mulheres elegíveis (de acordo com os critérios de elegibilidade da OMS) foram inscritas no estudo e receberam a primeira injeção de DEPO. O recrutamento iniciou em Fevereiro de 2014 e continuou até Novembro de 2014. As PT trabalharam em Montepuez, enquanto os APE trabalharam em Chiúre. As PT recrutaram 782 mulheres e os APEs recrutaram 649 mulheres. A maior parte do recrutamento ocorreu entre Fevereiro e Maio de 2014

O resumo do recrutamento e seguimento é ilustrado na Figura 3.3. Do total de 1432 mulheres recrutadas para o estudo e que receberam a primeira injeção, 1242 foram seguidas no questionário da 13ª semana. daquelas seguidas para o questionário da 13ª semana, 48 recusaram-se a responder ao questionário, resultando numa taxa de resposta de 96% entre as seguidas. Aos 6 meses, 1264 mulheres foram seguidas para o questionário da 26ª semana, incluindo 22 mulheres assumidas como perdidas para seguimento no 3º mês. A taxa de resposta daquelas seguidas no questionário da 26ª semana foi de 98,6%. As 22 mulheres que não deram o seu consentimento no questionário da 13ª semana e deram no questionário da 26ª semana foram inquiridas acerca da sua segunda injeção e, se haviam recebido a injeção, foram acrescentadas às taxas de continuação.

Figura 3.3: Resumo de recrutamento e seguimento de usuárias



A Tabela 3.1 apresenta a descontinuidade e a perda em relação às taxas de seguimento por tipo de provedor. A taxa de descontinuidade foi estimada a partir do recrutamento até ao tempo da segunda injeção aos três meses e a partir do recrutamento até ao tempo da terceira injeção aos seis meses.

No geral, o projecto mostrou uma alta taxa de continuação após três injeções, na ordem de 81,1% e uma baixa taxa de descontinuidade, na ordem de 5,2%. As usuárias atendidas pelas PT tiveram em termos estatísticos, taxas de continuação significativamente superiores, tanto aos três como aos seis meses em comparação com as usuárias dos APE. Entre o recrutamento e a segunda injeção, os APE tiveram uma taxa de descontinuidade de 13,7%, enquanto a taxa de descontinuidade de PT foi de 1,4%.

As taxas de perdas de seguimento foram no geral de 13,8% para todo o período do projecto entre o recrutamento e aos seis meses, APE tiveram 20,8% comparado com 7,8% entre as usuárias de PTs.

Tabela 3.1: Descontinuidade e perda de seguimento por tipo de provedor

	Segunda Injeção		Terceira injeção		Total depois da 3ª Injeção
	Parteiras	APE	Parteiras	APE	Total de Usuárias
Recebeu injeção	627 (80,1%)	442 (68,1%)	716 (91,6%)	445 (68,6%)	1161 (81,1%)
Descontinuidade (não recebeu injeção)	11 (1,4%)	89 (13,7%)	5 (0,6%)	69 (10,6%)	74 (5,2%)
Perda de seguimento	144 (18,5%)	118 (18,2%)	61 (7,8%)	135 (20,8%)	197 (13,8%)
Total de usuárias recrutadas	782	649	782	649	1432

Nota: Comparação entre PT e APE; $p < 0,05^*$; uma usuária não tinha indicação do tipo de provedor.

Fonte: Inquérito sobre distribuição comunitária da DEPO em Cabo Delgado 2014/15.

A Tabela 3.2 apresenta os motivos de descontinuidade das mulheres. No cômputo geral, 74 (5,2%) mulheres interromperam a DEPO durante o período do estudo, sendo 5 usuárias de PT e 69 de APE. A maioria relatou que planeava continuar com DEPO, mas ainda não tinham tido a sua injeção. Muitas deram outras razões, incluindo terem-se esquecido.

No seguimento aos três meses (segunda injeção), houve 100 mulheres que interromperam DEPO: 89 eram usuárias de APE (50,6% de interrupção) e 11 de PT. Para as usuárias de APE, o principal motivo dado foi que planificavam ter a sua injeção, mas que ainda não tinham contactado o provedor APE. Isto também foi comum entre as usuárias de PT que interromperam (36,4% de interrupção), embora mais usuárias de PT (45,5%) declarassem outros motivos não especificados. Uma proporção substancial das usuárias de APE (28,1%) esqueceu-se de regressar para a segunda injeção. Muito poucas mulheres interromperam devido a efeitos colaterais (Tabela 3.2), referindo que “a injeção não me fez sentir bem”. Uma usuária de uma PT engravidou ou descobriu que estava grávida, entre a sua primeira e segunda injeção. Seis usuárias de APE começaram a usar um método diferente entre a primeira e segunda injeção, o que não é considerado como sendo um problema e se encoraja, uma vez que se pretende que cada mulher considere o método contraceptivo que melhor funcione para ela.

Muito menos usuárias interromperam entre a segunda e terceira injeções. A maioria das usuárias de PT reportou outros motivos que os aqui listados; uma usuária esqueceu-se de regressar para a terceira injeção. A maioria (53,6%) das usuárias de APE que descontinuaram relataram que estavam a planificar receber a injeção, mas não foram capazes de contactar o APE para tal. Algumas usuárias de APE esqueceram-se, 34,8% apontaram outras razões sem as especificar e uma engravidou, ou descobriu estar grávida, entre a segunda e terceira injeção.

Tabela 3.2: Motivos de descontinuidade por tipo de provedor

Razão porque descontinuou	Descontinuou aos 3 meses		Descontinuou aos 6 meses		Total que descontinuou aos 6 meses	
	Usuárias de PT	Usuárias de APE	Usuárias de PT	Usuárias de APE	Usuárias de PT	Usuárias de APE
	n=782	n=649	n=782	n=649	n=782	n=649
Esqueceu-se	1 (9,1%)	25 (28,1%)	0%	3 (4,4%)	1 (6,3%)	28 (17,9%)
Planificou ir apanhar injeção	4 (36,4%)	45 (50,6%)	1 (20,0%)	37 (53,6%)	5 (31,3%)	82 (52,7%)
Não sabe onde ir	0%	0%	0%	1 (1,5%)	0%	1 (0,6%)

Tabela 3.2: Continuada

“Não me senti bem depois da primeira injeção”	0%	5 (5,6%)	0%	0%	0%	5 (3,2%)
“Estou a tentar ficar grávida”	0%	1 (1,1%)	0%	0%	0%	1 (0,6%)
Mudou para outro método	0%	6 (6,7%)	0%	1 (1,5%)	0%	7 (4,5%)
Engravidou	1 (9,1%)	0%	0%	1 (1,5%)	1 (6,3%)	1 (0,6%)
Outra razão	5 (45,5%)	7 (7,9%)	4 (80,0%)	26 (34,8%)	9 (56,3%)	31 (19,9%)
Total de descontinuidade	11 (1,4%)*	89 (13,7%)*	5 (0,6%)*	69 (10,6%)*	16 (2,0%)*	156 (24,7%)*

* Percentagem total de descontinuidade em relação ao total de mulheres que participaram no estudo por tipo de provedor (PT ou APE)

Fonte: Inquérito sobre distribuição comunitária da DEPO em Cabo Delgado 2014/15.

Perfil demográfico dos participantes

A Tabela 3.3 apresenta o perfil demográfico e outros indicadores-chave de mulheres no estudo na fase de inscrição, por tipo de provedor. A idade média das usuárias dos APE e PT foi similar, de 29,5 anos. O número médio de filhos vivos por mulher foi também o mesmo, com uma média de 4,5 entre todas as usuárias.

A maioria das usuárias de APE (83,1%) e PT (83,8%) eram casadas ou a coabitar maritalmente. A maioria das usuárias reportaram não ter alguma escolaridade; contudo, os APE tinham significativamente mais usuárias sem escolaridade do que PT. Aproximadamente 62% das usuárias de PT não têm escolaridade e 31,5% reportaram ter o ensino primário. Para as usuárias de APEs, 72,7% reportaram nenhuma escolaridade e 18% tinham escolaridade até o ensino primário. O número de usuárias com o ensino primário foi também significativamente diferente entre os dois tipos de provedores. Menos de 1% dos dois grupos de usuárias tinha o ensino secundário ou superior.

A maioria das mulheres reportou apoio dos seus esposos no uso de DEPO: cerca de 81% das usuárias de APE e 79% das usuárias de PTs afirmaram que os seus maridos apoiavam. O uso secreto de DEPO foi baixo e não significativamente diferente, com cerca de 3,6% das usuárias das PT e 2,5% das usuárias dos APE reportando que os seus maridos não sabiam que estavam a usar DEPO.

Tabela 3.3: Características de mulheres por grupo de usuárias (N=1431**)

Variável	Usuárias das PT (n=782)	Usuárias dos APE (n=649)
Idade ao recrutamento (média e desvio padrão)	29,3±6,9	29,9±7,6
Número de filhos vivos (média e desvio padrão)	4,2±2,1	4,8±2,6
<i>Estado civil</i>	n (%)	n (%)
Casada/ coabitando	655 (83,8%)	539 (83,1%)
Solteira/ nunca casou	52 (6,7%)	52 (8,0%)
Divorciada/separada/viúva	64 (8,2%)	40 (6,2%)
Sem resposta	11 (1,3%)	18 (2,7%)
<i>Nível de educação</i>	n (%)	n (%)
Sem escolaridade	488 (62,4%)	472 (72,7%)*
Apenas sabe ler e escrever	38 (4,9%)	49 (7,6%)
Primário	246 (31,5%)	121 (18,7%)*
Secundário ou nível mais alto	6 (0,8%)	6 (0,9%)
Sem resposta	4 (0,5%)	1 (0,1%)
<i>O marido concorda com o uso do DEPO</i>		
Sim	614 (78,5%)	526 (81,1%)
Não	47 (6,0%)	46 (7,1%)
Marido não sabe	28 (3,6%)	16 (2,5%)
Sem resposta	93 (11,9%)	61 (9,3%)

Nota: ** Comparação entre PT e APE, $p < 0,05$; *Uma usuária não tinha o tipo de provedor.

Fonte: Inquérito sobre distribuição comunitária da DEPO em Cabo Delgado 2014/15.

Uso de métodos de contracepção

Para a maioria das mulheres foi através do presente estudo que iniciaram pela primeira vez o uso de um método de contracepção. Cerca de 63% das usuárias de PT e 65,6% das usuárias de APEs reportaram “nenhum” método quando solicitadas a indicar os tipos de métodos que usaram no passado para prevenir a gravidez. Cerca de 30% de todas as usuárias reportaram o uso anterior de DEPO e menos de 10% reportaram o uso de pílulas ou preservativos para prevenir a gravidez.

O motivo mais comum para a escolha de DEPO reportado pelas usuárias foi que é um método de longa duração (Tabela 3.4). De facto, mais de 60% (391) das usuárias de ambos os grupos, APE e PT reportaram maior duração da eficácia como motivo da preferência pelo DEPO. O segundo motivo mais comum foi a aprovação pelo marido. Cerca de 29% (228) das usuárias de PT e 20% (129) das usuárias de APE reportaram que optaram pela DEPO pelo

facto de os seus maridos permitirem o seu uso. Cerca de 10% (74) das usuárias de PT reportaram que escolheram DEPO por conveniência, enquanto 24,2% (157) das usuárias dos APE gostavam de DEPO por ter menos efeitos colaterais (Tabela 3.4).

Tabela 3.4: Motivos para uso de DEPO por grupo de usuárias (N=1,431*)

	Usuárias de PT (n=782)	Usuárias de APE (n=649)
Respostas das mulheres**:	n (%)	n (%)
Mais conveniente	74 (9,5)	12 (1,9)
Menos efeitos colaterais	38 (4,9)	157 (24,2)
Utilizou-o anteriormente	26 (3,3)	6 (0,9)
É o único método que conhece	59 (7,5)	38 (5,9)
O marido permite o uso deste método	228 (29,2)	129 (19,9)
Privacidade	14 (1,8)	12 (1,9)
O método é de longa duração	492 (62,9)	391 (60,3)
Outras razões	0 (0)	11 (1,7)

Nota: APE - Agente polivalente elementar. PT – Parteira tradicional *Uma usuária não tinha indicação do tipo de provedor

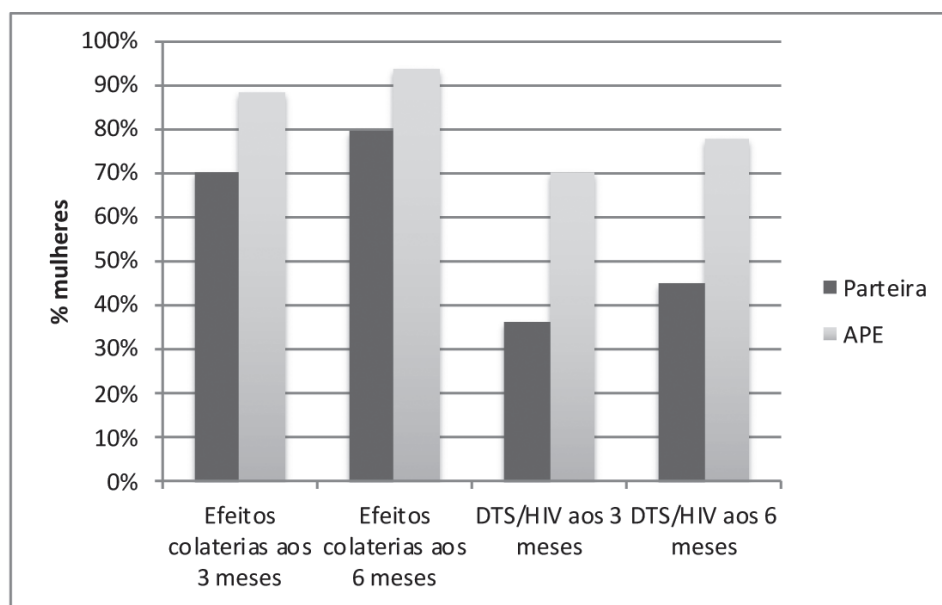
**As mulheres foram convidadas a seleccionar todas as opções aplicáveis.

Fonte: Inquérito sobre distribuição comunitária da DEPO em Cabo Delgado 2014/15.

Aconselhamento de provedores

As usuárias de APE relataram haver recebido mais aconselhamento tanto sobre os efeitos colaterais como Infecções de Transmissão Sexual/ Vírus de Imunodeficiência Humana (ITS/HIV) do que as usuárias das PT. Entretanto, a proporção de usuárias que reportou o aconselhamento sobre efeitos colaterais e ITS/HIV aumentou do seguimento de três meses ao seguimento dos seis meses, em ambos os grupos. A proporção de usuárias de PT que relatou ter recebido aconselhamento sobre os efeitos colaterais da DEPO aumentou de 70% aos três meses para 80% aos seis meses, enquanto as proporções de APE neste período foram de 89% e 94%, respectivamente. Cerca de 36% das usuárias de PT e 70% das usuárias de APE reportaram haver recebido aconselhamento sobre ITS/HIV no 3º mês. No sexto mês, 45% das usuárias de PT e 78% das usuárias dos APE reportaram haver recebido aconselhamento sobre ITS/HIV.

Figura 3.4. Percentagem de mulheres aconselhadas sobre efeitos colaterais e ITS/HIV por grupo de usuárias (N=1432)



Nota: APE - Agente polivalente elementar; PT - Parteira tradicional; DTS - Doenças de transmissão sexual; ITS - Infecções de transmissão sexual; HIV - Vírus de Imunodeficiência Humana. Neste gráfico DTS refere-se a ITS.

Fonte: Inquérito sobre distribuição comunitária da DEPO em Cabo Delgado 2014/15.

A percentagens de usuárias dos APE que reportou ter recebido preservativos do seu provedor, para além de DEPO foi superior em relação à percentagem de usuárias de PT. Aos três meses, 31% das usuárias de PT e 48% das usuárias de APE reportaram ter recebido preservativos. Aos seis meses, as percentagens registadas foram de 21,3% e 54,8%, para PT e APE, respectivamente.

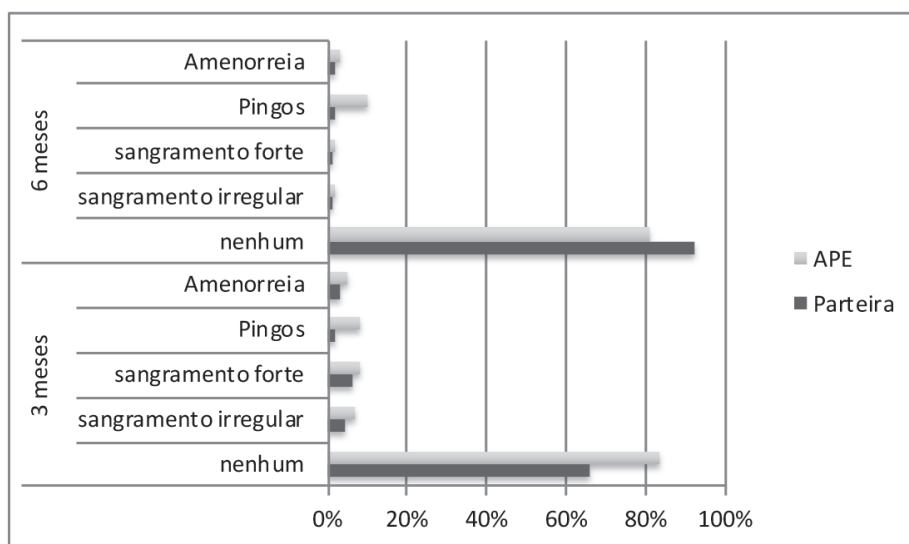
Efeitos colaterais

O estudo avaliou os efeitos colaterais de DEPO e as morbilidades no local da injeção depois da primeira e segunda injeções. As morbilidades foram auto-relatadas.

A maioria das usuárias não relatou nenhum problema no local da injeção após a primeira e segunda injeções. Menos de 0,5% das mulheres reportaram outros problemas, incluindo endurecimento ou abscesso no local da injeção

Em relação a DEPO, a maioria das usuárias não reportou efeitos colaterais aos três meses e seis meses de seguimento. Aos três meses, menos de 10% das mulheres reportaram amenorreia, borbulhas, sangramento intenso ou sangramento irregular. Aos seis meses, a maioria destes efeitos colaterais havia diminuído em comparação aos três meses. Para além destes efeitos colaterais, também se averiguou dores de cabeça, ganho de peso, perda de peso, irritabilidade e perda de cabelos. A proporção de mulheres que reportou estes efeitos foi insignificante. Aos três meses, mais usuárias de APE reportaram efeitos colaterais, enquanto que aos seis meses mais usuárias de PT é que reportaram efeitos colaterais (Figura 3.5).

Figura 3.5: Efeitos colaterais sentidos após a 1ª e 2ª injeções, por tipo de provedor (N=1432*)



* Uma usuária não tinha indicação do tipo de provedor

Nota: APE - Agente polivalente elementar. PT – Parteira tradicional

Fonte: Inquérito sobre distribuição comunitária da DEPO em Cabo Delgado 2014/15.

Satisfação das usuárias

As usuárias foram solicitadas a relatarem sobre o seu nível de satisfação com o seu provedor e com a DEPO, aos três e aos seis meses. A maioria das mulheres esteve satisfeita com o seu provedor. Aos três meses, 73,7% das usuárias das PT e 89,1% das usuárias de APE reportaram satisfação com o seu provedor, enquanto 21% das usuárias de PT e 5,9% das usuárias de APE reportaram insatisfação. Aos seis meses, a satisfação reportada melhorou para 89,8% entre as

usuárias de PTs e 94,1% entre as usuárias de APE. A insatisfação aos seis meses foi de 9% entre as usuárias das PT e de 4% entre as usuárias de APE.

Em relação a DEPO, cerca de 90% das mulheres no estudo estavam satisfeitas com DEPO como um método de contracepção. Esta percentagem aumentou do período de três meses ao período de seis meses de seguimento. Entre as usuárias das PT, 74,7% estavam satisfeitas com DEPO aos três meses, enquanto 18,2% estavam insatisfeitas. Para as usuárias de APE, as proporções foram de 88,2% e 8,7%, respectivamente. Aos seis meses, 90,1% das usuárias de PT e 89,2% das usuárias de APE reportaram satisfação com o método, enquanto 8,1% das usuárias de PT e 8,5% de usuárias de APE reportaram estarem insatisfeitas com DEPO.

Preferência pelo local de atendimento

A Tabela 3.5 apresenta os locais preferidos pelas mulheres para receberem a sua injeção, por tipo de provedor. Durante o estudo as mulheres receberam a injeção nas suas residências ou na residência do provedor. Aos três meses, mais mulheres preferiram receber a injeção na residência do APE ou da PT. Cerca de 70% (466 para APE e 403 para PT) das mulheres reportaram preferirem receber a injeção no domicílio do APE ou PT, contra 15% que preferiam receber a injeção na sua própria residência e contra apenas 7% que preferiam a unidade sanitária. Aos seis meses, as mulheres preferiam receber a injeção tanto em casa (45%, 563) como na residência do APE ou PT (45%, 564), contra apenas 5% que reportaram uma preferência pela unidade sanitária e 5% que não sabe ou não respondeu.

Tabela 3.5: Local preferido para receber a injeção, por tipo de provedor

Local preferido	Questionário dos 3 meses			Questionário dos 6 meses		
	PT (n=680)	APE (n=561)	Total (n=1241)	PT (n=737)	APE (n=527)	Total (n=1264)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Centro de saúde	57 (8)	27 (4,8)	84 (7)	57 (7,7)	8 (1,5)	65 (5,1)
Casa da usuária	102 (15)	79 (14)	181 (15)	538 (73)	25 (4,7*)	563 (44,5)
Casa do APE ou PT	466 (69)	403 (72)	869 (70)	104 (14,1)	460 (87,3)*	564 (44,6)
Não sabe/ sem resposta	55 (8)	52 (9,2)	107 (8)	38 (5,2)	34(6,5)	72(5,7)

Nota: Uma usuária não tinha indicação do tipo de provedor; *Comparação PT versus APE $p < 0,05$

Fonte: Inquérito sobre distribuição comunitária da DEPO em Cabo Delgado 2014/15.

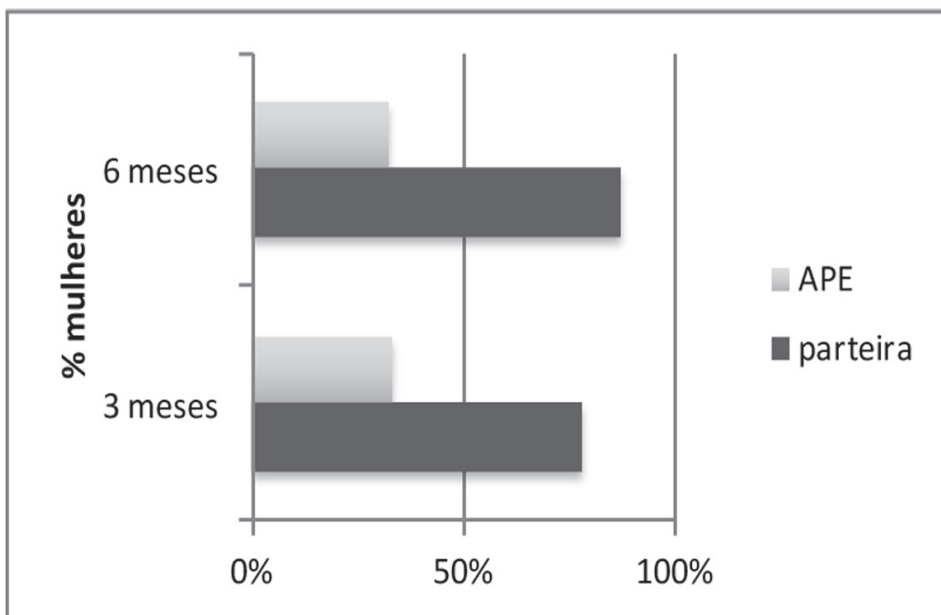
Disposição para pagar por DEPO

A Figura 3.6 apresenta a disposição das usuárias em pagar a DEPO. No geral, 64% das mulheres no estudo reportaram que estariam dispostas a pagar a DEPO. O valor médio que as mulheres estariam dispostas a pagar foi de aproximadamente 34 Meticais (94 cêntimos de dólar, ao câmbio do Banco de Moçambique em 2014).

Houve uma diferença substancial na disposição em pagar e no valor médio que as usuárias estariam dispostas a pagar por provedor. Aos três meses, 78% das usuárias das PT estavam dispostas a pagar pela DEPO contra 33% das usuárias de APEs. Aos seis meses, a proporção das usuárias de PT disposta a pagar aumentou para 87%, enquanto 32% das usuárias de APE reportaram disposição para pagar.

Aos três meses, a quantia média indicada pelas mulheres dispostas a pagar foi de cerca de 39 Meticais entre as usuárias de PTs e de 5 Meticais entre as usuárias de APE. Aos seis meses, as quantias médias cresceram para 40 Meticais e 7 Meticais, respectivamente.

Figura 3.6: Distribuição da disposição para pagar por DEPO, por provedor



Fonte: Inquérito sobre distribuição comunitária da DEPO em Cabo Delgado 2014/15.

Limitações do estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações. Para estimar com exactidão as taxas de continuação ou descontinuidade, medidas importantes de viabilidade e eficiência do programa, o estudo teria que colher informações relativas à segunda e terceira injeções de todas as mulheres. Neste estudo, uma em dez mulheres foi perdida no seguimento. Não se possui informações sobre essas mulheres e não se pode afirmar com segurança que interromperam o uso de DEPO ou não.

Dado que a verificação da recepção de injeção havia sido elaborada para ser relatada pela própria mulher, através de uma entrevista, muitas das mulheres que se recusaram a ser entrevistadas não foram contabilizadas nas taxas de continuação e de descontinuação. Uma excepção foi a de 22 mulheres que recusaram responder ao questionário da 13ª semana, mas aceitaram responder ao da 26ª semana. Apesar de a perda de seguimento incluir mulheres que foram entrevistadas, mas não tinham dados registados no questionário sobre se receberam ou não DEPO, este número era pequeno (9 para o questionário da 13ª semana e 1 para o da 26ª semana). Para além disso, mesmo entre as mulheres seguidas, o estudo não atingiu a taxa de 100% de resposta, nem no questionário da 13ª semana e nem no da 26ª semana. As taxas de perdas de seguimento entre 15% e 20% são descomunais em estudos similares, particularmente aqueles nas zonas rurais, onde os provedores de saúde actuam como supervisores e colectores de dados. As dificuldades de acesso a certas zonas, disponibilidade de tempo e outros constrangimentos tornam um grande desafio seguir todas as mulheres para uma entrevista dentro do prazo estabelecido. Não obstante, os resultados fornecem subsídios e lições importantes aprendidas sobre as possibilidades de organizar um programa de distribuição de DEPO baseado na comunidade.

Conclusões

Esta pesquisa operacional sobre a viabilidade, segurança, aceitabilidade e eficiência de uma intervenção comunitária de distribuição de DEPO produziu informações importantes em torno da provisão da DEPO baseada na comunidade para as populações rurais dos distritos de Montepuez e Chiure no norte de Moçambique.

Para a maioria das mulheres, foi através do presente estudo que pela primeira vez usaram um método de contracepção e muito poucas tiveram efeitos secundários ou morbilidades no local da injeção. Cerca de 63% das usuárias de PTs e 65,6% das usuárias de APEs reportaram “nenhum” método quando solicitadas a indicar os tipos de métodos que usaram no passado para prevenir a gravidez.

O nível de satisfação com a provisão dos serviços pelos agentes comunitários de saúde foi elevado e melhorou ao longo do período do estudo. No geral as taxas de continuidade de DEPO foram altas para as injeções aos três e aos seis meses, verificando-se taxas mais elevadas de continuidade entre as usuárias de PT do que entre as usuárias de APE. Estas taxas são similares às de outros estudos piloto de distribuição de DEPO baseada na comunidade, tal como na Etiópia (Prata *et al.*, 2011). A disposição das mulheres em pagarem pela DEPO, particularmente entre usuárias de PT, foi notória e releva a procura pela DEPO e a oportunidade para desenvolvimento de metodologias de recuperação de custos associados ao fornecimento de DEPO.

Os resultados do estudo destacam a demanda pelos serviços de contraceptivos em Cabo Delgado e a necessidade de melhorar o acesso a contraceptivos injectáveis entre as mulheres das zonas rurais. A distribuição de DEPO baseada na comunidade por APE e PT foi viável, segura e aceitável para as mulheres.

Recomendações

Este estudo fornece importantes subsídios aos tomadores de decisão e implementadores de programas. As implicações para uma programação futura com o intuito de aumentar o acesso aos contraceptivos injectáveis, através da distribuição baseada na comunidade incluem:

- A DEPO pode ser administrada com segurança e eficácia por APE e PT. Estes dois grupos podem ser considerados como fazendo parte dos esforços de provisão de planeamento familiar;
- A administração de DEPO por APE e PT aumenta o acesso, particularmente para as usuárias primárias de contraceptivos e, portanto, deve constituir uma componente central dos programas de planeamento familiar nas zonas rurais;

- O treinamento de APE e PT na provisão de DEPO deverá enfatizar: (1) acompanhamento das usuárias de forma reiterada para assegurar a aderência ao DEPO sem risco de gravidez, (2) a importância do aconselhamento sobre os efeitos colaterais, (3) a importância do aconselhamento sobre ITS/HIV e disponibilidade de preservativos, (4) garantir supervisão de apoio aos provedores comunitários de DEPO e usuárias durante a implementação destas estratégias.

Agradecimentos

Este estudo teve a colaboração dos investigadores seguintes: Dr. Cassimo Bique da Associação Moçambicana de Obstetras e Ginecologistas e Dra. Ndola Prata, Professora Associada de Saúde Materno-Infantil da Universidade de California, Escola de Berkeley de Saúde Pública e Directora do *Bixby Center for Population, Health, and Sustainability*.

Bibliografia

- INE (Instituto Nacional de Estatística), MISAU (Ministério da Saúde) & ICF International (2013). Mozambique Demographic and Health Survey 2011. Calverton, MD: ICF International.
- INE (Instituto Nacional de Estatística), MISAU (Ministério da Saúde) & ICF International (2005). Mozambique Demographic and Health Survey 2003. Calverton, MD: ICF International.
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2017). Divulgação dos Resultados Preliminares do IV RGPH 2017. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Lande, R. & C. Richey (2006). “Expanding Services for Injectables”. *Population Reports*, Series K, No. 6. Baltimore, INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, December 2006.
- MISAU (Ministério da Saúde), (INE) Instituto Nacional de Estatística, & ICF Internacional. (2018). Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015. Maputo, Moçambique. Rockville, Maryland, EUA: INS, INE e ICF International.

- WHO, USAID, & FHI (2009). Community-Based Health Workers Can Safely and Effectively Administer InjecTabela Contraceptives: Conclusions from a Technical Consultation. Research Triangle Park, North Carolina: FHI.
- Hoke, T., S. Wheeler, P. Blumenthal, E. Rasamihajamanana, & B. Razafindravony (2008). Safety, Feasibility, and Acceptability of Community-based Distribution (CBD) of Depot Medroxy Progesterone Acetate (DEPO) in Madagascar. Research Triangle Park, NC: FHI.
- Lande, R. & C. Richey (2006) Expanding Services for Injectables,” Population Reports, Series K, No. 6. Baltimore, INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, December 2006.
- Richardson, F., M. Chirwa, M. Fahnestock, M. Bishop, P. Emmart, & B. McHenry (2009). Community-based Distribution of InjecTabela Contraceptives in Malawi. Washington, DC: Futures Group International, Health Policy Initiative, Task Order 1.
- Stanback, J., A. Mbonye, & M. Bekiita (2007). Contraceptive injections by community health workers in Uganda: a nonrandomized community trial. *Bulletin of the World Health Organization*. 85, 768-773.
- Prata N., A. Gessesew, A. Cartwright, & A. Fraser (2011) Provision of injecTabela contraceptives in Ethiopia through community-based reproductive health agents. *Bulletin of World Health Organization*. 89:556–564.
- Instituto Nacional de Estatística [Documento retirado da Internet]. <http://www.ine.gov.mz/estatisticas/estatisticas-territorias-distritais/cabo-delgado/2013/novembro>. Acesso 18.03.2015.

Capítulo 4

PRÁTICAS E PERCEPÇÕES SOBRE O USO DA DUPLA CONTRACEPÇÃO ENTRE HOMENS E MULHERES VIVENDO COM INFECÇÃO POR HIV NA ZONA RURAL DA PROVÍNCIA DE MAPUTO

Carlos Cuinhane

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) recomenda o uso da dupla contracepção para todas pessoas vivendo com a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que ao progredir sem qualquer tratamento poderá causar síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). A dupla contracepção consiste na utilização mútua do preservativo e pílula anticoncepcional ou do preservativo e injeção anticoncepcional, implante anticoncepcional ou dispositivo intrauterino (OMS, 2012). Esta combinação de métodos é considerada compatível para as pessoas vivendo com a infecção por HIV e tratamento antirretroviral (TARV) (OMS, 2015). Na sequência, desde 2012, o Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) aconselha o uso da dupla contracepção entre as pessoas vivendo com a infecção por HIV (MISAU, 2012).

O uso da dupla contracepção evita a reinfeção por HIV entre os casais seropositivos, previne a transmissão do HIV ao parceiro(a) entre os casais discordantes – casais em que apenas uma das pessoas é seropositiva (Barreiro *et al.*, 2006) e, previne igualmente outras infeções transmissíveis através das relações sexuais (ITS) (OMS, 2012). A dupla contracepção também contribui para a prevenção da transmissão da infeção por HIV da mãe para o bebé (OMS, 2010), na medida em que permite optar com que a gravidez ocorra apenas em momentos em que a mulher e o homem se encontram num estado de saúde recomendável para a concepção (Barreiro *et al.*, 2007).

O método de dupla contracepção permite espaçamento de filhos (Casarin & Sequeira, 2010) e traz vantagens económicas relacionadas à melhor planificação dos recursos económicos necessários para os cuidados durante a gravidez, a criação e os cuidados dos filhos (Mozzaquatro & Arpini, 2017). Este método é igualmente considerado eficaz para a prevenção de uma gravidez indesejada (OMS, 2012). Alguns estudos (Somera & Ross, 2013; Ralph *et al.*, 2015) mostraram que as mulheres que usam apenas um método contraceptivo têm maior probabilidade de ter uma gravidez indesejada.

Apesar da eficácia do método da dupla contracepção, a sua adesão representa um desafio para as pessoas vivendo com a infeção por HIV. Esta prática exige uma ruptura dos hábitos quotidianos no concernente às normas socialmente aceites para a prevenção da gravidez indesejada, bem como os métodos locais que orientam a sua vida sexual e reprodutiva.

O uso de métodos contraceptivos entre as mulheres em idade reprodutiva (18-49 anos de idade), em geral, e de mulheres vivendo com a infeção por HIV, em particular, é considerado baixo tanto na África Subsaariana como em Moçambique. Estima-se que em 2015 apenas cerca de 18,4% das mulheres, independentemente do seu estado serológico, usava métodos contraceptivos modernos na África Subsaariana (Tsui *et al.*, 2017). Em Moçambique, apenas 11,5% das mulheres usava métodos contraceptivos modernos em 2011 (MISAU *et al.*, 2013). Pesquisas mostram também que os métodos contraceptivos tradicionais tais como ervas, amuletos (Capurchande *et al.*, 2015), coito interrompido e abstinência periódica (Cemter *et al.*, 2016) são comumente usados para evitar a gravidez em Moçambique.

Igualmente, constata-se que poucas pessoas vivendo com a infeção por HIV aderem à dupla contracepção em muitos países da África subsaariana (Chakrapani *et al.*, 2011; Chibweshwa *et al.*, 2011; Cemter *et al.*, 2016). Neste

sentido, a falta de uso de métodos contraceptivos modernos, em geral e fraca adesão à dupla contracepção, em particular, podem se considerar como importantes problemas de saúde pública na actualidade em Moçambique.

Vários factores têm sido apontados como barreiras de uso de métodos contraceptivos modernos e adesão à dupla contracepção. Estes factores incluem a falta de conhecimentos adequados e carência de aconselhamentos apropriados aos potenciais beneficiários nas unidades sanitárias, falta de envolvimento dos parceiros das mulheres que frequentam as consultas de planeamento familiar (Cemter *et al.*, 2016; Somera & Ross, 2013), efeitos colaterais dos métodos contraceptivos e falta da revelação do estado serológico ao parceiro (Church *et al.*, 2014). Igualmente, as características sociodemográficas das mulheres vivendo com a infecção por HIV influenciam a adesão à dupla contracepção. Estudos mostram que as mulheres com idade igual ou superior a 25 anos, mulheres que desejam ter mais filhos, mulheres domésticas, solteiras, divorciadas ou viúvas não usavam regularmente os métodos contraceptivos assim como não aderiam à dupla contracepção (Berhane *et al.*, 2013).

Pesquisas também mostram que em alguns países da África Subsaariana como em algumas comunidades da Etiópia (Demissie *et al.*, 2015) e em Kenya (Mulongo *et al.*, 2013), um número considerável das mulheres vivendo com a infecção por HIV tendem a aderir à dupla contracepção. Os factores da adesão incluem entre outros, medo de reinfeção por HIV, bom nível de conhecimento sobre a dupla contracepção e implementação eficiente dos programas de uso do preservativo entre as pessoas vivendo com a infecção por HIV (Mulongo *et al.*, 2013; Church *et al.*, 2014), elevado nível de educação, adopção de mudanças de comportamento sexual depois do início do TARV (Berhane *et al.*, 2013; Church *et al.*, 2014) e revelação do estado serológico ao parceiro (Mulongo *et al.*, 2013; Gebrehiwot *et al.*, 2017).

Pesquisas também constataram maior adesão à dupla contracepção entre as mulheres que se casaram com mais de 18 anos, com 4 filhos, com experiência de gravidez depois do diagnóstico da infecção por HIV, mulheres que não queriam ter mais filhos (Demissie *et al.*, 2015) ou mulheres que têm um parceiro não infectado por HIV e têm a possibilidade de conversar sobre o sexo seguro com o parceiro (Gebrehiwot *et al.*, 2017).

Não obstante a existência de considerável literatura sobre uso de métodos contraceptivos na África Subsaariana, poucos estudos analisam as percepções e as práticas do uso da dupla contracepção. Em particular, até ao momento,

não se sabe sobre as percepções e as práticas de uso do método da dupla contracepção entre as pessoas vivendo com a infecção por HIV em idade reprodutiva que fazem o TARV em Moçambique. Portanto, este estudo visa preencher esta lacuna. Este capítulo analisa as percepções, as práticas e as motivações do uso da dupla contracepção entre homens e mulheres vivendo com a infecção por HIV em três períodos do ciclo de reprodução: antes da gravidez, durante a gravidez e durante a amamentação.

Para a análise da adesão à dupla contracepção, toma-se como abordagem de base a teoria da prática de Pierre Bourdieu (1977) desenvolvida na sua obra intitulada “*Outline of the theory of practice*”. Bourdieu defende que as acções e interações entre as pessoas ocorrem em diferentes espaços sociais tais como escolas, família, igreja, etc. Estes espaços são regulados por regras e normas sociais sobre como agir e interagir com os outros actores sociais. Contudo, o autor reconhece que as regras e normas sociais não são simplesmente impostas às pessoas. Elas decorrem de um processo de aprendizagem ao longo da vida em diferentes espaços sociais em que os actores participam ou fazem parte. Para além disso, Bourdieu defende que as pessoas aceitam e usam as regras e normas sociais por forma a alcançar os seus interesses nos espaços sociais a que pertencem. São essas regras e normas aprendidas que influenciam a construção de percepções e de práticas dos actores na vida quotidiana. Todavia, as acções e as práticas dos actores são continuamente negociadas em função da posição que ocupam nesses espaços sociais.

Esta teoria permite compreender as razões de as pessoas pensarem e fazerem certas coisas de determinadas maneiras e de forma previsível, mas não necessariamente impostas. Baseando-se nesta teoria, parte-se da ilação de que as percepções e as práticas do uso da dupla contracepção entre as pessoas vivendo com a infecção por HIV são influenciadas pelas regras e normas dominantes sobre a saúde sexual reprodutiva, a posição social de cada actor na família, os conhecimentos e as experiências que cada actor possui sobre os métodos contraceptivos modernos.

Compreender como os homens e as mulheres que vivem com a infecção por HIV pensam e usam a dupla contracepção pode contribuir para a melhoria das campanhas de promoção do método, melhoria da saúde das pessoas vivendo com a infecção por HIV e prevenção da transmissão vertical da infecção por HIV (i.e., da mãe para a criança).

Metodologia

Abordagem e local do estudo

Esta pesquisa¹ usou o método qualitativo. Trata-se de um método que permite compreender os significados que os actores sociais atribuem aos problemas que enfrentam na sua vida quotidiana. É um método que é usado para obter informação específica sobre os valores, opiniões, comportamentos e contexto social de uma população específica (Creswell, 2014).

A pesquisa foi realizada nos Distritos de Manhiça e Namaacha, localizados na Província de Maputo. O Distrito da Manhiça possuía 208 466 habitantes em 2017 (INE, 2017). Neste Distrito existiam 14 centros de saúde rural, 1 hospital rural e 1 posto de saúde em 2018 (MISAU, 2018). O Distrito de Namaacha possuía 48 933 habitantes em 2017 (INE, 2017). Em 2018 existiam 8 centros de saúde rural, 1 centro de saúde urbano e 1 posto de saúde no Distrito de Namaacha (MISAU, 2018).

Em cada Distrito foram intencionalmente seleccionadas 3 localidades e 3 centros de saúde localizados nessas localidades. No Distrito da Manhiça a pesquisa foi feita nas localidades de Manhiça-sede, Taninja e Nzonguene. Neste Distrito foram seleccionados os centros de saúde da Manhiça-sede, Taninja e Ilha Josina Machel. No Distrito de Namaacha foram seleccionadas a Vila da Namaacha, Mahelane e Michangulene. Igualmente foram seleccionados os centros de saúde da Namaacha, Mafuiane e Mahelane.

Estes Distritos foram escolhidos para a realização da pesquisa porque são considerados como postos de sentinela para a vigilância epidemiológica do HIV e sífilis (MISAU, 2011). Os dois Distritos localizam-se numa Província com elevada percentagem da população infectada por HIV. O inquérito sobre a malária e SIDA (IMASIDA), administrado a nível nacional, indica que a Província de Maputo é a segunda com maior percentagem da população vivendo com a infecção por HIV depois da Província de Gaza. O mesmo inquérito mostra que a Província de Maputo tinha cerca de 22,9% de pessoas infectadas por HIV em 2015, dos quais 29,6% são mulheres e 15,8% são homens (INS *et al.*, 2017).

¹ Os dados apresentados nesta pesquisa fazem parte de um estudo amplo (Cuinhane, 2018). A metodologia, a abordagem e os procedimentos do estudo foram apresentados com mais detalhes nesse estudo. Nesta pesquisa apresenta-se a metodologia usada para a recolha de dados de forma sintética.

Amostra e recrutamento dos participantes

A população deste estudo incluiu mulheres, homens e enfermeiros. A amostra do estudo foi constituída por mulheres vivendo com infecção por HIV que tinham bebés com idade entre zero e dois anos de idade. Igualmente, apenas homens vivendo com infecção do HIV, casados e com filhos entre zero e dois anos foram seleccionados para constituir a amostra do estudo. Nos centros de saúde, a amostra incluiu apenas as enfermeiras de Saúde Materno-Infantil (SMI).

A pesquisa usou o método intencional para seleccionar todos os participantes e a teoria de saturação² para definir a amostra. No total, 83 mulheres vivendo com infecção do HIV foram seleccionadas, das quais 47 do Distrito da Manhica e 36 do Distrito de Namaacha. Das 83 participantes, 59 mulheres (34 do Distrito da Manhica e 25 do Distrito de Namaacha) foram seleccionadas nos centros de saúde durante as consultas pós-parto. As enfermeiras ajudaram no recrutamento das participantes. As outras 24 participantes (11 do Distrito da Manhica e 13 do Distrito de Namaacha) foram recrutadas nas comunidades com a ajuda das associações comunitárias locais que trabalham com as pessoas vivendo com a infecção por HIV.

Um total de 12 homens vivendo com infecção do HIV, dos quais 5 do Distrito da Manhica e 7 do Distrito de Namaacha fizeram parte da amostra. Estes participantes foram recrutados na comunidade. As associações locais que trabalham com as pessoas vivendo com a infecção por HIV ajudaram a identificar e recrutar os participantes.

Foram seleccionados também um total de 6 enfermeiras de SMI, das quais 3 no Distrito da Manhica e 3 no Distrito de Namaacha. Em cada centro de saúde foi seleccionada uma enfermeira.

Técnicas de colecta de dados

Os dados foram recolhidos na base de entrevistas aprofundadas, grupos focais e entrevistas semiestruturadas. As entrevistas aprofundadas foram administradas aos participantes – ambos mulheres e homens vivendo com a infecção do HIV. Os grupos focais incluíram ambos sexos. Foram realizados 11 grupos focais entre mulheres (5 em Manhica e 6 em Namaacha) e 4 grupos focais entre

² A teoria de saturação consiste na constatação de que o investigador já obteve informação suficientes e as novas entrevistas já não produzem dados novos sobre o objecto em análise (Bowen, 2008).

homens (1 no Distrito da Manhiça e 3 grupos no Distrito de Namaacha). As entrevistas semiestruturadas foram administradas às enfermeiras de SMI.

O estudo tomou em consideração os aspectos da ética em pesquisa antes, durante e depois da recolha e análise de dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comité da Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane & Hospital Central de Maputo, com o protocolo número CIBS FM&HCM/73/2014, antes da realização da recolha de dados. Todos os participantes foram contactados e informados sobre os objectivos da pesquisa. Apenas os participantes que aceitaram participar no estudo foram incluídos. Todos os participantes receberam garantias de confidencialidade e preservação da sua identidade. Um consentimento informado foi apresentado aos participantes e assinado depois de lerem e aceitarem participar no estudo. Durante a análise de dados e apresentação dos resultados, os nomes e todas as características sociodemográficas que poderiam permitir a identificação dos participantes foram suprimidos.

Técnicas de análise de dados

Os dados foram analisados na base do método análise temática (Bram & Clarke, 2006). Esta análise consistiu em 6 fases. A primeira fase consistiu na transcrição integral de todas as entrevistas. Na segunda fase, fez-se a leitura de todas as entrevistas e identificou-se códigos que permitiram a leitura transversal das transcrições. Na terceira fase, repetiu-se a leitura das transcrições usando os códigos. Na base destes códigos foram identificados temas e subtemas relevantes para a análise.

Na base dos temas identificados na fase anterior, concebeu-se os temas finais na quarta fase. Na quinta fase fez-se a harmonização entre os temas identificados e os dados que sustentavam cada temática. Cada temática foi transformada em um subcapítulo dos resultados da pesquisa. Nesta fase, voltamos às transcrições e recortamos os discursos que representam as temáticas selecionadas. Todos os dados quantitativos relevantes que foram gerados durante a análise foram sumarizados e apresentados em formato de tabelas nas respectivas temáticas. A sexta fase consistiu na elaboração deste relatório de pesquisa.

Na base deste método de análise, o estudo explorou 4 temas principais: 1) práticas do uso da dupla contracepção antes da gravidez; 2) práticas do uso

do preservativo masculino durante a gravidez; 3) práticas do uso dos métodos contraceptivos modernos depois do parto e, 4) percepções sobre os métodos contraceptivos modernos entre os participantes.

Resultados

Características sociodemográficas dos participantes

Foram arrolados um total de 95 participantes nas entrevistas individuais, cujas as características sociodemográficas estão sumarizadas na Tabela 4.1. Do total dos participantes, 83 eram mulheres e 12 eram homens. A maior parte dos participantes tinham entre 18 a 35 anos de idade e viviam com um(a) parceiro(a). Muitos participantes eram camponeses(as) e tinham mais do que um filho(a). Alguns participantes não tinham educação formal.

Tabela 4.1: Características sociodemográficas dos participantes

Características dos participantes	Manhiça (n=52)		Namaacha (n=43)	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
<i>Idade</i>				
18-35	3	39	1	28
36-45	2	6	2	8
46-55	2	0	2	2
<i>Nível de escolaridade</i>				
Nenhuma	4	14	0	13
Escolaridade primária não concluída (1-6 anos)	2	14	4	8
Escolaridade primária concluída (7 anos)	1	15	1	13
Escolaridade secundária concluída (12 anos)	0	2	0	4
<i>Estado civil</i>				
Solteira (o)	0	5	0	7
Casada/vive com um parceiro/a	7	38	5	30
Divorciado(a)	0	2	0	1
<i>Número de filhos</i>				
1-2	4	26	1	21

Tabela 4.1: Continuada

3-4	1	14	4	11
5-6	2	5	0	6
<i>Ocupação</i>				
Operário(a)	1	0	1	1
Camponês(a)	5	34	1	31
Segurança	0	0	2	0
Alfaiate	1	0	0	0
Agente polivalente de saúde	0	1	1	2
Professor(a)	0	0	0	2
Trabalhador(a) doméstico	0	2	0	1
Vendedor(a)	0	6	0	1
Estudante	0	2	0	2

Fonte: Estudo qualitativo sobre percepções e práticas sobre cuidados na gravidez e alimentação de crianças de mulheres HIV+ na província de Maputo 2015.

O estudo incluiu também 115 participantes que fizeram parte dos grupos focais, cujas características estão apresentadas na Tabela 4.2. Os grupos focais foram compostos por 99 mulheres e 16 homens. A maior parte dos participantes tinha entre 18 e 35 anos de idade. Parte significativa dos participantes não tinha educação formal. Todos eram casados e tinham filhos.

Tabela 4.2: Características sociodemográficas dos participantes dos grupos focais

Características dos participantes	Manhiça (n=48)		Namaacha (n=67)	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
<i>Idade</i>				
18-35	3	28	1	29
36-45	1	13	4	21
46-55	0	3	7	5
<i>Nível de escolaridade</i>				
Nenhum	1	16	12	12
Escolaridade primária não concluída (1-6)	1	14	0	23
Escolaridade primária concluída (7 classe)	2	11	0	17
Escolaridade secundária concluída	0	3	0	3
<i>Estado civil</i>				
Casado(a)/vive com parceiro(a)	4	44	12	55

Tabela 4.2: Continuada

<i>Número de filhos</i>				
1-2	2	17	2	20
3-4	2	18	1	20
5-6	0	9	9	15
<i>Ocupação</i>				
Camponês(a)	3	40	12	42
Segurança	1	0	0	0
Vendedor(a) informal	0	2	0	6
Operário(a)	0	0	0	5
Professor(a)	0	2	0	2

Fonte: Estudo qualitativo sobre percepções e práticas sobre cuidados na gravidez e alimentação de crianças de mulheres HIV+ na província de Maputo 2015.

Práticas do uso da dupla contracepção antes da gravidez

Conhecimento sobre os métodos contraceptivos modernos e dupla contracepção

Todas as mulheres disseram que tinham ouvido falar dos métodos contraceptivos modernos. Os métodos mais mencionados foram pílulas, injeção, dispositivo intrauterino e preservativo masculino. Este conhecimento é adquirido nas unidades sanitárias enquanto outras aprendem nas escolas. Elas disseram que recebiam os métodos contraceptivos nas unidades sanitárias, tal como uma das participantes explicou.

Eu conheço os comprimidos que previnem a gravidez. As enfermeiras sempre falam sobre estes métodos durante o pré-natal e consultas pós-parto. Pode escolher injeção ou pílulas. Quando estamos grávidas as enfermeiras nos aconselham a usar preservativo masculino. Elas distribuem-nos preservativos masculinos. Agora que estou a amamentar dão-me preservativos masculinos e pílulas. (Mulher casada, 1 filho).

Apesar de receberem dois métodos nas unidades sanitárias, as participantes disseram que não sabiam explicar porquê deviam usar os dois métodos. Apenas mencionaram que a pílula era para elas e o preservativo masculino para os seus parceiros.

Poucos participantes disseram que às vezes adquiriam pílulas nas farmácias privadas. Esta prática era comum quando acabavam as pílulas levantadas

nas unidades sanitárias e não tinham tempo para se deslocarem às unidades sanitárias para obter mais pílulas. Uma participante falou da sua experiência da seguinte forma:

Às vezes compro as pílulas numa farmácia perto de casa. Faço isso quando acabo as pílulas que me dão no centro de saúde e, não tenho tempo para voltar ao centro. As enfermeiras dão pílulas para um mês apenas. Assim, tenho que ir ao centro de saúde mensalmente para adquirir as pílulas. Isto não é fácil porque o centro de saúde fica longe de casa. (Mulher casada, 2 filhos).

Entretanto, todos homens disseram que tinham ouvido falar sobre contraceptivos para mulheres, mas não sabiam os nomes desses contraceptivos. Eles mencionaram apenas o preservativo masculino. Eles têm acesso a esta informação através da rádio e palestras nas comunidades. Eles compram os preservativos nas farmácias e barracas localizadas nas suas comunidades.

Todos os participantes, homens e mulheres, disseram que não tinham conhecimento sobre o uso da dupla contracepção. Ambos disseram que apenas eram aconselhados a usarem os métodos contraceptivos para prevenir a gravidez.

Métodos contraceptivos usados antes da gravidez

A Tabela 4.3 apresenta o sumário de métodos contraceptivos usados pelas mulheres antes da gravidez. Os dados indicam que a maioria não usava os métodos contraceptivos. Os participantes que aderiam a esses métodos disseram que usavam a pílula, injeção e preservativo masculino.

Tabela 4.3: Métodos contraceptivos usados pelas mulheres infectadas por HIV antes da gravidez

Métodos usados	Manhiça (n=45)		Namaacha (n=38)		Total (n=83)	
	N	%	n	%	n	%
Pílula	7	15,6	5	13,2	12	14,5
Injecção	5	11,1	2	5,3	7	8,4
Preservativo masculino	1	2,2	6	15,8	7	8,4
Não usava nenhum método	32	71,1	25	65,8	57	68,7

Fonte: Estudo qualitativo sobre percepções e práticas sobre cuidados na gravidez e alimentação de crianças de mulheres HIV+ na província de Maputo 2015.

No concernente aos entrevistados do sexo masculino, do total de 12 participantes apenas 4 participantes disseram que usavam o preservativo masculino antes de as suas esposas ficarem grávidas. Os outros 8 participantes disseram que não usavam nenhum método contraceptivo.

Razões para o uso de métodos contraceptivos modernos antes da gravidez

Poucos participantes disseram que usavam métodos contraceptivos de forma regular. Os participantes apresentaram várias razões para usar os métodos contraceptivos. Poucos disseram que usavam pílula antes da gravidez, mas pararam quando queriam se engravidar.

Antes de eu ficar grávida, eu usava pílula para evitar a gravidez porque ainda não queria ficar grávida. Parei de usar pílula quando queria ficar grávida. (Mulher casada, 4 filhos).

Outros participantes disseram que usam injeção para prevenir a gravidez porque os bebés ainda eram pequenos – tinham menos de 2 anos de idade.

Eu usava injeção para prevenir a gravidez antes da criança completar 2 anos de idade. As enfermeiras aconselham a prevenir a gravidez antes de a criança completar 2 anos. Depois dos 2 anos parei de prevenir a gravidez porque a criança já era grande. (Mulher casada, 2 filhos).

Nos grupos focais entre mulheres, as participantes revelaram que usavam métodos contraceptivos depois do parto até o bebé completar 18 ou 24 meses. Depois deste tempo, elas disseram que era completamente aceite ficar grávida. Uma das participantes disse:

Nós aprendemos que temos que fazer espaçamento de filhos. Para a mulher ficar grávida, a sua criança deve ter entre 18 e 24 meses. É uma responsabilidade cuidar do bebé e criar todas as condições para ele crescer. Então as mulheres não devem ficar grávidas antes do bebé crescer. Se uma mulher ficar grávida antes dos 18 meses, a criança não irá crescer saudável. (Mulher casada, 2 filhos).

A maior parte dos homens que participaram nos grupos focais, defenderam que era responsabilidade das mulheres usarem métodos contraceptivos para prevenir a gravidez. Na sua opinião, apenas as mulheres sabem quando é que podem ficar grávidas e como evitar essa gravidez. Um dos participantes nos grupos focais entre homens disse:

É quase impossível o homem evitar a gravidez. Quem sabe e é responsável por prevenir a gravidez é a mulher. É a mulher que sabe quando é que ela pode ficar grávida e como prevenir. Ela vê menstruação e sabe quando se pode ficar grávida. Se ela quer evitar a gravidez ela pode ir à unidade sanitária levantar pílulas e tomar. Nós os homens *não sabemos quando uma mulher pode ou não ficar grávida*. (Homem casado, 2 filhos).

O uso do preservativo masculino com as esposas não era uma prática comum entre alguns homens. Esta prática foi considerada aceite apenas em casais discordantes. Contudo, mesmo nestes casos, alguns homens disseram que não usavam o preservativo masculino regularmente com as suas esposas que ainda não tinham sido infectadas por HIV.

Às vezes eu uso o preservativo porque o nosso bebé ainda não cresceu o suficiente. Agora, quando ele crescer e tivermos planos para ter um outro filho, aí vou deixar de usar o preservativo para fazer mais um filho. (Homem casado, 1 filho).

Razões para não usar métodos contraceptivos modernos antes da gravidez

A maioria dos participantes disse que não usava os métodos contraceptivos modernos de forma regular antes da gravidez. Algumas mulheres disseram que não usavam porque estavam casadas e as suas crianças eram grandes, enquanto outras (5 participantes) disseram que os seus parceiros não estavam em casa – trabalhavam na África do Sul. Estes últimos disseram que usavam o método de abstinência periódica. Elas só se envolviam sexualmente quando os seus parceiros voltassem para casa.

Não uso nenhum método contraceptivo moderno porque o meu marido trabalha e vive na África do Sul. Ele vem ara casa uma vez por ano, especialmente no final do ano. (Mulher casada, 1 filho).

No entanto, as participantes cujos parceiros trabalhavam na África do Sul disseram que nem sempre usavam os métodos contraceptivos, quando os seus parceiros voltassem para casa nos finais de ano.

Algumas mulheres casadas (40 participantes) disseram que os seus parceiros não aceitavam e nem lhes permitiam o uso de métodos contraceptivos modernos. Este facto mostra que as mulheres não tinham poder de decisão

sobre o uso de métodos contraceptivos. A decisão era tomada pelo parceiro, como ilustra o seguinte discurso:

Meu marido não me permite o uso da pílula nem outro método para prevenir a gravidez. Mas ele também não aceita usar o preservativo. Ele diz que não é útil usar esses métodos contraceptivos. (Mulher casada, 2 filhos).

Todas as mulheres solteiras disseram que usam a pílula para prevenir a gravidez. Contudo, elas revelaram que não usavam este método de forma regular. Elas disseram que muitas vezes se esqueciam de tomar a pílula, o que contribuiu com que elas tivessem uma gravidez indesejada. Uma das participantes narrou a sua experiência da seguinte forma:

Eu usava pílula antes da gravidez, mas acho que esqueci de tomar alguns dias; e consequentemente, fiquei grávida. (Mulher solteira, 1 filho).

Alguns homens disseram que não usavam o preservativo porque queriam ter prazer sexual com a parceira e ou parceiras ocasionais. Entretanto, alguns homens reconhecem o perigo de infecção por HIV. Um dos participantes, que era também activista para prevenção e controlo da infecção por HIV, contou a sua experiência de resistência dos homens em usar o preservativo.

Alguns homens negam usar o preservativo porque querem carne com carne. Pensam que quando usam o preservativo estão a perder. Por isso estamos cheios de doenças. Quando eles vêm uma moça, não pensam em usar um preservativo porque acham que estão a perder disfrutar aquela beleza da mulher, mas não sabem nem procuram saber se ela é ou não seropositiva. Assim entram na cova [ficam infectados por HIV] e começam a morrer aos poucos. (Homem casado, 3 filhos).

No total dos 12 homens entrevistados, 8 homens não usavam preservativo alegando que as suas esposas também estavam infectadas por HIV. Entretanto, outros 4 participantes revelaram que não usavam preservativos regularmente porque não sentiam prazer e porque estavam a tomar antirretrovirais.

Usamos preservativo umas vezes a outras. Mas paramos de usar quando queremos ter prazer sexual e, também porque estamos a tomar antirretrovirais. (Homem, casado, 7 filhos).

Nos grupos focais, alguns homens disseram que o preservativo masculino deve ser usado fora de casa e com outras mulheres, por exemplo, parceiras ocasionais. Eles entendem que não se pode usar o preservativo com as parceiras de casa porque esta prática pode pôr em causa a confiança e o amor do casal.

Outros participantes defenderam que o preservativo pode ser usado com as esposas durante a gravidez para evitar infecções por HIV ao bebé.

Práticas do uso do preservativo durante a gravidez

Quando as mulheres vivendo com a infecção por HIV estão grávidas, elas são aconselhadas a usar o preservativo. Este aconselhamento pretende evitar com que a mulher infectada passe a infecção por HIV para o seu parceiro – em caso de casais discordantes – ou prevenir a reinfeção entre os parceiros que vivem com a infecção por HIV.

Todas as participantes disseram que recebiam preservativos masculinos nas unidades sanitárias durante as consultas pré-natais. A Tabela 4.4 apresenta a prática do uso do preservativo durante a gravidez.

Tabela 4.4: Práticas do uso do preservativo entre as mulheres infectadas por HIV durante a gravidez

Métodos usados	Manhiça (n=45)		Namaacha (n=38)		Total	
	n	%	N	%	n	%
Usou preservativo masculino	7	15,6	6	15,8	13	15,7
Não usou preservativo durante a gravidez	23	51,1	18	47,4	41	49,4
Não usou preservativo porque o parceiro estava ausente (trabalho na RSA)	6	13,3	3	7,9	9	10,8
Não usou preservativo porque não relevou o seu estado de saúde ao seu parceiro	2	4,4	3	7,9	5	6,0
Não usou preservativo porque não tinha parceiro (solteira/viúva)	7	15,6	8	21,1	15	18,1

Fonte: Estudo qualitativo sobre percepções e práticas sobre cuidados na gravidez e alimentação de crianças de mulheres HIV+ na província de Maputo 2015.

Os dados da Tabela 4.4 mostram que a maior parte dos participantes do sexo feminino não usou o preservativo durante a gravidez. Entretanto, dos 12 participantes do sexo masculino, 8 disseram que usaram preservativo quando as suas esposas estavam grávidas e 4 disseram que não usavam preservativo durante a gravidez das suas esposas.

As participantes apresentaram várias razões para usar o preservativo durante a gravidez. Algumas disseram que usaram o preservativo porque tinham revelado o seu estado serológico aos seus parceiros, tal como narrou uma das participantes:

Depois de saber o meu estado serológico, as enfermeiras aconselharam-me a usar o preservativo durante a gravidez. Falei com o meu marido sobre o meu estado e ele aceitou o uso da prevenção. Daí em diante comecei a usar o preservativo. (Mulher casada, 1 filho).

Outras participantes disseram que usavam preservativo durante a gravidez como uma forma de prevenir a transmissão da infecção por HIV para o bebé. Na sua percepção, o uso do preservativo evita o contacto de sangues, que possivelmente poderia pôr o bebé em risco de infecção por HIV, como explica uma das participantes:

Comecei a usar preservativo durante a gravidez. Meu marido aceitou porque as enfermeiras nos aconselharam que o preservativo previne a passagem do HIV da mãe para o bebé. (Mulher casada, 2 filhos).

Igualmente, alguns participantes do sexo masculino disseram que usavam o preservativo durante o período da gravidez das suas esposas para evitar infectar o bebé por HIV durante a gestação.

Razões para não usar preservativo durante a gravidez

A maior parte dos participantes disse que não usava preservativo durante a gravidez. Algumas participantes disseram que não usavam preservativo porque os seus parceiros não estavam em casa – trabalhavam e viviam na África do Sul – durante a gravidez. Estas participantes praticavam a abstinência sexual periódica. Outras mulheres, contudo, disseram que não usavam o preservativo porque não tinham revelado o seu estado serológico aos seus parceiros. Outras ainda, disseram que os seus parceiros não aceitavam o uso de preservativo, tal como uma das participantes explicou:

Eu não usava preservativo durante a gravidez porque o meu marido não aceitava. Além disso, eu ainda não lhe disse que vivo com o HIV. (Mulher casada, 1 filho).

Todas as mulheres solteiras, viúvas e divorciadas disseram que não usavam preservativo durante a gravidez porque os seus parceiros não lhes visita-

vam nem lhes procuraram após saberem que elas estavam grávidas. Algumas participantes disseram que passaram toda a gestação sem uma visita sequer dos parceiros. Outras disseram que os parceiros não assumiram a gravidez e lhes abandonaram durante a gestação.

Alguns participantes do sexo masculino disseram que não usavam o preservativo durante o período da gravidez das suas esposas porque eles não sentiam prazer durante as relações sexuais. Outros disseram que não gostavam de usar o preservativo.

Práticas do uso de métodos contraceptivos durante o período pós-parto

Uso dos métodos contraceptivos durante amamentação exclusiva

A Tabela 4.5 sumariza os métodos usados pelas mulheres infectadas por HIV durante o período de aleitamento exclusivo.

Tabela 4.5: Métodos contraceptivos usados pelas mulheres infectadas por HIV durante o aleitamento exclusivo

Métodos usados	Manhiça (n=45)		Namaacha (n=38)		Total	
	N	%	n	%	n	%
Pílula	4	8,9	0	0,0	4	4,8
Injecção	1	2,2	6	15,8	7	8,4
Preservativo masculino	6	13,3	6	15,8	12	14,5
Abstinência sexual pelo facto de o bebé ter menos de 6 meses	18	40,0	11	28,9	29	34,9
Abstinência sexual pelo facto de o parceiro trabalhar na África do Sul	4	8,9	0	0,0	4	4,8
Abstinência sexual devido ao estado civil: solteira/viúva	7	15,6	8	21,1	15	18,1
Não usa nenhum método	5	11,1	7	18,4	12	14,5

Fonte: Estudo qualitativo sobre percepções e práticas sobre cuidados na gravidez e alimentação de crianças de mulheres HIV+ na província de Maputo 2015.

Os dados da Tabela 4.5 revelam que o método predominantemente usado durante a amamentação nos primeiros 3 e 6 meses após o parto foi a abstinência sexual periódica. Algumas participantes usaram o preservativo masculino, outras usaram injecção e poucos usaram a pílula.

Entre os participantes do sexo masculino, do total dos 12 entrevistados, 8 disseram que usaram o preservativo masculino e 4 disseram que optaram pela abstinência sexual nos primeiros 6 meses após o parto das suas esposas.

A maior parte dos participantes - tanto homens como mulheres – disse que os casais são aconselhados a não praticarem as relações sexuais porque o bebé ainda é pequeno. Disseram que as sogras, as mães ou as avós aconselham as mulheres e homens para evitar relações sexuais durante este período porque altera a qualidade do leite e o bebé pode ficar doente.

Não uso contraceptivos para prevenir a gravidez porque ainda estou a amamentar. Minha sogra me aconselhou para eu não fazer relações sexuais com o meu marido antes do bebé completar os 6 meses de idade. Ela disse que o bebé teria diarreia ou não iria crescer muito bem. (Mulher casada, 2 filhos).

De facto, a maior parte dos participantes nos grupos focais – ambos (homens e mulheres) – disseram que as relações sexuais não poderiam ser reiniciadas antes do bebé completar os 6 meses porque a criança poderia ter diarreias e febres devido a alteração do leite materno após uma relação sexual.

Entretanto, mais da metade das participantes (n=58) disse que reiniciou as relações sexuais antes do bebé completar os 6 meses. Estas participantes revelaram que reiniciaram a sua actividade sexual quando os seus bebés completaram os 3 meses de idade. Elas disseram que 3 meses após o parto, “*o bebé já cresceu*” e, já é recomendável reiniciar a actividade sexual.

A maior parte das participantes (n=46) que já tinham reiniciado relações sexuais aos 3 meses após o parto disse que usava métodos contraceptivos modernos para prevenir a gravidez. Contrariamente a esta prática, algumas participantes (n=12) reiniciaram a actividade sexual e não usavam métodos de contracepção durante a amamentação exclusiva. Os métodos contraceptivos modernos usados eram a injeção, a pílula e o preservativo masculino. As participantes disseram que usam estes métodos para prevenir a gravidez durante o aleitamento materno, tal como uma das participantes explicou:

Eu uso o preservativo masculino porque ainda estou a amamentar o bebé. O meu marido aceita este método porque o bebé deve crescer. Não posso ficar grávida antes de o bebé completar os 2 anos de idade. (Mulher casada, 1 filho).

Dos 58 participantes que já tinham reiniciado as relações sexuais, 48 participantes disseram que o reinício das relações sexuais foi determinado pelos seus parceiros. Apenas 10 participantes disseram que o reinício das relações

sexuais foi na base de consenso entre os parceiros. Uma das participantes narrou a sua experiência da seguinte forma:

Nós [eu e meu marido] reiniciamos as relações sexuais quando achamos que o bebé já tinha crescido. A decisão foi baseada na conversa consensual entre eu e o meu marido. (Mulher casada, 2 filhos).

Contudo, a maior parte dos participantes do sexo masculino (n=8) referiram que o reinício das relações sexuais dependia do estado de saúde da mulher após o parto. Eles disseram que as mulheres decidiam sobre o reinício das relações sexuais em função de estado da sua recuperação após o parto. Entretanto outros participantes (n=4) disseram que só reiniciariam as relações sexuais 6 meses após o parto independentemente do estado de saúde da mulher. Estes homens disseram que estavam a cumprir com as recomendações dos seus pais. Igualmente, eles disseram que esta prática permitia o crescimento do bebé.

Uso de métodos contraceptivos após o aleitamento materno exclusivo

A Tabela 4.6 sumariza os métodos contraceptivos usados pelas mulheres infectadas por HIV no período de alimentação complementar do bebé.

Tabela 4.6: Métodos contraceptivos usados pelas mulheres infectadas por HIV durante o período de alimentação complementar do bebé

Métodos usados	Manhiça (n=45)		Namaacha (n=38)		Total	
	N	%	n	%	N	%
Pílula	4	8,9	0,0	0,0	4	4,8
Injecção	1	2,2	5	13,2	6	7,2
Preservativo masculino	6	13,3	7	18,4	13	15,7
Abstinência periódica pelo facto de o bebé ter menos de 6 meses	9	20,0	5	13,2	14	16,9
Abstinência periódica pelo facto de o parceiro trabalhar na África do Sul	4	8,9	0,0	0,0	4	4,8
Abstinência periódica devido ao estado civil: solteira/viúva	7	15,6	8	21,1	15	18,1
Não usa nenhum método	14	31,1	13	34,2	27	32,5

Fonte: Estudo qualitativo sobre percepções e práticas sobre cuidados na gravidez e alimentação de crianças de mulheres HIV+ na província de Maputo 2015.

Os dados da Tabela 4.6 mostram que parte significativa das participantes (n=27) não usava nenhum método de contracepção após reiniciar a actividade sexual. Algumas participantes continuaram a usar o método de abstinência periódica, outras usavam pílula ou injeção, ou ainda preservativo masculino. Nenhuma participante disse que usava o método da dupla contracepção – ambos pílula e preservativo ou injeção e preservativo.

Do total dos 12 participantes do sexo masculino, 5 disseram que às vezes usavam o preservativo masculino com as suas esposas durante o período de alimentação complementar do bebé. Outros participantes (n=7) disseram que não usavam preservativo. Destes 3 participantes disseram que as mulheres controlavam e decidiam quando é que podiam ter relações sexuais sem risco para engravidar, e 4 participantes disseram que as suas esposas usavam contraceptivos (injeção ou pílula) porque estavam ainda a amamentar.

A maior parte das participantes que usava métodos contraceptivos (n=20 dos 24 participantes) disse que os seus parceiros tomaram decisão sobre o método contraceptivo que deviam usar; como uma das participantes narrou.

Uso injeção para prevenir a gravidez porque o bebé é pequeno e já reiniciamos as relações sexuais. A criança tinha 6 meses. Meu marido decidiu que eu devia usar injeção para prevenir a gravidez. (Mulher casada, 1 filho).

Algumas mulheres disseram que usavam apenas o preservativo masculino porque os seus parceiros aceitavam o método e que já lhes tinham revelado sobre o seu estado serológico.

Uso preservativo masculino agora que estou a amamentar porque revelei ao meu marido sobre o meu estado serológico. Ele sabe que eu vivo com o HIV e estou a tomar antirretrovirais. Não posso esconder nada dele nem fazer alguma coisa sem lhe informar. (Mulher casada, 2 filhos).

A maior parte dos homens (8 dos 12 entrevistados) disse que admitiam que as suas esposas usassem contraceptivos para evitar a gravidez durante os dois primeiros anos de vida do bebé. Igualmente, os homens participantes dos grupos focais disseram que as mulheres estavam livres de usar os métodos de contracepção para prevenir a gravidez durante o período do aleitamento do bebé.

Apesar de alguns homens afirmarem que autorizavam as suas esposas para usarem os métodos contraceptivos, algumas participantes disseram que reiniciaram as relações sexuais e não usavam nenhum método de contracep-

ção porque os parceiros não aceitavam para elas aderir aos métodos disponíveis nas unidades sanitárias e nem aceitavam usar o preservativo masculino.

Nós reiniciamos as relações sexuais quando o bebé completou os 6 meses. Mas não uso os métodos contraceptivos porque o meu marido não me permite. Ele também não aceita usar o preservativo masculino. (Mulher casada, 3 filhos).

Algumas participantes disseram que os seus parceiros não aceitavam usar o preservativo porque as relações sexuais já não constituíam perigo para o bebé porque este já tinha completado 6 meses de idade, tal como mostram as seguintes narrativas:

Já reiniciamos as relações sexuais porque o bebé já tem 7 meses agora, mas ainda estou a amamentar. Contudo, não uso nenhum método contraceptivo nem meu marido usa preservativo porque ele não aceita. Ele diz que as relações sexuais já não são proibidas porque o bebé já cresceu. (Mulher casada, 1 filho).

Já reiniciamos as relações sexuais porque o bebé cresceu. Mas continua a amamentar. O bebé tem 6 meses. Não usamos proteção porque as relações sexuais já não constituem perigo ao bebé. Antes dos 6 meses as relações sexuais poderiam causar problemas como diarreia e febres para o bebé. (Mulher casada, 2 filho).

Nos debates dos grupos focais entre as mulheres, foi consensual entre as mulheres que aquelas mulheres casadas que se arriscam a usar métodos contraceptivos sem a autorização dos seus parceiros arriscam-se ao divórcio ou separação e perda do lar. As mulheres disseram que não usavam os contraceptivos porque eram casadas e que tinham obrigação de fazer filhos para os seus maridos. Disseram que era muito difícil usar os contraceptivos entre as mulheres casadas porque os esposos esperam sempre que elas ficassem grávidas após o bebé completar os 2 anos de idade.

As mulheres solteiras, viúvas e divorciadas disseram que não usavam nenhum método contraceptivo moderno porque não tinham parceiros. Elas optavam pelo método de abstenção sexual. Na sua opinião, elas só usariam os métodos contraceptivos modernos se tivessem parceiros.

Algumas mulheres casadas disseram que ficaram grávidas 8 meses ou um ano após o nascimento dos filhos porque os seus maridos, que trabalhavam na África do Sul, lhes visitaram e praticaram relações sexuais desprotegidas. Estas mulheres reconheceram que nem sempre cumpriam o espaçamento de filhos num período de 2 anos tal como é recomendado nas unidades sanitárias.

Outra vez eu fiquei grávida enquanto o meu filho ainda estava a amamentar. Ele tinha 8 meses. Tudo aconteceu porque o meu marido veio nos visitar e eu ainda não usava os métodos contraceptivos. Ele não me avisou que vinha para casa. Quando ele avisa, eu adianto e vou à unidade sanitária levantar a pílula. Só tomo a pílula quando ele está aqui em casa. (Mulher casada, 3 filhos).

Igualmente, algumas mulheres solteiras disseram que ficaram grávidas frequentemente porque os parceiros ocasionais aparecem sem elas terem iniciado usar os métodos contraceptivos. Estas mulheres disseram que, em muitos casos, os seus parceiros não aceitavam usar o preservativo masculino. Uma mulher que tinha 4 filhos de pais diferente narrou a sua estória.

Eu tenho 4 filhos de pais diferentes. Nunca me casei. Todos os homens que aparecem dizem que querem se casar comigo e por isso não aceitam usar o preservativo. Muitas vezes eles aparecem enquanto eu não uso outro método para prevenir a gravidez (...). Não vejo a necessidade de usar sempre os métodos para prevenir a gravidez porque não tenho um parceiro fixo aqui em casa. Mas quando um aparece, eu sempre peço para usar o preservativo, mas não aceitam. Dizem que queremos casar contigo. Contudo, quando fico grávida abandonam-me e nem voltam depois do parto. Eu, sozinha, sustento todas estas crianças. Todos os pais deles abandonaram me quando eu fiquei grávida. (Mulher solteira, 4 filhos).

Algumas enfermeiras (2 das 6 entrevistadas) disseram que costumavam ajudar as mulheres casadas a usarem métodos contraceptivos, não obstante a proibição dos seus parceiros. Para o efeito, as enfermeiras disseram que registavam e guardavam os cartões de planeamento familiar nos seus gabinetes a pedido das mulheres. Assim, as mulheres não levavam o cartão para casa. As enfermeiras afirmaram que as mulheres dizem que se elas não levarem os cartões para casa os seus maridos nem sempre se apercebem que elas usam métodos contraceptivos. Todas as vezes que estas mulheres quiserem levantar a pílula ou tomar injeção, elas vão à unidade sanitária e falam com a enfermeira para registar no seu cartão.

Contudo, algumas enfermeiras também disseram que os parceiros às vezes descobrem que as mulheres usam métodos contraceptivos sem o seu consentimento, particularmente o implante anticoncepcional. Algumas enfermeiras disseram que tentam explicar as razões do uso de métodos contraceptivos aos parceiros.

Uma vez coloquei um implante a uma mulher que estava ainda amamentar, mas o seu marido descobriu e mandou tirá-lo. Mandeí chamar o marido e lhe expli-

quei que o implante servia para evitar a gravidez e que iria tirar depois do bebé completar 2 anos de idade. Apenas depois desta explicação, o marido aceitou com que a esposa mantivesse o implante. (Enfermeira de saúde materno infantil).

Todas as enfermeiras disseram que o maior desafio era a falta do consentimento dos homens para as mulheres usarem os métodos contraceptivos modernos. Igualmente, elas disseram que tinham muitas dificuldades em encontrar e aconselhar os homens sobre a importância do uso dos métodos de contracepção.

Experiências de problemas no uso dos métodos contraceptivos

Algumas mulheres (n=9) disseram que tiveram menstruação irregular quando usavam a pílula anticoncepcional. Elas disseram que ficaram um mês sem menstruar. Outras mulheres (n=5) disseram que tinham experiência de ficar entre 2 a 3 meses sem ter menstruação. Estes problemas fizeram com que as mulheres abandonassem o uso de métodos contraceptivos.

Eu comecei a usar injeção 2 meses depois de eu dar parto. Mas não estava me sentido bem. Fiquei 2 meses sem ver a minha menstruação, então, deixei de usar este método. Passei a usar a pílula, mas também estou a ter problemas. Tenho tido menstruação contínua faz mais de um ano. A menstruação não para. Não sei o que fazer. (Mulher casada, 2 filhos).

As participantes também partilhavam experiências do uso de injeção durante o debate nos grupos focais. Elas disseram que este método não era necessariamente seguro para prevenir a gravidez. Um total de 8 participantes disseram que ficaram grávidas enquanto tomavam injeção anticoncepcional. Uma das participantes narrou a sua experiência sobre o uso da injeção da seguinte forma:

Às vezes a *injeção* não é forte e suficiente para prevenir a gravidez. Talvez depende de pessoa para a pessoa. Eu estava a tomar injeção, mas senti alguma coisa na minha barriga. Quatro meses depois fui à *unidade sanitária e disseram-me que estava grávida de 3 meses. Como eu estava grávida se eu tomava injeção? Agora não entendo mais nada.* (Mulher casada, 4 filhos).

As participantes dos grupos focais também revelaram que tiveram experiências negativas quando usavam os métodos contraceptivos modernos tais como a pílula e a injeção. Elas referiram que os efeitos colaterais mais comuns eram a menstruação irregular e hemorragia.

Percepções sobre o uso de métodos contraceptivos modernos

Alguns participantes – homens e mulheres – têm uma ideia irónica sobre os métodos contraceptivos modernos. Estas percepções vão desde a ideia de que os métodos contraceptivos são prejudiciais à saúde da mulher e do homem, até a ideia de que o preservativo, em particular não oferece prazer durante as relações sexuais.

Alguns homens (n=7) disseram que as suas esposas não usavam contraceptivos regularmente. Eles apresentaram várias crenças sobre os métodos contraceptivos. Eles pensam que o uso dos métodos contraceptivos contribui para que as suas esposas fiquem cada vez mais gordas. Igualmente, eles acham que os métodos contraceptivos não permitem uma menstruação regular das suas esposas e, reduzem o número de vezes em que o homem poderia fazer as relações sexuais com a sua esposa. Um dos homens explicou da seguinte forma:

A minha esposa não usa mais os métodos contraceptivos. Injecção ou pílulas bloqueiam a menstruação (...). Não é possível saber se ela está grávida ou não. Ela pode ficar cerca de 3 meses sem ver menstruação enquanto ela não está grávida. Para além disso, os métodos contraceptivos reduzem a capacidade e o número de vezes que um homem pode fazer sexo com a sua esposa. O homem pode facilmente reduzir a sua capacidade de 4 vezes para uma vez quando a sua esposa usa métodos contraceptivos. As mulheres não lubrificam quando elas usam injecções. (Homem casado, 55 anos).

Algumas mulheres participantes dos grupos focais também entendem que o uso consistente e alongado de métodos contraceptivos pode criar problemas de infertilidade. Elas afirmaram ter experiências de dificuldades de se engravidar após o uso de métodos contraceptivos durante 4 anos, como narrou uma das participantes.

Eu tive problemas de me engravidar porque usei injecção durante 4 anos. Eu já tinha 2 filhos. Quando eu queria-me engravidar fiquei 2 anos sem conseguir mesmo se já tinha interrompido tomar injecções. Só fiquei grávida 7 anos após o último filho. Acho que foi por causa deste método que eu estava a usar. (Mulher casada, 3 filhos).

Igualmente, algumas mulheres disseram que as pessoas que usam o aparelho intrauterino correm risco de ficarem grávidas e nascerem um bebé com defeitos biológicos ou problemas respiratórios causados pelo aparelho anti-concepcional.

Algumas mulheres também disseram que os seus parceiros pensam que quando uma mulher usa contraceptivos modernos, ela deixa de providenciar o prazer natural durante as relações sexuais. Elas disseram que os homens dizem que a mulher se torna “aguada”. Adicionalmente, elas disseram que os homens não gostavam de mulheres que usavam métodos contraceptivos modernos.

Alguns homens disseram que não havia necessidade de usar o preservativo porque ambos já estavam infectados por HIV. Outros disseram que algumas mulheres não aceitam usar o preservativo porque querem ficar grávidas. Um dos entrevistados disse:

Algumas mulheres não aceitam usar o preservativo. Elas dizem que você não pode lhe engravidar usando preservativo. Elas querem ficar grávidas. Apenas mulheres que sabem que vivem com o HIV e sabem o estado serológico do homem aceitam o preservativo. É por isso que o HIV se espalha rapidamente porque nós os homens, às vezes infectamos as mulheres e lhe abandonamos porque nós temos nossas esposas. Elas ficam a procurar outros homens que mais tarde são infectados por estas mulheres. De alguma maneira, nós os homens somos culpados porque somos nós que procuramos as mulheres. (Homem casado, 4 filhos).

Entretanto, algumas mulheres disseram que os seus parceiros não usavam o preservativo regularmente. Elas disseram que elas não tinham poder de forçar os homens a usar o preservativo. Adicionalmente, disseram que mesmo quando os homens recebem os preservativos nas unidades sanitárias deitam fora antes de chegar a casa porque eles dizem que “*não se pode comer bananas com as cascas*”. Igualmente as mulheres também deitam fora os preservativos porque sabem que os seus parceiros não usam.

Contudo, algumas mulheres disseram que mesmo entre as mulheres, algumas não gostam de usar o preservativo porque pensam que este tipo de método preventivo pode criar lhes problemas de irritação da pele no orifício vaginal depois de uma relação sexual.

Às vezes, algumas mulheres não aceitam o homem usar o preservativo porque elas querem filhos. Outras têm medo de irritação vaginal depois da relação sexuais. Mas outras mulheres não aceitam usar o preservativo porque elas já sabem que vivem com o HIV e elas não estão interessadas *se o homem fica ou não infectado. Elas dizem que também foram infectadas e não sabem quem lhes infectou, ou talvez se infectaram mutuamente.* (Mulher casada, 3 filhos).

Algumas enfermeiras disseram que os parceiros de muitas mulheres não aceitam usar métodos contraceptivos porque pensam que estes métodos encorajam e promovem a infidelidade e promiscuidade entre as mulheres. Elas disseram que as mulheres recebiam os preservativos masculinos, mas deitavam fora antes de chegarem a casa porque sabiam que os seus maridos não iriam usar.

Quando damos preservativos masculinos às mulheres, elas deitam fora antes de chegarem a casa. Elas sempre dizem que os seus parceiros não aceitam usar os preservativos. Elas dizem que os seus maridos não lhes permitem usar os métodos contraceptivos porque eles pensam que as suas esposas podem se envolver em relações sexuais com outros homens. (Enfermeira de saúde materno infantil).

Discussão dos resultados

Os resultados da pesquisa revelam que os participantes – tanto homens como mulheres – não aderem à dupla contraceção antes da gravidez e após o parto. Igualmente, os participantes usam os métodos contraceptivos modernos de forma irregular antes e durante a gravidez e após o parto. O método anticoncepcional comum foi a abstinência sexual periódica. Contudo, este método não é necessariamente seguro porque as mulheres poderiam ficar grávidas a qualquer momento após o parto.

O uso dos métodos contraceptivos modernos representa ainda um desafio entre as pessoas vivendo com a infecção por HIV. Este facto deve-se, em parte, à predominância das regras e normas sociais dominantes para a prevenção da gravidez.

A falta de adesão aos métodos contraceptivos modernos está ligada à pressão que os parceiros e a sociedade exerce sobre as mulheres. Essa pressão consiste em considerar a mulher como geradora de filhos, tal como foi documentado em outros estudos (Craft *et al.*, 2007, Jones *et al.*, 2016). Esta prática está ligada à ideia de que a mulher só ganha o seu estatuto social quando ela gera filhos para o seu marido (Browner & Sargent, 1994), particularmente em sociedades dominadas pelas normas sociais (Agadjanian, 2013) em que os filhos são muito importantes (Agadjanian & Hayford, 2009). Igualmente, os parceiros também sofrem pressão dos familiares e sociedade para se reproduzir e dar continuidade a existência da família.

Outro factor está ligado à percepção que tanto homens como as mulheres têm sobre os métodos contraceptivos modernos. No seu imaginário e, em função das normas sociais aprendidas em vários espaços sociais (Bourdieu, 1977), os participantes possuem uma percepção irónica sobre os métodos contraceptivos. Resultados similares foram também documentados na Nigéria (Adelekan *et al.*, 2014) e Uganda (Kabagenyi *et al.*, 2015). Tal como mostraram os estudos anteriores (Emmanuel *et al.*, 2015), homens e mulheres não tendem a mudar necessariamente as suas atitudes sobre o uso do preservativo depois de serem diagnosticados positivos para o HIV. Este estudo mostra que mesmo consciente do risco, os participantes não usam o preservativo regularmente.

A falta de decisão sobre o uso e escolha do tipo do método contraceptivo, bem como a falta de poder para impor o uso de preservativo ao parceiro contribuem para a fraca adesão à contracepção moderna em geral, e à dupla contracepção, em particular, antes da gravidez e após o parto. Estudos anteriores documentaram também a fraca adesão aos métodos contraceptivos modernos em Moçambique (Agadjanian & Hayford, 2009), Zâmbia (Hancock *et al.*, 2016) e outros países da África subsaariana (Blazer & Prata, 2016).

Neste sentido, a adesão aos métodos contraceptivos modernos e à dupla contracepção são condicionados pela posição que as mulheres e homens ocupam na família e na sociedade. Tal como sugere Bourdieu (1977), as pessoas em posição dominante tendem a tomar as decisões sobre as regras e normas aceitáveis num determinado espaço social. Outrossim, esta pesquisa mostra que a mulher ocupa uma posição subalterna, o que não lhe permite escolher e decidir sobre o tipo de método de contracepção moderna que pretende usar.

A falta de conhecimento sobre a importância da dupla contracepção, as experiências negativas do uso de métodos contraceptivos modernos e a falta de aconselhamento adequado sobre estes métodos contribuíram sobremaneira ao tipo de práticas que as mulheres e os homens desenvolveram antes, durante a gravidez e após o parto. Estas práticas representam o quotidiano dos actores sociais e revela o domínio de normas sociais na orientação da regulação do processo reprodutivo na sociedade.

Limitação do estudo

A interpretação destes dados deve ser feita de forma prudente e contextual devido as limitações metodológicas. A pesquisa não abrangeu todas as pessoas infectadas por HIV e limitou-se a investigar o objecto em algumas localidades dos Distritos de Manhiça e Namaacha; pelo que os resultados não podem ser generalizados. Igualmente, o método qualitativo usado não permite a produção de dados quantitativos e análise de correlações entre as variáveis sociodemográficas, conhecimento e uso de métodos contraceptivos. Desta forma, os resultados limitaram-se apenas a identificação de percepções, práticas e métodos contraceptivos usados, que podem não ser necessariamente similares em outros contextos.

Implicações do estudo

Os resultados revelam que os homens e as mulheres vivendo com a infecção por HIV ainda não fizeram a ruptura com as normas sociais que orientam a sua vida sexual e reprodutiva. Eles se orientam na base dos seus hábitos e costumes, não obstante a existência de novas regras e normas, tais como o uso dos métodos contraceptivos modernos e a dupla contracepção.

Estes resultados têm implicações práticas no âmbito do melhoramento das campanhas de sensibilização sobre o planeamento familiar entre as pessoas vivendo com a infecção por HIV. O presente estudo recomenda que os profissionais de saúde devem explicar a importância do uso da dupla contracepção, focalizando ambos homens e mulheres. Eles devem explicar a importância do uso do preservativo entre as pessoas vivendo com a infecção por HIV, com enfoque para o envolvimento dos homens. Outrossim, as campanhas de sensibilização sobre o planeamento familiar devem ser reorientadas para focalizar os homens – que são as pessoas, que grosso modo, decidem sobre quando e o tipo de método contraceptivo que as mulheres devem usar.

Bibliografia

- Adelekan, A., P. Omoregie, & E. Edoni (2014). Male involvement in family planning: challenges and way forward. *International Journal of Population Research*. doi:10.1155/2014/416457.
- Agadjanian, V. & S.R. Hayford (2009). "PMTCT, HAART and childbearing in Mozambique: An institutional perspective". *AIDS Behav.* 13: S103-S112. doi:10.1007/s10461-009-9535-0.
- Agadjanian, V. (2013). "Religious denomination, religious involvement, and modern contraceptive use in Southern Mozambique". *Stud Fam Plann.* 44(3): 259-274. doi:10.1111/j.1728-4465.2013.00357.x.
- Barreiro, P., J. Romero, M. Leal, V. Hernando, R. Asencio *et al.* (2006). "Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples. Revising successful antiretroviral therapy". *J Acquir Immune Defic Syndr.* 43:324-326.
- Barreiro, P., J.A. Castilha, P. Labarga, & V. Soriano (2007). "Is natural conception a valid option for HIV-serodiscordant couples?". *Human Reproduction.* 22(9): 2353-2358. doi:10.1093/humrep/dem226.
- Berhane, Y., H. Berhe, G.B. Abera, & B. Berhe (2013). "Utilization of modern contraceptive use among HIV positive reproductive age women in Tigray, Ethiopia: A cross sectional study". *ISRN AIDS.* 2013: 1-8.
- Blazer, C. & N. Prata (2016). "Postpartum Family Planning: current evidence on successful intervention". *Open access Journal of contraception.* 7: 53-67.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. USA: Cambridge University Press.
- Bown, G.A. (2008). "Naturalistic inquiry and saturation concept: a research note". *Qualitative Research.* 8(1): 137-152.
- Bram, V. & V. Clarke (2006). "Using thematic analysis in Psychology". *Qualitative research in Psychology.* 3(2): 77-101. Doi:10.1191/1478088706qp063oa.
- Browner, C.H. & C.F. Sargent (1994). "Anthropology and studies of human reproduction". In C.F. Sargent, & T.M. Johnson (ed.), *Medical Anthropology. Contemporary theory and method*. London: Praeger; Pp.219-234.
- Capurchande, R.D., G. Coene, K. Roelens, & H. Meulemans (2015). "Between Compliance and resistance: exploring discourses on family plan-

- ning in Community Health Committees in Mozambique”. *BMJ open*. 5:e006529. doi:10.1136/bmjopen-2014-006529.
- Casirian, S.T. & H.C.D. Sequeira (2010). “Planeamento familiar e os direitos reproductivos: a produção científica da enfermagem”. *Ver Enferm UFPE*, Jan/Mar; 4(1): 348-56.
- Cemter, K.E., K.J.L. Gunn, I.O. Asaolu, S.J. Gibson, & J.E. Ehiri (2016). “Contraceptive use and uptake of HIV testing among sub-Saharan African women”. *PLoS ONE*. 11(4): e0154213.
- Chakrapani, V., T. Kershaw, M. Shunmugam, P.A. Newman, D.H. Cornman *et al.* (2011). “Prevalence of and barriers to dual-contraceptive method use among married men and women living with HIV in India”. *Infection disease in Obstetric and Gynecology*. 2011:1-8.
- Chibwesha, C.J., M.S. Li, C.K. Matoba, R.K. Mbewe, B.H. Chi *et al.* (2011). “Modern contraceptive and dual method use among HIV infected women in Lusaka, Zambia”. *Infection disease in Obstetric and Gynecology*. 2011:1-8. doi:10.1155/2011/261453.
- Church, K., A. Wringe, P. Fakudze, J. Kikuve, Z. Nhlabatsi *et al.* (2004). “Reliance on condom for contraceptive protection among HIV care and treatment clients. A mixed method study on contraceptive choice and motivation within a generalized epidemic”. *Sex Trans Infect*. 90:394-400. Doi:10.1136/sextrans-2013-051339.
- Craft, S.M., R.O. Delaney, D.T. Bautista, & J.M. Serovich (2007). “Pregnancy decision among women with HIV”. *AIDS Behav*;11(6):927-935.
- Creswell, J.W. (2014). *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 4th ed. Califórnia: Sage Publications.
- Cuinhan, C. (2018). Perceptions and practices regarding pregnancy care and infant feeding among mothers living with HIV in rural Maputo Province, Mozambique: a Sociological study. Tese de Doutoramento. Faculty of Economic and Social Sciences, and Solvay Business School. Vrije Universiteit Brussel (VUB), Belgium.
- Demissie, D.B., T. Girma, & G. Abdissa (2015). “Dual contraceptive utilisation and associated factors among people living attending ART clinic in Fitch Hospital, Ethiopia”. *SM J Community Med*. 1(2):1010.

- Emmanuel, W., N. Edward, P. Moses, R. William, O. Geoffrey *et al.* (2015). "Condom use determinants and practices among people living with HIV in Kisii county, Kenya". *The open AIDS Journal*. 9: 104-111.
- Gebrehiwot, S.W., G.A. Azeze, C.C. Robles, & Y.M. Adinew (2017). "Utilization of dual contraceptive method among reproductive age women on antiretroviral therapy in selected public hospitals of Northern Ethiopia". *Reproductive Health*. 14:125.doi:10.1186/s12978-017-0390-6.
- Hancock, N.L., C.J. Chibwesha, S. Bosomprah, J. Newman, M. Mubiwana-Mbewe *et al.* (2016). "Contraceptive use among HIV-infected women and men receiving antiretroviral therapy in Lusaka, Zambia: a cross-sectional study". *BMC Public Health*; 16 (392). Doi: 10.1186/s12889-016-3070-5.
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2017). Divulgação dos resultados preliminares do IV Recenseamento Geral de População e Habitação 2017. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INS (Instituto Nacional de Saúde), INE (Instituto Nacional de Estatística), & ICF International. (2010). Inquérito nacional de prevalência, riscos comportamentais e informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009. Maputo, INS, INE, ICF International.
- MISAU (Ministério da Saúde), INE (Instituto Nacional de Estatística), & ICF (2018). Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015. Maputo: MISAU, INE e ICF.
- Jones, D.L., R. Cook, J.E. Potter, T. Miron-Shatz, N. Chakhtoura *et al.* (2016). "Fertility desire among women living with HIV". *PLoS ONE*. 11(9):e0160190. doi:10.1371/journal.pone.0160190.
- Kabagenyi, A., L. Jennings, A. Reid, G. Nalwadda, G. Ntozi *et al.* (2015). "Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: a qualitative study of men and women's perceptions in two rural Uganda". *Reproductive health*. 11:21. doi.1186/1742-4755-11-21.
- MISAU (Ministério da Saúde), INE (Instituto Nacional de Estatística), & ICFI (ICF International) (2013). Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Maputo: Ministério da Saúde.

- MISAU (Ministério da Saúde) (2012). Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV: 2012-2015. Maputo: Ministério da Saúde.
- MISAU (Ministério da Saúde) (2011). Vigilância epidemiológica do HIV e seu impacto demográfico em Moçambique: Atualização, Ronda 2009. Maputo: Ministério da Saúde.
- MISAU (Ministério da Saúde) (2018). Distribuição das unidades sanitárias e camas hospitalares. Maputo: Ministério da Saúde.
- Mozzaquatro, C.O. & D.M. Arpini (2017). “Planejamento familiar e papéis parentais: o tradicional, a mudança e novos desafios”. *Psicologia: Ciência e profissão*. Out/Dez; 37(4): 923-938.
- Mulungo, A.M., R.W. Lihana, J. Githuku, Z. Gura, & S. Karanja (2013). “Factors associated with uptake of dual contraception among HIV-infected women in Bungoma County, Kenya: a cross sectional study”. *The pan African Journal*. 2(Supp.1): 1-17.
- OMS (Organização Mundial da Saúde) (2010). PMTCT strategic vision 2012-2015: preventing mother-to child transmission of HIV to research the UNGASS and Millennium Developing Goals. Geneva, Organização Mundial da Saúde.
- OMS (Organização Mundial da Saúde) (2012). Programmatic and research considerations for hormonal contraception for women at risk of HIV and women living with HIV. Geneva, Organização Mundial da Saúde.
- OMS (Organização Mundial da Saúde) (2015). Medical illegibility criteria for contraceptive use. Geneva, Organização Mundial da Saúde.
- Ralph, L.J., S.I. McCoy, K. Shiu, & N.S. Padian (2015). “Does hormonal contraceptive use increase women’s risk of HIV acquisition? A meta-analysis of observational studies”. *Lancet Infect Dis*. 15(2): 181-189.
- Somera, Y.S. & A. Rossi (2013). “Contraceptive knowledge and practices among HIV-positive women receiving antiretroviral therapy at a district hospital in KwaZulo-Natal”. *South African Family Practice*. 55(2):196-200.
- Tsui, A.O., W. Brown, & Q. Li (2017). “Contraceptive practice in sub-Saharan Africa”. *Population and development Review*. 43(S1):166-191. <https://doi.org/10.1111/padr.12051>.

Capítulo 5

CONTEXTO SOCIOECONÓMICO E A VARIAÇÃO GEOGRÁFICA DO USO NÃO-MARITAL DE CONTRACEPÇÃO EM MOÇAMBIQUE

Boaventura M. Cau

Introdução

Embora as iniciativas de planeamento familiar em Moçambique já tenham mais de 30 anos (MISAU, 2010), o uso de métodos modernos de contracepção no país ainda continua baixo. Entre as mulheres casadas ou unidas, o uso de métodos modernos de contracepção em Moçambique variou de cerca de 5% em 1997 (INE & Macro International, 1998) para 12% em 2003 (INE *et al.*, 2005), 11% em 2011 (MISAU *et al.*, 2013) e 25% em 2015 (MISAU *et al.*, 2018). Contudo, os dados existentes sugerem que muitas mulheres gostariam de usar os métodos modernos de contracepção (ex.: pílula, dispositivo intra-uterino, injectáveis, preservativo masculino, preservativo feminino, esterilização feminina, implantes e diafragma) para espaçar ou limitar os nascimentos em Moçambique. De acordo com estudos recentes, as mulheres casadas ou unidas com necessidades não satisfeitas de contracepção

eram aproximadamente 29% em 2011 (MISAU *et al.*, 2013) e 23% em 2015 (MISAU *et al.*, 2018).

Em Moçambique existe uma proporção importante de mulheres com nascimentos fora de casamento ou união. Em 2007, a taxa global de fecundidade não-marital em Moçambique foi estimada em cerca de 3 filhos por mulher, contra uma taxa global de fecundidade marital de 7 filhos por mulher (Arnaldo, 2013) e uma taxa global de fecundidade para todas as mulheres de 5,7 filhos por mulher à mesma data (INE, 2010). Embora inferior em comparação com a fecundidade marital, o nível de fecundidade não-marital em Moçambique pode ser considerado preocupante dado que algumas destas mulheres podem ser adolescentes em idade escolar. O conhecimento existente em Moçambique sobre as circunstâncias da fecundidade não-marital incluindo o contexto do uso de métodos modernos de contracepção por este grupo populacional é insuficiente. Apesar de se saber que cerca de 30% das mulheres não casadas ou unidas (doravante, mulheres não unidas) entrevistadas no Inquérito Demográfico e de Saúde de 2011 e 50% no Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015, estavam a usar algum método moderno de contracepção (MISAU *et al.*, 2013; MISAU *et al.*, 2018), de uma maneira geral, este grupo populacional pouco tem sido considerado nas análises apresentadas nos relatórios dos vários inquéritos demográficos e de saúde realizados em Moçambique. Esses relatórios normalmente dedicam maior atenção a mulheres unidas.

Há uma necessidade de se conhecer os factores socioeconómicos que influenciam o uso de métodos modernos de contracepção pelas mulheres não unidas. Mais ainda, é importante investigar-se uma possível variação geográfica da utilização dos métodos modernos de contracepção pelas mulheres não unidas, bem como os factores que poderiam estar a influir nessa disparidade geográfica. Os estudos existentes em Moçambique, que procuraram investigar alguns destes assuntos, se limitaram à consideração de mulheres unidas (cf. Cau, 2015, 2016) e há poucos que investigaram os determinantes de fecundidade também para as mulheres não unidas (cf. Arnaldo, 2013; Arnaldo *et al.*, 2014). Portanto, persiste a necessidade de se pesquisar a influência das características do lugar de residência no nível de uso de métodos modernos de contracepção pelas mulheres não unidas. Há razões para se acreditar que possa haver uma relação entre as características do lugar de residência e o uso de métodos modernos de contracepção por este grupo de mulheres em Moçambique. Pois, estudos anteriores realizados em outras partes do mundo (ex.,

Entwisle *et al.*, 1989; Hirschman & Young, 2000; Andrews & Moon 2005; Macintyre & Ellaway, 2003) demonstram e argumentam que as características do lugar de residência influem nas práticas e comportamentos associados à saúde, incluindo o uso de métodos modernos de contracepção. O presente capítulo examina a variação espacial do uso actual de métodos modernos de contracepção pelas mulheres não unidas em Moçambique, assim como os factores socioeconómicos que influenciam tal diferenciação espacial. O mesmo resulta essencialmente da actualização e aprofundamento da análise apresentada na Gazeta Demográfica Número 5 do Centro de Pesquisa em População e Saúde (Cau, 2017), usando dados mais recentes.

A investigação da relação entre as características do lugar de residência e o uso de métodos modernos de contracepção pelas mulheres não unidas em Moçambique é relevante devido a várias razões. Primeiro, tal como se argumentou acima, a dinâmica reprodutiva deste grupo populacional tem sido negligenciada em muitos estudos existentes, embora tenha uma taxa de fecundidade de cerca de 3 filhos (Arnaldo, 2013). Segundo, a taxa de mortalidade materna em Moçambique é ainda elevada (MISAU *et al.*, 2013) e é possível que no grupo de mulheres não unidas, em particular, o número de mortes maternas seja significativo considerando que as adolescentes são uma parte importante de mulheres não unidas e que a maternidade na adolescência é um factor de risco de morte materna (Zabin & Kiragu, 1998). Terceiro, a fecundidade na adolescência (que pode ser evitada através do uso de métodos modernos de contracepção) é muitas vezes um obstáculo à continuação de estudos pelas adolescentes e por essa via, poderá comprometer o processo de sua preparação para um futuro melhor (ex., emprego seguro e produtivo). Assim, a identificação das áreas geográficas com maior prevalência de mulheres não unidas, menos usuárias dos métodos modernos de contracepção e o conhecimento das características das áreas geográficas que mais influem no uso de métodos modernos de contracepção por este grupo de mulheres podem ser usados para reorientar acções de modo a elevar o uso de contracepção por este grupo populacional e desse modo, reduzir-se o risco de gravidezes indesejadas nas mulheres não unidas.

Enquadramento teórico e hipóteses

Existem duas perspectivas teóricas que têm sido consideradas para tentar explicar a variação geográfica de comportamentos e práticas de membros de uma população.

A primeira visão considera que a variação geográfica de comportamentos e práticas de indivíduos resulta do facto de indivíduos com características diferentes viverem em lugares com atributos distintos (Kulu *et al.*, 2009; Kulu, 2013). Segundo esta perspectiva, a constituição de padrões espaciais de comportamentos e práticas da população (ex., baixo uso de serviços de saúde numa área) pode ser resultado da concentração de indivíduos com características similares num dado espaço geográfico (Macintyre *et al.*, 2002; Cummins *et al.*, 2005; Bernard *et al.*, 2007; Kulu & Boyle, 2008; Kulu, 2012). Assim, diferenças geográficas no uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas podem ser consequência das disparidades entre essas áreas em termos do número de indivíduos com certas características demográficas e socioeconómicas, tais como: o nível de educação, nível de pobreza, acesso a imprensa, etc. Com efeito, estudos reportaram que mulheres com um nível de educação mais baixo são menos susceptíveis de usar os métodos modernos de contraceção em comparação com aquelas com um nível de educação elevado (Tawiah, 1997; Adanu *et al.*, 2009). De igual forma, na África Subsaariana e outras regiões em desenvolvimento, mulheres economicamente desfavorecidas tendem a usar menos métodos modernos de contraceção do que as economicamente mais favorecidas (Ezeh *et al.*, 2010; Creanga *et al.*, 2011).

As mulheres menos expostas a imprensa usam menos métodos de contraceção do que as com maior acesso aos meios que divulgam informação sobre os métodos modernos de contraceção e outros serviços de saúde reprodutiva. Westoff e Rodriguez (1995) revelaram, no seu estudo sobre o Quénia, que embora cerca de 15% de mulheres que referiram nunca tenham visto ou ouvido mensagens sobre o planeamento familiar fossem usuárias de métodos de contraceção, a proporção de utentes subia para 25% entre aquelas que tinham ouvido mensagens através da rádio e em 50% entre as mulheres que tinham sido expostas a mensagens da rádio, jornal e televisão. Assim, considerando a perspectiva sobre a influência da composição de áreas geográficas sobre padrões de comportamento e práticas de uma população (Kulu & Boyle, 2008; Kulu, 2012; 2013), algumas áreas geográficas podem ter baixo uso de métodos modernos de contraceção porque indivíduos economicamente desfavorecidos, não alfabetizados ou com fraco acesso a imprensa estão em maior número nessas áreas.

A segunda perspectiva, que tem sido articulada para interpretar uma variação espacial de padrões de comportamento e práticas numa população,

é aquela que atribui maior importância aos factores contextuais que caracterizam uma área geográfica (Macintyre & Ellaway, 2003; Kulu & Boyle, 2008; Kulu, 2012; 2013). Esta perspectiva baseia-se na ideia segundo a qual, independentemente dos seus atributos individuais, as características da área geográfica onde o indivíduo vive exercem influência sobre si (Macintyre & Ellaway, 2003). Por exemplo, o grau de acessibilidade de uma certa área geográfica aos serviços de saúde é um factor geográfico que pode influenciar a utilização dos serviços de saúde. Em algumas áreas da África Subsaariana e outras regiões em desenvolvimento, a distância, a falta de meios de transporte e condições precárias das estradas podem ser barreiras que impedem o acesso à unidades sanitárias, onde muitas vezes os métodos modernos de contracepção são oferecidos (Gage & Calixte, 2006; Gage, 2007). Em Moçambique particularmente, estudos anteriores (Chilundo & Jacinto, 2014; Cau, 2016) registaram dificuldades de acesso aos serviços de saúde reprodutiva enfrentadas por mulheres que vivem em áreas geográficas com algumas daquelas barreiras.

O nível de acesso a imprensa numa certa área geográfica, em algumas situações, pode ser também um factor contextual importante. Estudos registam que mulheres residentes em lugares caracterizados por um baixo acesso à informação sobre os serviços profissionais de saúde, em geral, e os métodos modernos de contracepção, em particular, tendiam a usar menos esses serviços (Kaggwa *et al.*, 2008; Paek *et al.*, 2008). Embora em alguns estudos realizados em Moçambique, o nível de acesso a imprensa não tenha conseguido manter uma influência estatisticamente significativa sobre o uso de métodos modernos de contracepção, quando outros factores são considerados (Cau, 2015, 2016), pode-se esperar que em algumas áreas rurais de Moçambique, onde dificilmente chega o jornal, o sinal da rádio e televisão, os seus residentes tenham acesso a menos informação sobre a saúde.

Uma disparidade geográfica de uso de métodos modernos de contracepção pelas mulheres não unidas pode também resultar de diferenças entre áreas geográficas no que diz respeito às normas sociais prevalecentes. Se as normas sociais existentes num certo espaço geográfico tolerarem o início de relações sexuais e de nascimentos antes de casamento, esse facto pode ser que actue como desencorajador do uso de métodos modernos de contracepção. Neste caso, uma rapariga não temerá repreensão social se ficar grávida. Com efeito, Caldwell *et al.* (1989) defendem que em algumas comunidades da África subsaariana existe um largo grau de permissibilidade de relações sexuais pré-maritais e tolerância de nascimentos fora de casamento.

Outro factor social com poder normativo sobre o comportamento sexual e reprodutivo é a religião. Se houver diferenças entre as denominações religiosas nas normas emanadas aos crentes de forma verbal e não-verbal sobre permissão ou tolerância de maternidade fora de casamento, acompanhadas de disparidades geográficas de prevalência dessas denominações religiosas, isso pode provocar uma diferenciação espacial do uso não marital de contraceção. Dado que a maioria das religiões são contrárias aos nascimentos fora de casamento, pode ser que para se evitar tais nascimentos, para além de encorajar a abstinência sexual, algumas congregações religiosas tolerem o uso de contraceção por mulheres não unidas. Ao nível individual, Adamczyk (2008) argumenta que algumas mulheres não unidas podem usar métodos de contraceção para evitar a vergonha de terem violado as normas religiosas ao contrair uma gravidez fora de casamento. A mesma autora acrescenta que essas mulheres podem ser vistas pelas suas correligionárias como tendo sido ingénuas ao não ter usado a contraceção para evitar uma gravidez fora de casamento (ibid.).

As circunstâncias socioeconómicas das áreas geográficas onde as mulheres não unidas vivem (ex., o nível médio de condições de vida nesses lugares) podem também exercer alguma influência no seu comportamento reprodutivo. Phung *et al.* (2003) mostraram que o nível de rendimento e de educação existente na área de seu estudo, explica substancialmente a variação espacial do consumo de tabaco entre as mulheres grávidas. Stephenson *et al.* (2006) defenderam que na África Subsaariana, as áreas geográficas com um nível elevado de educação feminina tendiam a ser aquelas com uma elevada percentagem de famílias socioeconomicamente mais favorecidas e que uma melhor situação socioeconómica do agregado familiar permitia que as mulheres usassem mais serviços de saúde. Cau (2016) argumentou que as áreas geográficas com condições socioeconómicas mais favorecidas podem criar uma maior procura pelos métodos modernos de contraceção. Moursund e Kravdal (2003) sugeriram que as mulheres com posição socioeconómica mais favorecida podem difundir a outras mulheres da sua área informação sobre disponibilidade e uso de métodos modernos de contraceção. Nesta linha de pensamento, é possível que a variação geográfica de padrões de condições socioeconómicas tenha ligação com as irregularidades espaciais no uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas.

Tomando em consideração o quadro teórico exposto acima, o presente estudo espera que, em primeiro lugar, o uso de métodos modernos de contraceção pelas mulheres não unidas em Moçambique varie espacialmente.

Em segundo, espera-se que as características demográficas e socioeconómicas das mulheres não unidas, bem como as características socioeconómicas das áreas geográficas de sua residência estejam significativamente associadas ao uso de métodos modernos de contracepção.

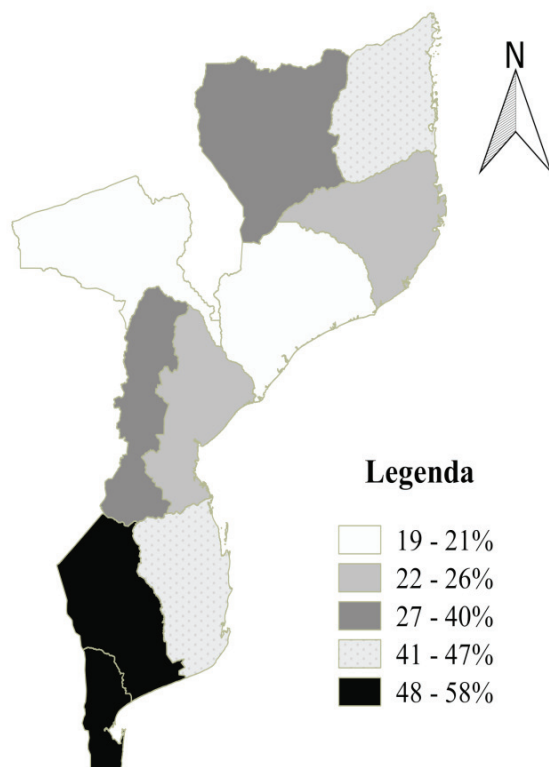
Dados e Métodos

Este estudo usa os dados do Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015 (MISAU *et al.*, 2018). Com uma amostra representativa ao nível nacional, o Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015 entrevistou 7749 mulheres com idade dos 15 a 59 anos, sendo 6946 mulheres com idade de 15 a 49 anos, das quais 2583 eram não unidas (nunca unidas, viúvas, divorciadas ou separadas) na altura do inquérito (MISAU *et al.*, 2018). Um aspecto importante para este estudo é que as 7749 mulheres entrevistadas foram seleccionadas em 307 áreas de enumeração (*ibid.*). As áreas de enumeração são áreas geográficas definidas e que neste estudo são consideradas como representando as áreas geográficas de residência das mulheres.

O inquérito recolheu informações socioeconómicas e de saúde diversas, incluindo sobre o uso actual de métodos modernos de contracepção (*cf.* MISAU *et al.*, 2018). Das 2583 mulheres não unidas, 113 mulheres grávidas, 656 inférteis, em menopausa ou em amenorreia pós-parto, 266 sexualmente inactivas ou com actividade sexual infrequente e 30 amamentando foram excluídas da análise por se considerar que poderiam não necessitar de usar contracepção. Por fim, usa-se uma subamostra de 1463 mulheres não unidas sexualmente activas (55 excluídas porque não tinham informação completa em todas as variáveis incluídas neste estudo).

A variável dependente é o uso actual ou não de métodos modernos de contracepção por mulheres sexualmente activas não unidas na altura de realização do inquérito. Os métodos modernos com informação disponível considerados foram a pílula, dispositivo intra-uterino, injectáveis, preservativo masculino, preservativo feminino, esterilização feminina, implantes e diafragma. A Figura 5.1 mostra a variação geográfica do uso actual de métodos modernos pelas mulheres não unidas por província. Esta revela uma diferenciação do nível de uso actual desses métodos em Moçambique. Em geral, as regiões Centro e Norte do país apresentam o nível de uso actual de contracepção não marital mais baixo e, a região Sul, o mais elevado.

Figura 5.1: Variação geográfica do uso actual de métodos modernos de contracepção, mulheres não unidas, Moçambique, 2015



As variáveis independentes medem os atributos demográficos e socioeconómicos das mulheres e as características socioeconómicas das áreas geográficas de residência das mulheres (áreas de enumeração). Os atributos individuais das mulheres incluídos são a idade na data do inquérito (15-19 anos; 20-29 anos – referência; 30-39 anos; 40-49 anos), se alguma vez esteve casada (nunca casou – referência versus já esteve casada), se a idade da mulher na primeira relação sexual foi antes dos 16 anos (16 anos ou mais – referência versus antes de 16 anos), paridade (0 filhos; 1-2 filhos; 3-4 filhos; 5 filhos ou mais – referência), desejo de ter filho (deseja dentro de 2 anos ou indecisa – referência; não deseja ter filho/mais filhos; deseja ter filho depois de 2 anos), nível de escolaridade (nenhum – referência, 1-7 anos, 8 anos ou mais) e nível de riqueza do agregado familiar da mulher (baixo – referência, médio, eleva-

do). Ao nível individual também medimos se a mulher tem acesso a imprensa (rádio, jornal e televisão) – como meios de divulgação de informação sobre a saúde em geral e sobre planeamento familiar, em particular.

Para capturar uma possível influência da afiliação religiosa sobre o comportamento contraceptivo da mulher esta variável foi igualmente considerada ao nível individual. Esta variável tem 7 categorias: católica – referência; protestante; zione/sião; evangélica ou pentecostal; muçulmana; outra filiação religiosa; e, sem afiliação religiosa. O tipo de área de residência, se rural ou urbano, foi igualmente incluído.

As variáveis independentes que caracterizam as áreas geográficas de residência das mulheres procuram medir o nível de padrão de vida da área, o nível de acessibilidade a imprensa na área, e o contexto normativo sobre comportamento reprodutivo na área. Para capturar a natureza do contexto normativo sobre o comportamento reprodutivo na área considerou-se sete medidas: (i) percentagem de mulheres que tiveram a primeira relação sexual antes de 16 anos na área; (ii) número médio de filhos já nascidos na área (uma área com maior número médio de filhos já nascidos pode ser indicadora da tolerância pelo baixo uso de métodos de contracepção); (iii) percentagem de mulheres na área afiliadas a denominação religiosa católica; (iv) percentagem de mulheres na área afiliadas a denominação religiosa protestante; (v) percentagem de mulheres na área afiliadas a denominação religiosa zione/sião; (vi) percentagem de mulheres na área afiliadas a denominação religiosa evangélica ou pentecostal; e, (vii) percentagem de mulheres na área afiliadas a religião muçulmana.

O tipo de área de residência (rural versus urbana) foi incluído como uma variável contextual. Embora haja diferenças intra-urbanas, muitas vezes as áreas urbanas têm mais acesso a imprensa e melhor disponibilidade dos métodos de contracepção do que as áreas rurais. Com a excepção do tipo de área de residência, as variáveis indicadoras das características das áreas geográficas foram criadas através da estimativa da percentagem em cada área geográfica (área de enumeração) de um certo factor de interesse ao nível individual, considerando todas as 7749 mulheres entrevistadas, onde foi possível. Reconhece-se que as medidas construídas desta forma podem ser influenciadas pela migração entre províncias e pela migração da área rural para a urbana. Contudo, numa situação de ausência de medidas directas das características das áreas geográficas, as construídas de forma apresentada neste estudo, podem ser consideradas úteis.

Análise dos dados

O estudo considerou dois níveis de análise. Primeiro fez-se uma análise bi-variada com recurso ao teste de Qui-quadrado. Segundo, fez-se uma análise multivariada utilizando o método de regressão logística multinível através do pacote estatístico Stata versão 14. A análise de regressão de tipo logística foi considerada apropriada dado que a variável dependente é dicotómica. Tendo em conta o facto de as mulheres incluídas no estudo estarem encurraladas em cada área geográfica (área de enumeração), a regressão logística multinível mostrou-se igualmente apropriada para minimizar a possibilidade de viés nos resultados que adviria da violação do princípio de independência entre os dados no caso das mulheres que se encontram numa mesma área geográfica (Steele, 2010). A descrição das variáveis individuais e contextuais usadas no estudo é feita nas Tabelas 5.1 e 5.2.

Tabela 5.1: Estatísticas descritivas da amostra, uso actual de contracepção não-marital, Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Usa métodos modernos de contracepção	0,41	0,49	0	1
<i>Idade da mulher</i>				
15-19	0,45	0,50	0	1
20-29	0,34	0,48	0	1
30-39	0,15	0,36	0	1
40-49	0,06	0,24	0	1
<i>Idade da mulher na primeira relação sexual</i>				
Antes de 16 anos	0,29	0,45	0	1
<i>União marital anterior</i>				
Já esteve casada/unida	0,34	0,47	0	1
<i>Paridade da mulher</i>			0	1
0	0,53	0,50	0	1
1-2	0,26	0,44	0	1
3-4	0,11	0,32	0	1
5 filhos ou mais	0,10	0,30	0	1
<i>Desejo de ter filhos</i>			0	1
Deseja dentro de 2 anos ou indecisa	0,49	0,50	0	1
Não deseja ter filho/mais filhos	0,16	0,36	0	1
Deseja ter filho depois de 2 anos	0,35	0,48	0	1

Tabela 5.1: Continuada

<i>Nível de escolaridade da mulher</i>			0	1
Nenhum	0,10	0,30		
1-7 Anos	0,39	0,49	0	1
8 Anos ou mais	0,51	0,50	0	1
<i>Nível de riqueza do agregado familiar da mulher</i>			0	1
Baixo	0,20	0,40	0	1
Médio	0,10	0,31	0	1
Alto	0,70	0,46		
<i>Exposição da mulher a imprensa</i>			0	1
Exposta	0,57	0,50	0	1
<i>Filiação religiosa da mulher</i>			0	1
Católica	0,28	0,45	0	1
Protestante	0,25	0,43	0	1
Zione/sião	0,10	0,31	0	1
Evangélica ou Pentecostal	0,16	0,37	0	1
Muçulmana	0,13	0,33		
Outra	0,02	0,12	0	1
Sem filiação religiosa	0,06	0,23	0	1
<i>Área de residência da mulher</i>				
Urbana	0,64	0,48	0	1
N				1463

Tabela 5.2: Estatísticas descritivas da amostra, uso actual de contracepção não-marital, Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015

Características geográficas e individuais	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<i>Nível de padrão de vida na área</i>				
Nível médio de educação feminina na área	5,94	2,71	0,29	13,45
% de agregados familiares com um nível de rendimento elevado	0,70	0,38	0	1
<i>Acessibilidade a imprensa na área</i>				
% de agregados familiares com acesso a imprensa na área	0,56	0,34	0	1

Tabela 5.2: Continuada

<i>Contexto normativo sobre o comportamento reprodutivo na área</i>				
% de mulheres que tiveram a primeira relação sexual antes de 16 anos na área	0,33	0,17	0	0,95
Números médio de filhos nascidos na área	2,53	0,86	0,79	5,42
% de mulheres na área afiliadas a religião católica	0,26	0,24	0	1
% de mulheres na área afiliadas a religião protestante	0,24	0,20	0	0,86
% de mulheres na área afiliadas a religião zion/sião	0,12	0,15	0	0,86
% de mulheres na área afiliadas a religião evangélica ou pentecostal	0,17	0,15	0	0,73
% de mulheres na área afiliadas a religião muçulmana	0,14	0,24	0	1

Resultados

As 1463 mulheres consideradas neste estudo apresentam características diversas, com uma presença importante das com 15 a 19 anos (45%), sem filhos (53%), 8 anos ou mais de escolaridade (51%) e residentes nas áreas urbanas (64%). Cerca de 41% das 1463 mulheres usavam algum método moderno de contraceção na altura do inquérito (Tabela 5.1).

A Tabela 5.3 mostra os resultados da análise bivariada que avalia a associação entre algumas características sociodemográficas das mulheres não unidas e o uso actual de métodos modernos de contraceção. Observa-se que as mulheres com 20 a 29 anos de idade (57%), as com 1 a 2 filhos (54,6%) e as que desejam ter filho (mais um filho) depois de dois anos (61,4%), apresentam uma percentagem substancial de utentes de métodos modernos de contraceção no seu grupo ($p=0,000$). Observa-se um gradiente no uso actual de métodos modernos de contraceção de acordo com o nível de escolaridade e a situação socioeconómica do agregado familiar, tal que a percentagem das usuárias de métodos modernos de contraceção dentro de cada grupo aumenta com a elevação do nível de escolaridade ou a melhoria da situação socioeconómica (Tabela 5.3). Entre as mulheres com acesso a imprensa, quase metade usa métodos modernos de contraceção (48,8%, $p=0,000$). Ao nível bivariado, as diferenças no uso actual

de métodos modernos de contracepção entre os grupos religiosos é significativa, destacando-se as denominações evangélica ou pentecostal (48,3%), protestante (44,9%) e zione/sião (43,1%) por possuir uma percentagem relativamente maior de utentes dentro de seu grupo ($p=0,002$). As diferenças entre as áreas urbanas e rurais são estatisticamente significativas, com uma maior percentagem de utentes de métodos modernos de contracepção entre as mulheres não unidas residentes nas áreas urbanas (46%, Tabela 5.3).

Tabela 5.3: Associação bi-variada entre características das mulheres não-unidas e o uso actual de métodos moderno de contracepção, Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015

Variável	Usa métodos modernos	n	Valor do p
<i>Idade da mulher</i>			0,000
15-19	28,9	653	
20-29	57,0	503	
30-39	41,8	220	
40-49	33,3	87	
<i>Idade da mulher na primeira relação sexual</i>			0,000
Antes de 16 anos	48,6	420	
16 Anos ou mais	37,7	1043	
<i>União marital anterior</i>			0,638
Nunca casada/unida	41,2	970	
Já esteve casada/unida	40,0	493	
<i>Paridade da mulher</i>			0,000
0	33,4	767	
1-2	54,6	385	
3-4	41,9	167	
5 filhos ou mais	42,4	144	
<i>Desejo de ter filhos</i>			0,000
Deseja dentro de 2 anos ou indecisa	22,2	722	
Não deseja ter filho/mais filhos	53,5	226	
Deseja ter filho depois de 2 anos	61,4	515	
<i>Nível de escolaridade da mulher</i>			0,000
Nenhum	23,2	151	
1-7 Anos	30,9	572	

Tabela 5.3: Continuada

8 Anos ou mais	52,0	740	
<i>Nível de riqueza do agregado familiar da mulher</i>			0,000
Baixo	21,6	292	
Médio	26,3	152	
Alto	48,5	1019	
<i>Acesso da mulher a imprensa</i>			0,000
Tem acesso	48,8	834	
Não tem acesso	30,2	629	
<i>Filiação religiosa da mulher</i>			0,002
Católica	38,4	411	
Protestante	44,9	365	
Zione/sião	43,1	153	
Evangélica ou Pentecostal	48,3	240	
Muçulmana	31,7	186	
Outra	43,5	23	
Sem filiação religiosa	28,2	85	
<i>Área de residência da mulher</i>			0,000
Urbana	46,0	931	
Rural	31,8	532	
N		1463	

A seguir, apresentam-se os resultados da análise multivariada. Na Tabela 5.4 testa-se a hipótese de que as diferenças entre áreas geográficas no uso actual de métodos modernos de contracepção pelas mulheres não unidas são devidas ao facto de serem constituídas por mulheres com características individuais distintas. Os resultados estão apresentados em coeficientes, tal que um coeficiente com sinal negativo expressa uma influência redutiva sobre o uso actual de métodos modernos de contracepção e, um sinal positivo indica uma influência contrária. Antes de examinar que factor é mais importante, avalia-se se existe uma variação geográfica significativa no uso actual de métodos modernos de contracepção pelas mulheres não unidas quando factores demográficos e socioeconómicos das mulheres são considerados. Para isso, examina-se o comportamento da constante aleatória de nível de área geográfica, que é expressa em desvios padrão. A mesma sugere que o nível de uso actual de métodos modernos de contracepção pelas mulheres não

unidas varia significativamente de uma área geográfica para uma outra. O resultado da exponencial do número de desvios padrão [$\exp(0,589)=1,802$; $p<0,01$] sugere que a probabilidade de uso actual de métodos modernos de contracepção para uma mulher não unida que vive numa área geográfica que se encontra a um desvio padrão acima da média é significativamente, quase duas vezes maior, em comparação com a de uma outra mulher não unida que vive numa área geográfica média. Uma mulher não unida que vive numa área geográfica que está a um desvio padrão abaixo da média tem uma probabilidade de usar os métodos modernos de contracepção, que é significativamente, perto de duas vezes baixa, em comparação com a que vive numa área geográfica média.

Tabela 5.4: Associação entre as características individuais e o uso actual de contracepção não-marital, Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015

Variável	Coeficiente
<i>Idade da mulher</i>	
20-29 (Ref.)	1
15-19	-1,284**
30-39	-0,527*
40-49	-1,057**
<i>Idade da mulher na primeira relação sexual</i>	
16 Anos ou mais (Ref.)	1
Antes de 16 anos	0,593**
<i>União marital anterior</i>	
Nunca casada/unida (Ref.)	1
Já esteve casada/unida	-0,830**
<i>Paridade da mulher</i>	
5 filhos ou mais (Ref.)	1
0	-1,817**
1-2	-0,899**
3-4	-0,716*
<i>Desejo de ter filhos</i>	
Deseja dentro de 2 anos ou indecisa (Ref.)	1
Não deseja ter filho/mais filhos	1,141**
Deseja ter filho depois de 2 anos	1,631**
<i>Nível de escolaridade da mulher</i>	

Tabela 5.4: Continuada

Nenhum (Ref.)	1
1-7 Anos	0,445+
8 Anos ou mais	1,092**
<i>Nível de riqueza do agregado familiar da mulher</i>	
Baixo (Ref.)	1
Médio	0,018
Alto	0,665*
<i>Acesso da mulher a imprensa</i>	
Não tem acesso (Ref.)	1
Tem acesso	0,275
<i>Filiação religiosa da mulher</i>	
Católica (Ref.)	1
Sem filiação religiosa	0,022
Protestante	0,214
Zione	0,154
Evangélica ou Pentecostal	0,245
Muçulmana	-0,208
Outra filiação religiosa	1,185*
<i>Tipo de área geográfica de residência</i>	
Rural (Ref.)	1
Urbana	-0,161
Constante	-0,584
Constante aleatória de nível da área geográfica (em desvio padrão)	0,589**
Logaritmo de Verosimilhança	-763,932
N	1463

Nota: †- $p < 0.1$; *- $p \leq 0.05$; **- $p \leq 0.01$.

Os resultados na Tabela 5.4 mostram factores individuais com uma influência significativa sobre o uso actual de métodos modernos de contracepção pelas mulheres não unidas. As mulheres não unidas, com 20 a 29 anos, apresentam uma probabilidade de uso de métodos modernos de contracepção significativamente elevada em comparação com as de restantes grupos etários, ajustando outros factores. As mulheres que iniciaram com actividades sexuais antes de 16 anos de idade significativamente tendem a

usar mais métodos modernos de contracepção do que a sua contraparte. Em comparação com as mulheres que nunca estiveram unidas na vida, aquelas que já estiveram em união são significativamente menos propensas a usar os métodos modernos de contracepção. Relativamente às mulheres não unidas com 5 filhos ou mais, aquelas sem filhos, as com 1 a 2 filhos e as com 3 a 4 filhos têm uma probabilidade de uso actual de métodos modernos de contracepção substancialmente baixa, controlando por outras características individuais. As mulheres não unidas que desejam ter um filho dentro de dois anos, as que não desejam ter um filho (ou mais um filho) e as que desejam ter um filho (ou mais um filho) depois de dois anos apresentam vantagens substanciais no uso actual de métodos modernos de contracepção, controlado por outros factores.

Embora as diferenças no uso actual de métodos modernos de contracepção entre as mulheres não unidas com nenhum nível de escolaridade e as com 1 a 7 anos de escolaridade sejam marginalmente significantes, as com 8 anos ou mais de escolaridade são quase 3 vezes mais capazes de usar métodos anticonceptivos modernos que o grupo de referência [$\exp(1092)=2,980$, $p<0,01$]. As mulheres com uma situação socioeconómica elevada apresentam vantagens significativas no uso actual de métodos modernos de contracepção, em comparação com o seu grupo de referência. Considerando outros factores individuais, a filiação religiosa que as mulheres não unidas pertencem parece não exercer uma influência significativa no uso actual de métodos modernos de contracepção. Apenas as mulheres não unidas pertencentes a outras filiações religiosas não especificadas é que registam uma vantagem significativa em comparação com as católicas. Ao nível individual, não se detectou diferenças significativas entre as mulheres residentes nas áreas rurais e urbanas, quando outras características sociodemográficas dessas mulheres são tidas em conta.

Na Tabela 5.5, avalia-se a influência das características das áreas geográficas de residência das mulheres não unidas sobre o seu uso actual de métodos anticonceptivos modernos. Constatou-se que mesmo com a inclusão de características das áreas geográficas onde as mulheres não unidas vivem, o nível de uso actual de métodos anticonceptivos varia entre áreas geográficas, tal como sugere o valor da constante aleatória de nível de área geográfica.

Tabela 5.5: Características de áreas geográficas associadas com o uso actual de métodos modernos de contracepção por mulheres não unidas, Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015

Características geográficas e individuais	Coefficiente
<i>Nível de padrão de vida na área</i>	
Nível médio de educação feminina na área	0,154*
% de agregados familiares com um nível de rendimento elevado	0,853
<i>Acessibilidade a imprensa na área</i>	
% de agregados familiares com acesso a imprensa na área	-0,132
<i>Contexto normativo sobre o comportamento reprodutivo na área</i>	
% de mulheres que tiveram a primeira relação sexual antes de 16 anos na área	1,090+
Números médio de filhos já nascidos na área	0,040
% de mulheres na área afiliadas a religião católica	1,104
% de mulheres na área afiliadas a religião protestante	1,110
% de mulheres na área afiliadas a religião zione/sião	2,510*
% de mulheres na área afiliadas a religião evangélica ou pentecostal	2,182*
% de mulheres na área afiliadas a religião muçulmana	1,384
<i>Tipo de área geográfica de residência</i>	
Rural (Ref.)	1
Urbana	-0,463+
<i>Idade da mulher</i>	
20-29 (Ref.)	1
15-19	-1,234**
30-39	-0,612*
40-49	-1,162**
<i>Idade da mulher na primeira relação sexual</i>	
16 Anos ou mais (Ref.)	1
Menos de 16 anos	0,529**
<i>União marital anterior</i>	
Nunca casada/unida (Ref.)	1
Já esteve casada/unida	-0,748**
<i>Paridade da mulher</i>	

Tabela 5.5: Continuada

5 Filhos ou mais (Ref.)	1
0	-1,836**
1-2	-0,910**
3-4	-0,705*
<i>Desejo de ter filhos</i>	
Deseja dentro de 2 anos ou indecisa (Ref.)	1
Não deseja ter filho/mais filhos	1,035**
Deseja ter filho depois de 2 anos	1,531**
<i>Nível de escolaridade da mulher</i>	
Nenhum (Ref.)	1
1-7 Anos	0,363
8 Anos ou mais	0,920**
<i>Nível de riqueza do agregado familiar da mulher</i>	
Baixo (Ref.)	1
Médio	-0,381
Elevado	-0,138
<i>Exposição da mulher a mídia</i>	
Não (Ref.)	1
Sim	0,214
<i>Filiação religiosa da mulher</i>	
Católica (Ref.)	1
Sem filiação religiosa	0,182
Protestante	0,188
Zione/Sião	-0,069
Evangélica ou Pentecostal	0,122
Muçulmana	-0,225
Outra filiação religiosa	1,448*
Constante	-2,868**
Constante aleatória de nível da área geográfica (em desvio padrão)	0,532**
Logaritmo de Verossimilhança	-752,557
N	1463

Nota: †- $p < 0.1$; *- $p \leq 0.05$; **- $p \leq 0.01$.

Entre as características das áreas geográficas com maior efeito sobre o uso actual de métodos anticonceptivos modernos pelas mulheres não unidas regista o nível de padrão de vida da área. As mulheres não unidas que vivem em áreas geográficas com um elevado nível médio de educação feminina são substancialmente mais propensas a usar os métodos anticonceptivos modernos que os seus pares em áreas geográficas desfavorecidas. O contexto normativo sobre o comportamento reprodutivo, marcadamente as normas religiosas, tem uma influência significativa. Em particular, as mulheres não unidas que vivem em áreas geográficas, onde predominam as afiliações religiosas zionista e evangélica ou pentecostal, são substancialmente susceptíveis de usar métodos modernos de contracepção, ajustando por características individuais das mulheres. Note-se que a residência, numa área geográfica onde predominam mulheres que tiveram a sua primeira relação sexual antes de 16 anos, confere uma vantagem marginalmente significativa. É interessante que, considerando as características das áreas geográficas de residência das mulheres não unidas, o tipo de área de residência, se urbano ou rural, passa a exercer uma influência marginalmente significativa. Contrariamente ao que se podia esperar, as mulheres residentes nas áreas urbanas mostram uma probabilidade de uso actual de métodos modernos de contracepção relativamente baixa quando os atributos sociodemográficos das mulheres são tomados em consideração.

Discussão e Conclusões

Em Moçambique, existe uma lacuna de informação sobre o uso actual de contracepção moderna por mulheres não unidas, particularmente no que se refere a diferenças entre áreas geográficas no uso desses métodos por este grupo de mulheres. O conhecimento existente sobre as mulheres não unidas é também insuficiente no que diz respeito à avaliação da influência dos atributos individuais e das características das áreas geográficas de residência das mulheres não unidas no seu uso actual de contracepção moderna. Este capítulo procurou contribuir para a eliminação dessa lacuna de informação.

O estudo constatou que havia variação geográfica do uso actual de métodos modernos de contracepção por mulheres não unidas em Moçambique. Na tentativa de explicar tal variação geográfica de uso actual de contracepção por mulheres não unidas, o estudo primeiro avaliou a hipótese segundo a qual uma diferenciação espacial de uso actual de contracepção moderna entre as mulheres não unidas podia advir de diferenças existentes entre essas áreas

em termos de características demográficas e socioeconómicas das mulheres. Constatou-se que mesmo considerando as características demográficas e socioeconómicas das mulheres estudadas, as diferenças geográficas nos níveis de uso actual de métodos modernos de contracepção pelas mulheres não unidas persistiam. Por exemplo, uma mulher não unida residente numa área geográfica que se encontrava a um desvio padrão acima de uma área geográfica média, apresentava uma probabilidade de uso actual de métodos modernos de contracepção que era quase duas vezes maior do que a da sua contraparte situada numa área geográfica média.

Ao nível individual, encontrou-se que as mulheres não unidas com 20 a 29 anos são significativamente mais propensas a usar os métodos modernos de contracepção que os seus pares. A desvantagem das mulheres não unidas de 15 a 19 anos possivelmente esteja ligada ao seu baixo nível de conhecimento e acesso à contracepção. Estudos anteriores em Moçambique observaram um nível de educação sexual baixo (Manuel, 2005; Capurchande et al., 2016) e elevado nível de necessidades não satisfeitas de contracepção (MISAU et al., 2018) neste grupo etário. O reforço de acções para reduzir as barreiras de acesso ao conhecimento e uso de contracepção moderna pelos adolescentes pode actuar positivamente para diminuir esta desvantagem.

As razões do baixo uso actual de contracepção moderna das mulheres não unidas de 30 a 49 anos, em comparação com as de 20 a 29 anos, não estão claras. Como o número de filhos já nascidos pela mulher muitas vezes aumenta com a sua idade, poder-se-ia esperar que as com 30 a 49 anos tivessem mais necessidade de limitar os nascimentos através de uso de métodos modernos de contracepção. Considerando que o nível de educação feminina em Moçambique é baixo, porém vai crescendo com o tempo, é possível que algumas das que tinham 30 a 49 anos em 2015 tenham crescido num momento em que as barreiras para as raparigas estudarem fossem ainda difíceis, e por isso, estejam expostas a várias formas através das quais um nível de escolaridade baixo pode actuar para limitar o uso de contracepção moderna. A observação de que as mulheres que iniciaram a actividade sexual antes de 16 anos de idade são mais propensas a usar os métodos modernos de contracepção, em comparação com aquelas que iniciaram depois de 16 anos, pode-se considerar contra-intuitiva. Contudo, há uma possibilidade de as mulheres que iniciam as actividades sexuais mais cedo possam ter passado a usar anticonceptivos depois de terem tido gravidezes indesejadas ou outras consequências de relações sexuais desprotegidas (Arnaldo *et al.*, 2014; Fotso *et al.*, 2014).

As mulheres que já estiveram casadas ou unidas mostraram-se menos susceptíveis a usar os métodos modernos de contracepção em comparação com as que nunca estiveram unidas, mas sexualmente activas. É possível que as mulheres que nunca estiveram unidas tenham vários motivos para evitar uma gravidez do que as que já estiveram unidas. Por exemplo, uma parte das mulheres que nunca estiveram unidas podem ser adolescentes que ainda estão a frequentar a escola e que, por isso, não queiram ficar grávidas para não correr o risco de deixar de estudar. A constatação de que as mulheres não unidas com 5 filhos ou mais são mais propensas a usar os métodos modernos de contracepção do que a sua contraparte com menos filhos pode estar ligada a um elevado nível de desejo em limitar os nascimentos entre as mulheres já com 5 filhos. O facto de as mulheres que não desejam ter um filho (ou mais um filho) e as que desejam ter um filho (ou mais um filho) depois de dois anos apresentarem vantagens no uso de métodos modernos de contracepção em relação ao grupo de referência era esperado, dado que estas mulheres têm uma razão forte para desejar usar a contracepção. Esta constatação reforça a necessidade de se buscar formas de satisfazer as necessidades de contracepção para espaçar ou limitar os nascimentos. A constatação demonstra que quando as mulheres que querem espaçar ou limitar os nascimentos têm acesso aos contraceptivos são capazes de serem maiores usuárias dos mesmos.

Como se constatou neste estudo, apenas as mulheres não unidas com 8 anos ou mais de escolaridade é que têm vantagens substanciais no uso de métodos modernos de contracepção em comparação a mulheres não unidas com nenhum nível de escolaridade. A educação formal eleva o poder de adquirir, interpretar correctamente e usar informação sobre contracepção. No caso das mulheres não unidas em Moçambique, essa vantagem da educação formal apenas começa a se fazer sentir fortemente a partir dos 8 anos de escolaridade.

As constatações deste estudo reafirmam a noção de que as circunstâncias em que as mulheres vivem podem actuar de diversas formas para facilitar ou dificultar o uso de métodos modernos de contracepção. O contexto normativo sobre o comportamento reprodutivo nas áreas geográficas onde os indivíduos residem se revelou como um determinante de uso de contracepção importante. Com efeito, a constatação de que a residência em áreas geográficas onde predominam as denominações zione/sião e evangélica ou pentecostal favorece o uso de métodos modernos de contracepção pelas mulheres não unidas corrobora a ideia de que algumas denominações religiosas podem tolerar o uso de contracepção para se evitar nascimentos extramaritais (Adamczyk, 2008).

Embora marginalmente significativa, a constatação de que a residência numa área geográfica onde predominam mulheres que tenham iniciado a actividade sexual precocemente eleva a probabilidade de uso actual de contracepção, pode sugerir uma situação que haja na área, uma proporção importante de mulheres que tenham passado a usar contracepção depois ter experimentado consequências de gravidezes indesejadas (Arnaldo *et al.*, 2014; Fotso *et al.*, 2014).

O nível de padrão de vida de áreas geográficas de residência das mulheres não unidas é um factor importante de uso actual de contracepção. As que vivem em áreas com níveis de educação elevado gozam de vantagens substanciais. Essas vantagens podem incluir a existência de maior diversidade de anticonceptivos modernos, maior proximidade de unidades sanitárias e outros locais de oferta de anticonceptivos modernos e maior circulação de informação correcta sobre planeamento familiar. Embora marginalmente significativa, a constatação contra-intuitiva de que as mulheres não unidas residentes nas áreas urbanas apresentam algumas desvantagens no uso de métodos modernos de contracepção pode estar ligada às características da urbanização moçambicana. Tal como estudos anteriores observaram (Araújo, 1999, 2003, 2005) há diferenças socioeconómicas marcantes dentro das áreas classificadas como urbanas em Moçambique.

É possível que mulheres não unidas de algumas áreas dentro do território urbano, particularmente as de assentamentos informais, encontrem sérias dificuldades para usar métodos modernos de contracepção. Esta possibilidade é apoiada por estudos realizados em Moçambique e outras partes de África Subsaariana (cf. Cau, 2016; Emina *et al.*, 2011). Uma pesquisa envolvendo mulheres migrantes recém-chegadas às áreas urbanas em Moçambique, constatou que aquelas que residiam em áreas urbanas de assentamento informal encontravam barreiras para o uso de métodos modernos de contracepção (Cau, 2016). Embora não tenha sido sobre contracepção, outro estudo realizado em Quénia documentou que em algumas favelas de Nairobi as taxas de mortalidade infantil e infanto-juvenil chegavam a ultrapassar a taxa nacional (Emina *et al.*, 2011). Estas constatações sugerem a necessidade de se prestar atenção às áreas geográficas socioeconomicamente desfavorecidas seja no território rural ou urbano.

Embora recentes, os dados do Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015 (MISAU *et al.*, 2018) que foram usados no presente estudo têm limitações. Essas limitações incluem o

facto de não se ter recolhido informações sobre atitudes referentes ao uso de contraceção, autonomia da mulher e sobre algumas barreiras de acesso e uso dos serviços de saúde. Algumas das medidas construídas a partir dessas informações em falta revelaram-se importantes em estudos com mulheres unidas (ex.: Cau, 2015). Apesar dessas limitações, este estudo contribui para alargar o conhecimento dos factores geográficos que influem no uso de contraceção entre as mulheres não unidas em Moçambique.

Bibliografia

- Adamczyk, A. (2008). "The effects of religious contextual norms, structural constraints, and personal religiosity on abortion decisions". *Social Science Research*. 37:657-672.
- Adanu, R.M.K., J.D. Seffah, A.G. Hill, R. Darko, R.B. Duda *et al.* (2009). "Contraceptive use by women in Accra, Ghana: Results from the 2003 Accra Women's Health Survey". *African Journal of Reproductive Health*. 13(1):123-133.
- Andrews, G.J. & G. Moon (2005). "Space, place and the evidence base: Part I – an introduction to health geography". *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2:49-107.
- Araújo, M.G.M. (1999). "Cidade de Maputo; espaços contrastantes: do urbano ao rural". *Finisterra*. XXXIV(67-68):175-190.
- Araújo, M.G.M. (2003). "Os espaços urbanos em Moçambique". *GEOUSP – Espaço e Tempo*. 14:165-182.
- Araújo, M.G.M. (2005). "Cidade de Nampula: A rainha do norte de Moçambique". *Finisterra*. XL(79):209-222.
- Arnaldo, C. (2013). "Dinâmica de fecundidade em Moçambique". *Gazeta Demográfica* No. 1, Centro de Pesquisa em População e Saúde.
- Arnaldo, C., M. Frederico, & A. Dade (2014). "Tendências e factores associados à maternidade precoce em Moçambique". In B.M. Cau & C. Arnaldo (org.), *Adolescentes e jovens em Moçambique: uma perspectiva demográfica e de saúde*. Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde. pp.87-110.
- Bernard, P., R. Charafeddine, K.L. Frohlich, M. Daniel, Y. Kestens *et al.* (2007). "Health inequalities and place: a theoretical conception of neighbourhood". *Social Science and Medicine*. 65:1839–1852.

- Caldwell, J.C., P. Caldwell, & P. Quiggin (1989). "The context of AIDS in sub-Saharan Africa". *Population and Development Review*. 15(2):185-234.
- Capurchande, R., G. Coene, I. Schockaert, M. Macia, & H. Meulemans (2016). " "It is challenging...oh, nobody likes it!": a qualitative study exploring Mozambican adolescents and young adults' experiences with contraception". *BMC Women's Health* (2016) 16:48
- Cau, B.M. (2015). "Community influences on contraceptive use in Mozambique". *Health & Place*. 31:10-16.
- Cau, B.M. (2016). "Female migration, local context and contraceptive use in urban Mozambique". *African Journal of Reproductive Health*. 20(1):52-61.
- Cau, B.M. (2017). "Contexto socioeconómico e a variação geográfica do uso não-marital da contracepção em Moçambique". *Gazeta Demográfica* No. 5, Centro de Pesquisa em População e Saúde.
- Chilundo, B. & A. Jacinto. (2014). "Determinantes do uso dos serviços de saúde sexual reprodutiva pelas mulheres jovens em Moçambique". In B.M. Cau & C. Arnaldo (org.), *Adolescentes e jovens em Moçambique: uma perspectiva demográfica e de saúde*. Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde. pp.111-146.
- Creanga, A.A., D. Gillespie, S. Karklins, & A.O. Tsui (2011). "Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue". *Bull World Health Organ*. 89:258-266.
- Cummins, S.; S. Macintyre; S. Davidson & A. Ellaway. (2005). "Measuring neighbourhood social and material context: generation and interpretation of ecological data from routine and non-routine sources". *Health & Place*. 11:249-260.
- Emina, J., D. Beguy, E.M. Zulu, A.C. Ezech, K. Muindi *et al.* (2011). "Monitoring of health and demographic outcomes in poor urban settlements: Evidence from the Nairobi Urban Health and Demographic Surveillance System". *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 88(Suppl. 2):s200-s218.
- Entwisle, B., J.B. Casterline, & H.A.A. Sayed. (1989). "Villages as contexts for contraceptive behavior in rural Egypt". *American Sociological Review*. 54(6):1019-1034.

- Ezeh, A.C., I. Kodzi, & J. Emina (2010). "Reaching the urban poor with family planning services". *Studies in Family Planning*. 41(2):109-116.
- Fotso, J.C., C. Izugbara, T. Saliku, & R. Ochako (2014). Unintended pregnancy and subsequent use of modern contraceptive among slum and non-slum women in Nairobi, Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014, 14:224. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/224>
- Gage, A.J. & M.G. Calixte (2006). "Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti". *Population Studies*. 60(3):271-288.
- Gage, A.J. (2007). "Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali". *Social Science and Medicine*. 65:1666-1682.
- Hirschman, C. & Y. Young (2000). "Social context and fertility decline in southeast Asia: 1968-70 to 1988-90". *Population and Development Review*. 26:11-39.
- INE (Instituto Nacional de Estatística) & Marco International Inc. (1998). Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 1997. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (Instituto Nacional de Estatística), MISAU (Ministério da Saúde), & ORC Macro (2005). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2003. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2010). Recenseamento geral da população e habitação 2007: Indicadores socio-demográficos, Moçambique. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Kaggwa, E.B., N. Diop, & J.D. Storey (2008). "The role of individual and community normative factors: a multilevel analysis of contraceptive use among women in union in Mali". *International Family Planning Perspectives*. 34(2):79-88.
- Kulu, H. & P.J. Boyle (2008). "High fertility in city suburbs: compositional or contextual effects?". *European Journal of Population*. 25:157-174.
- Kulu, H. (2012). "Spatial variation in divorce and separation: compositional or contextual effects?". *Population, Space and Place*. 18: 1-15.
- Kulu, H. (2013). "Why fertility levels vary between urban and rural areas?". *Regional Studies*. 46(6):895-912.

- Kulu, H., P.J. Boyle, & G. Andersson (2009). "High suburban fertility: evidence from four Northern European countries". *Demographic Research*. 21(31):915-944.
- Macintyre, S. & A. Ellaway (2003). "Neighborhoods and health: an overview." In I. Kawachi e L.F. Berkman (eds.), *Neighborhoods and Health*. Oxford: Oxford University Press, pp. 20-42.
- Macintyre, S., A. Ellaway, & S. Cummins (2002). "Place effects on health: how can we conceptualise, operationalize and measure them?". *Social Science and Medicine*. 55: 125–139.
- Manuel, S. (2005). "Obstacles to condom use among secondary school students in Maputo city, Mozambique". *Culture, Health & Sexuality*. 7(3):293-302.
- MISAU (Ministério da Saúde) (2010). *Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção 2011-2015* (2020). Maputo: Ministério da Saúde.
- MISAU (Ministério da Saúde), INE (Instituto Nacional de Estatística), & ICFI (ICF International) (2013). *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.
- MISAU (Ministério da Saúde), INE (Instituto Nacional de Estatística), & ICF (2018). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015*. Maputo: MISAU, INE e ICF.
- Moursund, A. & O. Kravdal (2003). "Individual and community effects of women's education and autonomy on contraceptive use in India". *Population Studies*. 53(3):285-301.
- Paek, H., B. Lee, C.T. Salmon, & K. Witte (2008). "The contextual effects of gender norms, communication and social capital on family planning behaviors in Uganda: a multilevel approach". *Health Educ. Behav.* 35(4):461–477.
- Phung, H.N., A.E. Bauman, L. Young, M.H. Tran, & K.M. Hillman (2003). "Ecological and individual predictors of maternal smoking behaviour: Looking beyond individual socioeconomic predictors at the community setting". *Addictive Behaviors*. 28:1333-1342.
- Steele, F. (2010). *Module 5: Introduction to Multilevel modelling concepts*. Centre for Multilevel Modelling. <http://www.cmm.bris.ac.uk/lemma/>. Acesso 03.04.2014.

- Stephenson, R., A. Baschieri, S. Clements, M. Hennink, & N. Madise (2006). "Contextual influences on the use of health facilities for childbirth in Africa". *American Journal of Public Health*. 96(1):84-93.
- Tawiah, E.O. (1997). "Factors affecting contraceptive use in Ghana". *Journal of Biosocial Science*. 29:141-149.
- Westoff, C.F. & G. Rodriguez (1995). "The mass media and family planning in Kenya". *International Family Planning Perspectives*. 21(1):23-31+36.
- Zabin, L.S. & K. Kiragu (1998). "The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in sub-Saharan Africa". *Studies in Family Planning*. 29(2):210-232.

Capítulo 6

DISPARIDADES DA FECUNDIDADE INTRAURBANA E AS DESIGUALDADES SÓCIO-ESPACIAIS NA CIDADE DE MAPUTO

Rogers Hansine

Introdução

No presente capítulo pretende-se abordar a questão das disparidades da taxa de fecundidade na cidade de Maputo. O interesse pela questão justifica-se pelo facto de a maioria dos estudos sobre a fecundidade em África se interessar pelas disparidades entre os espaços urbanos e os rurais, ignorando as disparidades existentes no interior das cidades Africanas (Weeks *et al.*, 2004). No contexto Africano, com a excepção de que nos espaços urbanos a taxa de fecundidade é menor e tem vindo a declinar mais rapidamente que nos espaços rurais, ainda não sabemos o suficiente sobre as disparidades da fecundidade e suas causas no interior dos espaços urbanos.

As pesquisas que tratam sobre a fecundidade e urbanidade em Maputo (cf. Agadjanian, 1995b, 1995a, 1999, 2001; Mazive, 1999) enfatizam a correlação existente entre o comportamento reprodutivo e factores sociais,

económicos e culturais. Todavia, as correlações não são equivalentes a explicações, tal como discutido por Hedström (2005) e Hedström e Swedberg (1998). Estes autores defendem que explicar fenómenos sociais implica elucidar o(s) mecanismo(s) que geram ou causam tais fenómenos. Esta proposta analítica parece relevante se se pretender aprofundar o conhecimento sobre as dinâmicas reprodutivas urbanas, sobretudo no que diz respeito as causas da fecundidade diferencial intraurbana.

Ainda que sucintamente, importa clarificar que a taxa de fecundidade, a qual simplesmente se refere como fecundidade, é o número médio de filhos que uma mulher teria durante a sua vida reprodutiva, isto é, entre 15 e 49 anos, se ela estivesse sujeita às taxas específicas de fecundidade por idade observadas num determinado ano ou período no contexto onde a mulher vive (Bongaarts & Feeney, 1998). A fecundidade é um indicador amplamente usado para analisar as dinâmicas reprodutivas e, especialmente para comparar diferentes populações no que concerne as condições em que a reprodução tem lugar.

Em África as disparidades da fecundidade entre os espaços urbanos e os espaços rurais, especialmente entre as cidades capitais e o resto do país, têm sido objecto de recorrente análise. De acordo com Lesthaeghe (2014), com base nas várias rondas de Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS), no contexto africano, é possível observar uma diferença na ordem de 2 a 3 filhos entre as cidades capitais e o país no seu todo. A título de exemplo, o mais recente IDS de Moçambique (MISAU *et al.*, 2013) indicou que a taxa de fecundidade a nível nacional foi de 5,9 filhos por mulher, enquanto na cidade de Maputo, a capital, foi de 3,1, ou seja, uma diferença de 2,8 filhos por mulher. Lesthaeghe (2014) indica que no Congo Kinshasa, o último IDS (2007) estimou a fecundidade de Kinshasa em 3,2 filhos por mulher, enquanto a nível nacional foi estimada em 6,1 filhos e, na Etiópia, o seu mais recente IDS (2011), estimou uma fecundidade de 1,5 filhos por mulher para Adis Abeba e 4,9 filhos para o resto do país. Embora os dados do IDS sejam frequentemente usados para analisar as dinâmicas do comportamento reprodutivo em África, no caso de Moçambique os IDSs publicados não contêm dados desagregados por distritos ou por bairros. Portanto os IDSs não são relevantes para analisar as disparidades da fecundidade intraurbana.

A partir das disparidades observadas nos dados censitários, por meio de entrevistas biográficas, o presente trabalho analisa as disparidades da

fecundidade intraurbana na cidade de Maputo. O método adoptado é o qualitativo, visando explicar as causas da fecundidade diferencial intraurbana. Assim, através de reconstrução de trechos de entrevistas biográficas, explica-se como a combinação de crenças, desejos e oportunidades, que são os fundamentos para explicar a acção social (Hedström, 2005; Hedström & Swedberg, 1998) se pode elucidar as causas das disparidades da fecundidade observadas entre indivíduos nos diferentes contextos da cidade de Maputo. Embora se considere pertinente a análise das disparidades da fecundidade ao nível dos bairros, actualmente não se dispõe de dados sobre a fecundidade nesse espaço.

O capítulo está estruturado em cinco secções. Depois da introdução, na secção seguinte faz-se a revisão da literatura, onde se apresenta o debate sobre as dinâmicas da fecundidade nos espaços urbanos em África. A terceira secção debruça-se sobre os procedimentos metodológicos e o quadro conceptual e analítico, assim como as limitações do estudo. Segue-se a apresentação dos resultados, onde por meio da reconstrução de trechos das entrevistas biográficas, explicam-se as causas do diferencial de fecundidade intraurbana e as tipologias de comportamento reprodutivo em Maputo. Tal reconstrução é baseada nas crenças, desejos e oportunidades expressas pelos entrevistados. Por fim, a quinta secção é a conclusão na qual apontam-se as implicações políticas dos resultados e questões relevantes para pesquisa no futuro.

Revisão de literatura

Fecundidade e urbanidades em África

Desde a segunda metade do século XX, a principal preocupação dos estudiosos em relação à população, foi a transição demográfica (Greenhalgh, 1996). A transição demográfica consiste na redução contínua e sustentada do número de filhos que cada mulher tem durante a sua vida reprodutiva, especificamente uma redução de quatro filhos por mulher para dois ou menos (Mason, 1997). O continente Africano é considerado o último a iniciar a transição demográfica. Há evidencia de que embora haja disparidades regionais e nacionais, a transição tem sido notoriamente observada nas cidades, especialmente, nas cidades capitais (Bongaarts, 2017; Lesthaeghe, 2014). Garrene e Joseph (2002) constataram que a transição demográfica em Africa tende a começar nas cidades e somente dez anos mais tarde é possível notar a redução da fecundidade nos espaços rurais. Portanto, é a transição de fecun-

didade nos espaços urbanos que mais contribui para a transição demográfica, que se observa em África.

Todavia, o que pode ser definido como urbano em Moçambique pode não ser considerado como urbano noutros países. Face a este problema, Haferburg e Rothfuss (2017) propõe que as noções de urbano e urbanidade sejam apreendidas a partir da vivência prática e diária das pessoas. Portanto, contrariamente à noção normativa e universal de urbanidade eurocêntrica, o urbano e a urbanidade devem ser apreendidas como expressão concreta das práticas sociais locais que são relacionáveis com outros contextos. Assim, o trabalho de Jenkins (2013) sobre o urbano, urbanidade e urbanismo africano usando como caso a cidade de Maputo é uma contribuição importante na medida em que conceptualiza o urbano e a urbanidade a partir da vivência e das práticas do dia-a-dia dos cidadãos em Maputo. Essa abordagem permite que Jenkins (2013) se distancie e critique as noções normativas de urbano e urbanidade eurocêntrica.

Nos estudos sobre a dinâmica demográfica africana, embora se façam constantes referências a relação entre urbanização e fecundidade, não existe o cuidado de examinar, profundamente, o que é a urbanização e sua relação com urbanidade. Estes dois conceitos podem significar não somente realidades e objectos espaciais diferentes, mas o seu significado tende a variar ao longo do tempo, como mostra o caso da reclassificação urbana em Moçambique (cf. Pililão, 1989). A questão essencial é como interpretar a relação entre urbanidade e fecundidade em África.

A relevância desta questão tem a ver com o actual debate sobre o potencial do continente em se beneficiar do dividendo demográfico (Bloom *et al.*, 2007). O dividendo, refere-se aos ganhos económicos provenientes da mudança duma estrutura etária jovem para outra dominada por população economicamente activa (Lee & Mason, 2006; Ross, 2004). As mudanças na estrutura etária são significativamente determinadas pelo comportamento reprodutivo. Quanto mais elevada a fecundidade tanto mais jovem tende a ser a estrutura etária. Portanto, para se beneficiar do dividendo demográfico, os países africanos devem, por um lado, implementar políticas socio-económicas robustas e sustentáveis e, por outro lado, reconhecer o papel que a redução de fecundidade joga na mudança da estrutura etária. Assim, sendo as cidades as pioneiras da transição demográfica, o potencial dos ganhos do dividendo demográfico é elevado. Contudo, as disparidades da fecundidade intraurbana podem comprometer este potencial.

Fecundidade e urbanidade em Maputo

Em Moçambique, apesar da transição demográfica ser ainda incipiente (Francisco, 2011), a sua dinâmica é similar a dos países africanos em geral. Para além dos trabalhos de Agadjanian (1995a, 2001), Mazive (1999), e Arnaldo (2013), pouco se sabe em relação à urbanidade e as disparidades da fecundidade na cidade de Maputo.

Na análise sobre fecundidade e sociedade em Maputo, Agadjanian (1995a) examinou a relação entre a fecundidade e determinados factores sociais, económicos e culturais. Tal como proposto nos modelos convencionais de transição demográfica (cf. Kirk, 1996) e nos pressupostos dos determinantes próximos da fecundidade (cf. Bongaarts, 2015) entre as mulheres mais escolarizadas; inseridas no mercado laboral, a fecundidade era relativamente mais baixa. Outros factores como lugar de residência dentro da malha urbana também se mostraram importantes. Em geral, as mulheres habitantes do distrito de Kampfumo, o mais urbanizado, apresentavam uma fecundidade mais baixa que as mulheres dos restantes distritos urbanos. As questões culturais como a língua, em termos de falar ou não português e pertencer a grupos religiosos também foram analisados por Agadjanian (1995a), tendo constatado que falar português e pertencer a comunidades religiosas socialmente heterogénicas, tenderiam a influenciar negativamente a fecundidade na cidade.

Em geral, as conclusões de Agadjanian (1995a) tendem a ser consistentes com as explicações convencionais da transição demográfica, segundo as quais a medida que as sociedades se modernizam e especialmente se urbanizam, a fecundidade tende a declinar. Contudo, estes pressupostos foram e continuam sendo criticados, por não considerar que os factores que explicam a redução da fecundidade nos diversos contextos não se limitam a modernização e urbanização (Strulik & Vollmer, 2010).

Mazive (1999), recorreu aos dados do censo de 1997 para analisar as diferenças de fecundidade em Maputo e os seus resultados tendem a ser consistentes com Agadjanian (1995a). Mazive (1999) mostrou que entre as mulheres mais escolarizadas, de raça branca ou mista, inseridas no mercado laboral, a fecundidade era menor. Todavia, a diferença do nível de fecundidade entre as mulheres naturais de Maputo e as de fora de Maputo não foi significativa, o que é explicado como resultado da assimilação do modo de vida urbano, pelas mulheres migrantes.

O que é interessante nos estudos sobre a fecundidade em Maputo não é somente a consistência nos resultados, mas também a consistência nas metodologias empregues, especificamente o recurso a metodologias quantitativas. Esta escolha metodológica é problemática, apesar das vantagens que pode ter. As correlações não são equivalentes a causalidade, portanto são pouco elucidativas sobre as causas de fenómenos. Na secção seguinte, elucida-se como a escolha no presente estudo dos métodos qualitativos é uma alternativa que melhor responde a necessidade de explicação das causas das disparidades da fecundidade de intraurbana.

Procedimentos metodológicos

Entre os principais desafios no estudo da dinâmica da fecundidade na África subsaariana estão a escassez e a má qualidade de dados estatísticos. Esta limitação está expressa na recente “Declaração de Adis Abeba sobre População e Desenvolvimento em África, 2014 e além” (United Nations-Economic Commission for Africa-UN/ECA, 2014). Na referida declaração pode se ler que é preocupante a falta de dados estatísticos actualizados sobre o tamanho, distribuição e características da população em muitos países africanos (ibid.). Cohen (2006), por seu lado, considera que as bases de dados que os países africanos dispõem para estudar a dinâmica demográfica africana são as piores do mundo, porque além de desactualizadas tendem a conter sérios problemas de omissão ou super enumeração. Devido a essas limitações, é preciso ter muitas cautelas relativamente ao que os dados estatísticos sugerem.

O presente estudo ao optar por métodos qualitativos, por um lado, responde a necessidade de complementar os dados estatísticos com outras fontes de dados que têm sido ignoradas pela tradição quantitativa. Como apontado por Mbacke (1994), no lugar de lamentar a falta de estatísticas adequadas, deve-se explorar o enorme potencial em usar dados e métodos qualitativos para estudar a dinâmica demográfica em África, sobretudo tendo em conta a rica tradição oral no continente. Por outro lado, os poucos estudos qualitativos sobre a fecundidade em África e noutros contextos e os estudos que complementam as estatísticas com dados qualitativos se destacam pelos resultados que tendem a se distanciar das explicações convencionais. Por exemplo, Kertzer (1995) demonstrou a importância de factores culturais na transição demográfica no norte da Itália, contrariando as teorias que privilegiam factores económicos. Na Tailândia, por meio de entrevistas aprofundadas Knodel

et al. (1984) não encontraram evidências consistentes com a noção de que o progresso económico fosse determinante na redução da fecundidade naquele país. Pelo contrário, entre os pobres a fecundidade declinava mais acentuadamente independentemente do progresso económico. Na capital etíope, Adis Abeba, Gurmu e Mace (2002) concluíram que havia fortes indicações de que a fecundidade poderia estar a declinar por causa da pobreza urbana.

Portanto, as limitações no que concerne a disponibilidade de dados estatísticos em África e os exemplos dos estudos citados tornam a opção por métodos qualitativos aceitável e sobretudo inovadora para a investigação da questão das disparidades reprodutivas em Maputo. Assim, para a recolha de dados opta-se por conduzir entrevistas biográficas e para a análise destas entrevistas opta-se por empregar o “mecanismo social”, uma ferramenta analítica e teórica proposta por Hedström (2005) e Hedström e Swedberg (1998).

Entrevistas biográficas

Hopf (2004) define entrevistas biográficas como narrativas abertas sobre a história de vida duma determinada pessoa. Elas podem ser autorreferenciais, isto é, autobiografias quando a narrativa é feita pela própria pessoa a quem a história se refere ou podem ser narrativas de uma pessoa sobre a história de vida de outra pessoa. Metodologicamente, o entrevistador(a) convida o entrevistado(a) a narrar a história da sua vida ou a história da vida de que se pretende descrever. Em um segundo momento, questões mais específicas são colocadas para aprofundar tópicos de interesse para a pesquisa ou que não estejam suficientemente claras. Neste estudo, conduziu-se 30 entrevistas biográficas em Maputo, sendo 5 para cada distrito urbano, excepto o distrito de Kanyaka, onde não foi feita nenhuma entrevista¹. Este distrito é uma ilha situada a 32km a leste de Maputo e segundo os dados de 2007 continha 0,5% da população da cidade e que por limitações financeiras não se conseguiu cobrir.

Embora o número de entrevistas não seja estatisticamente representativo, deve-se aqui enfatizar que muita atenção foi dada à diversificação socio-cultural, espacial e demográfica (idade e sexo) da amostra. Para seleccionar os respondentes empregou-se técnicas de amostragem não probabilística, nomeadamente a amostragem intencional combinada com o método de bola de neve. A amostra intencional foi baseada em dois critérios, por um lado,

¹ As entrevistas tiveram lugar entre Maio e Setembro 2016 e Dezembro 2017 e Fevereiro 2018 como parte da recolha de dados para a tese de doutoramento.

ser natural de Maputo e ter residido a maior parte da sua vida na cidade de Maputo e, por outro lado, ter iniciado a vida reprodutiva ou ter interesse em iniciar a vida reprodutiva, o mais brevemente possível.

Quadro analítico e teórico: o Mecanismo social

Para orientar a análise do corpo empírico de modo a satisfazer os objectivos do estudo, empregou-se o modelo analítico e teórico proposto por Hedström (2005), Hedström e Swedberg (1998), designado por mecanismo social. A relevância desse modelo está na diferença que ele tem em relação a outros modelos no que concerne ao tipo de explicações em que estes se baseiam, nomeadamente as leis gerais e as explicações estatísticas.

Portanto, importa enfatizar que *“the core idea behind the mechanism approach is that we explain not by evoking universal laws, or by identifying statistically relevant factors, but by specifying mechanisms that show how phenomena are brought about”*. (Hedstrom, 2005:24). Aqui, Hedstrom estabelece a distinção entre os três tipos de explicações e também define o essencial do seu modelo analítico e teórico: especificar os mecanismos sociais que mostram como um fenómeno é causado. Essencialmente, o mecanismo social é constituído por entidades (com as suas propriedades) e as actividades nas quais as entidades estão engajadas umas com as outras. As entidades sociais pela sua interacção produzem regularidades que são os fenómenos sociais. Estas entidades sociais (que podem ser actores individuais) estão imbuídas de crenças e desejos com os quais são compelidos a agir, fazendo uso ou não das oportunidades que têm. Para explicar como as acções destas entidades produzem a regularidade do fenómeno social, deve-se referir ao mecanismo social, isto é, a constelação específica de crenças e desejos e como esta constelação específica determina que acções têm lugar, segundo as oportunidades que são aproveitadas ou não pelos actores sociais.

Sucintamente desejos, crenças e oportunidades são definidos do seguinte modo:

A desire here is defined as a wish or want for something to happen (or not to happen). A belief is defined as a proposition about the world held to be true. And, opportunities, as the term is used here, is the «menu» of action alternatives available to the actor, that is, the actual set of action alternatives that exists independently of the actor's beliefs about them (Hedström, 2005:76).

Tendo em conta esta conceptualização o mecanismo social, parece extremamente relevante para explicar as disparidades no comportamento reprodutivo na cidade de Maputo, pois tem potencial para elucidar as causas das disparidades do comportamento reprodutivo individual. Desse modo, o estudo distancia-se das abordagens baseadas em leis gerais e análises estatísticas, não pela sua irrelevância, mas pela necessidade de aprofundar o entendimento das dinâmicas da fecundidade nos espaços urbanos.

Limitações do estudo

O emprego de métodos qualitativos nos estudos de população é pouco frequente. Geralmente, os métodos quantitativos por se basearem em técnicas de amostragem probabilísticas e representativas são frequentemente empregues pela possibilidade de reduzir o enviesamento dos dados e generalizar os resultados. Portanto, ao empregar-se técnicas de amostragem não probabilística e pelo tamanho da amostra do estudo, não ser representativa, está-se ciente das limitações quanto a possibilidade de generalizar os resultados obtidos. Por outro lado, durante a colecta de dados, enfrentou-se limitações em entrevistar indivíduos de 50 e mais anos de vida por estes não se mostrarem interessados a falar da sua vida, aparentemente por os pesquisadores serem muito jovens. O mesmo sucedeu com indivíduos cujo domínio da língua portuguesa é limitado. A limitada proficiência dos pesquisadores nas línguas locais constituiu uma barreira a comunicação que foi superado com recurso a tradução *ad-hoc*, cujo resultados nem sempre foram os esperados.

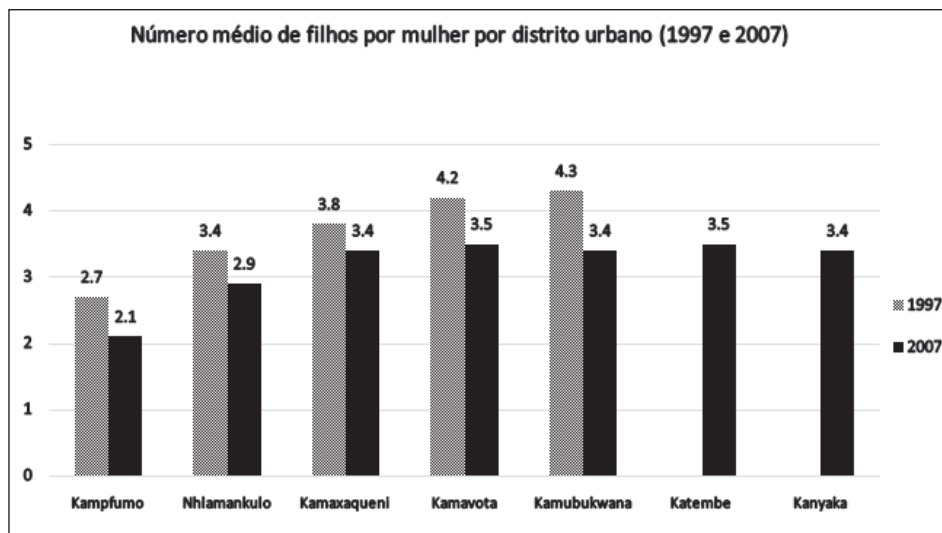
Disparidades da fecundidade intraurbana em Maputo

Administrativamente, Maputo tem o estatuto de província e, também, de Município e toda a população residente nesta cidade é administrativamente definida como população urbana. Este é um aspecto muito importante pois na análise que se faz esta definição administrativa não é relevante na percepção das pessoas que o estudo teve a oportunidade de entrevistar. A cidade possui uma área de 346,77Km² e uma população estimada em 1 101 170 habitantes, segundo o censo de 2017, o equivalente a uma densidade populacional de 3175,5 habitantes por km². A cidade está subdivida em 7 distritos urbanos, nomeadamente Kampfumo, Nlhamankulo, Kamaxaquene, Kamubukwana, Kamavota, Katembe e Kanyaka que são também designados distritos muni-

cipais. O mais populoso é o distrito municipal de Kamavota com 293 270 habitantes e o menos populoso é o distrito de Kanyaka, com 5 216 habitantes (INE, 2009).

No que tange ao comportamento reprodutivo, os censos demográficos de 1997 e 2007 mostram que há disparidades significativas da taxa de fecundidade entre os distritos municipais. O censo de 1997 mostra que a taxa de fecundidade mais baixa registou-se em Kampfumo, com 2,7 filhos por mulher, enquanto Kamubukwana, com 4,3 filhos, e Kamavota, com 4,2 filhos, apresentavam as taxas de fecundidade mais elevadas. No censo de 2007 a tendência das disparidades é consistente com 1997. Os dados mostram que, em 2007, a fecundidade mais baixa entre os distritos da cidade de Maputo foi registada novamente no distrito de Kampfumo (2,1 filhos por mulher) e a mais elevada nos distritos de Katembe e Kamavota, com 3,5 filhos em ambos, seguidos de Kamubukwana e Kanyaka, com 3,4 filhos, também em ambos (vide Figura 6.1)

Figura 6.1: Taxas Globais de Fecundidade por distritos. Maputo Cidade, 1997 e 2007.



Fonte: INE (2012).

Na cidade de Maputo, o padrão espacial das disparidades de fecundidade tende a ser consistente com o padrão espacial da variação das condições de vida. No distrito urbano de Kampfumo onde a fecundidade é a mais baixa, as

condições de vida da maioria dos habitantes são objectivamente melhores que nos restantes distritos urbanos. Face a esta constatação, é clara a relação entre as condições de vida nos distritos urbanos e fecundidade tal como apontado por Agadjanian (1995a) e Mazive (1999). Contudo, tal consistência espacial não constitui uma explicação. Para tal julga-se ser imprescindível, em primeiro lugar, apreender e explicar a urbanidade nos diferentes distritos urbanos e como está influencia o comportamento reprodutivo.

Urbanismo em Maputo

A cidade de Maputo é caracterizada por desequilíbrios sócio-económicos e espaciais. O documentário “Maputo: etnografia de uma cidade dividida”² (Graça & Ribeiro, 2015) retrata de maneira clara como as disparidades sociais, económicas e espaciais se manifestam. O documentário segue uma linha de abordagem em estudos urbanos em Moçambique, que caracteriza esta cidade como um espaço no qual coexistem dois espaços distintos “a cidade” e “os subúrbios”. Enquanto “a cidade” corresponde integralmente ao distrito Kampfumo, um espaço urbano que apresenta marcas claras de planeamento urbano; “os subúrbios” correspondem ao espaço que se desenvolveu em torno “da cidade”, portanto nos restantes distritos urbanos, cujos indícios de planeamento são pouco frequentes, na maior parte destes.

Historicamente, os “limites” entre “a cidade” e “os subúrbios” foram estabelecidos durante o período colonial. No início do século XX, foi traçado um raio de 2 Km, com centro na fortaleza de Maputo, para separar o urbano do não urbano. Actualmente, este semicírculo corresponde à Avenida Marien Nguabi (Gonçalves, 2016). No interior deste semicírculo ganhou forma a “cidade cimento” com formas predominantes de ocupação e uso do solo urbano verticais; enquanto no exterior tomou corpo “o subúrbio” que cresceu horizontalmente quase sempre sem obedecer a princípios de planeamento (Melo, 2013; Gonçalves, 2016).

Para Costa (2011) e Jorge e Melo (2014), as disparidades urbanas em Maputo são hoje muito mais complexas que a abordagem dual sugere. Estes autores argumentam que por meios nem sempre claros se deu uma acumulação de capital económico em determinados segmentos da sociedade Moçambicana. Na cidade de Maputo, o centro político, administrativo, económico e financeiro do país, esta acumulação contribuiu para a emergência de espaços

² <http://anima.co.mz/portfolios/maputo-etnografia-de-uma-cidade-dividida/>

com características urbanizadas fora do perímetro da cidade cimento e mesmo fora dos limites administrativos da cidade propriamente dita. Estes espaços são destinados a uma classe economicamente privilegiada e constituem locais onde as disparidades intraurbanas se manifestam.

Portanto, se no passado colonial os processos de segregação sócio-espacial urbana foram orientados pelo Estado, hoje, estes processos têm sido relativamente orientados por factores económicos, relativamente autónomos e fora do controle das autoridades responsáveis pela gestão urbana. Costa (2011) descreve os actuais processos de seguinte forma:

A actual configuração espacial e demográfica de Maputo - com uma população superior a um milhão de habitantes dentro dos limites da cidade e cerca 1,8 milhões na região metropolitana - é mais uma criação dos seus habitantes do que o resultado de políticas de planeamento e regulamentos urbanísticos. Como resultado de complexos, e muitas vezes obscuros processos de acumulação monetária, ou de pequenas poupanças quotidianas, surgem todos dias novas habitações: modernos blocos de apartamentos, vivendas luxuosas e, sobretudo, milhares de moradias mais modestas (na sua maioria inacabadas) que se espalham por quilómetros em redor do que se convencionou chamar “Cidade de Cimento” (Costa, 2011:1).

Logo, as disparidades socio-espaciais urbanas em Maputo são actualmente mais complexas que o dualismo “cimento” e “bairros suburbanos” parece indicar. Entretanto, o presente estudo sugere que, embora as disparidades urbanas se tenham tornado mais complexas, o dualismo urbano, não deixou de ser uma categoria analítica relevante para explicar as disparidades na cidade de Maputo.

Da análise que se efectuou, constatou-se de forma nítida que os respondentes sistematicamente usaram as expressões “cidade” e “bairros” para distinguir não somente espaços, mas também práticas sociais e formas de pensar e actuar dos indivíduos na cidade de Maputo. O seguinte trecho mostra como este respondente, que por razões de confidencialidade e anonimato se identificou como Respondente número 6 de sexo Masculino (M) e residente no bairro de “Chamanculo C” (notação *Respondente #6_M_41_Chamanculo C*) explanou a sua percepção sobre Maputo.

Respondente #6_M_41_Chamanculo C: Na minha infância, como Chamanculo é vizinho do Alto Maé, eu fazia um vai-e-vem entre Chamanculo e Alto-Maé. Ficava em casa da vovó e ficava em casa do papá. Então a minha infância foi nesse sentido. Portanto tenho hábitos do Chamanculo e tenho hábitos do Alto-Maé.

Entrevistador: Que hábitos considera do Chamanculo e que hábitos considera do Alto-Maé?

Respondente #6_M_41_Chamanculo C: Chamanculo é uma zona suburbana e então tem aquele tipo de brincadeira suburbana e Alto-Maé como se considerava uma zona de cimento tínhamos aquelas brincadeiras limitadas no cimento. É essa a comparação que faço.

Entrevistador: Que histórias engraçadas da sua infância se lembra nesses lugares?

Respondente #6_M_41_Chamanculo C : Olha, enquanto no Chamanculo podíamos brincar com areia, as escondidas jogar a bola, de balas de areia, já aqui na cidade até para jogar berlines era difícil. Só corríamos nas escadas dos prédios. Para subir uma árvore aqui na cidade não era fácil. Mas no campo ate no teto da casa estávamos lá.³

O trecho contém referências importantes sobre como o respondente, expressa a distinção entre “a cidade” que corresponde no seu entender ao bairro do Alto-Maé e a “zona suburbana” que corresponde ao bairro de Chamanculo. É importante, notar como o respondente estabelece a relação entre os bairros e os tipos de brincadeiras. Por exemplo, a referência a “brincadeiras limitadas ao cimento” sugere que determinadas práticas sociais tinham lugar em determinados contextos urbanos. Não se trata somente de constrangimentos de ordem física que estão referenciados, mas também a aceitabilidade dessas práticas nesses contextos. A referência de “Chamanculo” como campo, isto é, espaço rural é importante. Tal sugere o profundo sentido de disparidade que se quer dar a entender: uma distinção entre o urbano e rural que administrativamente é um rural possivelmente urbanizado.

O trecho seguinte também é ilustrador de como outra respondente articulou sobre as disparidades sócio-espaciais em Maputo.

Respondent #4_F_39_Central B: Nós convivíamos muito com os nossos primos por parte da minha mãe, tanto por parte do meu pai... e eu colhi boas memórias disso. Passávamos, por exemplo, alguns dias, não nas férias como tal, mas quando estivéssemos de férias íamos para casa da minha avó no Xipamane. Era engraçado porque nós vínhamos da cidade e na cidade nós dormíamos no colchão e quando chegávamos a casa da avó nós dormíamos na esteira, mas aquele era a nossa cena. Porque era diferente. Nós ficávamos ali as escuras. Não tinha energia. Ali era a casa da avó, tínhamos que tomar banho logo de manhã com água fria e tínhamos que acender carvão. Então era uma cena totalmente diferente.

³ Os trechos em análise neste capítulo foram transcritos literalmente sem nenhuma correção sintática.

Neste excerto, podemos constatar como a respondente expressa os contrastes sócio-espaciais na cidade de Maputo, em termos duais. Ao afirmar “nós vínhamos da cidade” a respondente dá a entender que as deslocações para Xipamanine eram deslocações para um outro lugar, ou seja, o “não-cidade”. A respondente providencia detalhes com os quais justifica a distinção estabelecida “a cidade” e “casa de avó”, que é entendida como fora da cidade. As experiências descritas são elucidativas da distinção estabelecida e como é feita ligação entre espaços e práticas sociais. O dormir no colchão e não na esteira, a falta de corrente eléctrica, os banhos com água fria e uso do carvão são apontados como típicos do espaço “não-cidade”.

No que concerne às crenças, desejos e oportunidades que se identificam nos dois trechos analisados, são apresentados na Tabela 6.1. Essencialmente, os dois respondentes expressam a sua crença na distinção social por meio de pertença a certos espaços urbanos e prática de certas actividades próprias de cada espaço urbano. Portanto, estabelecem uma estreita ligação entre espaços e práticas sociais. Esta crença aliada ao desejo de identificar os limites entre os espaços e associa-los a práticas específicas é materializada com visitas a familiares e amigos, ou seja, na interação social entre indivíduos que se percebem socialmente distintos por ocuparem espaços distintos na malha urbana e por práticas sociais distintas.

Tabela 6.1: Espaços sociais, práticas sociais e distinção social

Crença(s)	Desejo(s)	Oportunidade(s)
Espaços-sociais e práticas-sociais estão interligadas. Certas práticas sociais pertencem a certos espaços sociais.	Saber reconhecer quando e onde a cidade e o modo de vida pertinente a cidade começa ou termina e se posicionar face a estes limites.	Visitar ou não os familiares e amigos. Portanto a interação social com diferentes grupos sociais e diferentes espaços urbanos.
A noção de cidade equivale a cidade cimento. Onde é “cidade, não é “bairro suburbano”; e o “bairro” é espaço de experiências exóticas, não próprias da cidade.	Criar categorias de espaços e práticas sociais que identifiquem as pessoas segundo o espaço de pertença e as suas práticas sociais.	
O estilo de vida da cidade propriamente dita consiste em práticas como dormir na cama, ter acesso a corrente eléctrica, água quente para tomar banho, não brincar com areia e nem trepar árvores.		

Fonte: Entrevistas biográficas (2016).

Entretanto, a percepção de que a cidade é um espaço de contrastes sociais, económicos e espaciais, não é somente articulada no sentido de diferenças de práticas sociais que são específicas para um contexto urbano ou um grupo de pessoas num dado contexto urbano. O excerto a seguir ilustra outras dimensões importantes desses contrastes urbanos, particularmente a dimensão económica.

Respondent#1_M_38_Unidade 7: Maputo já está mal. Maputo virou uma cidade comercial. Vai ser uma cidade muito cara. Vai afugentar muita gente e só vai ficar lá os que tem dinheiro. O nível da vida não é fácil. Até para os que vem de fora sentem. Isto é mais caro que a Europa. Parece uma Noruega. Eu acho que Maputo perdeu (...) é assim eu conheci Maputo de outra maneira, onde havia muitos amigos, muita malta, sabes aquela toda história onde o pessoal ficava num sítio e conversava e depois num sítio criar ideais, hoje em dia ninguém está lá. Essas esquinas onde a gente se encontrava ninguém está lá. As esquinas que existem, até quando tu chegas lá parece que só tens que ir embora estás a entender, não sei se estou a falar bem...depois de 4 minutos, digo: não, isto aqui não tem nada a ver comigo. Então nesse ponto de vista para mim, Maputo já não me convence. Até prefiro mil vezes os bairros suburbanos, onde podes falar com tua vizinha, onde podes pedir açúcar, podes não sei quê...

O respondente começa por identificar claramente que o factor que distingue a cidade dos bairros suburbanos é o económico. Para ele, fica na cidade quem tem dinheiro porque o nível de vida é elevado. É interessante notar que os bairros suburbanos de que ele posteriormente fala como seu local preferencial são administrativamente parte da cidade de Maputo. Contudo, este trecho sugere que no imaginário popular tal definição administrativa não é relevante. A cidade e os bairros suburbanos são tidos como duas entidades distintas espacialmente, socialmente e economicamente.

A Tabela 6.2 sintetiza como o respondente articula a questão das disparidades económicas na cidade de Maputo e se posiciona em relação a estas desigualdades. No seu entender, a cidade pertence a um determinado grupo de indivíduos: os que têm dinheiro. Para os que não têm dinheiro, resta a possibilidade de afastar-se da cidade. Todavia, afastar-se da cidade não significa sair da cidade como território, mas sair da cidade como espaço social, portanto do “cimento” (um espaço urbano) para o “subúrbio” (outro espaço urbano).

Tabela 6.2: Desigualdades económicas em Maputo

Crença(s)	Desejo(s)	Oportunidade(s)
Os bairros suburbanos são melhores lugares para os que têm menos dinheiro.	Identificar-se com o espaço de pertença e com as suas práticas.	Visitar outros bairros suburbanos e não a cidade. Afastar-se da cidade.
A cidade foi no passado um local agradável, hoje só é para quem tem muito dinheiro.		

Fonte: Entrevistas biográficas (2016).

Ao comparar o nível de vida na “cidade” com a Europa ou Noruega o respondente enfatiza a dimensão económica e mostra como esta acaba sendo um factor de repulsão para os que têm meios financeiros limitados. Todavia, o respondente admite que nem sempre terá sido este o caso e explica que a situação terá sido diferente no passado. Ele descreve como os lugares que eram pontos de encontros com amigos estão hoje vazios, mas depois realça que não estão, necessariamente vazios, porém a atmosfera nesses lugares é desconfortável para o respondente e, portanto, vazio de significados e significantes para ele.

Disparidades do comportamento reprodutivo urbano

Comparando as taxas de fecundidade dos distritos urbanos, segundo o censo de 2007, constata-se que, entre os 7 distritos da cidade de Maputo, o distrito de Kampfumo, descrito como “a cidade” apresenta a fecundidade mais baixa, estimada em 2,1 filhos por mulher, enquanto nos restantes distritos, portanto “nos subúrbios” a fecundidade é alta, por volta de 3,5 filhos por mulher.

Esta hipótese de dualismo no comportamento reprodutivo encontra respaldo nas entrevistas biográficas realizadas na cidade de Maputo. Contudo, embora se constate que as disparidades sócio-espaciais intraurbanas tendem a ser mais complexas com a emergência de novos espaços urbanizados fora do perímetro da “cidade cimento”, os indivíduos entrevistados usam as categorias “a cidade” e “bairros suburbanos” como relevantes para expressar a sua percepção sobre as disparidades sociais, espaciais e económicas, hierarquia sócio-espacial e mesmo o comportamento reprodutivo, conforme o trecho que se segue:

Respondente #10_F_39_Central B: Estás a ver eu sou a menina que cresceu na cidade. A menina que cresceu na cidade, (...) lá não porque não saíam, até saíam, mas o pensamento é outro, mas porque eu estava na cidade e era menina da cidade saía mais...estou a trazer outros aspectos...

Entrevistador: Podes explicar o que queres dizer com menina que cresceu na cidade?

Respondente #10_F_39_Central B: Pois, a coisa da menina da cidade. Hoje eu consigo entender isso. O meu pensamento de hoje. Não estou a dizer que aquelas não (...) não estou a me achar que eu sou a tal, mas a maneira como eu via as coisas e também o facto de ter viajado e sair da cidade, ser aquela que via as coisas... como viviam no campo... ou no Jardim ou no Luís Cabral ou Zona Verde, não é a mesma maneira como eu via as coisas na cidade. Aquilo é outra coisa e se fores a ver, lá as outras...hoje por exemplo eu tenho dois filhos de 7 e 2 anos. Eu tive bebe agora. E aquelas lá agora talvez já tem uma criança que já tem 15 anos. É diferente.

O que está descrito neste trecho é importante se se quiser explicar em que consiste ser da cidade e se reproduzir na cidade de Maputo. Mais uma vez é importante insistir que administrativamente os lugares que a respondente identifica como não cidade, nomeadamente os bairros do Jardim e Luís Cabral fazem parte, administrativamente da cidade de Maputo, excepto Zona verde que pertence a cidade da Matola.” A referência “lá” onde as outras meninas, que não são da cidade moram, substitui os “subúrbios” que são descritos pela respondente como lugares onde se pensa de maneira diferente do pensamento da “cidade”. Ao descrever-se como mãe tardia a respondente não deixa de estabelecer uma comparação directa com aquelas de “lá” que já têm filhos de 15 anos. A crença de que há uma separação da esfera social e espacial, que determina onde as pessoas pertencem e como elas pensam e agem é importante. Tais crenças e o desejo de ser identificado como pertencente a cidade e com hábitos da cidade é materializado pela oportunidade de escolher ter uma família relativamente menor e reproduzir-se mais tarde (vide Tabela 6.3).

O excerto seguinte é relevante para enfatizar o contraste entre o comportamento reprodutivo considerado “da cidade” e o comportamento do “bairro”. Neste caso a distinção, tem um sentido cultural e moral.

Respondent#6_M_41_Chamamculo C: Para nós só basta nascer e amamentar até ao primeiro ensino. Então acho que estou a levar um exemplo dos europeus ou dos americanos que são filhos até aos 16 anos. Depois disso eles já não são filhos. Porque depois disso, eles já têm autonomia de levar os filhos para qualquer ponto até que sejam maduros. Estamos aqui em África, as coisas ficam diferentes.

Logo muito cedo temos que “matutar” a cabeça delas, quer dizer não só se limitar a estudar, mas criar condições delas descobrirem as coisas do bem ou mal. Então, essa é a tarefa de um pai ou de uma mãe.

Tabela 6.3: Comportamento reprodutivo na cidade e bairros suburbanos

Crença(s)	Desejo(s)	Oportunidade(s)
As pessoas da cidade comportam-se de maneira diferente das pessoas nos bairros suburbanos.	Ser identificado como pessoa da cidade, ou que cresceu na cidade ou que tem hábitos da cidade.	Ter poucos filhos e ter filhos tardiamente.
O comportamento reprodutivo das mulheres na cidade difere do comportamento reprodutivo das mulheres nos bairros suburbanos.	Ser da cidade (ou ser do bairro suburbano)	
Há uma separação das esferas sociais e espaciais entre a cidade e os bairros suburbanos.	é uma categoria conceptual importante na distinção social e no posicionamento social.	

Fonte: Entrevistas biográficas (2016).

O respondente é pai de 6 filhos. O primeiro aspecto que merece a atenção é o uso da expressão “nós”. Portanto, este discurso pretende enfatizar que o respondente quer dar a entender que o facto de o mais importante ser “nascer” e “amamentar” até ao primeiro ensino, o que ele explicou como completar o ensino primário, é uma prática cultural, portanto socialmente aceite no contexto em que vive. Contudo, outro aspecto marcante é a afirmação “estamos aqui em África, as coisas ficam diferentes”. A referência colectiva sobre “nós” aqui em Africa somos e fazemos coisas de maneira diferente sugere que para este respondente ter uma família relativamente numerosa e somente se preocupar com a educação e cuidado dos filhos até ao nível primário é o seu papel como pai, e tal não constitui um equívoco. Pelo contrário, está em consonância com o contexto social, portanto é uma prática autêntica e moralmente tolerável no seu contexto.

A Tabela 6.4 sumariza as crenças, desejos e oportunidades que se identificam no trecho em análise. Este respondente, acredita que no contexto africano, ter uma família numerosa é desejável e aceitável. A sua articulação em relação as responsabilidades parentais são nesse sentido uma indicação de que ele se posiciona em relação ao comportamento reprodutivo, como africano autêntico.

Entretanto, se se tiver em conta o que é defendido por Mace (2008), no contexto da demografia evolutiva tem-se um contraste interessante. Mace (2008) sustenta que nas cidades, os pais procuram maximizar o sucesso reprodutivo garantindo que os seus descendentes tenham maior possibilidade de ascensão social. Para tal, limitam os nascimentos de modo a investir da melhor maneira possível na educação de poucos filhos. Entretanto, as crenças, as práticas e comportamento reprodutivo do respondente em análise, que vive na cidade de Maputo, contrapõe-se a esse raciocínio da demografia evolutiva.

Tabela 6.4: Comportamento reprodutivo Africano/dos bairros suburbanos

Crença(s)	Desejo(s)	Oportunidade(s)
O papel dos progenitores em África é diferente do papel dos progenitores em outros contextos.	Criar os filhos de acordo com o contexto Africano.	
As responsabilidades dos progenitores são claras: reproduzir e cuidar dos filhos por um período limitado, isto é, a primeira infância.	Ser autêntico no que toca aos valores culturais locais. Ser fonte de autoridade moral.	Ter uma família numerosa.
Os progenitores são guias morais dos filhos.		

Fonte: Entrevistas biográficas (2016).

Outrossim, o contraste entre este respondente e o anterior é nítido. A respondente no trecho anterior fez referência ao modo de pensar diferente entre ela a menina da “cidade” e as meninas dos “bairros suburbanos” o que na opinião da respondente conduzia a que nos subúrbios as meninas tivessem filhos mais cedo. Portanto o dualismo como categoria analítica que explica as desigualdades na cidade de Maputo, no que concerne a distinção entre cidade e subúrbio é válida para explicar as disparidades no comportamento reprodutivo em Maputo.

Disparidades reprodutivas e tipologias reprodutivas urbanas

Com base na análise das entrevistas biográficas, constatou-se que as crenças na distinção entre cidade e bairros suburbanos e o desejo de se identificar com práticas específicas associadas a cada espaço são fatores determinantes no comportamento reprodutivo urbano. O mecanismo que melhor explica este fenómeno é o “*rational imitation*” que tem lugar quando “*one actor’s action*

influences the beliefs and subsequent actions of others” (Hedström, 2005:78). Portanto, como forma de distinção social, os indivíduos que pertencem ao mesmo meio urbano tendem a adotar práticas sociais semelhantes, que os distinguem dos outros que não pertencem ou são percebidos como não pertencentes ao tal meio social. A questão essencial é quais são os indivíduos que adotam em primeiro lugar práticas sociais inovadoras, especialmente no que concerne ao comportamento reprodutivo que depois passam a ser “copiadas”?

No modelo de “*diffusion theory*” proposto por Rosero-Bixby e Casterline (1993), a difusão de ideias e práticas relativas ao controlo da natalidade ocorre dos indivíduos no topo da hierarquia social para os indivíduos abaixo. A esse respeito, Notestein citado por Rosero-Bixby e Casterline (1993:148) afirmou que no processo de transição demográfica “*birth restriction started in the urban upper classes and gradually moved down the social scale and out to the countryside*”.

O que se constatou nas respostas dos entrevistados confirma a noção de que há uma percepção de que “na cidade” existe uma forma de ser e de agir que é diferente e, sobretudo, socialmente superior em relação aos “subúrbios”. O que é relevante nesse caso é que a informação e a adoção de práticas sociais comuns tende a ser mais eficiente entre indivíduos que pertencem a mesma hierarquia ou estrato social, tal como sugerido por Kertzer (1995) no estudo sobre a transição demográfica no norte da Itália; e por Agadjanian (2001), em termos de mulheres pertencentes aos mesmos grupos religiosos na cidade de Maputo.

Portanto, em termos de tipologia de comportamento reprodutivo, o estudo defende que Maputo apresenta dois tipos distintos. O comportamento reprodutivo da cidade e o comportamento reprodutivo suburbano. Por sua vez, estes dois tipos são caracterizados por variações significativas segundo crenças, desejos e oportunidades que variam de indivíduo para indivíduo. Por exemplo, encontra-se entre os entrevistados “da cidade” uma respondente, que segundo as suas palavras, é “mãe adoptiva” dos filhos de suas amigas. Embora não tenha nenhum impedimento fisiológico ou social, ela não pretende ter filhos próprios pois estes dão muito trabalho. O argumento dela é o seguinte:

Respondente#7_M_41_Central B: Ser mãe adoptiva influência a minha vida no sentido que me fez mais claro que eu não preciso de filhos biológicos. Eu sempre tive muita certeza que eu não queria filhos. E não queria filhos porque eu acho que eu sou alguém que não tem paciência suficiente nem disponibilidade para ter uma criança 24 horas por dia (...). Gosto de brincar com elas de cuidar delas,

mas tenho meu limite. 24 horas não vai dar certo. Eu acho que 24 horas só ia funcionar para mim se eu tomasse a decisão. Porque é uma decisão que tu tens que tomar. Não pode ser a propósito. É muito trabalho e um trabalho que não me interessa.

Este trecho confirma que dentro do comportamento reprodutivo da cidade há variações que incluem não ter filhos. E tal é baseado na crença individual, neste caso, de que ter filhos biológicos não é uma obrigação e nem representa a satisfação de uma necessidade quer biológica quer social. A crença de que os filhos requerem atenção 24 horas por dia e o desejo de não estar 24 horas tomando conta de criança compelem esta respondente a tomar a decisão de não ter filhos próprios.

Em contrapartida, no caso dos bairros suburbanos, encontra-se outra situação. Neste caso, trata-se de uma respondente que estava casada há pelo menos 2 anos na altura da entrevista. Ela, moradora do bairro *Gauachene* no distrito municipal da Katembe, desejava desesperadamente ter filhos, mas por razões pessoais, que preferiu não mencionar, não conseguia os ter. O trecho seguinte é ilustrativo dessa situação.

Respondente#3_F_37_Guachene: Mas neste momento hoje, a felicidade para mim seria se eu conseguisse ter um filho. Isso tem...acho que é aquilo que eu estou a dizer. Acho que felicidade mesmo tem fases. Para minha fase hoje seria isso, não seria ter mais dinheiro, não que não gostasse de ter, mas seria conseguir conceber e ter um filho. Isso para mim seria um momento melhor até do que conseguir comprar uma casa que é uma das coisas que eu também quero. São essas duas coisas. Mas mesmo entre essas duas coisas se eu pudesse escolher eu escolheria engravidar e ter um filho. Neste momento para mim isso é o que seria felicidade.

A respondente considera que seria feliz se pudesse conseguir conceber e dar a luz. Tal a faria mais feliz que ganhar mais dinheiro ou mesmo comprar uma casa. Se no caso da respondente “da cidade” ela não tem paciência para tomar conta de um bebé 24 horas e, portanto, optou por não ter filhos, no caso da respondente da Katembe ela não menciona este aspecto como impedimento relevante. A felicidade dela depende de conceber e dar a luz, contudo apesar de crença que os filhos trazem felicidade e do desejo de conceber e dar a luz a oportunidade para tal ainda não teve lugar. Portanto, o modelo analítico e teórico que enfatiza o papel das crenças e os desejos como motivos que compelem os actores sociais a agir consoante as oportunidades ao seu dispor parece também explicar que as oportunidades podem ser materializadas (não

ter filhos, mesmo sem nenhum impedimento para os ter) ou não (não ter filhos, mesmo quando se deseja).

Finalmente, não se pode ignorar o impacto das dinâmicas políticas, sociais e económicas recentes na cidade de Maputo, que terão contribuído para o aparecimento de espaços urbanizados fora do perímetro da cidade cimento. Indubitavelmente este fenómeno levou a fragmentação do tecido espacial urbano. Contudo, esta fragmentação espacial, não alterou a estrutura social, económica desigual da cidade de Maputo. Os novos bairros luxuosos, mantem relações sociais, espaciais e económicas desiguais aos dos subúrbios. Em outras palavras, embora a distância geográfica entre os emergentes bairros luxuosos e os subúrbios tenha reduzido, a distância social entre os subúrbios e a cidade não reduziu. O comportamento reprodutivo dos indivíduos nesses bairros luxuosos é similar ao comportamento reprodutivo “da cidade”. Portanto o aparecimento de novos espaços urbanizados fora do perímetro da cidade cimento apenas fragmentou espacialmente a cidade, mas não dissipou as desigualdades económicas e a distância social que produz e reproduz as disparidades reprodutivas.

Conclusão

A urbanização é sem dúvida um dos principais factores que influencia o comportamento reprodutivo humano. Em Moçambique, os dados estatísticos disponíveis revelam que nos espaços urbanos, especialmente na capital Maputo, a fecundidade é baixa e tem estado a declinar significativamente. Entretanto, as estatísticas também mostram que existem disparidades significativas da fecundidade na cidade de Maputo. Com base nos dados estatísticos e em entrevistas biográficas, neste trabalho analisou-se as disparidades do comportamento reprodutivo na cidade de Maputo, com vista a explicar as causas deste fenómeno.

Em primeiro lugar, constatou-se que há poucos estudos sobre as disparidades da fecundidade intraurbana não somente em Moçambique, mas também no continente africano. A maior parte dos estudos da fecundidade em África analisa as disparidades entre espaços urbanos, especialmente entre as cidades capitais e os espaços rurais, sobretudo empregando métodos estatísticos (Garene & Joseph, 2002; Shapiro & Tambashe, 1999; Shapiro 2008; Arnaldo, 2013). Para o caso de Moçambique, e especialmente Maputo, Agadjanian (1995a) e Mazive (1999) são exemplos desta tendência.

Em segundo lugar, com a análise das entrevistas biográficas verificou-se que os respondentes caracterizam a cidade de Maputo, como espaço constituído por duas entidades espaciais distintas, nomeadamente a “cidade” e os “subúrbios”. O que é relevante nesta caracterização é a associação que se faz entre os dois tipos de espaços urbanos e as práticas sociais. Há evidências de que prevalece uma crença relativamente consistente de que é possível distinguir claramente práticas sociais típicas do espaço “cidade” das práticas sociais típicas do espaço “bairros suburbanos”. Outrossim, os respondentes também acreditam que o modo de pensar das pessoas da “cidade” é diferente do modo de pensar das pessoas nos “bairros”. Estas constatações são consistentes com a tese da existência de dois espaços distintos na cidade de Maputo, nomeadamente a “cidade cimento” e os “subúrbios” (Araújo, 2003). Entretanto, o aparecimento, relativamente recente, de moradias modernas fora do perímetro do espaço considerado “cidade” sugere que as disparidades espaciais se tornaram mais complexas e o dualismo espacial tem estado a sofrer alterações que têm reconfigurado o tecido sócio-espacial urbano. Embora este fenómeno tenha contribuído para reduzir a distância espacial entre a cidade e o subúrbio, pois estes bairros luxuosos se implantam ao lado dos subúrbios a distância social, pelo contrário não parece ter reduzido.

Em terceiro lugar, na presente análise, demonstrou-se que o mecanismo social que explica as disparidades da fecundidade intraurbana é a imitação racional. Tal ocorre quando as ações de um indivíduo influenciam as crenças e as ações de outros indivíduos. Quando os respondentes associam o espaço e práticas sociais não dissociam estes espaços e práticas de hierarquias sociais. Os respondentes enfatizam que o espaço e as práticas sociais definem a posição social que o indivíduo ocupa na sociedade. O desejo de afirmar a pertença a um determinado espaço é uma afirmação da posição social, que se ocupa ou se pretende ocupar. Tal pode ser materializado seguindo as práticas, que são identificadas como típicas do espaço em que se pretende pertencer ou ser percebido como pertencente a ele. Portanto, as práticas reprodutivas da “cidade”, uma vez percebida como de um espaço hierarquicamente superior, constituem práticas percebidas como de um grupo social e hierarquicamente superior. Estas são transmitidas e reproduzidas como práticas específicas que identificam e permitem distinguir os membros de determinado grupo social de outros grupos sociais.

Finalmente, dado que a fragmentação espacial reproduziu a distância social entre “cidade” e “bairros” em Maputo é plausível que as disparidades no comportamento reprodutivo no interior da cidade de Maputo não se alterem substancialmente enquanto esta distância social prevalecer. Tal compromete o potencial da

cidade de Maputo e do país em geral em acelerar a transição demográfica com vista a materializar o dividendo demográfico. Portanto, é imperioso que políticas para reduzir os desequilíbrios sócio-espaciais na cidade de Maputo sejam implementadas de modo a reduzir as desigualdades sociais, bem como as disparidades no comportamento reprodutivo urbano. Embora o presente estudo tenha se centrado na análise das disparidades reprodutivas ao nível dos distritos urbanos, uma abordagem que analise esta problemática ao nível dos bairros é necessária para aprofundar o entendimento do fenómeno das disparidades da fecundidade intraurbana em Maputo. Também é pertinente que a nível de outras cidades Africanas este fenómeno das disparidades da fecundidade intraurbana seja analisado com vista a dar lugar a estudos comparativos que possam aprofundar o debate da relação entre urbanidade e fecundidade em África.

Bibliografia

- Agadjanian, V. (1995a). Fertility and society in Maputo Mozambique. <http://www.popline.org/node/304889>. Acesso 20.03.2015.
- Agadjanian, V. (1995b). Fertility Patterns and Urban Lifestyles: Maputo, Mozambique, 1990's. <http://www.africabib.org/rec.php?RID=W00064506>. Acesso 20.03.2015.
- Agadjanian, V. (1999). Mens talk: social interaction among men and reproductive changes in Maputo Mozambique. <http://www.popline.org/node/526939>. Acesso 20.03.2015.
- Agadjanian, V. (2001). "Religion, social milieu, and the contraceptive revolution". *Population Studies*. 55(2): 135–148. <http://doi.org/10.1080/00324720127691>.
- Araújo, M. G. M. (2003). "Os espaços urbanos em Moçambique". *GEOUSP—Espaço e Tempo*. (14): 165–182.
- Arnaldo, C. (2013). "Fecundidade em Moçambique nos últimos 50 anos: Alguma Mudança?" In C. Arnaldo & B.M. Cau (org.), *Dinâmicas da população e saúde em Moçambique*. Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde. pp. 37–60.
- Bloom, D. E., D. Canning, G. Fink, & J. Finlay (2007). "Realizing the demographic dividend: Is Africa any different". *Harvard Program on the Global Demography of Aging, Working Paper*. 23.2007.

- Bongaarts, J. (2015). “Modeling the fertility impact of the proximate determinants: Time for a tune-up”. *Demographic Research*. 33(1): 535–560. <http://doi.org/10.4054/DemRes.2015.33.19>.
- Bongaarts, J. (2017). “Africa’s Unique Fertility Transition”. *Population and Development Review*. 43(S1):39-58.
- Bongaarts, J. & G. Feeney (1998). “On the Quantum and Tempo of Fertility”. *Population and Development Review*. 24(2): 271-291. <http://doi.org/10.2307/2807974>.
- Cohen, B. (2006). “Urbanization in developing countries: Current trends, future projections, and key challenges for sustainability”. *Technology in Society*. 28(1-2):63-80. <http://doi.org/10.1016/j.techsoc.2005.10.005>.
- Costa, A. B. D. (2011). “Famílias de Maputo: processos de mobilidade e transformações urbanas”. *Revista Internacional em Língua Portuguesa–RILP*, 177-192. <https://journals.openedition.org/lusotopie/1498>. Acesso xx.xx.20xx.
- Francisco, A. (2011). “A Natureza Incipiente da Transição Demográfica em Moçambique”. *Revista de Estudos Demográficos*. 49(1): 5–35.
- Garenne, M. & V. Joseph (2002). “The Timing of the Fertility Transition in Sub-Saharan Africa”. *World Development*. 30(10): 1835–1843.
- Gonçalves, N. (2016). “The Urban Space of Mafalala: Origin, Evolution, and Characterization” *Journal of Lusophone Studies*. 1(1): 125-138.
- Greenhalgh, S. (1996). “The social construction of population science: An intellectual, institutional, and political history of twentieth-century demography”. *Comparative Studies in Society and History*. 38: 26–66.
- Gurmu, E. & R. Mace (2008). “Fertility decline driven by poverty: the case of Addis Ababa, Ethiopia”. *Journal of Biosocial Science*. 40(3):339-358. http://journals.cambridge.org/abstract_S002193200700260X
- Graça, J. & F. Ribeiro (2015). *Ethnography of a divided city* a film by João Graça and Fábio Ribeiro. ANIMA production. <http://anima.co.mz/portfolios/maputo-etnografia-de-uma-cidade-dividida/>. Acesso 07.07.2017.
- Jorge, S. & V. Melo (2014). “Processos e Dinâmicas de Intervenção no Espaço Peri-urbano: O caso de Maputo”. *Cadernos de estudos Africanos*. (27): 55-77.

- Haferburg, C & E. Rothfuss (2017). Relational Urbanity-Perspectives on global urban society beyond universalism and localism. (unpublished paper)
- Hedström, P. (2005). *Dissecting the social: On the principles of analytical sociology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hedström, P. & R. Swedberg (1998). *Social mechanisms: An analytical approach to social theory*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hopf, C. (2004). "Qualitative interviews: An overview". In U. Flick *et al.* (eds.), *A companion to qualitative Research*. London: SAGE Publications Ltd. pp. 203-208.
- Instituto Nacional de Estatística (1999). Resultados Definitivos do II Recenseamento Geral da População e Habitação. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Jenkins, P. (2013). *Urbanization, urbanism, and urbanity in an African city: home spaces and house cultures*. XXXXX: Palgrave Macmillan.
- Jorge, S. & V. Melo (2014). "Processos e Dinâmicas de Intervenção no Espaço Peri-urbano: O caso de Maputo". *Cadernos de estudos Africanos*. (27): 55-77.
- Kertzer, D. (1995). Political-economic and cultural explanations of demographic behavior. New York New York Cambridge University Press 1995. <https://www.popline.org/node/301676>. Acesso. XX.XX.20XX.
- Kirk, D. (1996). "Demographic transition theory". *Population Studies*. 50(3): 361-387.
- Knodel, J., N. Havanon, & A. Pramualratana (1984). "Fertility transition in Thailand: A qualitative analysis". *Population and Development*. 10(2):297-328. <http://www.jstor.org/stable/1973084>.
- Lee, R. & A. Mason (2006). "What is the demographic dividend?" *Finance and Development*. 43(3): 16.
- Lesthaeghe, R. (2014). *The fertility transition in sub-Saharan Africa into the 21st century*. Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Mace, R. (2008). "Reproducing in cities". *Science*. 319(5864):764-766. doi: 10.1126/science.1153960.
- Mason, K. O. (1997). "Explaining fertility transitions". *Demography*. 34(4): 443-454.

- Mazive, E. S (1999). “Fecundidade diferencial intraurbana. O caso de Maputo Cidade”. Tese post graduação, Universidade do Chile.
- Mbacke, C. (1994). “Family Planning Programs and Fertility Transition in sub-Saharan Africa”. *Population and Development Review*. 20(1): 188–193. <http://www.jstor.org/stable/2137637>
- Melo, V. (2013). “Urbanismo português na cidade de Maputo: passado, presente e futuro “. *Revista Brasileira de Gestão Urbana*. 5(1): 71-88.
- MISAU (Ministério da Saúde), INE (Instituto Nacional de Estatística), & ICFI (ICF International) (2013). *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.
- Pililão, F. (1989) Moçambique, Evolução da Toponímia e Divisão Territorial 1974-1987. Maputo
- Rosero-Bixby, L. & J.B. Casterline (1993). “Modelling diffusion effects in fertility transition”. *Population Studies*. 47(1): 147–167.
- Ross, J. (2004). Understanding the demographic dividend. *Policy Projekt*. [Online], 8. [endereço da internet].Acesso XX.XX.20XX.
- United Nations Economic Commission for Africa. (2013). *Addis Ababa Declaration on Population and Development in Africa beyond 2014*. Addis Ababa. Retrieved from http://www.unfpa.org/sites/default/files/resourcepdf/addis_declaration_english_final_e1351225_1.pdf https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/addis_declaration_english_final_e1351225_1.pdf. Acesso 06.09.2017.
- Shapiro, D. & O. Tambashe (1999). *Fertility transition in urban and rural areas of sub-Saharan Africa*. Population Research Institute, Pennsylvania State University.
- Shapiro, D., & T. Gebreselassie (2008). “Fertility transition in sub-Saharan Africa: falling and stalling”. *African Population Studies*. 23(1): 3-23.
- Strulik, H. & S. Vollmer (2010). “The Fertility Transition Around the World-1950-2005”. In *Proceedings of the German Development Economics Conference, Hannover 2010*. Verein für Socialpolitik, Research Committee Development Economics.
- Weeks, J. R., A. Getis, A.G. Hill, M.S. Gadalla, & T. Rashed (2004). “The Fertility Transition in Egypt: Intraurban Patterns in Cairo”. *Annals of the Association of American Geographers*. 94(1): 74–93.

Capítulo 7

“PLANEAMENTO FAMILIAR É ASSUNTO DE MULHERES, PORQUE ELAS É QUE TÊM ÚTERO (...), MAS TAMBÉM É ASSUNTO DOS HOMENS, PORQUE ELES É QUE DECIDEM...”

Vânia Pedro

Esmeralda Mariano

Introdução

O título que atribuímos a este capítulo é parte das narrativas dos entrevistados em duas pesquisas antropológicas realizadas no período entre 2008 e 2013. Uma tinha como objectivo explorar as representações sociais e experiências dos homens sobre o Planeamento Familiar (PF), e outra tinha como objectivo compreender as experiências da incapacidade reprodutiva de mulheres e homens, bem como os seus itinerários terapêuticos entre vários sistemas médicos no sul de Moçambique. Ambas as pesquisas foram realizadas no sul de Moçambique, nas províncias de Maputo (distrito de Magude) e de Gaza (localidade de Macarretane, distrito de Chòkwé, e cidade de Xai-Xai) e na cidade de Maputo (bairro da Mafalala).

Decidimos apresentar alguns dos resultados destas pesquisas porque ambas se relacionam com o PF e dizem respeito ao envolvimento do homem nas escolhas e decisões sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva. Assim, apresentamos ideias compartilhadas entre homens e mulheres participantes nas duas pesquisas já mencionadas.

A nossa intenção ao escolhermos o título deste capítulo é questionar a “concepção geral da vida” que está compreendida nas ideias dominantes sobre o corpo da mulher e sobre as escolhas reprodutivas (Martin, 2006).

O Planeamento Familiar inscreve-se num conjunto de direitos sexuais e reprodutivos da mulher, do homem e da jovem rapariga ou rapaz, independentemente da sua condição social e económica. No entanto, a decisão individual para usufruir desses direitos e dos serviços (quando disponíveis), sobretudo em países em desenvolvimento, constitui ainda um grande desafio para os governos, no geral, e para o sector de saúde, em particular. Deste modo, os direitos humanos (sexuais e reprodutivos) constituem um campo discursivo imerso em conflitos de interpretações e de acções.

É importante reflectir em torno do número de mulheres que têm uma necessidade não atendida de contracepção moderna em todo o mundo. De acordo com a ONU (2017:5), desde 1970, houve um aumento substancial no uso de contraceptivos, tendo a sua prevalência quase duplicado, de 35%, em 1970, para 63%, em 2017, com a maior parte desse aumento ocorrendo antes de 2000. Da mesma forma, na Ásia, na América Latina e no Caribe, a maioria das mudanças ocorreu de 1970 a 2000. Na Ásia, a prevalência de utilização de contraceptivos aumentou de 27%, em 1970, para 65%, em 2000, enquanto na América Latina e no Caribe passou de 35%, em 1970, para 70%, em 2000. Depois do ano 2000, o aumento desacelerou. Em 2017, a percentagem de mulheres casadas ou em união que usaram qualquer método contraceptivo na Ásia foi de 66%, e de 75% na América Latina e no Caribe. As mudanças foram mais graduais em África, onde a prevalência contraceptiva aumentou de 8%, em 1970, para 25%, em 2000, tendo atingido 36% em 2017.

Na Europa e na América do Norte, já em 1970, cerca de 65% das mulheres usavam contraceptivos. A prevalência contraceptiva atingiu gradualmente 70%, na Europa, e 74 %, na América do Norte, em 2017. Na Oceania, a prevalência contraceptiva aumentou até 1986 e diminuiu até 2008, altura em que começou a aumentar novamente. Essas tendências provavelmente serão influenciadas por diferentes padrões de crescimento populacional na região.

Enquanto a Austrália e a Nova Zelândia já apresentavam em 1970 níveis de prevalência contraceptiva semelhantes às da Europa e da América do Norte, o peso da população dos países da Melanésia, Micronésia e Polinésia, com menores níveis de prevalência contraceptiva, tornaram-se mais proeminentes na média da Oceania ao longo do tempo (*idem*: 5-6).

Segundo Wang *et al.* (2017), entre as três sub-regiões da África Subsaariana, as mulheres casadas na África Oriental e Austral têm a maior prevalência contraceptiva, com 60% ou mais. A tendência crescente na prevalência de contraceptivos entre mulheres casadas também é encontrada em todos os países da África Austral, excepto em Moçambique, onde diminuiu de 21%, em 2003, para 14%, em 2011.

De acordo com a ONU (2017:5), os contraceptivos são usados pela maioria das mulheres casadas ou em união em quase todas as regiões do mundo. Em todo o mundo, em 2017, 63% das mulheres casadas em idade reprodutiva ou em união usavam alguma forma de contracepção, incluindo qualquer método moderno ou tradicional de contracepção. No entanto, na mesma altura, o uso de contraceptivos foi muito menor em África (36%) comparativamente às outras grandes regiões do mundo (de 58%, na Oceania, a cerca de 75%, na América do Norte e na América Latina e Caribe).

Entretanto, pelo menos uma em cada dez mulheres casadas ou em união na maioria das regiões do mundo tem uma necessidade não satisfeita de Planeamento Familiar, isto é, quer parar ou atrasar a gravidez, mas não está a usar nenhum método de contracepção para prevenir a gravidez (*idem*: 8).

Num contexto mais específico, de acordo com o Population Reference Bureau (2014), Moçambique possui uma taxa contraceptiva total de 12%, que é a terceira mais baixa da África Oriental, depois do Sudão do Sul, com 4%, e da Eritreia, com 8%. As Ilhas Maurícias, em contrapartida, apresentam a maior taxa contraceptiva da região, na ordem dos 76%, seguidas pelas Ilhas Reunião, com 67%, pelo Zimbabwe, com 59%, pelo Ruanda, com 52%, pelo Quênia, com 46%, e pela Tanzânia, com 34%.

A Política Nacional de Planeamento Familiar em Moçambique tem como objectivo primordial melhorar as condições de saúde da mulher. Em Moçambique, cerca de 11 mulheres morrem por dia, e cerca de 3.840 por ano, devido a complicações relacionadas com a gravidez e o parto (MISAU, 2009). Slogans e palavras de exortação, tais como “planificar a gravidez pode salvar vidas”, “filhos sim, mas programados”, têm ocupado

espaço nos principais jornais moçambicanos¹, procurando “desmistificar os tabus” existentes.

Apesar de os programas de saúde na área do PF terem como meta a redução do tamanho da família, a taxa de fecundidade no país é de 5,9 crianças, com 6,6 nas zonas rurais e uma média de 4,5 nas zonas urbanas. Aproximadamente 80% das mulheres casadas têm algum conhecimento sobre contracepção moderna, mas apenas 12% usa os serviços (MISAU *et al.*, 2013).

Os Inquéritos Demográficos de Saúde raramente aprofundam o que acontece por detrás dos números e apresentam a fertilidade como um valor social fundamental para as mulheres e homens em idade reprodutiva, sem explorar as motivações em torno da “resistência” dos indivíduos a aderir ao PF (Mariano, 2014).

A alta taxa de fecundidade pode significar uma contradição entre os discursos que advogam o PF e as práticas contraceptivas dos indivíduos, na medida em que no seu quotidiano, estes agem com base em desejos individuais, muitas das vezes inscritos em contextos socioculturais específicos que moldam as suas percepções em torno da fecundidade (Boerma & Mgalla, 2001; Scheper-Hughes, 2007; Lock & Nguyen, 2010).

O governo moçambicano tem estado a aderir e a ratificar vários instrumentos internacionais tendentes a assegurar que as mulheres gozem na plenitude dos seus direitos sexuais e reprodutivos. De entre esses instrumentos, salientam-se os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, que, no seu quarto e quinto objectivos, supostamente permitirão às mulheres adiar, espaçar e limitar as gravidezes e reduzir a mortalidade e morbilidade materna e perinatal (OMS, 2005; MISAU, 2010).

Recentemente, o Ministério da Saúde (MISAU) reafirmou o seu compromisso assumido em 2012 na Cimeira de Londres sobre o PF, em que o governo se comprometeu a explorar abordagens inovadoras e novas formas de parcerias intersectoriais para melhorar o acesso universal, com vista a aumentar a taxa contraceptiva².

A existência de barreiras estruturais no acesso à contracepção e as relações desiguais de poder e de género são moldadas por normas e valores culturais e sociais:

Muitos membros da comunidade estão apreensivos em relação ao uso de contraceptivos, porque acreditam que estes podem fazer mal às mulheres ou

¹ Veja-se, por exemplo, o Jornal Notícias de 24 de Março de 2017.

² Jornal Notícias, 24 de Março de 2017. Pág. 2.

as impedir de ter filhos no futuro. Os membros da comunidade acreditam que os métodos modernos de contracepção podem causar infertilidade, particularmente os de longa duração (Chilundo & Jacinto, 2014:131).

Chilundo e Jacinto (2014) referem ainda que há uma influência da família sobre as escolhas reprodutivas e controlo exercido sobre a mulher. Igualmente, mostram que a aceitação do uso de contraceptivos pelo parceiro foi a barreira mais mencionada por todas as entrevistadas na província de Inhambane, onde os seus parceiros emigram para a África do Sul para trabalhar. Segundo as mulheres, os homens temem que elas fiquem a ter relações extra-conjugais na sua ausência.

Um estudo realizado por Biza *et al.* (2017) nas províncias de Sofala e Nampula constatou que certos mitos inibem as pessoas de fazer uso dos serviços de PF e dos seus métodos. De entre esses mitos, salientam-se os seguintes: a ideia de que as mulheres, utilizando os contraceptivos, podem ficar inférteis, podem gerar crianças com deficiência e que, ao inserir objectos estranhos ao organismo, estes podem provocar o seu funcionamento anormal e criar lesões. Igualmente, algumas anomalias, como a falta de menstruação regular, são interpretadas como consequência do uso de contraceptivos, que também podem causar a retenção de “sangue sujo”³.

No entanto, pouco se questiona sobre a raiz do problema, nomeadamente o que se entende por planeamento, e qual é o sentido que lhe é atribuído pelos homens e mulheres. O conceito de PF fundamenta-se em pressupostos ocidentais distanciados da cosmovisão local e tem apenas sido analisado sob o ponto de vista biomédico, perdendo-se de vista que ele se enquadra dentro de um contexto sociocultural mais amplo ligado às histórias de vida e às formas de sobrevivência quotidianas.

O Ministério da Saúde identificou como um dos desafios mais significativos na melhoria do acesso ao PF proporcionar uma gama de métodos e manter um fornecimento consistente de produtos de saúde reprodutiva em todas as unidades de saúde (MISAU, 2010). O modelo legitimado pelo sector de saúde considera apenas o uso exclusivo de contraceptivos modernos, que determina um período de pelos menos 2 anos de espaçamento entre os

³ A expressão “sangue sujo” tem a ver com a ideia de que o uso de contraceptivos provoca um funcionamento anómalo do organismo e desregula a menstruação. Para algumas mulheres inquiridas na pesquisa de Biza *et al.* (2017), certos métodos contraceptivos provocam ou interferem no ciclo menstrual normal e, por consequência, provocam a retenção da sujidade que deveria ser expelida durante a menstruação, uma vez que esta é encarada como um processo de purificação e renovação do organismo feminino.

nascimentos dos filhos, limita o número de filhos e previne as gravidezes indesejadas (Pedro, 2013; Mariano, 2014; Capurchande, 2016).

A dimensão temporal, os conceitos de “número de filhos” e de “espaçamento” entre os nascimentos dos filhos devem ser analisados de forma contextual e percebidos à luz das perspectivas subjectiva e construcionista. Ou seja, importa perceber, por um lado, como é que cada indivíduo ou grupo social percebe, vivencia e experimenta o PF e, por outro, como é que é construída a ideia e o significado associado ao PF, assim como as matérias a ele inerentes. Outrossim, importa entender qual é o significado atribuído aos filhos e à sua ausência.

Segundo Capurchande (2016), o PF é uma construção social e institucional produzida através de interacções simbólicas. O PF, na sua visão, não é apenas uma construção social, mas constitui-se de discursos e práticas. Nesse sentido, e seguindo o posicionamento de Capurchande, é importante entender de que modo os papéis de género e as expectativas a eles associados são construídos em cada sociedade ou contexto sociocultural. Igualmente, consideramos que um olhar meramente estatístico sobre o PF pode ser contraprodutivo, porque a Saúde Sexual e Reprodutiva deve ser vista em diferentes níveis e em conjugação com as práticas, as acções quotidianas das pessoas e as normas de género vigentes num dado contexto sociocultural.

Por exemplo, num estudo de índole quantitativa, Mboane e Bhatta (2015) analisaram a influência do parceiro ou marido na adesão ao uso de contraceptivos e concluíram que o parceiro exerce significativo poder sobre essa decisão. Estes resultados mostram uma necessidade de se estudar a fundo o envolvimento masculino no PF. Mostram também que, apesar de se reconhecer a relevância da abordagem quantitativa, estes estudos apresentam limitações na compreensão e resposta a questões sobre o como e o porquê de o poder de tomada de decisão sobre saúde ser exercido pelo homem. As limitações estendem-se ainda à compreensão sobre quais são as motivações, vontades, aspirações e intenções dos homens em relação à reprodução, fecundidade e paternidade.

Na tentativa de responder a estas questões, Capurchande (2016) explorou no seu estudo o envolvimento do homem no PF. A autora refere que os homens inquiridos referiram que quando acompanham as parceiras ao centro de saúde são rotulados como homens dominados pelas suas mulheres. Outros homens referiram que o PF é assunto das mulheres e que é melhor deixá-las ir sozinhas, porque no gabinete de atendimento no centro de saúde, não há espaço para eles.

Com o objectivo de responder a essas e mais questões relacionadas, procuramos analisar o ponto de vista dos próprios homens em relação ao PF para compreender os seus receios, dúvidas, ansiedades, necessidades e expectativas. O objectivo é identificar serviços apropriados e desenvolver estratégias consentidas e informadas de contracepção, em que os homens sejam actores activos, engajados e com comportamentos e atitudes saudáveis para si, para as parceiras e para os filhos.

O campo das Ciências Sociais tem realçado a influência que as normas de género têm na construção e disseminação de ideologias masculinas relacionadas com a sexualidade e reprodução, incluindo os valores da paternidade. Nesse sentido, os objectivos deste capítulo são, por um lado, compreender o papel que a(s) masculinidade(s) joga(m) nas questões de PF e, por outro, contribuir para a materialização do objectivo primeiro deste livro, que é apresentar uma análise da dinâmica da população e saúde em Moçambique com foco no PF, a ser usada no desenho de programas e políticas nacionais de desenvolvimento.

Enquadramento teórico e conceptual

Ao longo deste capítulo salientamos os valores, as expectativas e os significados diferenciados em relação ao PF, o lugar das normas de género e as formas de regulação das práticas reprodutivas. Para o propósito deste capítulo, propusemo-nos a analisar os conceitos de género, de masculinidade(s) e de Planeamento Familiar, os quais devem ser assumidos como complexos, dinâmicos, contextualizados e susceptíveis de críticas.

Identificar as percepções e experiências dos homens sobre o PF implica des-trinçar os conceitos de masculinidade(s) e de género, bem como a sua intersecção com outras variáveis, tais como classes sociais e geração, por forma a obter uma compreensão holística do envolvimento e participação masculinos na Saúde Sexual e Reprodutiva, no geral, e no Planeamento Familiar, em particular.

Apropriação do conceito de género para o envolvimento do homem

Utilizamos “género” como categoria analítica que nos permite perceber relações de poder e de desigualdade entre homens e mulheres. Seguimos a perspectiva de Earle e Letherby (2003), através da qual género designa, por um lado, as características sociais e culturais prescritas para homens e mulheres, mas, por

outro, identifica as características socialmente construídas que definem e relacionam homens a mulheres no seio de contextos específicos (Arregui, 2004). Esta definição tem como implicação a análise das relações de poder entre os indivíduos, sendo o “poder” a capacidade de levar alguém a fazer algo ou a comportar-se de certo modo, independentemente da sua vontade (Weber, 1922), e que condicionam ou influenciam certas normas e práticas sociais.

O termo “género” aqui proposto, em interface com a saúde, é sujeito a questionamentos. À semelhança do PF e de tantos outros sistemas de pensamento, “género” foi exportado para o hemisfério sul como um conceito, um instrumento analítico e uma iniciativa política” (Steady, 2005).

De acordo com Oyewumi (2006), muitos académicos, sobretudo africanos, têm criticado a importação e a aplicação de género como conceito universal, na medida em que pesquisadoras feministas utilizam género como o modelo explicativo para compreender a subordinação e opressão das mulheres em todo o mundo. Elas assumem tanto a categoria “mulher” quanto a sua subordinação como universais, mas consideram género como sendo, antes de tudo, uma categoria sociocultural (Oyewumi, 2006).

Olhar para género como categoria sociocultural pressupõe considerá-lo como algo que assume variadas formas e manifestações em variados contextos, pelo que não se pode generalizar as relações de género que ocorrem num contexto e aplicá-las “cegamente” num outro.

Ainda de acordo com Oyewumi, talvez a maior crítica feita à articulação entre feminismo e género é a que tem sido feita por académicos afro-americanos, que insistem que a ideia de género difundida universalmente reflecte as sociedades norte-americana e europeia.

Oyewumi afirma ainda que nos Estados Unidos da América não há como olhar para género fora do contexto de raça e classe. Esta posição, segundo a autora, levou à insistência nas diferenças entre as mulheres e à necessidade de teorizar múltiplas formas de opressão, particularmente sobre aquelas em que as desigualdades de raça, género e classe são evidentes. Fora dos Estados Unidos da América, as discussões centraram-se sobre a necessidade de atentar-se no imperialismo, na colonização e outras formas locais e globais de estratificação, que emprestam peso à afirmação de que o género não pode ser abstraído do contexto social e outros sistemas de hierarquia (Oyewumi, 2006).

Desta forma, seguimos a perspectiva de Oyewumi, que questiona a aplicação do conceito de género em contextos fora da Europa e da América do

Norte. Esta linha de pensamento critica o termo “género”, que tende a ser míope e ignora muitas diferenças, pelo facto de se restringir apenas às relações de poder masculino/feminino, homem/mulher e tornar invisíveis as diferenças de classe, etnicidade, sexualidade, entre outros. Deste modo, verificamos que há necessidade de prestar atenção ao cruzamento entre género, masculinidade(s) e outras variáveis, como classes sociais e geracionais, tal como sugere Crenshaw (1989, 1994).

Ao analisarmos, por exemplo, os dados do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2011, que corroboram os anteriores IDS, vemos que o uso de contraceptivos é muito maior nas áreas urbanas, sendo que 21% das mulheres urbanas usam algum contraceptivo moderno, comparado com 7% das mulheres rurais (MISAU *et al.*, 2013).

Os níveis mais altos do uso de contraceptivos registam-se na cidade e província de Maputo, com 35% e 33%, respectivamente. Os níveis mais baixos encontram-se nas províncias de Cabo Delgado (3%), Zambézia (5%) e Nampula (5%) (*idem*). A análise desses dados leva-nos a questionar o seguinte: o que é que eles sugerem? Que variáveis explicam essas diferenças?

Um estudo particularmente elucidativo relativamente às *nuances* existentes entre as relações de género e de poder é o de Groes-Green (2009), realizado na cidade de Maputo, o qual apresenta diferenças entre os jovens dos meios rural e urbano no tocante ao uso do preservativo. O uso do preservativo aumenta entre os jovens de classe média, por estes estarem expostos a programas de educação de pares. Importa também referir que as oportunidades dos rapazes frequentarem o ensino superior, ter emprego e uma futura carreira são factores motivadores significativos na sua decisão de evitar a gravidez precoce. Para estes jovens, a insistência no uso do preservativo relaciona-se com o interesse e plano que têm de concluir com sucessos os seus estudos antes de ter filhos e com a percepção de que as gestações precoces poderiam pôr em risco as suas ambições (Groes-Green, 2009).

Estes exemplos indicam que há diferenças nas percepções dos jovens sobre os seus destinos, escolhas e as carreiras (re)produtivas, que são determinadas por factores sociais e económicos. Por isso, a aplicação do conceito de género como categoria analítica deve ter em conta as especificidades de cada contexto, a complexidade das relações intersubjectivas e as assimetrias sociais e que o conceito muda ao longo do tempo, assumindo múltiplas interpretações e significados.

Conceito de masculinidade(s)

Connell (2001) considera que a masculinidade é fruto de uma construção social, e que os estudos sobre homens têm como foco os processos sociais de construção da masculinidade, relacionando-os com determinados contextos socioculturais. De acordo com a autora, as masculinidades não existem antes da observância do comportamento social, quer como estados corporais, quer como personalidades fixas. Mas, mais do que isso, as masculinidades ganham existência à medida que as pessoas agem e são materializadas todos os dias na conduta assumida na vida organizacional como padrões da prática social.

Connell e Messerschmidt (2005) mostram que a pesquisa social empírica foi uma grande fonte para o avanço dos estudos sobre a(s) masculinidade(s). Segundo Bento (2012), as etnografias que lidam com as masculinidades permitem concluir que a sua definição e o seu processo de constituição variam de sociedade para sociedade. O que é incentivado em certas sociedades pode ser repudiado noutras. Os estudos sobre os homens tentam demonstrar que a multiplicidade de masculinidades pode ocorrer no mesmo contexto social. Pode chegar-se a tal conclusão ao fazer-se um exame mais aproximado, com o foco de análise mais fechado e a partir do cruzamento da variável género com classes sociais, raça, etnia e geração (*idem*).

De acordo com Connell (2001), apesar da existência e coexistência de muitos tipos de masculinidade, há um tipo hegemónico que pode ser definido num contexto sociocultural particular. A masculinidade hegemónica pode ser entendida como uma posição cultural de autoridade e liderança, mas não de domínio total. Outras formas de masculinidade persistem em concomitância. Ela não precisa de ser a forma mais comum de masculinidade, porque tende a ser mais visível e pode estar relacionada com o papel do homem. A masculinidade hegemónica não deve ser vista apenas em relação a outras masculinidades, mas também em relação às relações de género no geral.

O conceito de masculinidade hegemónica emerge na década 90 do século XX e tem influência significativa no pensamento recente sobre homens, género e hierarquia social (Connell & Messerschmidt, 2005). Se, por exemplo, pensarmos no poder de decisão que os parceiros masculinos detêm sobre o corpo e a vida das mulheres, verificamos que este poder constitui a principal barreira para os cuidados e acesso aos serviços de saúde materna e, particularmente, ao parto institucional. Embora sem aprofundar os seus argumentos, Chilundo *et al.* (2013), argumentam que os parceiros masculinos preferem

o parto na comunidade por uma variedade de razões, incluindo tradições e normas culturais. Assim, dado o papel dos parceiros masculinos na tomada de decisões em torno da entrega institucional, é importante envolver os homens nos cuidados de saúde materno-infantil, para fornecerem apoio instrumental para o acesso a esses serviços (Chilundo *et al.*, 2013).

Conceito de Planeamento Familiar

O conceito de PF surgiu nos anos 30 do século XX, no âmbito do “controlo da natalidade” em voga na época. Este conceito pode ser definido como um controlo “individual” (em que as pessoas, a título individual, podem limitar ou estipular o número de filhos que desejam ter ou não ter) ou “controle nacional⁴” (Manuel, 2007).

Embora o PF tenha sido considerado como sinónimo de anticoncepção ou contracepção, ele ultrapassa esse domínio, porque actualmente é considerado como sendo uma forma racional e saudável de criar espaço entre os nascimentos e abrange áreas como a infertilidade e a sexualidade (*idem*).

A definição supracitada enfatiza o ponto de vista biomédico e não permite visualizar como é que os indivíduos pensam e agem relativamente ao assunto no seu quotidiano. Partimos do pressuposto de que o PF não deve ser reduzido apenas ao substrato orgânico, como, por exemplo, ao controlo do corpo, no sentido de “biopoder”⁵ enquanto um corpo objecto de medicalização. A perspectiva biológica da maternidade e paternidade exclui outras formas sociais de acolhimento de filhos, que também requerem uma planificação familiar, pois, quando se trata de Planeamento Familiar, deve-se pensar na vida, no indivíduo e nas condições e qualidade de vida disponíveis, acessíveis e possíveis. Se, ao invés de usarmos o conceito de PF, adoptarmos o de planificar a gravidez, isso irá remeter-nos à dimensão do corpo individual da mulher, mas ao mesmo tempo irá abrir mais espaço para incluir mulheres de diferentes categorias (casadas ou solteiras e jovens ou adultas) que decidem sobre os seus corpos como sujeitas dos direitos humanos e, deste modo, conferi-lhes uma maior autonomia.

Esta linha de pensamento leva-nos a compreender o significado que os indivíduos atribuem ao futuro, aos seus planos nas suas mentes e vidas. O con-

⁴ Em que alguns países, como a China, o Estado tem uma política de natalidade bem clara para limitar o número de filhos por casal.

⁵ Ver Michel Foucault (2001) *História da sexualidade 1: a vontade de saber*.

ceito de família é uma outra dimensão a ter em consideração, porque o Planeamento Familiar na óptica dos direitos humanos exige que cada indivíduo, independentemente da sua condição marital, possa decidir sobre o número de filhos e o espaçamento entre os nascimentos dos filhos e tipo de família.

Neste capítulo, adoptamos a definição de PF proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que consiste na capacidade que os indivíduos ou os casais têm de antecipar e alcançar o número desejado de filhos, o espaçamento e o momento dos seus nascimentos. Antecipar ou prevenir, alcançar ou conseguir um número desejado de filhos pressupõe uma leitura objectiva e subjectiva da realidade, pois implica olhar não somente para as condições materiais, tais como as infra-estruturas na área dos serviços de saúde e a respectiva qualidade, que aqui definimos como factores externos, como também para os factores internos íntimos, sexuais e reprodutivos inerentes ao corpo da mulher (e as dimensões sensoriais). Ambas as dimensões objectiva/subjectiva e externa/interna cruzam-se, complementam-se e divergem. O sentido de prevenir intersecta a perspectiva, visão de futuro e possibilidade de sonhar, que constituiu apanágio de alguns. A afirmação de que “A vida deve ser protegida quando você tem algo para viver, algo que você quer fazer em sua vida” foi partilhada por jovens da cidade de classe média com vista ao uso de preservativos e de sexo seguro. Assim, o planeamento do comportamento sexual e reprodutivo foi parte de uma visão mais ampla da vida e do futuro, onde o risco de infecção pelo HIV e gravidez são como aglomerados de ameaças contra o cumprimento dos sonhos e carreiras (Groes-Green, 2009).

Relação entre masculinidade(s), género e Planeamento Familiar

A escolha reprodutiva explícita ou implícita é condicionada pela forma como as redes familiares se ajustam às oportunidades e constrangimentos nas quais estão envolvidas. A “ausência” do homem no Planeamento Familiar constitui um importante sujeito de investigação. Nos últimos quarenta anos, os antropólogos têm feito grandes contribuições para entender a heterogeneidade das tendências e processos reprodutivos, e, desde os anos 80, a pesquisa sobre homens, subjectividades masculinas e masculinidades tem-se expandido significativamente (Browner & Sargent, 1990).

A antropologia, em particular, fez contribuições substanciais para os estudos da masculinidade, observando as “percepções subjetivas dos homens sobre ser homem” (Gutmann, 1997:398). Uma pesquisa recente e intercultural,

por exemplo, sugere que a ausência física de pais durante o nascimento é uma prática generalizada que não deve ser confundida com a falta de envolvimento masculino nas relações sociais da gravidez, do nascimento e da primeira infância (Ginsburg & Rapp, 1991).

Metodologia

Segundo Araújo (2004), trabalhar questões referentes ao PF significa fazer uma incursão no campo da subjectividade, da sexualidade e do relacionamento entre homens e mulheres. Este campo envolve significados e valores construídos socialmente, mas que nem sempre são verbalizados pelos usuários dos serviços de saúde e pelos profissionais de saúde.

De modo a captar estes aspectos íntimos e subjectivos, adoptamos o método qualitativo, dentro das tradições etnográfica e fenomenológica. Este método apresentou-se como o mais apropriado para o nosso estudo, porque, segundo Mack (2005), permite explorar factores intangíveis tais como normas sociais, estatuto socioeconómico, papéis de género, etnicidade e religião.

De acordo com Denscombe (2007), a fenomenologia é útil quando pretendemos estudar percepções, atitudes, crenças, sentimentos e emoções. Segundo Jackson (1996), através da fenomenologia, as experiências individuais descrevem a consciência humana de modo imediato, antes da elaboração teórica/sistematização conceptual. Nesse sentido, a nossa abordagem fenomenológica consiste no entendimento do significado de experiências vividas, utilizando discussões profundas, que podem descrever as experiências subjectivas sem considerar a sua racionalidade, lógica ou acordo com as teorias universais sobre a infertilidade e o Planeamento Familiar.

O método etnográfico é utilizado em pesquisas em que o problema implica a descrição de valores, crenças e práticas do grupo cultural, descrevendo-o, ou descrevendo certo fenómeno associado ao grupo em estudo (Bocchi *et al*, 2008).

Segundo Sousa e Barroso (2008), o estudo da cultura constitui um elemento humano importante, uma vez que influencia no comportamento humano. A etnografia surge como caminho para desvendar culturas, conhecer o outro e, a partir deste conhecimento, reelaborar e direccionar culturalmente as acções ligadas aos cuidados de saúde, objectivando formas mais eficientes de desenvolver o cuidado aos pacientes e utentes de alguns serviços de saúde.

A colecta de dados baseou-se na combinação de discussões em grupos focais, entrevistas individuais semi-estruturadas, conversas informais, observação directa e observação participante. No estudo sobre as representações sociais e experiências dos homens sobre o PF foram realizados 6 grupos focais. No estudo sobre a infertilidade foram realizados 25 grupos focais e 63 entrevistas semi-estruturadas. Os critérios para a selecção de participantes para os grupos focais sobre as representações e experiências dos homens sobre o PF foram os seguintes: ser homem com parceira em idade reprodutiva (15 a 49 anos de idade) e ser mulher em idade reprodutiva.

Para a selecção dos participantes dos grupos focais do estudo sobre a infertilidade foram adoptados os seguintes critérios: apresentar experiências de dificuldade em conceber, ter interesse em participar no estudo, mostrar aceitação e estreito envolvimento dos parceiros nas visitas às Unidades Sanitárias e aos médicos tradicionais, assegurar a presença e a frequência de contacto com o parceiro para a prática da cópula, fazer exames médicos e participar nas decisões sobre a saúde e estar disponível e com vontade de seguir as recomendações médicas.

No estudo sobre as representações sociais foram realizadas 24 entrevistas, sendo 12 com homens e 12 com mulheres. Os critérios de inclusão foram ser homem com parceira em idade reprodutiva (15 a 49 anos de idade) e ser mulher em idade reprodutiva.

No estudo sobre a infertilidade foram entrevistados 45 participantes, sendo 5 com homens com problemas de conceber e 40 com mulheres com problemas para conceber. Os critérios para a inclusão destes participantes foram os mesmos que foram utilizados para os grupos focais.

À medida que os estudos decorriam, os primeiros participantes convidavam outras pessoas, usando a técnica de bola de neve, seguindo os critérios indicados pelas investigadoras.

Locais de pesquisa

Os dois estudos cujos resultados parciais são aqui apresentados foram realizados nas províncias de Maputo e Gaza.

A província de Maputo é a mais meridional de Moçambique, tem uma área de 26 058 km² e uma população de 2.507.098 habitantes, sendo 1.178.487 homens e 1.328.611 mulheres (INE, 2017).

A província de Gaza localiza-se no sul de Moçambique, sendo a segunda mais a sul, logo à seguir à de Maputo. A população total de Gaza é de 1.446.654, sendo 666.656 homens e 779.998 mulheres (INE, 2017). O índice de masculinidade é de 83,8 (i.e., existem cerca de 84 homens em cada 100 mulheres), a taxa bruta de natalidade é de 37,1 nascimentos por 1000 habitantes, a taxa global de fecundidade é de 4,9 filhos por mulher, a taxa de mortalidade infantil é de 75,8 mortes por 1000 nascimentos, a taxa bruta de mortalidade é de 14,9 mortes por 1000 habitantes e a taxa de cobertura de partos institucionais é de 67,7% (INE, 2016).

Apresentação e discussão de resultados

Os dados aqui apresentados referem-se às percepções que os homens e as mulheres inquiridos têm sobre o PF e seus efeitos. Igualmente, apresentamos e discutimos dados em torno do silêncio, diálogo e formas de articulação entre os casais no que concerne ao PF.

No que tange às percepções, os dados indicam que os homens apresentam vários mitos e sentimentos de desconfiança quanto ao efeito dos contraceptivos no corpo das suas parceiras, receando que elas nunca mais conceberão. Igualmente, os homens inquiridos consideram que o PF é uma matéria de domínio exclusivo das mulheres.

Quanto ao silêncio, diálogo e formas de articulação entre os casais no que concerne ao PF, os dados sugerem que as normas de género influenciam essa interacção, mas que é preciso, ao analisar o assunto, cruzar essas normas com outros factores, como o *status* social e económico, nível de escolaridade, redes de sociabilidade e influência exercida pela família.

Conhecimento e percepções dos homens sobre o PF

Os homens, em particular, não estão dispostos a falar sobre as suas preocupações íntimas e pessoais relativas à reprodução biológica, particularmente quando têm dúvidas sobre a sua capacidade reprodutiva. Eles raramente aceitam a possibilidade de serem inférteis. Em alguns casos, o facto de os homens gastarem grande parte do seu tempo trabalhando fora de casa, e mesmo do país, é usado como justificação para explicar o seu limitado envolvimento nos cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva (Dyer *et al.*, 2004 *apud* Mariano, 2014).

Apesar de alguns homens serem receptivos ao Planeamento Familiar, o conhecimento e a informação que têm sobre os serviços de saúde é limitado. Persistem sentimentos de desconfiança e descrédito relativamente ao PF, em geral, e aos contraceptivos, em especial, pensando que são nocivos à saúde e que os impedem de concretizar o desejo de ter filhos. Para além disso, consideram o PF um assunto de domínio exclusivo das mulheres. Alguns dos dados colhidos sugerem que os homens têm receio de autorizar as suas parceiras a aderir ao PF, porque temem que elas não mais conceberão, uma vez que, na sua percepção, os profissionais de saúde desejam controlar a sua fecundidade.

Na comunidade, durante as consultas de saúde e aconselhamento, os homens afirmam que os profissionais de saúde querem controlar a sua fecundidade através do Planeamento Familiar (Grupo focal com homens em Maputo).

Quando você tem um filho e tem sorte de ela ou ele ter um emprego, você fica beneficiado. Agora não ter também é um caso, porque você fica totalmente sozinho e ninguém vai te chamar de papá. É essa a vantagem de ter filhos (entrevista com homem em Gaza).

O conhecimento sobre o PF entre os participantes do estudo é diferenciado. As mudanças ao longo do tempo e a mudança geracional na percepção do PF são também evidenciadas nas narrativas dos nossos interlocutores, como ilustram os seguintes excertos:

Não podemos ser como os nossos pais, que tiveram tantos filhos e, no final, não resultou em nada. Apenas aumentaram preocupações para eles mesmos (entrevista com homem em Maputo).

O Planeamento Familiar é muito mais para poder limitar o número de filhos, não exagerar no agregado familiar. Quando os dois entram em consenso a fim de ter um número limite de filhos, então vamos juntos a um centro de saúde ou instituto próprio e lá fazemos o tal Planeamento Familiar (entrevista com homem em Maputo).

Alguns homens demonstraram não possuir qualquer conhecimento sobre o PF e sobre os contraceptivos, seja por falta de informação, ou por falta de interesse, nos seguintes termos:

Não sei nada de planeamento. Ouço falar, mas são coisas que não dou muita importância. É por isso que não sei como se faz (entrevista com homem em Gaza).

Não sei nada, porque nunca procurei saber e nunca fiz (entrevista com homem em Maputo).

Aprofundar o conhecimento sobre o conceito de PF é um ponto de partida para entender como é que as pessoas se apropriam dos serviços de PF (Onyango *et al.*, 2010). Por um lado, concordamos que o conhecimento adequado é um pré-requisito para o uso dos serviços de PF, mas, por outro, o pré-conhecimento sobre o PF e sobre os contraceptivos não podem ser vistos como uma condição *sine qua non* para a mudança de comportamento. A obtenção de um novo conhecimento e a sua consequente aplicação não é linear, porque, às vezes, os indivíduos adquirem um novo conhecimento, mas a sua história de vida tem grande influência sobre o seu comportamento. A esse respeito, Gazzinelli *et al.* (2005:201) referem o seguinte: “desconsidera-se que no processo educativo lida-se com histórias de vida, um conjunto de histórias de vida, crenças, valores, a própria subjectividade do sujeito que requer soluções sustentadas socioculturalmente”.

Capurchande (2016) refere que a literatura em torno do conhecimento, atitudes e práticas sobre o PF mostra que existem vários factores que influenciam a tomada de decisão acerca da adesão ou não ao PF. Por outras palavras, não basta apenas que as pessoas detenham conhecimentos sobre o PF, porque certos factores influenciarão a utilização ou não dos serviços de PF. Um exemplo claro disso é o facto de, em certos contextos socioculturais patrilineares, apesar de as mulheres terem informação sobre o PF, elas não terem o poder de decisão sobre as suas vidas, corpos e escolhas, o que faz com que a sua capacidade de escolher ou utilizar o PF possa estar comprometida.

No que concerne às vantagens do PF, a maioria dos participantes no estudo em Macarretane e na Mafalala referiram que este serviço apresenta apenas vantagens, porque permite suprir as necessidades de educação e sustento dos filhos. Apenas um participante em Maputo disse ver desvantagens no PF.

O único participante que afirmou ver desvantagens no PF advoga que quando ainda se quer ter filhos, ou se pretende atingir o número de filhos considerado ideal, o PF serve de obstáculo a essa vontade.

Se a minha esposa faz planeamento enquanto eu ainda quero filhos, acho que não é bom. Só se tivermos combinado que já não queremos filhos (entrevista com homem em Maputo).

A motivação para o participante do relato anterior para considerar o PF desvantajoso também foi documentada no estudo de Marshall (1977), citado por Ringhein (1993), que afirma que o uso de um certo método contraceptivo é influenciado pelo desejo do indivíduo de prevenir ou evitar

a gravidez e também do estágio da sua vida reprodutiva, o que significa que pessoas que ainda não tiveram filhos ou que já os tenham, mas queiram ter mais, tenderão a não fazer o PF ou a utilizar contraceptivos de curto e médio prazo.

Silêncio, diálogo e formas de articulação entre os casais

Procuramos perceber e analisar os mecanismos que caracterizam o diálogo sobre o PF entre casais. Foi possível identificar quatro grupos de respostas, nomeadamente 1) iniciativa de conversar sobre o assunto por parte dos homens; 2) iniciativa de conversar sobre o assunto por parte das mulheres; 3) iniciativa de ambos falar sobre o assunto e 4) casos em que não se fala sobre o PF por parte das pessoas que anteriormente afirmaram não fazer o PF.

O relato abaixo mostra que a iniciativa de falar sobre o PF entre casais foi do homem:

A ideia de fazer o PF partiu do meu marido, por ver que já temos muitos filhos. Mesmo quando parei de fazer PF porque me fazia mal, ele se zangou comigo (entrevista com mulher em Gaza).

Apesar de a maioria dos homens não se interessar pelo PF num contexto mormente patrilinear, alguns homens procuram informar-se e acompanhar as parceiras às Unidades Sanitárias. O excerto que se segue é disso exemplo:

Eu é que começo a falar do PF, e meu marido já me acompanhou ao hospital, porque queria saber se é algo bom ou não que dizem lá (entrevista com mulher em Gaza).

Alguns homens consideram que as mulheres até podem iniciar a conversa sobre a adesão ou não aos serviços de PF, mas a decisão final está em sua posse:

A ideia tem que ser dela, e eu apoio ou não, porque, se eu não quiser, ela não faz. Conversamos às vezes sobre como espaçar os filhos (entrevista com homem em Gaza).

Os dados da nossa pesquisa também indicam que há casais que raramente ou nunca abordam a questão do PF, seja por desinteresse por parte do homem, seja por acharem que é inútil, na medida em que se encontram num estágio da sua vida em que os filhos não constituem uma prioridade.

Não te vou mentir: não conversamos sobre isso, mas ela às vezes me diz. Só que eu não estou interessado nisso. Ela fala, mas não me entra (entrevista com homem em Maputo).

Ainda que as mulheres sejam as primeiras a falar sobre o PF, serão praticamente sempre os homens a decidir se é chegada ou não a hora de aderir ao PF. Essa constatação ilustra o quão importante e oportuna é a questão do envolvimento masculino nas questões contraceptivas.

As formas de diálogo e negociação entre os casais sobre o PF são influenciadas por alguns factores, como, por exemplo, diferenças entre os casais, crenças religiosas, nível de escolaridade, capacidade de se autossustentar e até influência que as famílias exercem na vida do casal (De Gita, 2007).

Os dados de De Gita apresentados no parágrafo anterior são similares aos que encontramos no estudo em Macarretane e em Mafalala. Os indivíduos mais esclarecidos tendem a ter mais informação e uma atitude mais positiva para com o PF e seus métodos. Por exemplo, durante o estudo em Macarretane, encontramos o caso de uma mulher que foi incentivada a aderir ao PF pelo seu esposo, porque o mesmo tinha informação sobre os serviços e considerava que já tinham muitos filhos.

O facto de algumas mulheres serem as primeiras a abordar os seus parceiros sobre o PF pode ser explicado pelo facto de serem elas a receber as informações sobre o PF em primeira mão, porque frequentam mais as Unidades Sanitárias do que os homens e porque, em algum momento, gostariam de parar de conceber. Contudo, ainda que sejam as primeiras a falar sobre os seus desejos reprodutivos aos seus parceiros, a sua capacidade de negociar o uso do PF precisa ser reforçada.

A tese de Ratcliffe *et al.* (2001), segundo a qual a comunicação e negociação não fazem parte de certos contextos culturais africanos, é discutível, porque nem sempre o contexto sociocultural determina a acção dos indivíduos. Os resultados dos nossos estudos mostram que há casais que conversam sobre o PF, embora isso não seja frequente. O facto de alguns casais serem uma exceção à regra e dialogarem sobre as questões contraceptivas em contextos marcadamente patrilineares tem a ver com a diversidade de elementos que influenciam a negociação, que mencionamos acima.

Conclusão

Concluimos que o PF não pode ser analisado apenas sob o ponto de vista biomédico, porque, no quotidiano, as acções dos indivíduos são moldadas pelo contexto sociocultural em que se encontram inseridos. Nesse sentido, é necessário procurar ter uma visão holística sobre o PF, por forma a perceber que factores influenciam a adesão ou rejeição dos serviços de planeamento.

Durante os estudos, notamos que os homens é que tomam as decisões sobre os mais diversos aspectos da vida da família, incluindo sexualidade e procriação. A forma como são construídas e reconstruídas as relações de género e as masculinidades tem uma implicação directa no modo como os homens percebem e experimentam o PF.

Relativamente ao papel do homem no PF, os resultados do estudo sugerem que os homens concebem o seu papel no PF como sendo o de conceder permissão para que as suas parceiras o adiram.

No que tange às formas de diálogo e negociação entre os homens e suas parceiras, a capacidade de negociar o uso dos serviços de PF é um aspecto a considerar, porque, em sociedades de matriz patrilinear, cabe aos homens decidir sobre o quotidiano.

Recomendações

- Há necessidade de as entidades de saúde transmitirem uma informação fiável sobre o uso, efeitos e benefícios de métodos contraceptivos, dado o facto de os mitos e receios relativamente à eficácia dos contraceptivos e aos seus efeitos secundários ainda prevalecerem nos locais da pesquisa;
- É necessário transmitir mensagens e fazer mobilização social promovendo o envolvimento dos homens no planeamento familiar e no encorajamento da aceitação do uso dos métodos contraceptivos por parte das suas parceiras, usando as lideranças comunitárias e religiosas;
- É necessária a capacitação de homens como educadores de pares no domínio do Planeamento Familiar, para que possam sensibilizar os demais sobre a importância do PF, uma vez que geralmente as pessoas do mesmo sexo têm mais empatia e partilham alguns interesses em comum;

- Devem ser introduzidas temáticas de género, Saúde Sexual e Reprodutiva(SSR) e PF nos currículos das escolas a partir do nível básico de ensino, de maneira a conscientizar os homens ainda em tenra idade sobre a importância do seu envolvimento nas questões reprodutivas;
- Devem ser criadas Unidades Sanitárias específicas ou condições de atendimento exclusivo para o aconselhamento e saúde dos homens, pois, à semelhança das mulheres, eles também têm as suas dúvidas, anseios, expectativas e receios no que concerne à saúde, no geral, e à Saúde Sexual e Reprodutiva, em especial.

Bibliografia

- Arregui, M. (2004). Manual de capacitação em equidade de género. <http://americalatinagenera.org>. Acesso 23.02.2011.
- Bento, B. (2012). *Homem não tece a dor: queixas e perplexidades masculinas*. Natal: EDUFRRN.
- Biza, A., O. Matavel, V. Pedro, T. Quembo, & V. António (2017). Compreendendo as barreiras e determinantes sociais que influenciam a procura por serviços de Planeamento Familiar e a aceitação de métodos modernos de contracepção em Sofala e Nampula: Relatório de pesquisa. Maputo: N’weti.
- Bocchi, S., C. Juliani, & W. Spiri (2008). Métodos qualitativos de pesquisa: uma tentativa de desmistificar a sua compreensão. Botucatu: Departamento de enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Boerma, J.T. & M. Urassa (2001). “Associations between female infertility, HIV and sexual behaviour in rural Tanzania”. In J.T. Boerma & Z. Mgalla (eds.), *Women and Infertility in Sub-Saharan Africa: A Multi-Disciplinary Perspective*. Amsterdam, NL: KIT Publishers. Pp. 175– 188.
- Browner, C. & C. Sargent (1990). “Anthropology and Studies of Human Reproduction”. In. Johnson, T & Sargent, C. (eds.), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger Publishers.
- Capurchande, R. (2016). “Unravelling the mosaic discourses and practices about family planning in two settings of Maputo province, Mozam-

- bique: a phenomenological study”. Dissertação de doutoramento, Vrije Universiteit Brussel, Bruxelas.
- Connell, R.W. (2001). *Understanding men: gender, sociology and the new international research on masculinities. Social Thought & Research*. 24(1/2):13-31.
- Connell, R.W. & J.W. Messerschmidt (2005). “Hegemonic masculinity: rethinking the concept”. *Gender and Society*. 19 (6): 829-859.
- Chilundo, B., E. Ortiz, A. Jacinto, A. Nhacale, F. Abacassamo *et al.*, (2013). *Barriers to institutional deliveries and Family Planning: a qualitative study from Cabo Delgado, Zambézia and Inhambane provinces, Mozambique* (final report). Maputo: Pathfinder International.
- Chilundo, B. & A. Jacinto (2014). “Determinantes de uso dos serviços de Saúde Sexual Reprodutiva pelas mulheres jovens em Moçambique: estado actual e implicações”. In. B.M. Cau, & C. Arnaldo (org.), *Adolescentes e jovens em Moçambique: uma perspectiva demográfica e de saúde*. Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde. Pp. 111-146.
- Crenshaw, K. (1989). “Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics”. University of Chicago legal forum. 1989 (1): 139-167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Crenshaw, K. (1994). “Mapping the margins: intersectionality, identity politics and violence against women of color”. In M. Fineman & R. Mykitiuk (org.), *The public nature of private violence*. New York: Routledge. Pp. 93-118.
- De Gita, G. (2007). “Spousal communication and Family Planning behavior in Northern Cape, South Africa”. Dissertação de mestrado, University of Cape Town, Cape Town.
- Denscombe, M. (2007). *The good research guide for small-scale social projects* (third edition). Berkshire: Open University Press.
- Earle, S & G. Letherby (2003). “Introducing Gender, Identity and Reproduction” In S. Earle & G. Letherby (eds.). *Gender, Identity and Reproduction: Social Perspective*. New York, Palgrave Macmillan. Pp. 1-12.
- Foucault, M. (2001). *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.

- Gazzinelli, M.F., D.C. dos Reis, & C.M. Penna (2005). “Educação em Saúde: Conhecimentos, representações sociais e experiências da Doença”. *Cadernos de Saúde Pública*. 21 (1): 200-206.
- Ginsburg, F & R. Rapp (1991). “The Politics of Reproduction”. *Annual Review of Anthropology*. 20: 311-343.
- Groes-Green, C. (2009). “Safe sex pioneers: class identity, peer education and emerging masculinities among youth in Mozambique”. *Sexual health*. 6(3):233-240.
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2016). Anuário estatístico 2015, Província de Gaza. Xai-Xai: Delegação Provincial de Gaza, Instituto Nacional de Estatística.
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2017). Moçambique, Anuário estatístico de Moçambique 2016. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2017). Divulgação dos resultados preliminares do IV Recenseamento Geral de População e Habitação 2017. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Jackson, M. (1999). *Things as they are: new directions in phenomenological anthropology*. Bloomington: Indiana University Press.
- Lock, N & M. Nguyen (2010). “An anthropology of biomedicine”. West Sussex: Willey-Blackwell.
- Mack, N., C. Woodsong, K. Macqueen, G. Guest, & E. Namey (2005). *Qualitative Research Methods: a data collector's field guide*. North Carolina: Family Health International.
- Manuel, H. (2007). “Conhecimentos, Atitudes e Práticas de mulheres Timorenses residentes em Portugal sobre o Planeamento Familiar de Timorenses”. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa.
- Mariano, E. (2014). “Understanding experiences of reproductive inability in various medical system in Southern Mozambique”. Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica de Leuven, Leuven.
- Martin, E. (2006). “The end of the body?”. In: H. Moore & T. Sanders (eds.), *Anthropology in theory-issues in epistemology*. Oxford: Blackwell Publishing. Pp. 336-351.

- Mboane, R. & M. Bhatta (2015). “Influence of husband’s healthcare decision making role on woman’s intention to use contraceptives among Mozambican women”. *Reproductive health* (2015) 12:36.
- MISAU (Ministério da Saúde) (2010). Moçambique, Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção 2010- 2015 (2020). Maputo: Ministério da Saúde.
- MISAU (Ministério da Saúde), INE (Instituto Nacional de Estatística), & ICFI (ICF International) (2013). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.
- Onyango, M., S. Owoko, & M. Oguttu (2010). “Factors that influence male involvement in Sexual and Reproductive Health in Western Kenya: a qualitative study”. *African Journal of Reproductive Health*. 14 (4): 32-42.
- OMS (Organização Mundial da Saúde) (2005). “Estratégias para acelerar os progressos no sentido da consecução das metas internacionais de desenvolvimento relacionadas com a saúde reprodutiva”. *Reproductive health matters*, Elsevier. 13 (25): 11-18.
- Oyewumi, O. (2004). “Conceptualizing gender: the eurocentric foundations of feminist concepts and the challenge of African epistemologies”. Dakar: *CODESRIA gender series*, volume 1. Pp. 1-8.
- Pedro, V. (2013). “Representações sociais e experiências dos homens sobre o Planeamento Familiar: o caso da localidade de Macarretane e do bairro da Mafalala”. Dissertação de mestrado, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo.
- Population Reference Bureau (2014). World Population Data Sheet. Washington, D.C.: Population Reference Bureau
- Ratcliffe, A.A., A.G. Hill, M. Dibba, & G. Walraven (2001). “The ignored role of men in fertility awareness and regulation in Africa”. *African Journal of Reproductive Health*. 5(1):13-15.
- Ringhein, K. (1993). “Factors that determine prevalence of contraceptive methods for men”. *Stud. Fam. Plan.* 24(2): 87-99.
- Sousa, L & M. Barroso (2008). “Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem”. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 12 (1): 150 - 5.

- Scheper-Hughes, N. (2007). "The primacy of the ethical: prepositions for a militant anthropology In: H. Moore & T. Sanders (eds.), *Anthropology in theory-issues in epistemology*. Oxford: Blackwell Publishing. Pp. 506-512.
- ONU (Organização das Nações Unidas) (2017). *World Family Planning (highlights)*. Nova Iorque: Departamento de Assuntos Sociais e Económicos.
- Wang, W; S. Staveleig, R. Winter, & C. Allen (2017). *Women's marital status contraceptive use and unmet need in sub-saharan Africa, Latin America and the Caribbean*. DHS Comparative Reports 44. Maryland: USAID.
- Weber, M. (1922). Três tipos de poder legítimo.http://lusosofia.net/textos/weber_3_tipos_poder_morao.pdf. Acesso 02.08.2016.



Capítulo 8

DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA O ENVOLVIMENTO DO HOMEM NO PLANEAMENTO FAMILIAR EM MOÇAMBIQUE

Estêvão Manhice

Danúbio Lihache

Introdução

A preocupação em envolver o homem na saúde sexual e reprodutiva (SSR) e, em particular, no planeamento familiar (PF) emergiu do fracasso experienciado por actividades de promoção de saúde, entre os anos de 1980 e 1990. Ao negligenciar o papel dos homens na SSR, verificou-se que as mudanças pretendidas eram difíceis e quase impossíveis de se concretizar (Sternberg & Hubley, 2004). Assim, foi reconhecida a centralidade e influência exercida pelo homem no processo reprodutivo e na procura de cuidados de saúde para o sucesso dos programas de saúde, de PF e para o empoderamento da mulher (Sternberg & Hubley, 2004; Kassa *et al.*, 2014).

A partir desse período, alguns estudos (Mistik *et al.*, 2003; Sternberg & Hubley, 2004, Akindele & Adebimpe, 2013; Adelekan *et al.*, 2014)

sugerem que o envolvimento do homem no PF ganhara importância e actualidade do ponto de vista político e programático e, sobretudo depois da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994 no Cairo, que orientou os países a adoptarem políticas de SSR e PF sensíveis a questões de género e que incluíssem a partilha de direitos e responsabilidades entre homens e mulheres no processo de reprodução.

A conferência de Cairo marcou a mudança de abordagem em relação ao estudo e interesse por temas sobre população, em particular na análise dos factores ligados ao fracasso das políticas e estratégias de SSR, incluindo o PF. A partir desta conferência a SSR foi declarada como um direito humano básico e essencial para a promoção da igualdade de género (Helzner, 1996; Khan & Patel, 1997; Oyediran *et al.*, 2002).

Em Moçambique as primeiras abordagens explícitas sobre o envolvimento do homem no PF começam nos anos 2000, cerca de 20 anos após a introdução do programa de PF, em 1980 (MISAU, 2010). Até essa altura, Moçambique adoptara abordagens em torno de modelos que priorizavam mulheres e crianças (MISAU *et al.*, 2013). Apenas a partir dos primeiros anos deste século, e em cumprimento das directivas da CIPD, o país adoptou políticas e estratégias que incluíam acções e actividades específicas, com o intuito de envolver os homens. Trata-se da “Política Nacional de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos” (MISAU, 2011), de 2011, e da “Estratégia de Planeamento Familiar e Contracepção 2010-2015 (2020)” (MISAU, 2011).

Todavia, pouco se avançou nesse sentido, porque apesar do ambiente político apoiar a ideia do “envolvimento do homem”, não existem dados concretos sobre a materialização dessa estratégia, os recursos envolvidos, as implicações políticas e a documentação dos principais desafios para o envolvimento dos homens em programas de PF, mesmo sendo muitas vezes sobre o homem que recai a decisão sobre o número de filhos, a procura de serviços de saúde e o PF e uso de contraceptivos (Chilundo *et al.*, 2012; Pedro, 2013; Mboane & Bhatta, 2015; Carpurchande, 2016; Pedro *et al.*, 2016; Capurchande *et al.*, 2017).

Assim, nos últimos anos, argumentos a favor do envolvimento do homem no PF têm marcado o debate que se seguiu à CIPD. No entanto, mesmo depois do país ter criado a primeira política e estratégia que incluem as orientações da CIPD, para a provisão de serviços baseados na igualdade de

género, o debate sobre o envolvimento do homem no PF ainda é incipiente e permanece pouco explorado, estudado e documentado. Este facto é descrito na Estratégia de Planeamento Familiar e Contracepção 2011-2015 (2020), que aponta para a falta de estudos sobre como orientar os serviços para os casais, e não apenas para as mulheres, na perspectiva de potenciar a igualdade e equidade de género (MISAU, 2010).

Esta mesma estratégia assume o envolvimento do homem como estratégico para se atingir uma maior utilização dos serviços de PF por parte das mulheres e por eles próprios. Aponta a existência de barreiras socioculturais, que impedem o envolvimento dos homens nas decisões sobre o PF, bem como a falta de serviços estruturados para atender aos homens no Sistema Nacional de Saúde (SNS) (MISAU, 2010). No entanto, é visível na estratégia, a fraca clareza sobre o significado e alcance do conceito de “envolvimento do homem”. Para além disso, pouco se sabe sobre as condições, as perspectivas e os mecanismos para o envolvimento do homem no PF.

Este cenário é reforçado por abordagens de SSR e, em particular, do PF universais e colectivas, que se limitam a uma perspectiva centrada no sistema de saúde. Estas abordagens pouco priorizam questões relacionadas com as dinâmicas de poder e de género dentro do agregado familiar, as diferenças de expectativas em relação ao número de filhos, a concepção do espaço da SSR e PF como predominantemente e até privilegiadamente reservado às mulheres, quer do ponto de vista do seu acesso e utilização, bem como do ponto de vista da alocação desses serviços nas Unidades Sanitárias (US) e noutras instituições que trabalham na área. Este quadro evidencia a necessidade de se romper com a concepção (sociocultural e institucional) generalizada de questões de SSR e PF como normais, aceitáveis e inquestionáveis (Capurchande, 2016).

Neste capítulo exploram-se os desafios e as possibilidades para o envolvimento do homem no PF em Moçambique, partindo de uma crítica da abordagem dominante nas políticas e programas nesse âmbito levadas a cabo no país, e que reflectem uma visão global seguida na maior parte dos países. Igualmente, explora as barreiras existentes, assumidas aqui como parte dos desafios e procura traçar caminhos para uma maior integração dos homens no SSR, em geral, e no PF, em particular.

Com base na análise bibliográfica e documental, faz-se um cruzamento de conteúdos da literatura relevante sobre a temática, com um olhar

sociocultural e institucional sobre contextos similares a Moçambique, visando reflectir sobre estas questões e contribuir para aprofundar e melhorar o conhecimento das dinâmicas, complexidades e contrastes entre os discursos, atitudes e práticas que cerceiam o envolvimento dos homens no PF em Moçambique.

Como metodologia, procedeu-se à análise de conteúdo de dados empíricos recolhidos no âmbito da pesquisa intitulada “Análise Situacional da Qualidade de Prestação de Serviços e Envolvimento da Comunidade para Maior Uso do Planeamento Familiar na Província de Maputo, Moçambique¹”, levada a cabo pelo Centro Internacional para Saúde Reprodutiva (ICRH - Moçambique), que versa sobre conhecimentos, atitudes, práticas e comportamentos dos membros das comunidades relacionados com o PF nos Distritos da Manhiça e Marracuene, na Província de Maputo. Estas informações possibilitaram ler a realidade do PF e da participação do homem no contexto estudado.

A incidência teórica deste capítulo assenta na percepção de que estas áreas (da SSR e do PF, em concreto) são largamente permeadas e influenciadas pelas relações de poder e de género socialmente construídas e estabelecidas. Estas relações são moldadas por uma multiplicidade de factores, tais como os culturais, económicos e programáticos, bem como pelas agendas globais que moldam prioridades e estratégias que são globalmente ratificadas e seguidas (Onyango *et al.*, 2010; Mboane & Bhatta, 2015; Chasowa *et al.*, 2015).

Assume-se que existe a nível global e local um crescente reconhecimento do poder de influência dos homens sobre a SSR, PF (Akindele & Adebimpe 2013; Kamal *et al.*, 2013; Singh *et al.*, 2014; Tamiso *et al.*, 2016) e do seu papel na melhoria dos indicadores de saúde materna e infantil. Isto vem impulsionando a emergência de estudos, nos países em desenvolvimento, com o objectivo de compreender as dinâmicas e complexidades dessa influência e avaliar o papel do homem no envolvimento ou participação na SSR e no PF, os determinantes, as barreiras e as implicações.

O presente estudo, sendo uma análise predominantemente bibliográfica e documental, mostra-se essencial alargar estas análises ao campo de estudos etnográficos mais profundos e detalhados.

¹ Relatório ainda não publicado

Barreiras à participação do homem no PF

A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que muitas mulheres nos países em desenvolvimento gostariam de retardar ou parar de ter filhos. Porém, não usam nenhum método de PF (WHO, 2015). Apesar de a SSR ser um terreno assumida e predominantemente feminino, muitas vezes cabe ao homem a tomada de decisões relevantes sobre o PF (cf. Mboane & Bhatta, 2015; Capurchande *et al.*, 2017), reflectindo relações sociais de poder onde prevalece a “dominação masculina”, usando uma célebre expressão de Bourdieu (1999).

Mesmo sendo geralmente apontado como detentor social e económico do poder de influenciar a tomada de decisão quanto ao PF, o homem exerce-o de forma camuflada e subtil, na medida em que não aparece no primeiro plano nas Unidades Sanitárias. No entanto, todo o processo da maternidade e reprodução é muitas vezes sustentado de forma directa pela mulher, mas não decidido (Mboane & Bhatta, 2015; Ijadunola *et al.*, 2010; Akindele & Adebimpe, 2013; Shahjahan *et al.*, 2013; Kassa *et al.*, 2014; Khan & Patel, 2003; Kamal *et al.*, 2013).

Assim, estabelece-se um artifício socialmente construído, que justifica e desculpa a ausência ou afastamento do homem do PF em termos formais e institucionais (nos programas, nas US e nos serviços). Para a prevalência deste cenário, Bayray (2012), Kabagenyi *et al.* (2014), Tamiso *et al.* (2016) consideram que concorre uma multiplicidade de barreiras, sobretudo as seguintes:

- i) a limitada informação dos homens e consequente falta de conhecimento abrangente sobre os serviços e métodos de PF;
- ii) as normas tradicionais e de género mascaradas por factores socioculturais que contribuem para a exclusão dos homens destas temáticas; e,
- iii) o modelo tradicional de oferta de serviços de PF, exclusivamente ou predominantemente desenhados e dirigidos para mulheres.

Como argumentam Cleland *et al.* (2006) e Berhane *et al.* (2011), a persistência destas barreiras tem consequências no aumento do risco de morte de mulheres e crianças, nas altas taxas de crescimento populacional e na insustentabilidade ambiental em países em desenvolvimento.

Breve Descrição de Moçambique

Moçambique é um dos países da África Subsaariana com baixa prevalência contraceptiva, cerca de 25,3% (United Nations, 2015), e que apresenta uma taxa de crescimento populacional considerada elevada, cerca de 2,9% ao ano (World Bank, 2018). O número de filhos por mulher continua elevado, e uma em cada duas meninas dos 15 aos 19 anos de idade é mãe ou está grávida pela primeira vez. Igualmente, persistem casos de morte de mulheres dos 15 aos 24 anos de idade por causas relacionadas com gravidez, parto e aborto (MISAU *et al.*, 2015).

Esta descrição realça a persistência de indicadores pouco animadores na saúde materna. Por exemplo, o país não alcançou a meta dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) de reduzir em três quartos o rácio de mortalidade materna, ao apresentar ainda indicadores de mortalidade materna considerados elevados (cerca de 408 mortes maternas a cada 100.000 nascimentos) (MISAU *et al.*, 2013) quando os ODM preconizavam 250 mortes maternas a cada 100.000 nascimentos até 2015 para Moçambique.

Estudos realizados em Moçambique (Mboane & Bhatta, 2015; Chilundo *et al.*, 2012; Pedro, 2013) mostram paralelismos com achados de estudos realizados em outros contextos (veja, por exemplo, Tamiso *et al.*, 2016; Chasowa *et al.*, 2015; Onyango *et al.*, 2010) sobre as possíveis causas para a prevalência deste cenário, destacando-se os seguintes aspectos:

- i) o limitado envolvimento do homem no PF devido à falta, fraca ou mesmo ausência de informação sobre SSR e PF, o que contribui para que este seja citado como uma das barreiras que dificulta o acesso das mulheres casadas ou em união ao PF; e
- ii) as normas de género e a distribuição desigual do poder de decisão no agregado, que se traduz na falta de autonomia da mulher para tomar decisões sobre PF e na significativa influência do homem na tomada de decisão sobre a procura de serviços de saúde e número de filhos que o casal deve ter.

Assim, a necessidade do envolvimento do homem como mecanismo de prevenir este fenómeno (fraca presença e/ou ausência de participação no processo de PF) representa uma das dimensões nas discussões e análises sobre a temática. No presente texto, argumenta-se que envolver o homem no PF tem

impacto significativo na vida sexual e reprodutiva dos casais, pois potenciaria o seguinte:

- i) maior abertura da parte dos homens para um diálogo horizontal e frontal com as parceiras quanto às prioridades a serem definidas para o casal no quadro do PF;
- ii) maior presença e acompanhamento dos homens às suas parceiras em todas as etapas do PF, desde o espaço privado da família até às Unidades Sanitárias e campanhas e serviços disponibilizados noutros contextos;
- iii) melhores e mais informações, através de pesquisas qualitativas devidamente aprofundadas, direccionadas para homens, que evidenciarão percepções, concepções e posicionamentos masculinos sobre o PF que potencialmente servirão para alimentar a mudança e melhoria dos programas e acções actuais do PF no país.

No entanto, contrariamente à retórica política, prevalecem *nuances* reveladoras de que apesar da aceitação da ideia do envolvimento do homem no PF, persiste a falta de clareza sobre o que ela significa, o seu alcance e as suas implicações.

Discursos, realidade e rupturas no PF

Os potenciais benefícios proporcionados pelo PF aos indivíduos, às famílias e aos países, com destaque para a redução da probabilidade de ocorrência de uma gravidez precoce/indesejada, redução de ocorrência de abortos inseguros, redução da mortalidade materna, melhoria da saúde infantil, melhoria das condições de vida das mulheres (Bongaarts *et al.*, 2012; Cleland *et al.*, 2006), contribuem para a centralidade das actividades de PF no processo de planificação do desenvolvimento social e económico dos países (Schultz, 2009).

Segundo alguns estudos (Kabagenyi *et al.*, 2014; Bongaarts *et al.*, 2012; Chasowa *et al.*, 2015; Onyango *et al.*, 2010; Kassa *et al.*, 2014), algumas barreiras impedem o envolvimento dos homens no PF, dentre elas, a contínua falta de conhecimento abrangente sobre os métodos, a falta de informação sobre os serviços de cuidados e tratamento, as percepções erradas, os mitos,

a religião, as normas tradicionais e de género, os custos associados e as abordagens usadas pelos sistemas de saúde para oferta de serviços.

Como foi anteriormente referido, em Moçambique, apesar das iniciativas de PF existirem a mais de 20 anos (MISAU, 2010), o acesso e uso dos serviços, embora crescente, é ainda baixo. Por outro lado, persistem assimetrias regionais e locais no conhecimento, disponibilidade e acesso aos mesmos serviços (MISAU *et al.*, 2013), especialmente para um grupo que só apenas recentemente se equacionou o seu envolvimento no PF, os homens.

Neste capítulo assume-se que isto deve-se, sobretudo a uma retroacção de barreiras que se auto-alimentam a partir de um conjunto de análises e predisposições dos pesquisadores, dos analistas, dos planificadores e dos implementadores, que, impelidos e movidos por pré-noções, muitas vezes estereotipadas da realidade social e cultural, sem a devida e cuidada crítica, transportam essas visões e pré-disposições para o âmbito prático das políticas e das estratégias.

Em suma, é preciso pensar se se deve avançar para modelos paralelos, que vão de encontro às especificidades masculinas face a um universo predominantemente feminino, ou se se devem encontrar nichos para a integração dos homens em processos já avançados e em implementação, ou ainda, no limite, se se deve falar de uma redefinição geral, de uma reformulação de raiz do PF em Moçambique. É claro que os custos de tudo isto representam desafios que se colocam ao nível de capacitação, treinamento, sensibilização e elaboração de conteúdos multiculturais sobre o PF, tomando em conta a profunda diversidade social e cultural do país.

Tem-se, neste estudo, uma firme convicção de que o primeiro passo que se deve tomar, para a mudança de atitude, parafraseando Feyerabend (1993), será o de se operar uma ruptura com o círculo e ciclo actuais, ou seja, romper com os “estereótipos” institucionais, sociais e culturais (assentes numa concepção feminina e apenas “de saúde” do PF), que formalmente se traduzem na ideia e na prática de que questões de SSR e de PF são “assuntos de mulheres” e, por conseguinte, um “mundo alheio aos homens”. Esta ruptura deve ser feita considerando os seguintes aspectos:

- i) o da realidade social quotidiana de mulheres e homens, nas suas representações e práticas sobre saúde em geral, e sobre a SSR e PF, em particular. (Joga aqui particular importância uma educação em PF extensiva ao Sistema Nacional de Educação a nível secundário,

- por exemplo, directamente alocada a jovens de ambos os sexos e em início da sua idade sexual activa e reprodutiva);
- ii) o dos implementadores e provedores, unidades sanitárias e organizações que actuam neste âmbito (desfazendo tabus sobre o envolvimento do homem e limitações ao nível da formação/capacitação média, superior e contínua em saúde);
 - iii) o dos planificadores e decisores políticos e estratégicos (conferindo maior abertura e flexibilidade de planificação, redefinição de conteúdos e sua implementação, colocando em pé de igualdade o envolvimento de homens e de mulheres em assuntos de PF); e
 - iv) o dos parceiros de cooperação (financiadores, doadores) do sector da saúde, ilustrando a necessidade de apoios mais alargados e maior cooperação financeira, material e em termos de saberes para suportar actividades de envolvimento do homem no PF.

A efectivação destes aspectos implica olhar para o PF numa lógica não mais remetida exclusivamente ao Ministério da Saúde (MISAU) e suas instituições tuteladas, mas alargada à uma perspectiva multisectorial e das instituições científicas com vocação e experiência para actuar nesta área, sobretudo no que tange a mudanças comportamentais, de atitudes e práticas dos actores sociais.

Com base nas reflexões aqui expostas e como foi sugerido nesta análise parece prioritário dimensionar a componente dos discursos e realidades com vista a romper com as barreiras existentes e alcançar melhores resultados no envolvimento do homem no PF.

Condicionantes do envolvimento dos homens no PF

Argumentos sobre o envolvimento do homem no PF mostram-se críticos em relação ao papel periférico atribuído aos homens pelos programas e serviços de PF, pois consideram, por exemplo, que a gravidez é um processo resultante de ambos os parceiros e que tanto o homem como a mulher desempenham um papel importante na tomada de decisão sobre a reprodução (Walle & Alamrew, 2014).

A literatura aponta que genericamente entre homens e mulheres há uma falta de conhecimento sobre o PF e a ausência de diálogo sobre PF

entre o casal. Mesmo quando o homem aprova o uso de contraceptivos, as normas de género, os mitos, as concepções erradas, o medo/receio dos efeitos colaterais, as intenções reprodutivas do casal e/ou dos homens e as abordagens usadas para oferecer estes serviços, constituem factores que condicionam o envolvimento do homem no PF em vários países, incluindo Moçambique (Onyango *et al.*, 2010; Akindele *et al.*, 2013; Mosha *et al.*, 2013; Chasowa *et al.*, 2015).

O envolvimento do homem tem impacto nos programas de PF, reforçando a aceitação dos métodos contraceptivos e o seu uso efectivo e contínuo (Khan & Patel 1997; Karra *et al.*, 1997; Bayray, 2012). Assim, são expectáveis ganhos na SSR, especialmente na utilização dos serviços de PF, o que, por sua vez, contribuiria positivamente para a saúde materna e infantil (Sternberg & Hubley, 2004; Kassa *et al.*, 2014; Vouking *et al.*, 2014; Tamiso *et al.*, 2016).

No entanto, apesar de a literatura mostrar que os homens podem ser a grande porta de entrada para que as mulheres tenham acesso aos serviços de PF, pela influência que exercem na SSR e sobre as intenções reprodutivas do casal, Kaushalendra *et al.* (1998) documentam, num estudo realizado na Índia, três razões principais que corporizam o envolvimento do homem na saúde reprodutiva:

- i) a primeira emerge da autonomia dos homens, do facto de eles terem as suas próprias preocupações em relação à SSR e do facto de o seu envolvimento não significar apenas um mecanismo de alcançar uma melhor SSR das suas parceiras;
- ii) a segunda está atrelada ao comportamento dos homens e ao seu bem-estar em relação ao facto de a sua SSR influenciar directamente a SSR das suas parceiras; e
- iii) a terceira é a de que as decisões sobre assuntos de SSR ocorrem dentro do relacionamento e afectam tanto os homens como as mulheres.

Numa abordagem crítica que denuncia as *nuances* que envolvem o debate sobre o envolvimento do homem e as motivações a ele atreladas, Sternberg e Hubley (2004) argumentam que a participação do homem é fundamental para o sucesso dos programas de PF e para o empoderamento da mulher, no

entanto, realçam a necessidade de abordagens que aprofundem e explorem as implicações e o impacto do envolvimento do homem na saúde reprodutiva.

A preocupação está em aferir como serão estruturadas e moldadas as novas dinâmicas nas relações de poder e de género e as suas implicações, porque, apesar das poucas avaliações, as intervenções existentes mostrarem que o envolvimento dos homens pode conduzir ao aumento da demanda contraceptiva e empoderamento das mulheres (Helzner, 1996).

Outrossim, mostra-se necessário avaliar se o envolvimento dos homens na promoção da saúde reprodutiva forjaria novos modelos de masculinidades ou conduziria à manipulação das normas sociais de dominação masculina, o que, por exemplo, forçaria os homens a negociar o número de filhos com as suas parceiras. Como defendem Sternberg & Hubley (2004), não basta oferecer serviços de PF aos homens para atraí-los aos programas, pois, muitos dos programas que optaram por esta abordagem fracassaram.

A partir da crítica de Toure (1996) à perspectiva que limita o envolvimento do homem no PF apenas ao número de homens que usam preservativos ou que fazem vasectomias, encontramos a necessidade de Moçambique olhar para o desafio de envolvimento dos homens no PF de uma forma holística.

Assim, se propõe a adopção de uma perspectiva mais abrangente que inclui o número de homens que encorajam e apoiam as suas parceiras e os seus pares a usar os serviços de PF e os que influenciam o ambiente político programático a ser mais favorável à promoção de programas e serviços de PF orientados para os homens. Estes programas, mais do que incentivar e promover a contracepção masculina, devem promover acções e actividades voltadas para os homens como um grupo discreto que tem por objectivo aumentar a aceitabilidade, a prevalência e a prática contraceptiva entre os casais.

A revisão sistemática de estudos realizados por Vouking *et al.* (2014) na África Subsaariana constatou um baixo envolvimento do homem na tomada de decisão sobre o PF e a persistência de desafios para elevar o seu envolvimento no PF, entre os quais se destacam a necessidade de campanhas de educação sanitária para melhorar as crenças e atitudes dos homens e da melhoria da acessibilidade, disponibilidade, alojamento e aceitabilidade dos locais de serviços de PF, por forma a torná-los mais atraentes para os parceiros masculinos.

Estudos realizados em contextos africanos e não africanos sobre o envolvimento do homem nos programas e serviços de PF (cf. Mistik *et al.*, 2003; Berhane *et al.*, 2011; Singh *et al.*, 2014; Ijadunola *et al.*, 2010; Bayray, 2012; Kamal *et al.*, 2013; Kabagenyi *et al.*, 2014; Kassa *et al.*, 2014; Tamiso *et al.*, 2016) documentam similaridades no que concerne aos factores influenciadores e às atitudes negativas dos homens em relação ao PF.

Entre as barreiras partilhadas por estes estudos estão as seguintes:

- i) A falta de informação e conhecimento (quer entre homens, quer entre mulheres) sobre os métodos contraceptivos e doenças de transmissão sexual;
- ii) O baixo nível de educação e fraca comunicação/diálogo entre o casal;
- iii) O medo ou receio de efeitos colaterais, mitos, concepções erradas sobre o PF e a religião;
- iv) O receio, por parte dos esposos, de as mulheres se tornarem promíscuas por estarem a usar métodos contraceptivos;
- v) O receio dos homens de perda de autoridade como chefes da família; e
- vi) O desejo de ter mais filhos, na crença de que famílias numerosas expressam a sua virilidade e masculinidade.

Apesar de realizados em contextos diferentes e diferenciados, a argumentação à volta do envolvimento adequado dos homens para o sucesso dos programas de PF é consensual nestes estudos.

Oferecer uma ampla gama de serviços reprodutivos e apoio a homens e mulheres como parceiros responsáveis e iguais e como indivíduos com as suas próprias necessidades e direitos é estratégico e pode conduzir a melhores resultados nos indicadores de saúde reprodutiva, na aceitação e uso contínuo de métodos contraceptivos, nos comportamentos sexuais seguros, no uso dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e na redução da morbilidade e mortalidade (Sternberg & Hubley, 2004; Pachauri, 2001).

O papel proeminente do homem na reprodução não pode ser continuamente ignorado, e é importante e extremamente útil avaliar e encorajar o seu envolvimento no PF, particularmente nos países em desenvolvimento, onde os objectivos de contracepção não têm sido alcançados (Karra *et al.*, 1997; Mistik *et al.*, 2003).

Mudança social e planeamento familiar

Nas últimas duas décadas, Moçambique tem experimentado mudanças políticas, económicas e, sobretudo, sociais e culturais, que trazem novos comportamentos, percepções, atitudes e práticas. São transformações ao nível de valores, no que tange àquilo que o sociólogo Rocher (1991) chamou de “inversão de valores” - conceito mais claro e operativo, e não propriamente “perda de valores”. Estas inversões de valores sociais e culturais encontram o seu eco nas práticas e atitudes assumidas como simples e complexas da vida dos indivíduos, das famílias e das instituições mais vastas, quer em menor, quer em maior escala.

Seguindo Bernardi (1992), as dinâmicas culturais e sociais processam-se por meio de dois movimentos antagónicos, a saber: (i) um que impele à mudança e transformação (rápida ou lenta), e (ii) que se pretende de resistência, de resiliência face ao rolo compressor das mudanças sociais que, à luz das sociedades modernas e contemporâneas, ganham uma velocidade radical.

Conforme Giddens (1998, 2000), é precisamente pela sua radicalização, as mudanças sociais e culturais que se assiste e se vive actualmente encontram também um dos seus epicentros na família, na estrutura dos seus afectos, nas relações de poder internas entre casais, filhos e gerações e na configuração das relações de intimidade.

Apesar de tenuemente darem conta deste cenário, as análises sociais (Chilundo *et al.*, 2012, Pedro, 2013; Mboane & Bhatta, 2015) feitas sobre a SSR e o PF em Moçambique, pouco aprofundam perante estas novas e complexas dinâmicas e configurações socioculturais e simbólicas.

Os contextos, quer sejam rurais, quer sejam urbanos, são ainda apresentados sob o prisma de uma certa homogeneidade sociocultural, através de matrizes étnicas, linguísticas, morais e cosmológicas que aparentemente não sofreram e não têm estado a sofrer transformações dramáticas, que resultem, em última análise, em novas e muitas vezes conflituantes visões do mundo das pessoas. Consequentemente, a intimidade, a sexualidade, a saúde e o PF também foram e têm sido atingidos por estas dinâmicas.

Pretende-se, nesta secção, defender-se que pode ser ilusória a forma como se continua a olhar e analisar a realidade moçambicana actual, e, por inerência disso, todo o edifício da planificação e implementação das políticas,

planos e estratégias de PF continuam a reflectir um quadro sociocultural que não corresponde na íntegra à realidade da diversidade e multiplicidade encontradas.

Sendo a saúde um dos pilares da vida do homem, pela sua multidimensionalidade e transversalidade, este sector constitui um dos palcos privilegiados das mudanças sociais e culturais e uma das âncoras a partir das quais se avalia o estágio do bem-estar dos indivíduos e a percepção “concreta” que estes têm de si mesmos.

Toda visão social, política, legal, académica e programática da saúde, sobre a saúde e para a saúde, em Moçambique, é permeada por uma perspectiva marcadamente de género, que realça a igualdade e a equidade quanto aos direitos, acessos, usos, privilégios e alocação, entre outros. E pela sua importância, a questão do PF ocupa um lugar vital neste sector no país.

Daqui decorre que, com uma certa “naturalidade”, as mulheres e as crianças sejam os grupos-alvo, sobre quem é direccionada maior atenção e a quem é dada maior incidência em termos de serviços, recursos, acesso e qualidade, ficando uma espécie de lugar “marginal” reservado aos homens, como a literatura aqui já levantada problematiza.

Mas isto é apenas “aparente”, pois, ao homem cabem, acções e papéis determinantes nos processos decisórios numa sociedade tipicamente masculina.

Actualmente, verificam-se mudanças e avanços significativos no papel cada vez mais determinante e decisivo das mulheres no que tange à sua sexualidade, aos seus direitos sexuais e reprodutivos e no que diz respeito, em suma, ao estabelecimento de equilíbrios no processo de planificação e decisão neste âmbito, sobretudo em contextos urbanos (Karberg, 2015). O que se deve então procurar aferir é a dimensão e a estrutura dessas mudanças sociais, o que carece de novos e desafiantes estudos empíricos para a sua ilustração, análise e suas consequências.

Neste diapasão, acredita-se que os desafios e possibilidades para o envolvimento do homem no PF, no que diz respeito ao aumento da sua participação e integração mais efectiva, prática, visível e tangível no PF, passa necessariamente pela obrigatoriedade de estudos socioculturais que aprofundem o entendimento sobre o conceito “envolvimento do homem”, nas

suas múltiplas dimensões, e ajudem a olhar e analisar com a devida minúcia e cuidado estas “novas” realidades, à luz das mudanças e transformações que a sociedade moçambicana vai sofrendo.

Isto permitirá alimentar as políticas e estratégias deste sector de conteúdos realísticos, ou seja, mais qualitativos, menos quantitativos, mais humanos e menos estatísticos, corroborando com a opinião de Minayo & Sanchez (1993) segundo a qual, as estratégias qualitativas indicam o que é importante considerar num determinado contexto sociocultural, permitindo identificar variáveis importantes e formular hipóteses culturalmente apropriadas.

Assim, é possível potenciar o estabelecimento de estratégias e acções mais consentâneas com a realidade e que permitam salvaguardar os seguintes aspectos:

- i) a necessidade de se olhar para o PF como um processo profundamente dinâmico e que carece de acompanhamento permanente por estudos e análises sócio-antropológicas detalhadas e periódicas, de modo a registar e monitorar estas dinâmicas;
- ii) o desenvolvimento local (regional, provincial, distrital) de capacidades entre técnicos de saúde, assistentes e pesquisadores sociais, para, de forma sistemática e aprofundada, proceder com as devidas adaptações e ligações entre as políticas e estratégias nacionais (globais) e as *nuances* complexas das culturas e universos simbólicos locais, diminuindo fossos, barreiras, incompreensões e mal entendidos; e
- iii) idealmente, a implementação destas mudanças ao nível de acções de base no sector da educação sexual virada para os jovens. Ou seja, introduzir nesses programas, a par das questões de HIV e SIDA, prevenção de gravidezes precoces, casamentos prematuros, questões de PF em que a figura do homem surja como actor relevante, visível e presente.

Estes aspectos possuem em si mesmos elementos que podem concorrer para a adesão dos homens ao PF, uma adesão que se quer séria, consciente e comprometida, e não que responda somente a apelos políticos e programáticos.

Considerações finais

Ao apontar as limitações desta reflexão fizemo-lo conscientes da complexidade em discutir e esgotar os desafios e possibilidades atinentes ao envolvimento do homem no PF em Moçambique no presente capítulo. Procuramos trazer à luz da discussão internacional e nacional, os embaraços, procurando traçar caminhos ou pistas sobre estes desafios e as possibilidades para o maior envolvimento dos homens no PF, tendo em conta que o PF é parte integrante da vasta área da SSR.

Assumindo que o universo da SSR e do PF é ao nível sociocultural e ao nível institucional (das políticas, estratégias, etc), visto como predominantemente um “assunto de mulheres” e, conseqüentemente, um “não-assunto” para homens, com as repercussões negativas que aqui procurou-se trazer, entende-se que se deve proceder a mudanças nas atitudes, comportamentos e práticas que devem afectar as pessoas e as instituições directa e indirectamente envolvidas nesta cadeia de processos.

O primeiro exercício fundamental está na necessidade de aprofundar o entendimento sobre o conceito “envolvimento do homem”. Assim a ideia se pretende transmitir e operacionalizar nas políticas, estratégias e planos de intervenção, será homogénea tendo em conta a multiplicidade de actores (instituições do governo, sector privado, organizações da sociedade civil, parceiros) envolvidos e interessados, articulando-o as várias componentes-chave (sociocultural, sociodemográfica, política, saúde, educação entre outras).

Igualmente é necessário aferir a sensibilidade dos que directamente serão afectados por estas modificações (homens e mulheres), sobre o que pensam sobre o assunto, o que querem e esperam do “envolvimento do homem”, com vista a salvaguardar os seus interesses e direitos, pois, este envolvimento não deve servir de abertura ou invasão aos espaços mais privados e exclusivos femininos.

Pode-se assim entender que os desafios aqui colocados devem ser analisados com as devidas cautelas, uma vez que não se trata de uma questão apenas numérica, estritamente quantitativa, mas sobretudo qualitativa que, devem ser assumidos em colectivo, a partir de uma cadeia de responsabilidades distribuídas entre deveres e obrigações de todos os actores sociais envolvidos e das instituições relevantes, de forma multisectorial e abrangente, pois, a SSR e o PF não devem ser exclusivamente remetidos ao Ministério da Saúde

e instituições por ele tuteladas, mas à sociedade no geral, nas mais variadas especialidades, campos de saber, experiências e visões.

Igualmente, há necessidade de ajustamento da estratégia de PF e contracepção para que reflecta de forma precisa, objectiva e aprofundada a natureza, os tipos os objectivos e os conteúdos da participação do homem no PF, indicando o seu grau, lugar e importância da equidade e igualdade com a mulher. Neste ajustamento, devem ser salvaguardados os aspectos médicos, éticos, subjectivos (emocionais e afectivos) da SSR e do PF específicos das mulheres.

Proceder deste modo, implica reconhecer o poder de influência dos homens sobre a SSR e o PF, o que tem impulsionado a emergência de estudos nos países em desenvolvimento com o objectivo de compreender as dinâmicas e complexidades dessa influência e avaliar o seu papel no envolvimento ou participação na SSR e no PF, os determinantes, as barreiras e as implicações.

Referências bibliográficas

- Adelekan, A., P. Omoregie, & E. Edoni. (2014). “Male Involvement in Family Planning: Challenges and Way Forward”. *International Journal of Population Research*. 2014: 1-9.
- Akindele, R. A. & W. O. Adebimpe. (2013). “Encouraging male involvement in sexual and reproductive health: family planning service provider’s perspective”. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2(2): 119-123.
- Bayray, A. (2012). “Assessment of male involvement in family planning use among men in south eastern zone of Tigray, Ethiopia”. *Scholarly Journal of Medicine*. 2(2): 1-10.
- Berhane, A., S. Biadgilign, A. Amberbir, S. Morankar, A. Berhane & K. Deribe. (2011). “Men’s knowledge, spousal communication about modern family planning methods in Ethiopia”. *African Journal of Reproductive Health*. 15(4): 24-32.
- Bernardi, B. (1992). *Introdução aos estudos Etno-antropológicos*. Lisboa: Edições 70.
- Bongaarts J., J. W. Cleland, J. T. Townsend, M. Das G. Bertrand. (2012). “Family Planning Programs for 21st Century: Rationale and Design”.

- New York; USA. Population Council: http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2012_FPfor21stCentury.pdf. Acesso 30.05.2015.
- Bourdieu, P. (1999). *A Dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Capurchande, R. D. (2016). “Unravelling the mosaic discourses and practices about family planning two setting of Maputo province, Mozambique: A phenomenological study”. Thesis submitted to the Faculty of Economic and Social Sciences and Solvay Busines School, Vrije Universiteit Brussel in Fulfillment of the degree of Doctor (PhD) in Sociology.
- Capurchande, R. D., G. Coene, K. Roelens & H. Meulemans. (2017). “If I have only two children and they die...who will take care of me?” - “a qualitative study exploring knowledge, attitudes and practices about family planning among Mozambican female and male adults”. *BMC Women's Health*. 17(66): 1-15.
- Chasowa, S., P. K. Kandodo, R. M. Jack, & R. Kambalu. (2015). “A study on factors hindering husbands from participating in maternal health care in Malawi”. *African Journal of Nursing and Midwifery*. 2(1): 066-075.
- Chilundo, B., E. Ortiz, A. Jacinto, A. Nhancale, F. Abacassamo, E. Manhice, G. Salvador-Davila, L. Subramanian, P. David, & R. Badiani. (2012). “Barriers to institutional deliveries and family planning: a qualitative study from Cabo Delgado, Zambézia and Inhambane Provinces, Mozambique”. Maputo, Mozambique: Pathfinder International and UKAID-Mozambique.
- Cleland, J., S. Bernstein, A. Ezeh, A. Faundes, A. Glasier & J. Innis. (2006). “Family planning: the unfinished agenda”. *Lancet*. 368: 1810 – 1827.
- Feyerabend, P. (1993). *Contra o método*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Giddens, A. (1998). *As consequências da modernidade*. Lisboa: Celta.
- Giddens, A. (2000). *O mundo na era da globalização*. Lisboa: Presença.
- Helzner, J.F. (1996). “Men's involvement in family planning”. *Reproductive Health Matters*. 4(7): 146-154.
- Ijadunola, M. Y., T. C. Abiona, K. T. Ijadunola, O. T. Afolabi, O. A. Esimai & F.M. OlaOlorun. (2010). “Male involvement in family planning decision making in Ile-Ife, Osun State, Nigeria”. *African Journal of Reproductive Health*. 14(4): 45-52.

- Kabagenyi, A., L. Jennings, A. Reid, G. Nalwadda, J. Ntozi & L. Atuyambe. (2014). "Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: a qualitative study of men and women's perceptions in two rural districts in Uganda". *Reproductive Health*. 11(21): 1-9.
- Kamal, M. M., M. S. Islam, M. S. Alam & A. B. M. Hassan. (2013). "Determinants of male involvement in family planning and reproductive health in Bangladesh". *American Journal of Human Ecology*. 2(2): 83-93.
- Karberg, S. (2015). A Participação Política das Mulheres e a sua influência para maior capacitação da Mulher em Moçambique. *Friedrich Ebert Stiftung*.
- Karra, M.V., N. N. Stark & J. Wolf. (1997). "Male involvement in family planning: a case study spanning five generations of south Indian family". *Studies in Family Planning*. 28: 24-34.
- Kassa, M., A. A. Abajobir & M. Gedefaw. (2014). "Level of male involvement and associated factors in family planning services utilization among married men in Debreworkos town, Northwest Ethiopia". *BMC International Health and Human Rights*. 14: 1-8.
- Kaushalendra, K. S., S. B. Shelah & O. T. Amy. (1998). "Husband's reproductive health. Knowledge, attitudes and behavior in Uttar Pradesh, India". *Studies Family Planning*. 29(4): 388-399.
- Khan, M. E. & B. C. Patel. (1997). "Male involvement in family planning: a KAPB study of Agra District". The Population Council, India. Churchgate: SNTD.
- Mboane R. & M.P. Bhatta. (2015). "Influence of a husband's healthcare decision making role on a woman's intention to use contraceptives among Mozambican women". *Reproductive Health*. 12(36): 3-8.
- Minayo, M. Cecília de Sousa & O. Sanches. (1993). "Qualitativo-Quantitativo: Oposição ou Complementaridade". *Caderno Saúde Pública*. 9(3):237-248.
- MISAU [Ministério da Saúde], INE [Instituto Nacional de Estatística] & ICF Internacional, (2015). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015*. Maputo, Moçambique. Rockville, Maryland, EUA: INS, INE e ICF International.

- MISAU [Ministério da Saúde], INE [Instituto Nacional de Estatística] & ICF International. (2013). Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde-2011. Calverton, Maryland, USA: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatística & ICF International.
- MISAU [Ministério da Saúde]. (2011). *Política Nacional de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos*. Maputo: MISAU.
- MISAU [Ministério da Saúde]. (2010). *Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção 2011-2015(2020)*. Maputo: MISAU.
- Mistik, S., M. Nacar, M. Mazicioglu & F. Cetinkaya. (2003). "Married Men's Opinions and Involvement Regarding Family Planning in Rural Areas". *Contraception*. 67: 133-137.
- Mosha, I., R. Ruben & D. Kakoko. (2013). "Family planning decisions, perceptions and gender dynamics among couples in Mwanza, Tanzania: A qualitative study". *BMC Women's Health*. 13:523.
- Onyango, M. A., S. Owoko, & M. Oguttu. (2010). "Factors that Influence Male Involvement in Sexual and Reproductive Health in Western Kenya: A Qualitative Study". *African Journal of Reproductive Health*. 14(4):33-43
- Oyediran, K. A., G. P. Ishola & B. J. Feyisetan. (2002). "Factors affecting ever-married men's contraceptive knowledge and use in Nigéria". *Journal of Biosocial Science*. 34(4): 497-510.
- Pachauri, S. (2001). "Male involvement in reproductive health care". *Journal Indian Medical Association*. 99(3): 138-141.
- Pedro, V. (2013). "Representações e experiências dos homens sobre o planeamento familiar: o caso do bairro de Mafalala e da localidade de Macarretane". Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane. Maputo.
- Pedro, V. M., E. C. Mariano, K. Roelens & N.M.R.B. Osman. (2016). "Percepções e experiências dos homens sobre o planeamento familiar no sul de Moçambique". *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 26(4): 1313-1333.
- Rocher, G. (1991). *Sociologia geral - A acção social*. Vols. I e II. Lisboa: Presença.
- Schultz, T.P. (2009). "How does family planning promote development?: evidence from a social experiment in Matlab, Bangladesh, 1977-1996".

- Artigo apresentado na Population Association of America meetings Detroit MI, April 30, 2009.
- Shahjahan Md., S. J. Mumu, A. Afroz, H. A. Chowdhury, R. Kabir & K. Ahmed. (2013). “Determinants of male participation in reproductive healthcare services: a cross-sectional study”. *Reproductive Health*. 10 (27): 1-6.
- Singh, D., M. Lample & J. Earnest. (2014). “The involvement of men in maternal health care: cross-sectional, pilot case studies from Maligita and Kibibi, Uganda”. *Reproductive Health*. 11 (68): 1-8.
- Sternberg, P. & J Hubley. (2004). “Evaluating Men’s Involvement as a Strategy in Sexual and Reproductive Health Promotion”. *Health Promotion International*. 19 (3): 339-396.
- Tamiso, A., A. Tassew, H. Bekele, Z. Zamede & A. Dulla. (2016). “Barriers to Male Involvement in Family Planning Services in Arba Minch Town, Southern Ethiopia: Qualitative Case Study”. *International Journal of Public Health Science*. 1 (5): 46-50.
- Toure, T. (1996). Male involvement in family planning. A review of the literature and selected program Initiative in Africa.
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Populations Division (2015). Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015 (ST/ESA/SER.A349).
- Vouking, M. Z., C. D. Evina, & C.N. Tadenfok. (2014). “Male involvement in family planning decision making in sub-Saharan Africa-what the evidence suggests”. *PanAfrican Medical Journal*. 19:349.
- Walle, Yeshareg & Alamrew, Zelalem. (2014). “The Current States of Male Involvement on Family Planning and Factors Correlated with among Male Factory Workers in Bahir Dar City”. *American Journal of Public Health Research*. 2(5): 188-197.
- WHO [World Health Organization] (2015). Family Planning/Contraception. Fact Sheet N 351. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>. Acesso 19.04.2018
- WorldBank (2018): https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW?locations=ET&name_desc=true. Acesso 19.04.2018.

Capítulo 9

PERCEPÇÕES E MOTIVAÇÕES DOS HOMENS NA ADESÃO E USO DO PLANEAMENTO FAMILIAR NOS DISTRITOS DE MANHIÇA E MARRACUENE

Joelma J. Picardo

Boaventura M. Cau

Introdução

Planeamento familiar é um conjunto de acções que permitem às mulheres e aos homens escolher quando querem ter um filho, o número de filhos que querem e espaçar os nascimentos dos seus filhos, com impacto fundamental na saúde da mulher, criança e na redução da mortalidade materna e infantil (Cleland *et al.*, 2006; Smith *et al.*, 2009). Os programas de planeamento familiar (PF) têm sido considerados uma política pública eficaz para o aumento da utilização de contraceptivos e diminuição da fecundidade.

Mesmo com os reconhecidos benefícios do PF para a saúde da mulher, criança e para o desenvolvimento sustentável (Cleland *et al.*, 2006), em Moçambique ainda existe um número considerável de mulheres e homens que não fazem PF.

A taxa nacional de prevalência contraceptiva em mulheres casadas em idade reprodutiva dos 15 aos 49 anos subiu de 11,3% para 25,3% de 2011 para 2015 (MISAU *et al.*, 2018). Apesar desta subida, o uso de contracepção em Moçambique ainda é muito baixo, considerando que o país tem uma taxa de fecundidade de 5,3 filhos por mulher (Ibid.).

Existe a possibilidade de que os homens tenham uma influência substancial no baixo uso de métodos de planeamento familiar que se verifica em Moçambique dado que estudos realizados na África subsaariana argumentaram que em contextos socioculturais de ideologia patrilinear, como os do Sul e certas áreas do Centro e Norte de Moçambique, os homens têm um papel de extrema importância na tomada de decisão sobre o tamanho da família, uso de métodos de PF modernos ou tradicionais e tipo de contraceptivos modernos usados (Ezeh, 1993; Dodoo, 1998; Onyango *et al.*, 2010; Macia, 2011).

Estudos sobre o envolvimento do homem no PF em Moçambique são escassos, pois durante muito tempo, estudos dessa natureza apenas estavam virados às mulheres (Dodoo, 1998; Maharaj, 2001; Onyango *et al.*, 2010; Scott, 2010). Entretanto, alguns aspectos do envolvimento do homem no PF em Moçambique já estão a ser investigados. Por exemplo, Capurchande *et al.* (2017) constataram que havia expectativas diferentes no que diz respeito ao uso de contracepção entre homens e mulheres. Pedro *et al.* (2016) revelaram que os homens consideravam que o seu papel no PF era de dar consentimento para que as suas parceiras fizessem o planeamento familiar. Mboane & Bhatta (2015) constataram que as intenções das mulheres para usar a contracepção estavam a ser negativamente afectadas pelo poder de decisão sobre a sua saúde dos seus maridos ou parceiros.

Embora os estudos já realizados avancem o entendimento sobre o envolvimento do homem no PF em Moçambique, este assunto ainda necessita de mais atenção. Em particular, ainda é necessário expandir-se o entendimento existente sobre o que os homens sabem e pensam sobre o PF, como é que os homens olham para o uso de métodos de PF pelas suas parceiras e pelos casais; o que inquieta ou estimula aos homens a cerca do PF, assim como, o que os homens conversam sobre os contactos com os serviços de saúde que atendem as necessidades de PF. O melhor entendimento das percepções e motivações dos homens na adesão ao PF poderá sugerir caminhos promissores para se reduzir as barreiras ao PF e consequentemente, elevar-se a prevalência nacional de uso destes serviços.

No presente capítulo, procura-se contribuir para a literatura sobre o envolvimento do homem no PF em Moçambique, trazendo uma narrativa sobre como os homens em Marracuene e Manhiça, duas comunidades rurais do sul do país, usam e interpretam o uso do PF pelas suas parceiras e outras mulheres da sua comunidade, o que eles acreditam que as suas esposas pensam sobre o PF e a sua visão sobre os serviços de saúde que atendem ao PF.

Metodologia

Os dados para este estudo foram recolhidos nos distritos de Manhiça e Marracuene, província de Maputo em 2016. Estes distritos fazem parte dos locais de implementação do projecto Planeamento Familiar, levado a cabo pelo Centro Internacional para Saúde Reprodutiva Moçambique (ICRH-M).

O distrito da Manhiça está localizado na parte norte da Província de Maputo, com uma população de 208.466 habitantes dos quais 46,9% são homens e 53,1% mulheres (INE, 2018). Com uma população estimada em 230.530 habitantes (47,7% homens e 52,3% mulheres) (INE, 2018), o distrito de Marracuene encontra-se na parte oriental da mesma província.

No distrito de Manhiça, os dados foram recolhidos nos postos administrativos de Três de Fevereiro (localidade de Taninga), Ilha Josina Machel (localidade de Maguiguana), Xinavane (localidade de Xinavane) e Manhiça-Sede, (localidade de Maciana) ao passo que no distrito de Marracuene, a recolha de dados teve lugar no posto administrativo de Marracuene (localidades de Michafutene e Nhomgonhama).

Embora não se tenha informação sobre o nível de uso de contracepção nos distritos de Manhiça e Marracuene, a província de Maputo onde se encontram estes distritos têm uma prevalência contraceptiva de cerca de 44% (MISAU *et al.*, 2018).

O estudo adopta uma abordagem qualitativa, pois este método permite a captura e descrição das percepções e experiências vividas pelos sujeitos (Gill *et al.*, 2008). Num primeiro momento, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental relacionada ao PF, especificamente sobre temáticas relacionadas ao envolvimento do homem no PF. Estiveram envolvidos no estudo 90 participantes do sexo masculino (adolescentes, jovens e adultos), os participantes do estudo foram identificados e selecionados nos agregados familiares dos bairros abarcados pelas intervenções de mobilização comunitária

do projecto “Aquisição de Conhecimento para a Prestação de Serviços de Melhor Qualidade e Envolvimento da Comunidade para Maior uso do Planeamento Familiar (IQSCI)”, implementado pelo Centro Internacional para Saúde Reprodutiva - Moçambique (ICRH-M).

Dentro dos agregados familiares, foram identificados potenciais participantes do sexo masculino dos 15 aos 45 anos de idade. De seguida, foi-lhes explicado o objectivo do estudo e solicitada permissão para a sua participação. Posteriormente, foi feita a revisão e análise do material recolhido através dos Grupos Focais de Discussão (GFD) nas comunidades. Os GFD usam dinâmicas do grupo para gerar dados qualitativos e são bastante úteis em pesquisas relacionadas com normas de grupo (Gill *et al.*, 2008).

Foram realizados 9 encontros em GFD, dos quais 5 com homens adultos dos 25 aos 45 anos e 4 com adolescentes e jovens do sexo masculino dos 15 aos 24 anos de idade. As sessões de discussão foram baseadas num guião com tópicos abertos, que incluía questões relativas as percepções, experiências dos homens em relação ao PF, assim como factores que actuam como barreiras e facilitadores no acesso dos homens ao PF. Todas as discussões foram conduzidas em Português ou em Changana, de acordo com a língua em que os participantes se sentiram mais confortáveis.

Os encontros foram antecidos de contactos prévios com os líderes comunitários e autoridades administrativas. Após a obtenção do consentimento informado verbal, foi solicitado aos participantes permissão para gravar a conversa e todas as discussões foram gravadas em áudios. Os conteúdos das discussões foram anotados e as gravações áudio foram transcritas para o processador de texto.

Após transcrição e categorização, os dados foram analisados com recurso as técnicas de análise de conteúdos e estruturação da narrativa (Riessman, 1993). No final, os resultados foram sistematizados numa matriz de análise com vista a obter-se uma leitura transversal entre os diferentes informantes. A análise temática das transcrições com recurso ao software *Nvivo* 11 identificou os temas importantes contidos nos dados. Por fim, foram estruturadas algumas narrativas constantes das gravações/transcrições para serem usadas na ilustração dos resultados.

Entre os entrevistados adolescentes e jovens a maioria era composta por estudantes e trabalhadores do sector informal, dos quais 30 solteiros e 60

casados ou em união marital (faixa etária dos 15-24 anos). Os participantes adultos eram trabalhadores do sector informal e camponeses, alguns dos quais não tinham a educação formal (faixa etária dos 25-45 anos). Com excepção dos adolescentes dos 15 aos 17 anos, quase todos os participantes tinham pelo menos um filho. Estas são as principais características dos participantes dos grupos focais de discussão recolhidas. A breve caracterização dos atributos sociodemográficos dos participantes e dos seus agregados familiares reconhece-se como uma limitação do estudo.

Resultados

Os resultados da análise dos dados revelaram vários aspectos sobre PF, incluindo a cerca do conhecimento dos homens sobre o PF; fontes de informação dos homens sobre o PF; motivações e importância de uso dos diversos métodos de PF pelos homens e suas parceiras; percepções e experiências dos homens a cerca do diálogo entre casais à volta do PF; pertença do papel de tomar decisão sobre o uso ou não do PF; experiências e rumores em relação aos efeitos colaterais de alguns métodos de PF; e, experiências de contacto com os serviços de saúde que atendem às necessidades de PF.

Conhecimento e importância do planeamento familiar

Das discussões em grupos focais, o estudo constatou a ideia de que o PF protege contra gravidezes indesejadas e permite o espaçamento entre os nascimentos. Alguns participantes dos GFD explicaram da seguinte forma:

Planeamento evita barriga [gravidez], evita a mãe engravidar sem estar preparada, evita a gravidez indesejada (GFD Adolescente e Jovens, Solteiros e Casados, Bolaze, Marracuene).

O mais importante é que as pessoas saibam que quando se faz PF não é para terminar de fazer filhos, é para repousar e planificar durante o tempo e depois de 2 ou 4 anos pode voltar a conceber (GFD Adultos, Casados, Mapulango, Marracuene).

Os participantes das discussões em grupos focais consideram que o PF contribui para a melhoria da sua situação económica, porque através da planificação do número de filhos pretendem assegurar melhores condições de vida para a família. Para os adolescentes e jovens o PF permite a continuidade

dos seus estudos e uma melhor preparação de seu futuro. Assim foi mencionado o seguinte:

se namoras com uma rapariga e engravidas o jovem é obrigado a abandonar os estudos para encontrar meios para cuidar da esposa. Isso despertou aos jovens a usarem o preservativo para se precaverem dessas situações (GFD Adolescentes e Jovens, Solteiros e Casados, Ilha Josina, Manhiça).

diferente do tempo dos nossos avós em que pensavam que ter muitos filhos era sinal de riqueza. Agora o tempo é outro e devemos fazer esse plano para enfrenarmos a vida porque está difícil (GFD Adultos, Casados, Mapulango, Marracuene).

Constatou-se a existência de rumores sobre a possibilidade de alguns métodos de contracepção, como a injeção, implante e DIU dificultarem a concepção de gravidez no futuro. Particularmente sobre esta constatação, os participantes dos grupos de discussão adultos e casados (dos 25 aos 45 anos) manifestaram a ideia de que as mulheres que ainda não têm filhos, deveriam absterem-se do uso de contracepção para evitar infertilidade no futuro. Os extractos seguintes ilustram essas ideias:

já ouvi dizer que não é aconselhável uma jovem fazer o PF porque pode chegar um momento em que vai precisar de ter filho e então PF é para os adultos uma pessoa que já tem filhos e não quer ter mais (GFD Adultos, Casados, Mapulango, Marracuene).

E outros participantes referindo-se a fala e ao pensamento de algumas mulheres colocaram o seguinte:

Algumas mulheres ficam com medo por causa dos comentários das outras. Diz-se que uma moça que faz o PF tem dificuldades de conceber quando pretender porque o seu organismo habituou chutar [expulsar gravidezes] ou ter abortos espontâneos. Isso faz com as pessoas temam fazer o PF (GFD Adultos, Casados, Bolaze, Marracuene).

A outra diz comecei a fazer PF e não tinha nenhum problema para conceber [engravidar], mas agora está a ser difícil conceber. Eu comecei a fazer PF desde o meu último filho, mas epah..., agora estou a precisar de um filho com o meu marido ou com o parceiro que eu tenho agora, mas está ser difícil. Então, deve ser porque abusei muito a injeção (GFD Adultos, Casados, Santa Isabel, Marracuene).

Fontes de informação sobre o planeamento familiar

Todos os participantes afirmaram conhecer a maior parte dos métodos como a pílula, injeccção, implante e DIU; apenas alguns têm conhecimento sobre a vasectomia e laqueação. Os participantes das discussões apontaram como suas principais fontes de informação sobre o PF as parceiras, palestras nas unidades sanitárias e na comunidade (realizadas pelos activistas), rádio e televisão. Os extractos abaixo atestam estas constatações:

As pílulas posso conhecer com facilidade porque são coisas que ela pode pegar nas mãos. Pode meter na bolsa posso ver. Mas em relação ao implante e a injeccção, nunca vi (GFD Adolescentes e Jovens, Solteiros e Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Eu ouvi com a minha esposa a falar destas coisas e num primeiro momento não dava importância, mas com o passar do tempo passei a valorizar (GFD Adultos, Casados, Xinavane, Manhiça).

Para além dos activistas, no centro de saúde quando as nossas esposas estão grávidas, depois do parto, passado um mês, chama o pai e a mãe do bebé e lhes aconselham a fazer o PF e eles entram em consenso sobre o método a usar (GFD Adultos, Casados, Xinavane, Manhiça).

Os participantes das discussões manifestaram ter dúvidas sobre aspectos do PF que não têm obtido um esclarecimento satisfatório das mesmas. Em relação a esta questão foi referido o seguinte:

Os homens não têm conhecimento e quando a explicação é feita pela esposa ou pessoa não especializada, isso não convence. Portanto os activistas são importantes para essas situações, para nos aconselhar e tudo mais (GFD Adolescentes e Jovens, Solteiros e Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Posso dizer que é muito difícil aqui no bairro haver uma propaganda que falam disso, para incentivar os jovens e as famílias a obter informações acerca do PF (GFD Adolescentes e Jovens, Solteiros e Casados, Bolaze, Marracuene).

Só que oiço pessoas a dizer que basta a mulher começar a fazer o PF não pode parar mais. Não sei se é verdade, mas mesmo na minha casa vejo a ela a ir mensalmente fazer o PF. Portanto, é esse tipo de dúvidas que devíamos ter esclarecimento, sobre como é o processo de PF (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Uso do preservativo masculino e suas interpretações

Constatou-se que o preservativo é um método de eleição entre os adolescentes e jovens dos 15 aos 24 anos, pela facilidade de aquisição, disponibilidade em diferentes locais, prevenção contra gravidez e, particularmente contra infecções de transmissão sexual (ITS). Em relação a este método foi relatado o seguinte:

Eu posso dizer que o que me leva a usar o preservativo é que é o método mais fácil de adquirir. Em qualquer sítio eu posso adquirir o preservativo. Dois, previno-me das doenças e da gravidez indesejada (GFD Adolescentes e Jovens, Solteiros e Casados, Mapulango, Marracuene).

Não apanhamos doenças por causa do preservativo, mas antigamente apanhávamos muitas doenças porque não sabíamos donde saem essas doenças (GFD, Adolescentes e Jovens, Solteiros e Casados, Mapulango, Marracuene).

Diferentemente dos adolescentes e jovens, os participantes adultos dos 25 aos 45 anos, particularmente os casados, não vêm o preservativo como um método contraceptivo preferencial. Eles defenderam que o preservativo era mais indicado para ser usado com parceiras ocasionais. Esses homens adultos participantes das discussões em grupos focais expressaram a ideia de que a oposição ao uso do preservativo nas relações sexuais entre casados é levantada pelas suas esposas ou parceiras. Os extractos seguintes ilustram essas constatações:

Uma esposa diz que “não come banana com casca” e diz também que “não é mulher da rua”, por isso não pode manter relações sexuais com seu marido usando preservativo. É muito raro uma esposa aceitar usar preservativo com seu próprio marido! Dizem “não sou mulher da rua, não sou prostituta para me “subires” com preservativos”. Assim os preservativos não são usados nos lares, usam-se na rua, nas barracas. É por isso que, se vais tentar dizer para usarem o preservativo, ela pergunta desde quando usamos isto? (GFD Adultos, Casados, Bolaze, Marracuene).

mesmo na minha própria casa, isto acontece porque no pensamento das nossas mulheres, basta teres preservativos é porque vais usá-los fora [com outras mulheres] e nunca admitem que podem ser usados dentro de casa e prevenir que ela engravide (GFD Adultos, Casados, Mapulango, Marracuene).

Eu já tentei convencer à minha esposa de que hoje quero satisfação, mas queria experimentar o preservativo, não porque não confio no método de PF que está a usar, mas quero experimentar o meu. Embarcamos, mas depois de algum tempo vai dizer que sente dores ou que o que está no seu interior lhe faz não sentir nada e

pronto, só pode tirar, colocar de lado e continuar com o trabalho. (GFD Adultos, Casados, Bolaze, Marracuene).

Percepções sobre o diálogo entre casais a cerca do planeamento familiar

Uma constatação recorrente das discussões em grupos focais, tanto entre os adolescentes e jovens como entre os adultos é a ideia de que é importante que as suas esposas ou parceiras informem ou discutam com seus maridos ou parceiros sobre a sua intenção de usar contraceptivos, de modo que os parceiros lhes autorizem ou o casal chegue a um consenso sobre o assunto.

É bonito se os casais falarem e chegarem ao consenso. Se for possível irem juntos à consulta do PF e mesmo que o parceiro não vá que pelo menos tenha conhecimento, e não ela sair para fazer coisas dela às escondidas (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Só pode haver discussão entre o casal no caso da esposa usar método de PF sem informar ao marido. Mas o PF em si não é prática condenável, não implica eu deixar minha esposa porque fez PF, mas ela tem dever de me informar que vai fazer. Independentemente de ser marido ou namorado, a parceira deve informar que vai usar algum método de PF (GFD Adolescentes e Jovens, Solteiros e Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Vi que começamos cedo a manter relações sexuais enquanto o bebé ainda era pequeno. Então nós sentamos e vimos que isto aqui não é vida, não vai nos levar para nenhum sítio. Então ela apanhou essa informação de que existe o PF e seguiu até hoje. Desde que ela colocou o implante a nossa vida está minimamente razoável. Não houve mais gravidez indesejada, escada não escada, desde, eu só tenho uma única filha (GFD Adultos, Casados, Mapulango, Marracuene).

Tenho um bebé de três meses, mas já começamos a falar sobre PF. Falamos que não devemos voltar a ter um filho em breve porque ainda há planos por concretizar na parte financeira porque ainda há ganhos que pretendemos ter. Por isso, neste momento só podemos fazer PF. Mas quem iniciou com a conversa fui eu que disse a ela que, agora temos o segundo filho, por isso temos que parar até conseguirmos isto e aquilo, pelo menos naquela idade dos 5-6 anos, depois de termos alguns bens (GFD Adultos, Casados, Mapulango, Marracuene).

Foram relatados pelos participantes casos de mulheres que fazem uso de contraceptivos sem o conhecimento do parceiro. Alguns participantes das discussões em grupos focais pronunciaram-se nos termos seguintes:

Vais admirar e até ficar preocupado por ver a sua a parceira a não conceber, pensar que ela deve ter algum problema, enquanto ela usou as suas malandrices e tratou do PF às escondidas sem que tenha o aval do parceiro (GFD Adolescentes e Jovens, Casados e Solteiros, Ilha Josina, Manhiça).

Por vezes a mulher sai e vai aplicar injeção e quando ela volta, na hora de dormir [manter relações sexuais] começa a sentir-se uma diferença e isso começa a causar uma certa estranheza. Por ela ter feito as coisas às escondidas não vai revelar a causa do fenómeno que cria a mudança, mas o homem sente e isso cria barulho no lar. Mas se tivesse comunicado que pretende usar um método de PF isso não aconteceria porque mesmo que haja alguma alteração o parceiro saberia da causa, mas algumas não conseguem fazer isso (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Experiências e rumores em relação aos efeitos colaterais dos contraceptivos

O estudo encontrou que alguns participantes das discussões em grupos focais acreditam que os relatos das experiências negativas das mulheres relacionadas aos efeitos colaterais dos contraceptivos, influenciam na adesão ao PF pelos homens e mulheres. Os efeitos colaterais mencionados foram alterações no período menstrual (ausência ou aumento dos dias), alteração da massa corporal (aumento ou diminuição de peso), crescimento do abdómen e alteração da libido (diminuição ou aumento do prazer sexual). Os extractos das intervenções nas discussões indicados abaixo ilustram estas constatações:

Se a pessoa vai fazer o PF e adere a um método dito lá e vem contar a amiga, que fui ao PF e deram-me isto e está a me criar prejuízos, a outra também vai ter medo disso (GFD Adultos, Casados, Santa Isabel, Marracuene).

Porque de facto há pessoas que quando usam de repente ficam magrinhas e outras engordam e depois comentam e as que ouvem e nunca fizeram o PF seguem o que ouvem de que como aquela está assim, corro o mesmo risco (GFD Adultos, Casados, Mapulango, Marracuene).

A minha esposa anda no hospital para pararmos de nascer. Então ela era magrinha mesmo e agora é gorda, porque apanha injeção (GFD Adolescentes e Jovens, Solteiros e Casados, Mapulango, Marracuene).

Umam usam injeção e dizem que a injeção engorda, tira bexiga para cá, para lá (GFD Adultos, Casados, Santa Isabel, Marracuene).

Se encontrar senhoras a conversar sobre os efeitos colaterais do PF dizem que quando o mês está lá menstruo e quando passa também. Duas em duas semanas entro em período menstrual e aí conclui-se que é porque a injeção não lhe cai bem (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Por exemplo o método de 5 anos [implante], faz com que a mulher entre em menstruação sem parar. Algumas ficam magras e outras engordam. Se as outras mulheres vêm esses fenómenos recuam (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Há casos em que a mulher faz o PF e se esse método não lhe cair bem, ela pode ficar 3 meses sem menstruar e ela pensar que está grávida e mesmo o parceiro ter essa informação de que ela está grávida e chega a ir ao centro de saúde para ser examinada se realmente está grávida ou não está (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

...planeamento faz com algumas mulheres entrem em períodos menstruais intermináveis, a outras aumente o prazer sexual enquanto para outras diminui (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Por vezes as mulheres têm hemorragia e isso não dá espaço para o homem sentir prazer com sua esposa (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Mulher que faz planeamento “brinca muito”

Alguns dos participantes adolescentes, jovens e adultos pensam que as mulheres que fazem PF são propensas a envolver-se em relações com outros parceiros ou em “brincadeiras”, sem que haja risco de uma gravidez. Assim foi relatado o seguinte:

Nesta linha do PF pode haver problemas porque algumas mulheres, basta fazerem PF para comecem a ser mulher de “brincar até amanhecer”. Já se pode envolver com qualquer homem porque está protegida e não corre risco de engravidar (GFD Adultos, Casados, Bolaze, Marracuene).

Eu como homem posso sair para trabalhar fora cerca de 2 ou 3 meses e não trabalho próximo de casa. Pode ser Inhambane, Beira, onde ou tiver encontrado o “pão” [sustento]. E porque a minha esposa faz o PF, ela tem liberdade para ir “brincar” com um outro homem (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Só que quando não estou, só ela sabe o que fica a fazer e eu também lá onde vou sou eu sei o que ando a fazer com as outras que fazem PF lá onde trabalho (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Eu digo-lhes que fulana tem PF (implante) no braço. Se quiseses podes conquistá-la, mas não podes lavá-la a sua casa, porque tem aquela coisa. Ela não vai aceitar remover porque brinca muito (GFD Adolescentes e Jovens, Solteiros e Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Os participantes referiram ainda que o homem tem legitimidade para pedir a parceira para parar de usar contraceptivos, em relação a esta questão mencionaram o seguinte:

Conheço uma que colocou e depois conheceu um parceiro. Então ele exigiu que, para que a relação se efectivasse, ela tinha que remover o implante. Assim foi com ela para casa dos pais e informou assim aos pais da moça. Estes deram toda a responsabilidade sobre as consequências de tal acto ao homem e depois foram ao centro de saúde remover o implante (GFD Adolescentes e Jovens, Ilha Josina, Manhiça).

Quando se introduziu aquela coisa de colocar no braço elas aderiram logo. Algumas os maridos estavam na África do Sul, outras em Maputo e regressaram de férias. Em conversas entre os homens começou-se a revelar que a esposa de [fulano] teme assim sucessivamente. Dessa forma os maridos descobriram e muitas mulheres levaram muita porrada e outras perderam os lares e outras foram obrigadas a retirar a força, mas tudo isso porque não comunicaram aos seus maridos (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Alguns participantes adultos, casados dos 25 aos 45 anos referiram que as parceiras fazem uso dos contraceptivos para “reter os parceiros em casa”, por forma a evitar que estes mantenham relações sexuais com outras mulheres, devido ao medo de engravidar as suas próprias esposas, particularmente em situações em que elas estejam a amamentar. Em relação a esta constatação foi referido o seguinte:

Quando a criança ainda é pequena e ainda mama [amamenta] a mulher não quer engravidar de novo porque o bebé é pequeno, então ela faz planeamento para o marido não andar fora com outras mulheres (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Acontece que por vezes temos estas situações em que algumas parceiras fingem aos seus maridos que fazem o PF, como forma de reter o homem em casa, porque desconfiam que os maridos andam fora com outras mulheres (GFD Adultos, Casados, Bolaze, Marracuene).

Planeamento familiar deixa as mulheres com “sangue quente” e “aguadas”

Os entrevistados adultos e casados dos 25 aos 45 anos de idade tem a percepção de que as mulheres que usam contraceptivos têm a libido aumentada, porque ficam com *sangue quente*, e têm necessidade de manter relações sexuais constantemente.

Para outras o PF faz com que o sangue da mulher corra muito e por isso tem que manter relações sexuais a todo o momento. É isso que cria infidelidade das mulheres nos lares (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

O método que usa o IUD faz com que toda a hora ela queira manter relações sexuais, porém o marido está ausente. Assim a mulher começa a passar maior parte do tempo a andar de um lado para o outro. O seu telefone parece ter um contrato e isso começa a irritar a família do marido (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Os adultos, casados dos 25 aos 45 anos pensam ainda que as mulheres que usam contraceptivos ficam *aguadas*, isto é, os seus órgãos sexuais ficam bastante lubrificados durante os preliminares que antecedem o acto sexual. Eles explicaram que essa situação leva à alteração do prazer sexual do homem e da mulher. Assim foi referido o seguinte:

Outra coisa que faz com que as pessoas tenham medo de fazer o PF é porque há relatos de que alguns métodos cortam o prazer sexual da mulher (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Outras ainda, mesmo que a acaricies, ela não sente absolutamente nada, tudo originado pelo PF (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Tal como dizia o outro participante, você pode casar com uma “catorzinha” e quando começa a fazer o PF fica aguada e isso é a reacção do método que está a usar (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Na verdade, se você se envolve com uma mulher que usa um método que não combina com o seu organismo, parece estares a tomar banho numa bacia (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Há situações em que falamos com nossa parceira para fazer o PF ela responde que não pode porque se não o marido vai fugir. Dizem que correm o risco de ficarem aguadas e quando isso acontece o homem procura outras. Esse é que é o ponto. Dizem que se fizerem o PF vão ficar aguadas e os maridos vão lhes fugir (GFD Adultos, Casados, Bolaze, Marracuene).

O PF também pode cortar o prazer sexual do marido do seguinte modo, o homem pode manter relações sexuais com ela uma vez e se quiser voltar a manter o

acto de novo ela já não aceita porque se sente cansada ou então já está a sentir que está a libertar água. Por isso, se te deixar penetrar de novo se não vais te aperceber dessa vergonha (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Necessidade de limitar e espaçar os nascimentos e a tomada de decisão sobre PF

O estudo encontrou entre os participantes jovens e adultos, casados dos 25 aos 45 anos a ideia de que cabe ao homem decidir sobre quando e quantos filhos quer ter, porque ele suporta todos os encargos financeiros relativo a criação dos filhos. As citações das intervenções em discussões a seguir indicadas expressam esse pensamento:

A cabeça da família sou eu. Quem vai trabalhar todos os dias sou eu, por isso quem avalia as condições da família se são boas ou más, sou eu. Ela não trabalha. Por isso cabe a mim alertar que nestas condições precisamos de parar um pouco porque quem avalia essas condições sou eu (GFD Adolescentes e Jovens, Solteiros e Casados, Bolaze, Marracuene)”.

Por vezes somos enganados pelas nossas esposas a dizerem que usam enquanto não usam. Talvez ficam satisfeitas por ter muitos filhos, não sei. E elas esquecem que toda a despesa recai para nós os homens (GFD Adolescentes e Jovens, Solteiros e Casados, Bolaze, Marracuene).

Antes de ir fazer o PF a mulher devia ter autorização do seu marido e mesmo que mais tarde ela queira ir sozinha se saiba que tem autorização do marido (GFD Adultos, Homem Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Se me informar aí está tudo bem. Nem precisa ir comigo à consulta do PF, mas tem que me informar (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Eu acho que não há mal nenhum, mas ela deve informar em vez de fazer as coisas no sigilo porque se vieses a descobrir o ambiente não vai ser agradável no lar (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Tive filhos e chegou um momento que decidi que deixa parar um pouco, porque essa coisa de ter muitos filhos se não vai me apertar o pescoço, como a vida também está difícil. Então, ela [a esposa] foi ao centro de saúde e começou a aplicar injeção e eu também uso o preservativo (GFD Adultos, Casados, Mapulango, Marracuene).

Unidades Sanitárias marginalizam os homens em relação ao planeamento familiar

O estudo constatou a opinião de que os serviços sanitários que atendem ao PF criam entraves para a participação dos homens, um dos quais é não permitir que os homens acompanhem as suas mulheres ou parceiras durante a consulta e falta de preparação dos serviços para atendimento dos homens. Os extractos das discussões seguintes corroboram estas constatações:

Lá nos serviços de PF só permitem a entrada de mulheres. Não atendem a mulher junto com o seu parceiro, atendem a mulher sozinha (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

A saúde puxa mais as mulheres para esta questão do PF e para nós os homens falam de prevenção de doenças nas nossas andanças [nas relações sexuais extramatriais] (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Outra coisa é que as unidades sanitárias nos marginalizam a nós os homens em matéria de PF (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Confidencialidade e atendimento nas Unidades Sanitárias

Constatou-se a existência de um receio entre os participantes das discussões de falta de sigilo e confidencialidade nas unidades sanitárias que prestam serviços de PF, facilitando o reconhecimento dos membros da comunidade praticantes do PF por outros não utentes desses serviços. Assim foi referido o seguinte:

...em conversas em casa nos alertam que fulana foi colocar aquilo (implante), por isso não perca teu tempo com ela. Essa é uma forma de despertar porque talvez o rapaz não sabia e passar a saber. Então as mães nos alertam que cruzámos com fulana no centro de saúde (na consulta do PF) (GFD Adolescentes e Jovens, Solteiros e Casados, Ilha Josina, Manhiça).

Os participantes mencionaram ainda que a demora no atendimento leva a que os utentes do sexo masculino desistam das consultas. Em relação a esta questão foi mencionado o seguinte:

...a única coisa que acontece lá é ficarmos horas e horas na bicha [fila] e acabamos desistindo (GFD Adolescentes e Jovens, Solteiros e Casados, Bolaze, Marracuene).

O problema é que, temos casos em que, o centro de saúde é público, mas há funcionários que pensam que aquilo é da sua casa, é da sua família. Eles privatizam aquilo. É o que faz com que nós vamos ao centro de saúde e acabamos desistindo e voltamos para casa, porque ninguém vai ficar 5h de tempo para fazer o PF. Sabendo que não estou doente, só vou fazer PF, eu acabo desistindo. Eu já fui por duas vezes e acabei por desistir (GFD Adolescentes e Jovens, Solteiros e Casados, Bolaze, Marracuene).

Os participantes das discussões em grupos focais indicaram ainda que durante a consulta não são discutidos os efeitos colaterais dos métodos, o que de acordo com os mesmos leva a que as mulheres parem de usar contraceptivos. Alguns participantes disseram:

...as enfermeiras não conseguem dizer as utentes de que se este método lhe cair mal tem que voltar para trocar e experimentar um outro, mas elas não dizem. A mulher só vai trocar por sentir que o método não vai bem, mas deviam ser elas a dar esse conselho de que se um método não der certo tem que ir trocar até encontrar um que combina com o seu organismo (GFD Adultos, Casados, Ilha Josina, Manhica).

Discussão dos Resultados e implicações

A utilização de métodos de planeamento familiar em Moçambique embora com tendência crescente é baixo e, existe uma possibilidade ainda menos explorada de que as percepções e motivações dos homens a cerca do planeamento familiar estejam associadas ao baixo uso desses serviços e que, a investigação desses aspectos possa sugerir vias para se elevar o uso de métodos de planeamento familiar no país. O presente capítulo procurou contribuir para a eliminação da lacuna de informação ainda existente no que diz respeito às ligações entre o homem e o PF em Moçambique.

Os resultados mostram que os homens na área de estudo têm um conhecimento geral sobre PF e métodos contraceptivos. O estudo constatou a ideia de que o PF permite a prevenção da gravidez e espaçamento entre os nascimentos, o que possibilita aos jovens a preparação do seu futuro e aos adultos a melhoria da situação económica da sua família. Encontrou-se alguma percepção de que os filhos representam uma despesa e que o PF pode ajudar a alcançar as intenções reprodutivas. Constatação similar foi reportada no estudo realizado em 2014 pelo ICRH-Moçambique em Manhica e Marracuene (ICRH-M, 2014).

Apesar do reconhecimento do papel do PF para a prevenção de gravidezes indesejadas, ao nível das comunidades de Manhiça e Marracuene, existem concepções e rumores que influenciam negativamente no uso de contraceptivos. Uma dessas percepções é a ideia de que as mulheres que não tenham filhos não deveriam usar a contracepção para evitar dificuldades em engravidar. Esta percepção é preocupante dado que pode levar a que adolescentes e jovens ainda sem filhos se abstenham de usar os métodos anticonceptivos em relações sexuais pré-maritais, abrindo espaço para a contração de gravidezes indesejadas. Esta constatação sugere a necessidade de as autoridades sanitárias e outras organizações que trabalham em saúde reprodutiva em Marracuene e Manhiça, desenhar intervenções para informar a comunidade para que os seus membros, com dificuldade de engravidar, busquem ajuda nas unidades sanitárias, visto que a dificuldade em engravidar pode ter uma outra origem.

A percepção de que as mulheres que fazem PF são propensas a cometer infidelidade também tem potencial de desencorajar o uso de contracepção. A contracepção, neste contexto, é percebida como retirando dos homens o controle sobre a sexualidade das suas parceiras ou mulheres. O risco de engravidar que advém do não uso de contracepção em relações sexuais extramaritais é considerado por alguns participantes das discussões como um elemento desejável por se assumir que pode dissuadir as mulheres a se engajarem em relações extramaritais.

O estudo constatou igualmente a existência de mitos e tabus relativos aos contraceptivos, envolvendo transformações fisiológicas provocadas no corpo da mulher, tais como tornar o seu “*sangue quente*” ou transformando as mulheres em “*aguadas*”, o que provoca alterações na vida sexual do casal. Constatou-se também a percepção de que o preservativo não deve ser usado em relações sexuais maritais. Estas constatações reafirmam a necessidade dos diferentes actores que trabalham neste assunto desenvolverem estratégias de comunicação e educação para a comunidade, e em particular para os homens, por forma a dissipar as concepções negativas sobre os métodos contraceptivos, assim como sobre os efeitos provocados pelo seu uso.

Note-se que alguns rumores pode ser que sejam usados como uma estratégia de desencorajar o uso de contracepção na comunidade. O uso de contracepção pode ser entendido como um desafio ao pressuposto de que a união entre um homem e uma mulher tem como fim último a reprodução. Alguns estudos em Moçambique documentaram a pressão social para a procriação que casais têm experimentado particularmente em algumas

áreas rurais (Capurchande *et al.* 2017; ICRH-M, 2014; Agadjanian, 2013; Macia; 2011). Embora o estudo tenha encontrado relatos da ocorrência de algum diálogo entre casais sobre o PF, uma constatação prevalecente nas discussões em grupos focais nas comunidades é a ideia de que o homem é que tem que tomar a decisão sobre o início de uso de contracepção pela sua parceira.

Esta constatação faz eco ao encontrado em estudos anteriores (ex., Onyango *et al.*, 2010; Macia, 2011; Pedro *et al.*, 2016). Esta prática pode ser entendida no contexto sociocultural destas comunidades. Estudos anteriores argumentaram que em contextos socioculturais patrilineares, os homens detêm o poder de tomada de decisão sobre o tamanho da família e uso de métodos contraceptivos (Ezeh, 1993; Dodoo, 1998; Onyango *et al.*, 2010; Macia, 2011). Este aspecto também pode ser explicado pelo facto do homem ser responsável pelo sustento da família e pelos encargos financeiros relativo a criação dos filhos, principalmente nas áreas rurais.

Entretanto, apesar do predomínio da ideologia patrilinear, constatou-se a existência de mulheres que desafiam essa ideologia e fazem contracepção sem o conhecimento dos maridos. As estratégias para melhorar a adesão ao PF devem incluir ainda informação relacionada a necessidade de melhorar a componente de comunicação entre o casal, de modo que as decisões relativas a contracepção sejam discutidas e concertadas entre os parceiros.

No geral, as constatações deste estudo mostram uma forte influência dos homens sobre o uso de contracepção pelas suas parceiras. Estas constatações apoiam o argumento já defendido em estudos anteriores de que os programas de PF deveriam deixar de dar uma atenção marginal aos homens (ex., Duarte 1998; Scott (2010), pois é fundamental que os homens não sejam tomados apenas como agentes passivos e auxiliares no uso de contraceptivos. Tal como Scott (2010), neste estudo defende-se a ideia de que se leve em consideração as percepções dos homens em relação a reprodução e contracepção dado que elas influenciam se homens e mulheres fazem ou não o PF na comunidade. Assim, as intervenções na área de PF deveriam incluir um pacote específico de actividades de sensibilização em PF e oferta de serviços focalizado as necessidades e especificidades da população masculina.

Ao nível dos serviços de saúde, constatou-se a existência de aspectos que limitam a adesão ao PF como o receio da falta de sigilo e confidencialidade por parte dos utentes das unidades sanitárias, o tempo de espera para o

atendimento e falta de aconselhamento em relação aos efeitos colaterais dos contraceptivos. Por forma a assegurar melhor qualidade, os serviços de saúde devem investir em abordagens na oferta de serviços que levem em consideração o sigilo e confidencialidade, flexibilidade no atendimento e aconselhamento particularizado sobre os efeitos colaterais dos métodos de contracepção.

Agradecimentos

Este estudo foi realizado no âmbito do projecto “Aquisição de Conhecimento para a Prestação de Serviços de Melhor Qualidade e Envolvimento da Comunidade para maior uso do Planeamento Familiar (IQSCI)”, implementado pelo Centro Internacional para Saúde Reprodutiva - Moçambique (ICRH-M) em parceria com o Ministério da Saúde (Direcção Provincial de Saúde de Maputo e Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social de Manhica e Marracuene), com financiamento do Governo de Flanders. A concretização deste capítulo só foi possível através do apoio do Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA). A todos o nosso muito obrigado. Contudo, as ideias apresentadas neste capítulo são apenas da responsabilidade dos autores do mesmo e não destas organizações.

Bibliografia

- Agadjanian, V. (2013). “Religious denomination, religious involvement, and modern contraceptive use in Southern Mozambique”. *Stud Fam Plann.* 44(3): 259-274. doi:10.1111/j.1728-4465.2013.00357. x.
- Capurchande, R., G. Coene, K. Roelens, & H. Meulemans (2017). “If I Have Only Two Children and They Die...Who Will Take Care of Me?” A Qualitative Study Exploring Knowledge, Attitudes and Practices About Family Planning Among Mozambican Female and Male Adults”. *BMC Women's Health.* 17:66.
- Cleland, J. (2006). “Family Planning: The Unfinished Agenda”. *Sexual and Reproductive Health 3. Journal Paper.* World Health Organization. Switzerland. 1:18.
- Dodoo, F. (1998). “Men Matter: Additive and Interactive Gendered Preferences and Reproductive Behavior in Kenya”. *Demography.* Vol. 35, Nº 2. Men in Families. 229-242.

- Duarte, G. (1998). “Perspectiva Masculina Quanto a Métodos Contraceptivos”. *Cadernos de Saúde Pública*. 14 (supl. 1): 125-130.
- Ezeh, A. (1993). “The Influence of Spouses Over Each Other’s Contraceptive Attitudes in Ghana”. *Studies in Family Planning*. 24 (3):163-174.
- Gill, P., K. Stewart, E. Treasure, & B. Chadwick (2008). “Methods of Data Collection in Qualitative Research: Interviews and Focus Groups”. *British Dental Journal*. 204(6): 291-295. <https://doi.org/10.1038/bdj.2008.192>.
- ICRH-M (Centro Internacional para Saúde Reprodutiva Moçambique) (2014). Análise Situacional da Qualidade de Prestação de Serviços e Envolvimento da Comunidade para Maior Uso do Planeamento Familiar na Província de Maputo, Moçambique. Conhecimentos, Atitudes, Práticas e Comportamentos dos Membros das Comunidades de Manhica e Marracuene em Relação ao Planeamento Familiar. Estudo de Base. Maputo, ICRH-M.
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2018). IV Censo 2017. IV Recenseamento Geral da População e Habitação. Divulgação dos Resultados Preliminares. IV RGPH 2017. Maputo, INE.
- Macia, M. (2011). Comportamento Sexual Masculino e Práticas Preventivas no Contexto duma Epidemia Generalizada do HIV/ SIDA: Um Estudo de Caso duma Área Urbana e Rural, Sul de Moçambique. Maputo, Encontro de Partilha de Pesquisas em Prevenção e Comunicação sobre o HIV em Moçambique.
- Maharaj, P. (2001). “Male Attitudes to Family Planning in the era of HIV/ AIDS: Evidence from KwaZulu-Natal, South Africa”. *Journal of Southern African Studies*. 27(2): 245-257.
- Mboane, R. & M. Bhatta (2015). “Influence of a Husband’s Healthcare Decision Making Role on a Woman’s Intention to Use Contraceptives Among Mozambican Women”. *Reproductive Health*. Ohio. 12:36.
- MISAU (Ministério da Saúde), INE (Instituto Nacional de Estatística), & ICFI (ICF International) (2013). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.
- MISAU (Ministério da Saúde), INE (Instituto Nacional de Estatística), & ICF (2018). Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/ SIDA em Moçambique 2015. Maputo: MISAU, INE e ICF.

- Onyango, M., S. Owoko, & M. Oguttu (2010). "Factors that Influence Male Involvement in Sexual and Reproductive Health in Western Kenya: A Qualitative Study". *African Journal of Reproductive Health*. 14(4): 33-44.
- Pedro, V., E. Mariano, K. Roelens, & N. Osman (2016). "Percepções e Experiências dos Homens sobre Planeamento Familiar no Sul de Moçambique". *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*. 26(4): 1313-1333.
- Reissman C. (1993). "Narrative Analysis". *Qualitative Research Methods*. Series 30. London. Sage.
- Scott, R. (2010). "Homens, Domesticidade e Políticas Públicas na Saúde Reprodutiva", In: L. Medrado & B. Azevedo (org.), *Homens e Masculinidades: Práticas de Intimidade e Políticas Públicas* (1ª edição). Recife/ PE: Instituto Promundo. 184: 79-94.
- Smith, R., L. Ashford, J. Gribble, & D. Clifton (2009). *Family Planning Saves Lives*. 4th Edition. Washington, DC: Population and Reference Bureau.

Capítulo 10

PERCEPÇÕES SOBRE O PLANEAMENTO FAMILIAR DO PONTO DE VISTA DA ETNOGRAFIA DA COMUNICAÇÃO EM MOÇAMBIQUE: O CASO DA LOCALIDADE DE CAMBEVE, DISTRITO DA MANHIÇA

David Langa

Introdução

O presente estudo analisa as mensagens sobre o Planeamento Familiar (PF) transmitidas pelas enfermeiras às mulheres na localidade de Cambeve, no Distrito da Manhiça, Província de Maputo. O desenvolvimento do estudo consistiu na análise e operacionalização do conceito de PF à luz do quadro teórico da Etnografia da Comunicação, conceito formulado por Hymes, cujo método é descrito por Saville-Troike (1982). Com a verificação das categorias hymesianas resumidas na palavra *speaking*, a principal preocupação do estudo é, através dos materiais de informação usados pelo Ministério da Saúde (MISAU) e seus parceiros, designadamente o “Cartão de Aconselhamento em Contraceção” (Pathfinder International, 2015) usado pelas enfermeiras no Hospital da Manhiça, analisar como é que a população sensibilizada

(as mulheres) adere aos métodos de contracepção, por forma a respeitar o preconizado no PF, isto é, aferir se as mulheres praticam efectivamente as mensagens que lhes são passadas pelas enfermeiras no hospital através de reuniões ou palestras sobre o PF. A forma de medir a adesão aos métodos de contracepção é feita através da verificação das práticas das mulheres, isto é, se a mulher teve ou não outro nascimento, conforme o preconizado no PF. Por exemplo, se a mulher passou por reuniões de aconselhamento sobre o PF e teve filhos seguidos com o espaçamento inferior a um ano, então as mensagens sobre o PF não foram eficazes, porque não a fizeram mudar de atitude.

A relevância deste quadro teórico prende-se ao facto de poder especificar, do ponto de vista da etnografia da comunicação, onde um dado evento comunicativo falha e, assim, proceder para garantir uma comunicação bem-sucedida e eficaz. Por outras palavras, a etnografia da comunicação permite ver onde é que a comunicação sobre o PF está a falhar, visto que as mulheres, mesmo tendo participado nos debates em grupos focais, têm filhos acima das suas expectativas e têm dificuldade de controlar essa situação, devido à fraca capacidade ou impossibilidade de controlar os seus parceiros.

Para as políticas públicas, o estudo dá subsídios sobre em que aspectos os tomadores de decisões devem incidir, por forma a garantir uma comunicação bem-sucedida entre homens e mulheres, entre si, e entre eles e os fazedores de políticas públicas. As campanhas sobre o PF podem ser bem-sucedidas se forem acompanhadas de uma comunicação apropriada, obedecendo aos pressupostos da etnografia da comunicação.

Uma das limitações do estudo tem a ver com o facto de os grupos focais serem constituídos por um número inferior a 6 pessoas, sendo 5 mulheres e 4 homens. A principal razão deste número reduzido prende-se ao facto de que, apesar de terem sido escolhidos com a devida antecedência e os encontros terem sido marcados em local e hora previamente combinados, alguns participantes não compareceram. Este facto, embora lesando metodologicamente, pode considerar-se que não afecta sobremaneira os resultados do estudo, pois as conclusões aqui apresentadas servem de indicador das práticas de comunicação sobre o PF.

O capítulo organiza-se da seguinte maneira: depois desta introdução, segue-se o enquadramento teórico, onde se descreve a etnografia da comunicação hymesiana e a sua importância para o presente estudo. Em seguida, apresenta-se o local de recolha de dados, de acordo com as informações

recolhidas na administração da Manhica. Segue-se a Metodologia, que inclui o perfil dos participantes em reuniões de debate em grupos focais, a anteceder a Revisão de Literatura e os Resultados. Por fim, apresentam-se as Conclusões e as Recomendações.

Enquadramento teórico

A etnografia de comunicação é uma abordagem antropológica que se preocupa com a competência comunicativa (Saville-Troike, 1986). Segundo Mateus (2015:84), “a etnografia da comunicação corresponde ao trabalho de análise empírica da prática comunicativa” e fundamenta-se na competência comunicativa, a capacidade de produzir e entender mensagens que põem o indivíduo em interação comunicativa com outros interlocutores. Esta capacidade compreende não só a habilidade linguística e gramatical (de produzir e interpretar frases bem formadas) como também uma série de habilidades extralinguísticas correlacionadas, que são sociais (no sentido de saber adequar a mensagem a uma situação específica) ou semióticas (saber utilizar outros códigos para além do linguístico).

A competência comunicativa é um conjunto de competências: linguística, para-linguística, cinésica, proxémica, executiva, pragmática, sociocultural, etc. Esta competência envolve o conhecimento e expectativas sobre quem pode e quem não pode falar em certas circunstâncias, quando falar e quando ficar em silêncio, com quem se pode falar, como falar com pessoas do mesmo ou de estatutos diferentes (género, idade, condição social), etc. Em suma, competência comunicativa “é o que habilita o falante a comunicar-se de um modo aceitável com qualquer interlocutor, do seu grupo social ou da sociedade mais ampla, investido de qualquer papel social que foi atribuído.” (Bortoni-Ricardo, 2014:88).

Uma teoria de competência comunicativa, segundo (Bortoni - Ricardo, 2014), propõe-se “a explicar a produção e a interpretação do comportamento cultural tem de dar conta do que é formalmente possível, considerando-se o sistema da língua, do que é viável, em função dos meios de implementação da fala disponíveis, do que é apropriado, levando-se em conta as normas sociais que presidem à comunicação nos diversos contextos e nas diversas funções e papéis sociais, e, finalmente, do que é efectivamente usado.” (Bortoni-Ricardo, 2014:88). Assim, tratando-se da comunicação entre as mães e as enfermeiras sobre o planeamento familiar, seria imperioso para uma comunicação bem-

sucedida que as mães conhecessem o móbil do planeamento familiar (i.e., por que é importante). Sendo a forma de reprodução comum nestas comunidades a biológica, dever-se-ia garantir que os pais ou cônjuges e as esposas conheçam e dominem os factores importantes associados ao planeamento familiar e como devem ser adequadamente manipulados.

Segundo Saville-Troike (1982), citado por Bortoni-Ricardo (2014), para captar os elementos constitutivos de um evento comunicativo, Hymes (1974) cria como método de pesquisa etnográfica o acrónimo ou mnemónico *speaking*, onde cada letra remete a um elemento chave da pesquisa etnográfica, a saber:

- (i) *Setting or scene* (ambiente): momento e local da troca comunicativa, mas também ambiente psicológico e definição cultural do tipo de cenário;
- (ii) *Participants* (participantes): o emissor, o receptor, o eventual público, que podem influir no comportamento comunicativo dos agentes;
- (iii) *Ends* (fins ou propósitos): objectivos como metas e objectivos como resultados (aquilo que se almeja e aquilo que se alcança);
- (iv) *Act sequence* (forma e conteúdo da mensagem): forma e conteúdo daquilo que é dito, considerados nas suas relações recíprocas e do ponto de vista das regras sociais que governam todos os actos de comunicação;
- (v) *Key* (tom ou modo de pronunciar): tom, modo, humor quando se realiza um acto;
- (vi) *Instrumentalities* (instrumentos de transmissão): canal (escolha do meio: falado, escrito, telegráfico, etc.) e código (escolha entre diversas linguagens e entre variedades de uma mesma linguagem);
- (vii) *Norms of interaction and of interpretation* (normas): comportamento e propriedades específicas que podem acompanhar os actos linguísticos e também regras compartilhadas para a análise das estruturas da interacção;
- (viii) *Genre* (géneros textuais, oral ou escrito): categorias ou tipos de actos e acontecimentos comunicativos (por exemplo, conversação, leitura, oração, etc.).

Muitos estudos sobre a etnografia da comunicação assentam sobre a análise de obras literárias (romances, peças de teatro, histórias infantis, novelas) visando analisar o evento de comunicação segundo as categorias hymesianas. Mais recentemente, a etnografia da comunicação foi aplicada na prática em Linguística. Por exemplo, Leão e Mello (2007) aplicaram-na na administração e cunharam o seu trabalho de “etnografia organizacional”, ao terem notado a relevância da cultura na compreensão dos aspectos organizacionais.

Local de recolha de dados

Os dados foram recolhidos no Distrito da Manhiça. Segundo os dados do “Plano Estratégico de Desenvolvimento do Distrito (PEDD) da Manhiça” de 2008, o “Distrito da Manhiça localiza-se na região Norte da Província do Maputo. Este limita-se ao Norte com o Distrito de Bilene, ao Sul com o Distrito de Marracuene, a Este com o oceano Índico e a Oeste com os distritos de Moamba e Magude” (Governo do Distrito da Manhiça, 2008:8). “O distrito de Manhiça é constituído por seis postos administrativos, nomeadamente Manhiça-sede-área Municipal, Maluana, Calanga, 3 de Fevereiro, Xinavane e Ilha Josina Machel, e 13 localidades” (Governo do Distrito da Manhiça, 2008:9). No geral, segundo o Censo de 2007, citado por (Governo do Distrito da Manhiça, 2008), o distrito é habitado por 159.812 habitantes, sendo 73.323 (45,6%) homens e 86.849 (54,4%) mulheres. O posto administrativo de Manhiça-sede tem um total de 56.751 habitantes, sendo 26.620 (46,9%) homens e 30.131 (53,1%) mulheres.

Metodologia

O estudo adopta uma abordagem qualitativa (Severino, 2010), usando o método etnográfico. Para Mateus (2015:85), “o ponto central do método etnográfico nos estudos em comunicação não passa tanto pela apropriação da variedade comunicativa, mas sobretudo explicá-la e compreendê-la à luz das culturas onde a actividade comunicacional se insere”. A análise qualitativa centra-se fundamentalmente em compreender e interpretar experiências, vivências, sentidos comuns, etc. (Minayo, 2011). Este estudo baseou-se em dois debates em grupos focais: o grupo de mulheres e o grupo de homens, tendo o encontro com o grupo de mulheres ocorrido a 16 de Março de 2016 no Centro de Comunicação Multimédia da Manhiça, ao passo que o dos homens aconteceu a 25 de Março de

2016, no local de jogos tradicionais da Manhiça. Os participantes dos dois grupos foram convenientemente e atempadamente seleccionados e solicitados a fazerem-se presentes nas datas e locais acima apresentados.

O critério para a selecção dos participantes foi o seguinte: ser mãe ou pai, casado ou vivendo maritalmente e manifestar a disponibilidade de participar no estudo. Por questões de observação de ética, os nomes dos participantes não são relevados, e também foram informados de que os dados que forneceram seriam apenas usados no âmbito do presente estudo.

Os encontros eram gravados em áudio e posteriormente transcritos. O encontro com as mulheres decorreu em Português, ao passo que o dos homens foi em Changana. Transcritos os áudios e traduzidos os textos de Changana para o Português, seguiu-se a análise dos dados, que aparece na secção intitulada “Resultados”.

Perfil dos grupos focais

Todos os participantes são naturais e residentes na localidade de Cambeve, na Manhiça.

O primeiro grupo focal era constituído por 5 mulheres, com idades compreendidas entre os 25 e os 38 anos (Tabela 10.1). Todas elas têm pelo menos um filho e afirmam viver maritalmente. O nível de escolaridade varia entre o ensino primário (7^a classe) e o secundário (12^a classe). Trata-se de mulheres com instrução académica, e todas afirmam saber ler e escrever a língua portuguesa e que sabem falar mas não escrevem a língua Changana. Do ponto de vista de aquisição de língua, estas mulheres são falantes da sua língua materna bantu, como língua primeira (L1) e falantes do Português, como língua segunda (L2).

Tabela 10.1: Perfil das mulheres

Código	Língua Materna	Idade	Número filhos	Escolarização
JAMa	Ronga	27	1	10 ^a classe
CCMa	Changana	27	1	10 ^a classe
CDMa	Changana	25	3	12 ^a classe
IIMMa	Changana e Chope	35	2	12 ^a classe
AMMa	Changana	38	2	7 ^a classe

Tabela 10.2: Perfil dos Homens

Código	Língua Materna	Idade	Número filhos	Número de Esposas	Escolarização
NhMa	Changana	52	12	1	Primária
BdzMa	Changana	57	10	2	Primária
ESMa	Changana	53	16	2	Secundária
SLMa	Changana	42	2	1	Superior

Revisão de Literatura

O Planeamento Familiar é uma forma de assegurar que as pessoas têm acesso a informação, a métodos de contracepção eficazes e seguros, a serviços de saúde que contribuem para a vivência da sexualidade de forma segura e saudável.

Vários estudos têm sido feitos ao longo dos tempos sobre o PF em África e em Moçambique, em particular. Estudos mostram que apesar de o homem ter um bom conhecimento sobre os métodos de PF, restringe a sua prática às mulheres. Na Nigéria, por exemplo, Adelekan *et al.* (2014) consideram haver uma barreira no envolvimento dos homens no PF, que se prende com as percepções segundo as quais o PF é uma actividade das mulheres, bem como com a existência de atitudes negativas culturalmente motivadas dos homens associadas ao seu envolvimento no PF. Assim, o envolvimento dos homens resume-se a disponibilizar recursos financeiros para a mulher ir à unidade sanitária e a outras actividades, e não participar no PF. Estudos feitos no Quénia revelam que muitas acções relacionadas com a saúde reprodutiva estão tradicionalmente focadas na mulher. Contudo, revela-se importante compreender a percepção dos homens, pois “estes são os fazedores de opinião dos seus países, onde a pobreza e desigualdades de género constituem uma barreira de promoção da saúde sexual” (Wambui, 2012:1).

À semelhança do que acontece em África, como se referiu no parágrafo acima, em Moçambique também o PF é visto, *grosso modo*, como uma prática exclusiva da mulher (Pedro *et al.*, 2016). Segundo Pedro (2013:16), “a problemática em torno das representações e experiência dos homens sobre o PF reside no facto de em muitas sociedades do sul de Moçambique, as mulheres não deterem o poder de decisão sobre os mais diversos assuntos,

dentre os quais a aderência ou não no PF (...). A autora especifica que “o problema agrava-se porque o homem tem sido negligenciado no tocante aos assuntos relacionados à contracepção e ao PF”. As explicações para esta “exclusão” ou pouco engajamento do homem em actividades relacionadas ao PF podem ter a ver com “a pouca clareza dos homens sobre o papel do PF e o confundem com o anuir a parceiros para fazer o planeamento” (Pedro, 2013:9) ou, segundo Macia e Langa (2004:2), “o modelo patriarcal de dominação masculina sempre aparece como o pano de fundo de quase todas as explicações que geram a situação desfavorável e subalternidade da mulher na estrutura social da sociedade”.

Será tomando em consideração os resultados descritos nos estudos que o presente trabalho se desenvolve, tratando-se de realidades de países e contextos semelhantes ao de Moçambique.

Resultados

Em Cambeve, dos encontros tidos com as mulheres, todas elas afirmam que participaram em mais de uma palestra sobre o uso de contraceptivos. Segundo elas, as enfermeiras e parteiras usam o “Cartão de Aconselhamento em Contracepção”, adoptado pelo MISAU e produzido pela Pathfinder International (2015). Em resumo, este cartão apresenta uma série de métodos a adoptar, a saber: Implante, Laqueação Tubar, Dispositivo Intrauterino (DIU), Contraceptivo Oral Combinado (COCs), Contraceptivo Oral Progestínico (POPs), Preservativo Masculino, Preservativo Feminino, dentre outros. Dentre estes métodos, as mulheres afirmam ser comum o uso da pílula, injeção, implante e preservativo masculino, ao passo que os homens afirmam conhecer a pílula e o preservativo masculino.

As mulheres afirmam que são apenas elas que vão a essas reuniões, pois, *grosso modo*, os maridos não as acompanham e, quando muito, aceitam o uso do preservativo masculino. No geral, as mulheres afirmam que os métodos mais recorrentes para o seu uso são a pílula, o implante e o DIU.

Como acima se referiu, a metodologia adoptada no presente estudo é a etnografia da comunicação. Nas secções que se seguem, examina-se cada letra do termo mnemónico *Speaking*.

Setting or scene: Ambiente

“Todo o acto de fala situa-se no tempo e no espaço, isto é, em um determinado lugar e em um momento” (Bortoni-Ricardo, 2014:90). O local em referência no presente estudo pode ser dividido em dois, a saber: o local de residência da população-alvo, que é a localidade de Cambeve, no distrito da Manhiça, e o local onde decorrem as reuniões sobre o PF, que é a maternidade do Hospital Distrital da Manhiça. De uma forma geral, as reuniões de aconselhamento sobre o PF decorrem no período da manhã.

Participants: Participantes

A Etnografia da Comunicação considera que “os participantes são, naturalmente, o componente mais importante, se consideramos que estamos trabalhando com uma teoria voltada para a comunicação humana. Há muitas categorias de participantes, o falante, o principal destinatário e mesmo outras pessoas que entreouvem a conversa” (Bortoni-Ricardo, 2014:91). No caso vertente, nas reuniões de aconselhamento, o falante é a enfermeira e o ouvinte, as mulheres. Ressalve-se que estas mulheres não participavam ao mesmo tempo nestas sessões, pois apenas foram reunidas para efeitos do presente estudo.

Os dados dos encontros em grupos focais indicam que apenas as mulheres vão aos encontros sobre o planeamento familiar. Esta constatação, logo à partida, cria um hiato de operacionalização do próprio conceito de planeamento familiar, que, dentre outros aspectos, visa garantir que o casal tenha acesso à informação sobre o número de filhos que pretende ter, decisões sobre o método anticonceptivo a adoptar, etc.. Quando a mulher chega à maternidade e tendo-se provado que ela está grávida, o primeiro procedimento da enfermeira é levá-la a abrir uma ficha de acompanhamento do desenvolvimento da gestação:

Quando cheguei no hospital, cheguei aí, a primeira coisa me disseram que você vai abrir ficha, fazer o teste [de gravidez]... Primeiro é fazer o teste, depois vêm os resultados (CCMa).

Aí, depois tem resultados, se é positivo ou se é negativo. Se é negativo, então passa para fazer o peso, já. Fazem peso (CCMa).

Isso é no primeiro dia. Então, depois te dão um dia para você voltar de novo. Você vai para casa, e dizem dia X você tem que voltar para o hospital para vir nascer sua filha (CCMa).

Chegando ao hospital pela primeira vez, a enfermeira abre uma ficha de controlo do desenvolvimento da gestação, faz o teste de gravidez, e, dando o teste positivo, faz-se o peso. Daí, inicia o acompanhamento do todo um processo de gestação até que a criança nasça.

Em suma, os participantes são os enfermeiros (pessoas profissionais e tecnicamente capacitadas para passar informações sobre PF) e as mulheres (o público alvo). Sendo a gravidez o resultado da prática sexual biológica desprotegida envolvendo homem e mulher, como os estudos anteriores referiram (Pedro *et al.*, 2016, Adelekan *et al.*, 2014; Pedro, 2013; Wambui, 2012) é indispensável a presença dos dois (homem e mulher) nas reuniões de aconselhamento sobre o PF.

A exclusão de um dos membros envolvidos na gravidez, mina (constitui um hiato) a comunicação efectiva sobre o PF, visto que, apesar de a mulher ouvir e perceber o PF e o que o fundamenta, a prática dela (do PF) pode não ser efectiva se o homem não ouvir da pessoa que tem autoridade técnica e socialmente aceite para falar do tema entre os interlocutores. Assim, o homem ouve sobre o PF a partir da sua esposa, que por sua vez ouviu as recomendações da enfermeira. Este procedimento, logo à partida, coloca a mulher em desvantagem negocial (Macia & Langa, 2004). À luz da etnografia da comunicação, esta é uma falha para a comunicação bem sucedida sobre o PF, em Cambeve.

Ends: Fins ou propósitos

“Os fins ou propósitos de uma interação também dependem muito de quanto essa interação é convergente, voltada para o atingimento de uma finalidade, ou a solução de um problema” (Bartoni-Ricardo, 2014:95). No caso vertente, o propósito da reunião de acompanhamento com as mulheres é o PF, sendo o maior foco convidar a mulher (e o homem) a adoptar o PF. A prática do planeamento familiar permite que homens e mulheres decidam se e quando querem ter filhos, assim como programarem a gravidez e o parto nas condições mais adequadas. O planeamento familiar visa: (i) promover comportamentos saudáveis face à sexualidade; (ii) informar e aconselhar sobre a saúde sexual e reprodutiva; (iii) reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil; (iv) permitir ao casal decidir quantos filhos quer, se os quer e quando os quer, ou seja, planear a sua família; (v) preparar e promover uma maternidade e paternidade responsável (Boqueirão, 2013).

Na Manhica, depois do nascimento da primeira criança, o casal é convidado a participar no planeamento familiar, onde a enfermeira põe à disposição os diversos métodos para a escolha da mulher:

[as enfermeiras] te dão aí mesmo, aí onde a pessoa dá parto, é onde te dão. Te dizem quais são e você vai escolher, eles vão-te dar e é mahala [grátis] (IIMa).

O depoimento acima confirma que a enfermeira disponibiliza os diversos métodos de PF para a escolha pela mulher. Neste depoimento, a mulher refere que o PF é gratuito (i.e., não tem custos para as famílias).

Sobre os métodos de PF disponíveis no hospital, as mulheres afirmam que:

Dão pílula, tem o implante, tem aparelho, tem preservativo [masculino]. Tem muitas coisas. (JAMa).

O depoimento acima mostra que a mulher tem o conhecimento dos métodos existentes e, sobretudo, das causas que a levam a aderir ao PF, por isso ela aceita participar:

Não nego, porque eu também quero cuidar do meu filho... crescer. (JAMa).

No depoimento acima, a mulher menciona que não recusa (não nega) fazer o PF porque reconhece que deve dar um espaçamento no nascimento dos seus filhos, uma vez que quer garantir o melhor crescimento dos filhos, que é uma das vantagens de fazer o PF.

Os participantes (homens e mulheres) reconhecem que o PF é relevante. Contudo, o homem considera que, para que o PF se efective, depende mais dele (o homem), e não da mulher, porque esta também depende dele:

Changana: *Epah, lesvo ingave kutwana ka hina. Kambe loko nivona svaku svahayenela akuva angakuma mun'wani, tem que amukuma.* (NhMa)

Tradução: Epah, [o planeamento familiar] depende do nosso entendimento. Mas se eu entender que ela ainda pode ter mais um filho, ela tem que conceber.

O depoimento acima mostra que apesar do homem ter um conhecimento sobre o PF e reconhecer a sua importância para a sua esposa e, conseqüentemente, para a família, coloca em si o poder para que o PF seja uma prática, ao afirmar que mesmo estando a fazer o PF, se ele (o homem) entender ou desejar ter mais um filho, a mulher não tem alternativa à concepção. De facto, esta falta de poder de negociação da mulher em relação

a vários assuntos, incluindo o PF, é comum na África subsaariana, pelo que urge uma mudança de atitude de todos os intervenientes, nomeadamente o Estado (através dos hospitais e os mais diversos níveis de tomada de decisão), os homens e as mulheres, em matérias sobre o PF (USAID, 2012), de modo a que todos conheçam a sua importância e, consequentemente, o imperativo de o adoptar, sob o risco de afectar a qualidade de vida dos filhos, da mulher, da família e da comunidade no geral.

Act Sequence: Forma e conteúdo da mensagem

Act Sequence refere-se à “forma e conteúdo da mensagem: o que é dito e como é dito” (Bortoni-Ricardo, 2014:95). O conteúdo sobre o PF é expresso através de palestras, panfletos, desdobráveis, etc.. A presente secção examina os conteúdos passados através de reuniões de orientação ou palestras entre as enfermeiras e mulheres. Estas aconteciam no período da manhã, nos dias em que as mulheres iam à consulta pré-natal, no hospital da Manhica, e/ou durante as consultas de controlo regular da criança. Para o desenvolvimento desta secção, escolheram-se 3 tópicos que desdobram o conceito de PF pelos seus principais aspectos, a saber: a percepção sobre o número de filhos por casal, percepções sobre o uso dos métodos contraceptivos e percepções sobre o uso do preservativo.

Percepção sobre o número de filhos por casal

O conceito de PF encerra, dentre outros aspectos, a decisão de casais em relação ao número de filhos, bem como ao espaçamento entre os filhos. Sobre esta matéria, as mulheres responderam desejar ter entre 2 e 5 filhos. O argumento principal avançado por elas foi o de evitar apertos no custo de vida e garantir uma melhor educação aos seus filhos. Por outro lado, os homens dizem esperar ter entre 8 e 20 filhos, porque naturalmente têm essa capacidade, e o número dos filhos que devem ter nunca deve ser anunciado pelo hospital, mas pela sua vontade.

Changana: *Lesvo svavulavulisa hikusa avana vadeponderiwa hi lesvi amunhu asvi-kotisaka hi svona. Svaku loko nipsala vana va numeri leyi nitayikota ku vadondra xikolwe, nivakota kuvayambexa, nivakota kuvada kahle.* (BdzMa)

Tradução: [o número de filhos deve ser debatido] porque o número de filhos depende das capacidades de cada pessoa (homem). Isto de dizer que se eu tiver um dado número de filhos, que dizer que serei capaz de os levar à escola, os vestir, os alimentar.

O depoimento acima mostra que a cosmovisão do homem em relação ao número de filhos que pode ter também é problemática na operacionalização do conceito de PF. O homem sente-se capaz de educar os seus filhos, vesti-los e alimentá-los independentemente do número deles. Esta forma de pensar mostra que os homens e as mulheres não compreendem e não pensam a mesma coisa sobre a quantidade de filhos que o casal deve ter. Reconhece-se que o estudo não foi capaz de aferir como o homem define educar, vestir e alimentar os seus filhos. Isto pode decorrer do facto de as mulheres e os homens não participarem nas mesmas reuniões onde a informação relevante sobre esta matéria seria passada por uma única pessoa, devidamente autorizada para o efeito. Os homens parecem não estar a pensar sobre o efeito de partos consecutivos não devidamente espaçados na própria mulher, bem como no seu crescimento, custos de alimentação, de escolarização, etc.. Os depoimentos indicam que os homens estão apenas preocupados em mostrar a sua “masculidade” através do número de filhos que são capazes de fazer gerar.

A exclusividade do homem na decisão sobre a quantidade de filhos que o casal deve ter subalterniza a mulher, mesmo porque se esta recusar dar mais filhos devido ao PF, o homem considera que vai engravidar outra mulher:

Changana: *Loko yena anyima, nitayapsalisa hala. Anili kunyima lweyi akarhaleke, mas phela mina...matlharhi mahali kona...anikarhalanga.* (BdzMa)

Tradução: Se ela parar de ter filhos, vou tê-los em outro lugar. Afinal de contas, pára de ter filhos quem estiver cansado, mas eu ainda me sinto homem capaz de engravidar, não estou cansado.

À afirmação dos estudos anteriores (Adelekan et al., 2014; Pedro et al., 2016), dentre outros, de que a mulher não tinha a capacidade negocial sobre vários aspectos da vida social, incluindo o PF, deve-se acrescentar, para o caso de Moçambique, que a mulher é alvo de “chantagens”, como as que o depoimento acima mostra, onde o homem afirma que se a mulher recusar conceber, ele vai recorrer a uma outra mulher. Sem querer trazer para o presente estudo as implicações de recorrer a outra mulher, este depoimento sugere que o homem tem uma relação poligâmica mesmo aparentemente vivendo numa

relação monogâmica, facto que é justificado pela presença da outra mulher. O argumento capacidade ilimitada de ter filhos está associado a factores divinos e culturais, na percepção dos homens:

Changana: *[Xikwembu] xona xivekile svaku atave afamba agamela lana. Lesvi i sva xilungu se hinghenek ka svona lesvi sva maplaneamento. Akhale ka ntumbuluku amunhu awopsala. Awansati hi yena awafika magamu ka yena. Loko se apsala afika magamu, angaha na matandza ndzeni, pronto, agamile akupsala.* (NhMa)

Tradução: Deus determinou que uma pessoa vai ter um dado número de filhos. O planeamento familiar é o hábito trazido pelos “brancos”. Há muito tempo, a pessoa era livre de ter quantos filhos quisesse. Se a pessoa já não poder ter mais filhos, significa que já não tem “ovos”, e aí sim, já terminou de ter filhos.

O depoimento acima mostra que o homem entende que não tem limite no número de filhos, bem como que o poder de gerar filhos é o reservado por Deus. O PF é visto como sendo uma obra do homem branco para limitar o número de filhos por pessoa, o que contraria os valores culturais dos homens. O depoimento acima termina com uma afirmação que revela uma desinformação sobre o limite do número de filhos de uma mulher, ao afirmar que se a mulher não for mais capaz de conceber, significa que já não tem ovos dentro de si.

O homem não se sente o responsável pelo PF e imputa essa responsabilidade à mulher, alegadamente porque ela é quem sente a dor, conforme o depoimento abaixo:

Changana: *Se lweyi atwaka kuvava hi yena ahi mina. Se loko anibzela kulava nilandza lesvi anibzelaka, lesvi alavaka svona.* (NhMa)

Tradução: Quem sente a dor é ela, e não eu. Se ela me disser, tenho que seguir o que ela me diz, o que ela quer.

Sobre esta matéria, Adelekan *et al.* (2014) constataram que na Nigéria ocorrem atitudes negativas associadas ao homem que leva a sua esposa a um posto de saúde no âmbito do PF. A atitude do homem acima, de associar não só o PF à mulher, mas sobretudo à dor, que pode ser a de parto, cria um preconceito dos homens em relação ao seu envolvimento visível em relação ao PF, o que pode concorrer para eles se confinarem a acções invisíveis, como levar a mulher ao centro de saúde, disponibilizar recursos financeiros para o efeito, não se mostrando lado-a-lado com ela no PF.

Percepções sobre o uso dos métodos contraceptivos

Para que haja PF tem que haver um entendimento entre o homem e a mulher sobre o uso de métodos contraceptivos. Referiu-se acima que os enfermeiros usam, dentre outras fontes, o “Cartão de Aconselhamento em Contracepção” (Pathfinder International, 2015). Neste cartão, vem expresso e explicado cada método a adoptar, suas vantagens e desvantagens. Depois de se dar essa informação, as mulheres são convidadas a aderir. Contudo, duas das mulheres que participaram na entrevista afirmam que, apesar de aconselhadas a seguir o PF, não conseguiram seguir o planeado pelas razões que se seguem:

Tomava pílula, mas mesmo assim concebi! E depois voltei a conceber. Mudei [do uso de pílula] e depois fui reclamar... Fui reclamar. Mudei para injecção ... A injecção não caiu bem, e me disseram para voltar na pílula (ESMa).

O depoimento acima mostra que nem sempre os métodos adoptados pelas mulheres são os mais eficazes. Deste depoimento, pode-se depreender que os dois métodos que a mulher usou foram ineficientes. O estudo não apurou a causa da ineficiência da pílula, nem de que “cair bem” se trata, quando a mulher tomou a injecção. Contudo, esta resposta parece um indicador de que a mulher pode não aderir a estes métodos sob o argumento da sua ineficiência.

Uma outra mulher diz que usou diferentes métodos, mas actualmente não usa nenhum, alegadamente porque os métodos que experimentou não deram bons resultados, conforme o depoimento que se segue:

... no hospital me deram aquilo de planeamento, mas não me caiu. Deram-me injecção; também não me caiu. Agora usei implante. Primeiramente, porque tive o meu filho há seis anos, então usei o aparelho. Também não me caiu, porque naquele período que estava a amamentar, durante os seis meses de aleitamento exclusivo, tive complicações e acabei tirando. Mas depois de acabar de amamentar, voltei a usar de novo, mas tirei de novo porque não me cai. (ESMa).

Algumas mulheres afirmam que estão informadas e usam os métodos anticonceptivos, como a pílula, o implante, o aparelho, etc. Outras afirmam que, mesmo estando informadas sobre o PF e suas vantagens, simplesmente não aderem, alegadamente porque o seu organismo reage mal. Por isso, mesmo conhecendo as implicações do não uso do método anticonceptivo, engajam-se em relações sexuais desprotegidas, com o risco de ter filhos não planificados, nem pelo casal, nem pelos maridos, nem mesmo por elas próprias:

Eu, por acaso, tive três [filhos]. Os dois primeiros... o primeiro até não posso dizer que planifiquei, mas já que tinha problemas de cólicas fortes, aquilo foi um alívio. Fiz com 19 anos. O segundo apareceu; também não foi planificado, porque foi rápido; foi antes do outro ter completado um ano... (risos). E quando tive a gravidez, por acaso, até tentei fazer aborto... essas coisas. Só que não foi possível. Foi (risos) chapuchapu [rápido] (CDMa).

Esta última mulher teve o primeiro filho aos 19 anos, o segundo aos 20 e o terceiro aos 21 anos de idade. Mais uma vez, a mulher arriscou-se a ter três filhos em anos consecutivos e sem interrupção, mesmo sendo conhecedora do PF e dos métodos de anticoncepção a adoptar, desde as palestras pré-natais sobre o PF, passando pelas palestras regulares em que participava sempre que fosse à unidade de saúde. Portanto, esta mulher está bem informada sobre o planeamento familiar, conforme o depoimento que se segue

Na verdade, eu tive a informação porque lá, quando chegamos, logo no primeiro dia, quando tu chegas, fazes o teste e tens a resposta, eles fazem a questão de reunir a todas as que são a primeira vez e explicam aqueles todos métodos e toda a informação. (CDMa).

Uma das entrevistadas afirma que teve dois filhos e que, no início, até fazia o planeamento familiar, mas depois deixou de fazer devido a complicações de saúde:

Depois de ter tido a minha segunda filha, fui atacada por uma doença que não me facilitava para ter filhos até agora; por isso é que não estou a usar nenhum método (CDMa).

O depoimento acima mostra que o planeamento familiar acaba sendo uma tarefa exclusiva da mulher, visto que muitos homens, mesmo informados sobre a necessidade de assim proceder, usando, por exemplo, o preservativo masculino, nos casos em que os métodos canónicos de contracepção feminina não caem bem à mulher, não colaboram.

Percepções sobre o uso do preservativo

Apesar de se ter reservado a secção anterior “Percepções sobre o uso dos métodos contraceptivos” para apresentar e discutir os métodos de contracepção, destaca-se na presente secção o uso do preservativo. Tal destaque prende-se ao facto de haver uma percepção de que o preservativo é intimamente ligado à manifestação de infidelidade.

Uma das formas de fazer o PF é o uso do preservativo, feminino ou masculino, sendo este último o mais conhecido e usado. Perguntados sobre como é que os maridos reagem quando são informados pelas mulheres que devem usar o preservativo para efeitos de PF, uma das entrevistadas respondeu:

Primeiro, diz que ele também tem que ir comigo para fazer testes juntos. Isso é uma complicação para explicar o marido e ele aceitar ir ao hospital. Não aceita, pura e simplesmente. (CDMa).

Este depoimento mostra que normalmente o homem não aceita usar o preservativo com a sua esposa. Por sua vez, as esposas mostram ser difícil negociar com os seus maridos o uso do preservativo. Mesmo sabendo dos riscos que correm em manter relações sexuais sem o uso do preservativo, elas acabam aceitando as vontades do marido:

Depois você chega e explica a ele que mandaram a usar isto mais isto. Ele diz: Haaaaa, mãe, eu sou homem; estou há bastante tempo e eu sei como vou fazer. E você aí é a mulher; e como quer ficar com o seu marido, não que ele faça nada de errado, você acaba aceitando. (CDMa).

O depoimento acima mostra que o homem não aceita usar o preservativo com a sua esposa, mesmo esta estando ainda a amamentar. A mulher afirma que acaba aceitando fazer sexo sem preservativo porque tem medo de perder o seu marido (i.e., ficar sem marido).

A difícil negociação com o marido para o uso do preservativo é testemunhada pelo depoimento seguinte dos homens:

Changana: *Nada. Kusungula kujula hivulavula... mina anibzela kahle svaku akuza sviyendlisa lesvi hi mhaka yaku kuni mhaka leyi ni leyi. Fora disso aku ahibeki xokari nakuve hita hi masinku ndhzaku na ili nyama hi nyama...eeee...lesvo (risos...) svingakarhatanyana kutsongo.* (NhMa)

Tradução: Primeiro, temos que conversar.... ela deve explicar-me muito bem as causas de termos que proceder desta maneira [usar o preservativo]. Fora disso, se ela me disser que tenho que pôr algo enquanto no passado não era assim, fazíamos sexo sem protecção (carne com carne) Eeeee, se não for assim, pode ser um pouco mais difícil.

Este depoimento evidencia a afirmação da mulher. O homem condiciona o uso do preservativo ao facto de primeiro ser convencido das razões

da necessidade do seu uso. O argumento para tal prende-se ao facto de a introdução do uso do preservativo na vida do casal estar a descontinuar o que habitualmente era feito entre eles. Assim, sem uma razão plausível aos olhos do homem, não se usa o preservativo.

Contudo, o homem revela que aceita usar o preservativo com uma outra mulher, que não seja a da sua casa, nem das suas relações habituais. Esta afirmação ganha consistência com o depoimento que se segue:

Changana: *Lana kaya nkwama nada. Nkwama nivukuma le handle...hambi ko handle i sindzisa hiku mamana lwiya ali wena anikutivi vutshamu bzaku. Na mina niku naye mamani lweyi animutivi vitshamu bza yena, se niza niveka nkwama hi obrigatório. Mas la kaya?!* (BdzMa).

Tradução: Aqui em casa não se deve usar o preservativo. O preservativo deve ser usado fora de casa [com uma outra mulher]. Mesmo lá fora, é obrigatório porque não conheço o estado de saúde dessa mulher. Aí sim, posso usar o preservativo. Mas aqui em casa nunca faria isso!

O uso de preservativo poderá ser feito apenas em relações extraconjugais e nunca em sua casa, visto que conhece o estado de saúde da esposa. Este depoimento pode também significar que o preservativo é visto não como um método de PF, mas exclusivamente de protecção contra doenças sexualmente transmissíveis, pois se a mulher recusar a prática de relações sexuais sem preservativo com o seu esposo, este vai preferir tê-las com a outra mulher, conforme o depoimento que se segue:

Changana: *ahi nyana, svokarhata...svingayampsa nilava mun'wani... (risos haaa-aa, he wena. Lana kaya.* (BdzMa).

Tradução: Se não quiser que eu faça sexo sem preservativo, não é difícil Seria melhor se eu procurasse uma outra mulher. Aqui na minha casa.... Não se usa preservativo.

Perante estes factos, as palestras e reuniões que as mulheres têm no hospital (na maternidade) não passam de discursos para os ouvidos dos casais, pois nem sempre se traduzem em práticas no dia-a-dia da sua vida conjugal.

O argumento principal para a fraca adesão ao uso do preservativo é que os homens alegam que o prazer não é o mesmo que quando o sexo é sem preservativo. Mesmo afirmando saber que os médicos dizem que o prazer é o mesmo (usando ou não o preservativo), na prática eles refutam essa explicação e afirmam que em suas casas não aceitam usar o preservativo.

Changana: *Nada! iiiiii, asvifani... (risos) Svafana sim, mas asvifani, kuni kuham-bana* (ESMa).

Tradução: Não, não, não é a mesma coisa (risos). É igual [porque tudo envolve penetração] mas não é a mesma coisa, há diferença.

Changana: *Akufana iku ugama uhefemula, mas agosto alifani...* (SLMa).

Tradução: é a mesma coisa porque no fim a pessoa ejacula, mas o prazer não é o mesmo.

Changana: *Akuhefemula hi svo sva svin'we, svozana, maxji amadisgosto ya kona as-vahafani, wavona!...lesvo svolava ku mina na yena hisungula hivulavula. Aku hiza hiyendla lesvi b'ava hikola ka svo* (BdzMa).

Tradução: a ejaculação é a mesma, é a mesma coisa, mas o prazer é diferente! Para isso acontecer [usar o preservativo] requer que eu e ela conversemos primeiro. [ela deve dizer] pai, fazemos isto por esta e aquela razão.

Estes depoimentos reforçam a ideia de que os homens apenas aceitam manter relações sexuais usando o preservativo com as suas mulheres se elas explicarem detalhadamente as razões para tal procedimento. Assim, é pois os homens são unânimes em afirmar que manter relações sexuais com o uso de preservativo é diferente de manter relações sexuais sem o uso de preservativo. Dizem que nas relações sexuais sem o uso de preservativo sentem mais prazer do que naquelas em que usam o preservativo. Por essa razão, eles não aceitam manter relações sexuais com preservativo em suas casas.

Estes depoimentos, logo à partida, levantam problemas na negociação do uso da contracepção por parte dos homens. Para se ultrapassar esta “barreira”, é preciso, mais uma vez, consciencializar os homens e as mulheres sobre o propósito de se fazer o PF e quais as suas vantagens e desvantagens. Estes dados mostram, por um lado, que os homens e as mulheres não falam da mesma coisa quando falam do PF, em particular no tocante ao uso do preservativo.

Key: Tom ou modo de pronunciar

Bortoni-Ricardo (2014:96) define key “como o tom, a maneira ou o espírito que o falante confere à sua fala. É esse espírito que permite ao interlocutor reconhecer quando a conversa é séria ou quando o falante está brincado, ou fazendo troça, por exemplo. Enfim, permite-lhe identificar a força ilocucionária do ato de fala. Muitas vezes quando esse espírito não fica claro, os participantes se valem de recursos de metacomunicação, tais como: estou brincando, estou falando sério, etc.”.

Não tendo assistido a nenhuma destas palestras ou reuniões de aconselhamento das mulheres, no presente texto socorre-se do depoimento das mulheres dos encontros com os grupos focais. Elas afirmam que as reuniões ou encontros eram feitos em tons adequados para o tipo de comunicação, isto é, uma reunião formal visando passar a informação sobre os métodos de contracepção e encorajando a sua prática em favor do PF. Elas dizem que as enfermeiras faziam essa actividade com o devido profissionalismo.

Instrumentalities: instrumentalidades

Instrumentalidades “indica a forma como a mensagem é transmitida: se é verbalizada na interação face a face, por telefone, por carta, telegrama, etc.; se é cantada, enfim, se é verbal ou não verbal, ou se são usados sinais, como a fumaça ou tiros canhão ou foguetes” (Bortoni-Ricardo, 2014:96). No caso vertente, a comunicação é verbalizada na interacção face a face. A disseminação da mensagem sobre o PF é feita oralmente e por escrito, usando as línguas partilhadas por ambos (Português e Changana). As mulheres fazem pedidos de esclarecimentos, e estes são sempre atendidos.

Norms: Normas

“As normas que presidem a qualquer interação humana estão diretamente relacionadas com a noção de aceitabilidade [...]. Isto é, são influenciadas pelos modelos que as pessoas têm em mente para perceber, relacionar e interpretar o que as cerca” (Bortoni-Ricardo, 2014:96-97). No caso vertente, a disposição dos participantes (disponibilização do lugar para o(s) orador(es) e os participantes) está conforme o habitual. Essa disposição é parecida com a disposição dos participantes numa sala de aulas. Assim, pode se afirmar que a interacção decorre em ambiente profissional e a conversa era focalizada – falar do PF. A forma de tratamento recorrente era a terceira pessoa do singular (você) ou a palavra “mãe ou mamã” para se referir às mulheres. No caso em que a língua usada era o Changana ou Ronga, a forma de tratamento era 2ª pessoa do plural (*n'wina* ‘vós’) ou a forma nominal correspondente *mamani* ‘mamã’. Estas normas são as socialmente aceites nesta comunidade (cf. Ngunga & Langa, 2007).

Genre: Género

A letra G corresponde a última letra da palavra *speaking* e constitui o último elemento da etnografia da comunicação. “Géneros são peças de linguagem, historicamente consolidadas, orais ou escritas, como poemas, saudações, aulas, editoriais de jornais [...] que atendem a determinados fins e se constituem de determinadas formas” (Bortoni-Ricardo, 2014:98). Existem vários tipos de géneros, a saber: narrar, relatar, argumentar, expor, jogos, etc. Durante as reuniões, as enfermeiras usam a exposição, que é feita através de exposição oral ou comunicação oral de matérias sobre o PF, com o recurso ao “Cartão de Aconselhamento em Contracepção” (Pathfinder International, 2015).

Tendo sido discutido cada elemento do termo mnemónico *speaking*, o quadro que se segue é uma *checklist* que sistematiza cada elemento, apresentando a constatação do estudo e, por fim, faz uma avaliação da situação.

A Tabela 12.3 abaixo apresenta os elementos do acto comunicativo usando as categorias hymesianas resumidas na palavra *speaking*. O estudo conclui que os elementos principais para uma comunicação efectiva e bem sucedida não foram totalmente obedecidos. Trata-se dos elementos participantes, *Ends* (propósitos) e *Act Sequence* (forma e conteúdo da mensagem). Os outros elementos estão bem e recomenda-se que assim continuem a ser praticados.

Sobre os participantes, o estudo conclui que, na maternidade do hospital da Manhica, as mulheres têm acesso à informação sobre o PF desde a primeira vez que lá se apresentam para efeitos de se certificar de que estão grávidas e, daí, abrir uma ficha de controlo até a criança nascer. Contudo, para haver comunicação efectiva sobre esta matéria é indispensável que o casal (o homem e a mulher) tenha acesso às mesmas informações sobre o PF. Os factos mostram que apenas as mulheres participam em encontros dessa natureza, e os homens acedem, em diferido, através das suas esposas, à mesma informação. Este procedimento levanta o problema de autoridade e legitimidade da informação. Assim, o estudo recomenda que um melhor procedimento para assegurar que o casal tenha a mesma informação seria a presença dos dois diante das enfermeiras em encontros de aconselhamento. Assim, a informação, bem como a sua fonte seriam as mesmas.

Tabela 10.3: Verificação dos elementos comunicativos da etnografia da comunicação

Elemento comunicativo	Constatação	Situação
<i>Setting</i>	O local é o no hospital, na maternidade, num espaço reservado para as práticas comunicativas. As mulheres são devidamente informadas das razões e importância do PF. Os encontros decorrem em momentos e horários previamente estabelecidos entre os enfermeiros e as mulheres.	Sim
<i>Participants</i>	Os participantes são enfermeiros (pessoas profissional e tecnicamente capacitadas para passar informações sobre PF) e as mulheres (o público alvo visado)	Não, excluem-se os homens.
<i>Ends</i>	Objectivo claramente definido, que é levar as pessoas a fazer o PF	Não, homens e mulheres não têm o mesmo entendimento sobre a importância do PF
<i>Act sequence</i>	O conteúdo é expresso através de palestras.	Não, homens e mulheres não têm o mesmo entendimento sobre o PF
<i>Key</i>	As reuniões ou encontros são feitos em tons adequados para o tipo de comunicação	Sim
<i>Instrumentalities</i>	A disseminação da mensagem sobre o PF é feita oralmente e por escrito, usando as línguas partilhadas por ambos (Português e Changana/Ronga). As mulheres fazem pedidos de esclarecimentos, e estes são sempre atendidos.	Sim
<i>Norms</i>	A disposição dos participantes (disponibilização do lugar para o(s) orador(es) e os participantes) está conforme o habitual.	Sim
<i>Genre</i>	Os enfermeiros mandam ler, explicam, interagem com os participantes	Sim

Sobre os propósitos (*Ends*) do PF, o estudo conclui que homens e mulheres não têm o mesmo entendimento sobre a importância do PF, porque os homens consideram que o PF depende deles, já que eles (o homem) são quem manda na relação, deixando assim as mulheres numa situação de fragilidade em relação a esta matéria.

Sobre *Act Sequence* (forma e conteúdo da mensagem), dividiu-se as matérias sobre este tópico em 3 subtemas que desdobram o conceito de PF, a saber: a percepção sobre o número de filhos por casal, percepções sobre o uso dos métodos contraceptivos e percepções sobre o uso do preservativo.

Sobre o número de filhos que tanto o homem como a mulher devem ter, os depoimentos, sobretudo os dos homens, apontam o seguinte:

- (i) A definição sobre o PF postula que a prática do PF permite aos homens e mulheres decidir se e quando querem ter filhos, assim como programar a gravidez e o parto nas condições mais adequadas. Esta afirmação está longe de se operacionalizar, visto que os homens e as mulheres têm percepções diferentes em relação à quantidade de filhos que um casal deve ter. As mulheres pensam em números inferiores a 5, ao passo que o homem, em números superiores a cinco. Esta diferença na visão do número de filhos razoáveis por casal tem implicações na forma como o PF é visto e encarado. Isto sugere que não haverá cartaz suficientemente bem elaborado, nem informação suficientemente bem elaborada para ser transmitida e compreendida por estes dois grupos (homens e mulheres), sem que os mesmos passem por uma apropriação dos conceitos que se pretendem passar;
- (ii) Os homens, ao considerarem que o PF é obra do homem branco, podem estar a sugerir que há uma interferência e/ou choque de culturas, visto que tradicionalmente, e até divinamente conferido, eles não têm que se submeter a essa prática

Sobre as percepções sobre o uso dos métodos contraceptivos, o estudo aponta o seguinte:

- (i) As enfermeiras informam os seus utentes sobre matérias relacionadas ao PF, mas não há garantia de que as pessoas vão aderir a essa informação, devido, dentre as outras coisas, à frágil posição de negociação da mulher em matérias relativas ao sexo;

- (ii) Olhando para os métodos de contracepção femininos, as mulheres estão bem informadas e até os experienciam. Contudo, a adesão a estes métodos não é garantida, como mostra o facto de algumas terem aderido a esses métodos e posteriormente abandonado;
- (iii) Os próprios métodos adoptados podem não conferir confiança total às mulheres no seu uso. O estudo não aferiu que explicações os enfermeiros dão caso um dado método caia mal ao paciente, mas relatos sobre esta falta de confiança podem inibir outras mulheres de aderir aos métodos de contracepção.

Em relação às percepções sobre o uso do preservativo, o estudo aponta o seguinte:

- (i) Os homens e as mulheres sabem que o preservativo evita que a mulher conceba, isto é, o preservativo é um método de contracepção. Contudo, as mulheres receiam que, recusando manter relações sexuais sem preservativo, possam perder os seus esposos, abrindo a possibilidade de eles irem relacionar-se com outras mulheres, que seriam as suas concorrentes na relação;
- (ii) Os homens associam o uso do preservativo a práticas extraconjugais e não ao PF.

Conclusões

O estudo visava analisar as mensagens sobre o Planeamento Familiar (PF) transmitidas pelas enfermeiras às mulheres da localidade de Cambeve, no Distrito da Manhiça, Província de Maputo. O estudo conclui que existe informação suficiente e cabal sobre o PF, essa informação é passada em reuniões de aconselhamento durante a gravidez em sessões previamente marcadas pelas enfermeiras na maternidade. Contudo, essa informação não passa devidamente para o seu público-alvo, porque se envolve parcialmente os principais intervenientes na concepção da mulher, confinando-se apenas às mulheres. Esta falha de envolvimento dos participantes em palestras ou reuniões sobre o PF tem implicações no entendimento dos objectivos ou propósitos do PF e, consequentemente, na compreensão da mensagem propriamente dita.

Em relação ao termo mnemónico hymesiano *speaking*, o estudo provou que para que haja comunicação efectiva sobre PF, é imperioso que os P(articipantes) (homens e mulheres) participem nas reuniões, por forma a que os dois recebam a informação no mesmo local, ao mesmo tempo, por uma pessoa tecnicamente competente e socialmente aceite, pois a sua formação a legitima para que fale dessas matérias. A falha no P desencadeou a falha no E(nds), na medida em que os homens e as mulheres não têm o mesmo entendimento sobre o PF, e, na sequência, a falha no *Act Sequence* (forma e conteúdo da mensagem), porque homens e mulheres não têm o mesmo entendimento sobre os conteúdos sobre o PF.

Em suma, no termo *Speaking*, as letras destacadas em negrito, não estão conformes com o estabelecimento de uma comunicação efectiva e bem sucedida sobre o PF.

Bibliografia

- Adelekan, A., P. Omoregie, & E. Edoni (2014). “Male Involvement in Family Planning: Challenges and way forward”. *International Journal of Population Research*. 2014(Article ID 416457). <http://dx.doi.org/10.1155/2014/416457>.
- Boqueirão, P. D. (2013). Manual de Planejamento Familiar. Boqueirão, R/S, Brazil. http://www.prosaude.org.br/2013/legislacao_2013/Manuais/manual%20de%20planejamento%20familiar.pdf. Acesso 19.07.2018.
- Bortoni - Ricardo, S. (2014). *Manual de Sociolinguística*. São Paulo: Editora Contexto.
- Castanheira, K. & T. Santos (2012). A Noção de comunidade de fala para a etnografia da comunicação: Problematizações. *Revista de Língua & Literatura*. 14(23): 5-24.
- Hymes, D. (1974). *Foundations in Sociolinguistics*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Leão, A. & S. Mello (2007). Apresentando a etnografia da comunicação ao campo da pesquisa em administração. *Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade*. Recife: EnEPQ. pp. 1-10.

- Macia, M. & P. Langa (2004). *Masculinidade, Sexualidade e HIV/SIDA em Moçambique*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia. <http://www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acesso 02.10.2018.
- Governo do Distrito de Manhica (2008). *Plano Estratégico de Desenvolvimento do Distrito (PEDD) da Manhica*. Maputo: Distrito da Manhica.
- Mateus, S. (2015). A Etnografia da Comunicação. *Antropológicas*. 13: 84-89.
- Minayo, M. (2011). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Colectiva*. 17(3):621-626.
- Ngunga, A. & D. Langa (2007). *Formas de tratamento em Yao e em Changana*. Maputo: Não Publicado.
- Pathfinder International. (2015). *Cartão de Aconselhamento em Contracepção*. Maputo: MISAU.
- Pedro, V. (2013). *Representações sociais e experiências dos homens sobre o Planeamento Familiar: o caso da localidade de Macarretane e do bairro da Mafalala*. Maputo: Departamento de Saúde da Comunidade/Faculdade de Medicina.
- Pedro, V., E. Mariano, K. Roelens, & N. Osman (2016). Percepções e experiências dos homens sobre o planeamento familiar no sul de Moçambique. *Revista de Saúde Coletiva*. 26(4): 1313-1333.
- Severino, A. (2010). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez Editora.
- USAID. (2012). *Barriers to Family planning use in Malawi: Opportunities for social and behavior change communication*. Washington, DC: C-Change-USAID.
- Wambui, T. (2012). *Perceptions of family planning and sexual transmitted infections among low-income men in Western Kenya*. Linkoping: Faculty of Health Sciences.

Capítulo 11

EVOLUÇÃO HISTÓRICO-LEGAL DO PROCESSO DE DESPENALIZAÇÃO DO ABORTO EM MOÇAMBIQUE – PERÍODOS-CHAVE NA EXTENSÃO DO DIREITO AO ABORTO

Carmeliza Rosário

Camila Gianella

Introdução

Existe um entendimento crescente sobre o papel chave dos determinantes políticos sobre a saúde (vide, ex., Commission on Social Determinants of Health 2008). Por determinantes políticos da saúde entendemos as diferentes formas em que constelações de poder, instituições, processos, interesses e posições ideológicas afectam a saúde no desenho das políticas, quadros legais e priorização de recursos. Como Bamba *et al.* (2005) afirmam, muitos dos determinantes da saúde são dependentes da acção política. Adicionalmente, os maiores determinantes de desigualdades que afectam a saúde são causados por factores externos ao sector da saúde.

Um exemplo onde determinantes políticos na saúde têm tido um papel central é na arena dos direitos sexuais e reprodutivos. Os direitos sexuais e reprodutivos (DSR), entendidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o direito do indivíduo de tomar decisões sobre a sua saúde sexual livre de coerção e discriminação, são sempre altamente sensíveis e contestados, levantando questões de ordem moral, religiosa, cultural e económica, assim como legais. Os debates sobre a necessidade de relaxar ou restringir os DSR são cada vez mais comuns em todo o mundo. Os países de baixa e baixa-média renda não estão isolados destas tendências: as controvérsias estão presentes no debate público, nos debates sobre a reforma constitucional¹, nas reformas legislativas,² assim como nos tribunais.³

Nestas batalhas, os actores que se encontram nos diferentes campos apresentam argumentos apelando para quadros comuns, tais como direitos humanos e evidências científicas. No entanto, nem os argumentos, nem as posições dos actores sociais e políticos centrais são estáticos. É importante entender como e por que razão ocorrem mudanças ao longo do tempo e quem são os principais agentes, i.e., até que ponto as mudanças ocorrem em resposta aos desenvolvimentos no direito internacional e jurisprudência, aos objectivos de desenvolvimento internacional ou a outras pressões externas? Quando e como é que os argumentos de saúde pública são usados? De que forma a mobilização para os DSR está enraizada em clivagens políticas e sociais? E o que desencadeia a mobilização?

Este capítulo pretende contribuir com respostas para estas questões, através da análise da mobilização para os direitos ao aborto em Moçambique, que precederam a reforma legal de 2014, passando a permitir o acesso ao aborto legal e gratuito até às primeiras 12 semanas de gravidez, até às 16 semanas em caso de violação ou incesto, e até às 24 semanas em casos de anomalia fetal (Lei 35/2014). Com esta reflexão, evidenciaremos que a discussão e argumentação em torno da liberalização do direito ao aborto que culminou com a aprovação da presente lei derivaram de determinantes políticos que transcenderam a arena da saúde.

¹ Por exemplo, no Quênia foram inseridas novas cláusulas na Constituição para proteger a vida humana desde o momento da concepção, com vista a impedir o acesso ao aborto.

² O Malawi está a discutir novas, leis que alargariam o quadro de abortos legais, e Moçambique reformou recentemente o código penal, alargando os direitos referentes ao aborto.

³ Por exemplo, o Tribunal Supremo do Nepal decidiu que o governo do país deve garantir o acesso a serviços de aborto seguros e a preços acessíveis. Ainda no Nepal e no Uganda, as organizações de protecção dos direitos sexuais e reprodutivos recorreram aos tribunais para exigir que o governo melhorasse os cuidados de saúde materna e que tomasse medidas com vista a reduzir a mortalidade materna.

O debate suscitou, especialmente na última década, a atenção e participação de diferentes partes interessadas, nomeadamente a classe médica, sociedade civil, ordens religiosas, classe política, lideranças tradicionais, entre outros. Tal debate foi resultado, principalmente, da tentativa da universalização de um serviço até então circunscrito e sem cobertura legal de facto, excepto por decretos ministeriais que contradiziam os pressupostos legais do código civil. O que iniciou com a produção da classe médica de evidências sobre os custos financeiros e sociais, nomeadamente na mortalidade materna, causados pelo aborto inseguro passou para uma estratégia de uma sociedade civil argumentando pelo direito de autonomia da mulher sobre a sua saúde sexual e reprodutiva, reconhecida pelo país nas convenções regionais e internacionais por si ratificadas. No campo oposto, forças conservadoras argumentaram pela sacralidade da vida. Outras argumentaram contra o que percebiam como uma legislação contrária às práticas e valores costumeiros. As clivagens políticas e sociais evidenciaram-se particularmente quando a classe médica e activistas da sociedade civil e a classe política deixam de estar alinhados na argumentação e priorização da questão do aborto.

Os dados aqui apresentados baseiam-se em revisão da literatura relevante, bem como entrevista a diferentes actores centrais ao contexto dos direitos sexuais e reprodutivos em Moçambique, dentre eles representantes do governo, juristas, activistas da sociedade civil, líderes religiosos e parceiros de desenvolvimento.

Contexto do aborto em Moçambique

O acesso ao aborto seguro, i.e., a interrupção voluntária da gravidez atendida ou mediada por um profissional de saúde qualificado e em ambiente apropriado, é uma questão central, que figura nas discussões de saúde sexual e reprodutiva. Em termos concretos, o aborto inseguro contribui substancialmente para a morbilidade e a mortalidade maternas em todo o mundo, e a maioria destes abortos tem lugar em países em desenvolvimento (World Health Organization, 2011; Gilda *et al.*, 2012).

O aborto é também um tema muito contestado e passível de grande politização. A penalização do aborto é um factor importante que contribui para o aumento dos abortos inseguros. A maioria de abortos inseguros, que aumentam o risco para a saúde da mulher, ocorrem em países com legislação restritiva em relação ao aborto (World Health Organization, 2011).

No entanto, para além do enquadramento legal, outros factores, como o compromisso político para com a universalização do acesso a cuidados de aborto em contextos onde este está legalizado, também jogam um papel central. Tal demonstra o quão sensíveis são os direitos sexuais e saúde reprodutiva a decisões políticas. A literatura demonstra como as reformas legais existentes destinadas a tornar os abortos seguros são vazias se não forem implementadas.⁴ Além disso, a mobilização para a mudança legal pode activar e aumentar a resistência social e sistémica, a qual – mesmo que se consiga a mudança legal – na prática pode prejudicar o acesso da mulher ao aborto, ou expô-la a tratamento abusivo, forçando-a a procurar abortos clandestinos ou a continuar a gravidez contra a sua vontade. Os procedimentos administrativos foram descritos como estando entre as barreiras mais importantes no acesso ao aborto seguro nos países da África Subsaariana (Ngweni, 2011). Os atrasos ou a inacção no cumprimento de novas leis são também uma grande preocupação para os que defendem a introdução de mudanças legislativas como estratégia principal de advocacia para os direitos ao aborto (UNFPA & UNICEF, 2011, Guttmacher Institute, 2012). Existem exemplos, como o caso do Nepal, que mostram que, quando as decisões judiciais e as mudanças na lei são seguidas por uma política pública abrangente e pela alocação de recursos, é provável que venham a gerar mudanças, tais como a redução da mortalidade materna (Henderson *et al.*, 2013).

Em Moçambique, apesar da melhoria legal, expressa pela adopção paulatina de regulamentos de maior acesso a cuidados de aborto em algumas unidades sanitárias do país,⁵ a mortalidade materna continua a ser um grande problema, com um rácio de 489 (WHO *et al.*, 2015), situando-se o aborto entre as cinco causas principais de mortalidade materna.⁶ Além disso, estima-se que 44% das mulheres que procuraram as enfermarias da maternidade nas unidades sanitárias públicas fizeram-no por causa de complicações pós-aborto.

A Tabela 11.1, abaixo, compara a evolução do desempenho de Moçambique em relação aos três outros países da África Austral com pior desempenho em relação à mortalidade materna. Destes, apenas o Malawi apresenta resultados piores que Moçambique. Os dados são baseados num modelo de regressão, usando informação sobre a proporção de mortes

⁴ Por exemplo, no Bangladesh, apesar da disponibilidade e do acesso ao aborto/serviço de MR nos sectores público e privado, o aborto séptico continua a ser uma das causas mais comuns de mortes maternas.

⁵ Até à presente reforma legal, a legislação era punitiva na sua generalidade. Diversos decretos abriam excepções para um acesso menos restritivo ao aborto, mas sem acesso universal.

⁶ Vide <http://genderlinks.org.za/gmdc-newsletter/aborto-inseguro-5-causa-de-mortes-maternas-em-mocambique-2014-10-08/>. Acesso 20.02.2017.

maternas não relacionadas com SIDA, entre mulheres com idade entre 15 e 49 anos, fecundidade, atendimento do parto e Produto Interno Bruto (PIB).

Tabela 11.1: Rácio de Mortalidade Materna, estimativa modelada* (OMS, UNICEF, FNU-AP, Banco Mundial e Divisão da População das Nações Unidas)

País	Ano			
	1990	2000	2010	2015
Angola	1.160	924	561	477
Malawi	957	890	629	634
Moçambique	1.390	915	619	489
Zâmbia	577	541	262	224

Nota: * Mortes maternas por 100.000 nascimentos.

Fonte: WHO et al. 2015.

Uma característica fundamental de Moçambique é a grande dependência de alguns sectores do apoio de doadores internacionais. Isto acontece com o sector da saúde, que apesar do aumento da despesa geral do sector, registado no país nos últimos anos (ver Tabela 11.2), continua a depender bastante de financiamento estrangeiro (49%).⁷ Este alto nível de participação de fundos estrangeiros contribuiu para o foco em abordagens verticais especializadas a doenças. Apesar do aumento drástico do apoio específico a doenças, vários estudos demonstraram que limitações de carácter estrutural nos cuidados de saúde, tais como ausências do pessoal, fornecimento irregular de medicamentos, barreiras no acesso aos cuidados de saúde a grupos vulneráveis da população (tais como os presos), são barreiras importantes no alcance dos objectivos das políticas definidas e adoptadas pelo governo (The Global Fund, 2013).

Por outro lado, o Sistema de Cuidados de Saúde Primários moçambicano foi seriamente danificado pela guerra civil prolongada e pelos cortes ordenados pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional na década de 80, como parte das reformas no âmbito do ajustamento estrutural (Mussa *et al.*, 2013). Por último, o sector da saúde moçambicano continua a registar uma grave escassez e distribuição desigual da força de trabalho, com a maioria dos profissionais de saúde especializados concentrados nas zonas urbanas e semiurbanas e uma fraca cobertura nas zonas rurais e remotas (Jaskiewicz *et al.*, 2010, Mussa *et al.*, 2013).

⁷ Vide WHO Health System Financing Country Profile: http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en. Acedido a 20/02/2017.

Tabela 11.2: Indicadores do sistema de saúde

Evolução do Produto Interno Bruto (PIB) destinado à saúde	2% em 1997
	6% em 2009
	8% em 2014
	9% em 2015
Evolução do número de médicos	0,03 por 1000 em 2008
	0,004 por 1000 em 2014
Evolução de unidades sanitárias	6 unidades por 100 mil habitantes (inalterado de 2008 a 2014)
Despesas correntes da saúde (% da despesa do sector privado na saúde)	36,6 em 1994
	21,8 em 2014

Fonte: Autores.

Luta pelos direitos ao aborto, proposta de uma cronologia

A legislação que penalizava o aborto no país foi herdada do tempo colonial, fortemente influenciada pela moral e fé católica, em que o aborto era ilegal ao abrigo do Código Penal vigente à data da independência (Decreto de 16 de Setembro de 1886). De acordo com este código penal, não havia excepções a uma proibição geral à realização de abortos. Esta proibição permaneceu, de facto, em vigor até 2014,⁸ quando foi aprovado o novo código penal, que incluiu a revisão da legislação relativa ao aborto. A independência havia produzido uma nova constituição, que obrigara a alterações ao código penal, que, no entanto, não produziu mudanças na questão do aborto. Do ponto de vista legal e social, as alterações constitucionais de 1990 e de 2004 contribuíram para o incremento da “obsolescência e o desajustamento do Código Penal à realidade política, social, cultural e económica.”⁹

⁸ Na legislação em Portugal, a primeira revisão legal foi feita em 1984 (lei 6/84), permitindo a interrupção voluntária da gravidez em casos de perigo de vida da mulher (físico e psíquico), malformação do feto ou violação. A segunda revisão (lei 90/97) alargou os prazos e redefiniu o termo de “violação”, que passou a ser “crime contra a liberdade e autodeterminação sexual da mulher”. A última revisão (lei 16/2007) permite a interrupção da gravidez a pedido da mulher até às 10 semanas. (Aborto.com. n.d. Aspectos Jurídicos do Aborto. <http://www.aborto.com/legisla%C3%A7ao.htm>. Acesso 01.10.2018.

⁹ Vide Anexo da revisão do texto do código penal, pela Comissão dos Assuntos Constitucionais, Direitos Humanos e de Legalidade (https://www.unodc.org/res/cld/document/moz/codigo-penal.html/Mozambique_Codigo_Penal.pdf. Acesso 04.10.2018.

Até à revisão do código, haviam sido introduzidos decretos e circulares a nível ministerial, em 1981, 1985 e 1990, sem força legal¹⁰ e a serem aplicadas apenas em algumas unidades sanitárias (vide discussão mais abaixo). A lei 35/2014, aprovada em Dezembro de 2014, estende os direitos, permitindo que todas as mulheres terminem de forma voluntária as suas gravidezes, embora sob certas limitações em termos de tempo. A aprovação da lei constituiu um marco importante num longo processo rumo à eliminação da penalização do aborto no país, que iniciou logo após a independência de Moçambique e que nem sempre teve um apoio consistente por parte das estruturas governantes.

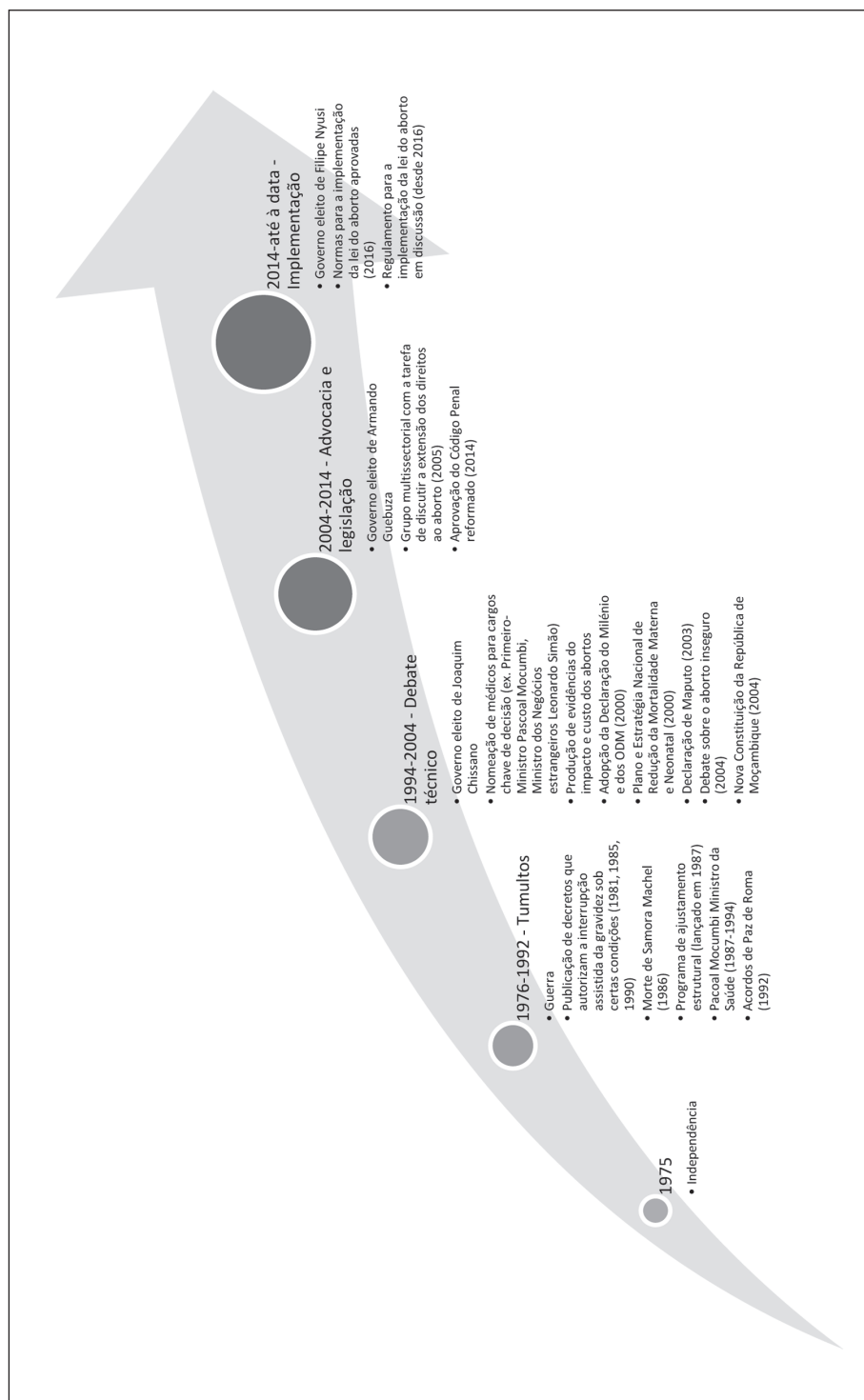
Desde a independência, o debate em torno da expansão dos direitos ao aborto em Moçambique envolveu diferentes actores, formulou diferentes estratégias e invocou diferentes argumentos. Ao analisá-los numa perspectiva histórica, é possível identificar a diferença entre diferentes períodos críticos, ao contrastar mudanças de políticas e abordagens sobre a saúde reprodutiva em paralelo com acontecimentos políticos de grande envergadura do país, tais como a mudança de elenco governativo ou mudança de políticas económicas (vide Figura 11.1).

Primeiro período, tumultos sociais e políticos (1975 – 1992)

Quase imediatamente após a independência de Portugal em 1975, o governo liderado pelo partido FRELIMO, e o movimento rebelde, a RENAMO, envolveram-se numa guerra que durou 16 anos (1977-1992). Ao longo desses anos, houve pouco debate público sobre os direitos sexuais e reprodutivos (DSR), e as decisões relacionadas com esses direitos eram essencialmente tomadas pelo braço executivo do governo. No entanto, apesar do tumulto político, o aborto, bem como o acesso ao aborto seguro no país, não foram totalmente descurados ou ignorados.

¹⁰ Do ponto de vista legal, um decreto não pode contradizer a lei, sob pena de ser ilegal e perder a sua validade. Deste modo, embora de grande utilidade e consequência para o bem-estar público, os decretos em vigor até à revisão do código de 2014 eram de facto contrários à lei vigente, e *ipso facto* ilegais.

Figura 11.1: Principais acontecimentos históricos e mudanças de políticas paralelas



Em 1981, o Ministério da Saúde (MISAU) publicou um decreto que autorizava que os hospitais públicos realizassem abortos se a gravidez tivesse resultado da falha de contraceptivos (ex., gravidez apesar do uso de um dispositivo intrauterino) ou se a gravidez colocasse a saúde ou a vida da mulher em risco. Em 1985, o Ministério da Saúde (MISAU) emitiu uma circular que autorizava o Hospital Central de Maputo a realizar a interrupção da gravidez mediante pedido até às 12 semanas de gestação, para os casos de falha do método contraceptivo. Contudo, a circular estabeleceu importantes requisitos administrativos: os procedimentos só podiam ter lugar com a autorização do chefe do Departamento, após ter confirmado a falha do método contraceptivo, e tinham que ser realizados na sala de operações, por um médico treinado. Além disso, a circular apenas autorizava o procedimento para o Hospital Central de Maputo; não tratava nem resolvia a questão da acessibilidade geográfica para muitas moçambicanas que procuravam o aborto fora da capital.

Em 1990, o Ministério da Saúde, chefiado pelo Ministro da Saúde Pascoal Mocumbi, que é médico obstetra, autorizou a interrupção da gravidez sem restrições, mediante pedido até às 12 semanas de gestação, no Hospital Central de Maputo e noutras unidades sanitárias seleccionadas. Todavia, a situação do sistema de saúde moçambicano, em que os recursos humanos têm uma formação limitada (ver Tabela 11.2) e em que se regista uma falta de capacidade para supervisionar a implementação dos decretos, não permitiu a sua correcta execução. Do mesmo modo, e de acordo com o decreto, apenas um comité podia tomar a decisão sobre se existiam bases legais para a realização do aborto. Os profissionais de saúde não interpretaram o decreto de maneira uniforme; alguns autorizavam abortos e outros não.

Não obstante, a adopção destes decretos executivos, assim como o reconhecimento do aborto como uma barreira importante para a maternidade segura (Hardy *et al.* 1997), revela um interesse, pelo menos a nível do braço executivo, no combate aos impactos negativos do aborto inseguro, nomeadamente o impacto sobre a mortalidade materna e os custos dos cuidados pós-aborto num contexto de recursos limitados.

Segundo período, abordagem técnica ao debate sobre o aborto (1992 – 2005)

Este período sobrepõe-se ao fim da guerra e ao primeiro governo eleito, chefiado por Joaquim Chissano, que estava a formar-se para ser médico quando se juntou à luta de libertação. Vários médicos foram convidados para fazerem parte do seu Conselho de Ministros e, de uma forma mais geral, do seu governo, alguns dos quais defendiam a despenalização do aborto. No primeiro governo saído de eleições multipartidárias, Pascoal Mocumbi passou de Ministro da Saúde para o cargo de Primeiro-ministro.

As principais características deste período são os grandes esforços no sentido de produzir evidências sobre o impacto do aborto em Moçambique que pudessem informar as decisões de políticas, assim como o surgimento de objectivos internacionais na área de direitos sexuais e reprodutivos que, em muitos casos, tiveram uma grande influência na alocação de recursos por doadores internacionais.

No caso de artigos e relatórios, estes tratavam das consequências dos abortos inseguros na saúde, o impacto do aborto inseguro na mortalidade materna, a qualidade dos serviços de aborto, assim como a viabilidade dos abortos químicos no país (ver Tabela 11.3). Muitas das equipas de pesquisa responsáveis pelos estudos eram chefiadas por quadros do MISAU. Uma parte da pesquisa contou com a participação activa de organizações como a IPAS, uma ONG internacional especializada na luta contra doenças evitáveis e deficiências decorrentes do aborto inseguro.¹¹ Ambos defendiam a expansão dos fundamentos para o aborto legal no país, do ponto de vista prático e legal.

Tabela 11.3: Exemplos de artigos publicados por tópico

Tópico principal	Autores e ano de publicação
Impacto e viabilidade do uso de Misoprostol	Bugalho <i>et al.</i> (1996)
Consequências na saúde do aborto inseguro	Hardy <i>et al.</i> (1997), Machungo <i>et al.</i> (1997) Granja <i>et al.</i> (2001)
Impacto do aborto inseguro na mortalidade materna	Granja <i>et al.</i> (2000)
Qualidade dos serviços de aborto	Gallo <i>et al.</i> (2004)

¹¹ <https://www.ipas.org/>

A produção destas evidências foi fundamental para mostrar o impacto de abortos inseguros, especialmente num contexto em que não havia estatísticas oficiais sobre a magnitude dos abortos inseguros e a sua contribuição para a morbilidade e mortalidade maternas a nível nacional. Eles permitiram argumentar pela eficácia e benefício do uso do misoprostol na redução da hemorragia pós-parto, calcular os custos financeiros e sociais dos cuidados pós-aborto causados pelo aborto inseguro, apresentar estatísticas actualizadas das mortes maternas causadas pelo aborto inseguro e apresentar as principais barreiras de acesso aos serviços de aborto, independentemente das aberturas institucionais e tendo em conta os requisitos administrativos existentes.

Para além da produção de evidências, o Ministério da Saúde iniciou um debate sobre o aborto inseguro em 2004, envolvendo vários sectores da sociedade moçambicana. O principal objectivo deste debate era a consciencialização em relação ao problema dos abortos inseguros no país. Os resultados do “Estudo de Avaliação das Necessidades”, realizado em 2002 pela IPAS e pelo MISAU, foram utilizados nestas discussões. Este estudo forneceu evidências sobre o número de unidades sanitárias que ofereciam cuidados pós-aborto.

Entre os principais resultados, o estudo concluiu que quase metade (46%) das unidades providenciando serviços de aborto não tinham pessoal suficiente com formação apropriada para levar a cabo a aspiração manual, e mais de metade (56%) não tinha pessoal suficiente com formação sobre aconselhamento em contraceptivos pós-aborto. A percepção sobre o tempo e a qualidade da provisão dos serviços era melhor entre os provedores do que entre as beneficiárias. Uma grande percentagem das unidades (43%) tinha práticas de higiene e segurança inadequadas, criando risco de infecções adicionais, incluindo de HIV. Igualmente, uma grande percentagem (40%) de provedores declarou não utilizar analgésicos nas intervenções. A maioria das áreas de examinação e intervenção não ofereciam privacidade. A maioria das mulheres não foi recebida pelo provedor, questionada sobre o seu historial médico ou informada sobre complicações ou cuidados necessários pós-aborto.

Em Abril de 2004, os principais intervenientes apresentaram uma estratégia para reduzir a mortalidade materna resultante do aborto inseguro em Moçambique. As recomendações incluíam o aumento do acesso aos cuidados obstétricos de emergência, incluindo os cuidados pós-aborto; a melhoria do aconselhamento sobre a contracepção pós-aborto e a disponibilização de métodos; a expansão dos serviços de aborto seguro na rede de unidades

sanitárias públicas (incluindo a redução de barreiras, tais como as taxas cobradas aos utentes).

Estes debates ocorreram num contexto dos objectivos globais de desenvolvimento recém-adoptados. Em Setembro de 2000, Moçambique foi uma das 191 nações que adoptaram a Declaração do Milénio e os seus Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), cujo objectivo era, entre outros, reduzir a mortalidade materna em três quartos, ou seja, que o país atingisse uma taxa de mortalidade materna de 250 até 2015. O governo desenvolveu importantes iniciativas políticas com vista à realização deste objectivo, como, por exemplo, a implementação, a partir do ano 2000, do Plano e Estratégia Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Este período demonstra que em Moçambique sucedeu o mesmo que o que tem sido descrito em outros países, como a Argentina, em relação ao papel jogado pelas aberturas institucionais e pelo activismo trabalhando dentro ou colaborando com o sector da saúde para mudar a legislação de aborto (McReynolds-Pérez, 2017). Estas oportunidades institucionais permitiram que os advogados pró-aborto conseguissem, não só produzir evidências científicas, mas também promover o debate e disseminar informação dentro do sector da saúde, ou seja, desenvolver activismo institucional.

Terceiro período: Advocacia junto ao governo (2005 – 2014)

Em contraste com o período anterior, o período iniciado com a chegada de Armando Guebuza à presidência caracterizou-se por um distanciamento entre o braço técnico dos defensores dos direitos ao aborto e as autoridades nacionais. A década testemunhou um grande desinvestimento nos sectores sociais. No entanto, uma vez que o debate já havia entrado no nível legislativo, a lei seguiu a via esperada para a sua aprovação pelo parlamento.

Logo em 2005, havia sido criado um grupo técnico multisectorial que tinha como uma das suas tarefas produzir um projecto de lei com o objectivo de alargar os fundamentos para o aborto. Foram ouvidos vários intervenientes para apresentarem contribuições para o futuro projecto de lei. Algumas vozes conservadoras, a mais notável das quais é a Igreja Católica, usaram como argumento a sacralidade da vida e não concordavam com quaisquer fundamentos a favor do aborto. A sociedade civil, por seu turno, argumentou

em torno da igualdade de género e dos compromissos internacionais e regionais assumidos e ratificados pelo Governo de Moçambique em relação à protecção das mulheres, incluindo na sua autonomia em relação à sua saúde sexual e reprodutiva. Estes argumentos pretendiam servir de complemento às evidências produzidas pelo Ministério da Saúde no período anterior, em relação às altas taxas de mortalidade materna e a sua relação com o aborto inseguro.¹²

No fim dos seus trabalhos, o grupo elaborou um relatório a recomendar o alargamento do direito ao aborto nas seguintes circunstâncias: i) salvar a vida da mãe; ii) em caso de incesto; iii) em caso de violação e agressão sexual; e iv) por razões económicas. Este documento foi aprovado pelo Conselho de Ministros e foi submetido ao Parlamento.

Neste período, ainda, as coligações da sociedade civil, organizadas a partir de 2012 na Rede de Defesa dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, começaram a trabalhar activamente pela defesa do direito ao aborto no país. A Rede desenvolveu um plano estratégico de quatro anos, onde incluiu actividades de abertura da discussão da legalização do aborto a uma base de partes interessadas mais ampla, bem como a consciencialização entre os órgãos governamentais (tais como a Comissão de Assuntos Jurídicos e a Comissão da Mulher e Assuntos Sociais). A Rede também desenvolveu e submeteu contributos ao parlamento para o código penal revisto e organizou viagens de intercâmbio para os deputados a outros países africanos (Quénia e Etiópia) com leis sobre o aborto menos restritivas (Pathfinder International, 2016). Além disso, organizações como a DKT International e a Pathfinder International iniciaram projectos com vista a fornecer contracepção de emergência e serviços de aborto.¹³ A nova lei do aborto foi finalmente aprovada em 2014, no fim da legislatura e de uma discussão de dez anos sobre as mudanças a introduzir na lei.

Um quarto período? Implementação da lei (a partir de 2014)

O grande desafio que o país enfrenta actualmente é a aplicação da lei. A mesma foi sendo adiada devido à transição do governo, de Armando Guebuza para Filipe Nyusi, que foi seguida de um período de estase, natural em qualquer

¹² No Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique de 2011, na lista de causas de mortalidade materna, o aborto ainda aparece em primeiro lugar na lista.

¹³ Projecto da Pathfinder International “Strengthening Contraception & Safe Abortion Service Delivery”, financiado pela Embaixada Real da Noruega.

transição. As normas clínicas sobre como implementar a lei foram aprovadas pelo Ministério da Saúde em 2017 (Diploma Ministerial 60/2017), mais de dois anos depois da entrada em vigor da lei. O regulamento em si continua pendente e carece da aprovação do Conselho de Ministros. As organizações da sociedade civil e parceiros de cooperação têm pressionado e trabalhado com o Ministério da Saúde no sentido de obter a aprovação do regulamento, o que permitiria iniciar a aplicação efectiva da lei. Países como a Suécia, entre outros parceiros, haviam disponibilizado fundos para a implementação logo em 2016.

O atraso registado na implementação deixou frustrada a maioria dos actores da sociedade civil, uma vez que, em dois anos, a situação no terreno não mudou. Efectivamente, a falta de clareza e orientação em alguns casos conduziram a uma paralisação da prestação de serviços. No entanto, os actores estatais e seus parceiros estão também conscientes de que a aprovação do regulamento poderá trazer ainda novos desafios. Por exemplo, será necessário formar pessoal médico para executar os serviços dentro das normas preconizadas. As unidades sanitárias também terão de ser devidamente equipadas. Todas estas acções carecem da alocação de recursos financeiros, que são actualmente cada vez mais escassos, devido aos efeitos de uma crise económica e ao financiamento conservador dos doadores, uma realidade em que diferentes necessidades que competem em situação de recursos limitados tende a comprometer também o empenho político na implementação da lei.

Por outro lado, e apesar de algumas iniciativas da sociedade civil com vista a divulgar a nova lei e as normas clínicas, a informação ainda não atingiu a população em geral e provedores de saúde de maneira uniforme. Alguns actores da sociedade civil e parceiros também manifestaram receio em relação às consequências indesejadas da informação divulgada. Por exemplo, receiam o possível aumento da procura do aborto, quando as unidades sanitárias ainda não estão preparadas para realizar os procedimentos. Entre alguns actores que trabalham na área de saúde sexual e reprodutiva, existe também a percepção de que, em particular entre as raparigas jovens e adolescentes e um dos grupos alvo principais afectado por esta lei, o aborto é usado como uma forma de planeamento familiar. Esses actores preferem ver os seus esforços e acções direccionados para a contracepção da prevenção da gravidez com maior ênfase do que divulgação dos novos direitos ao aborto. As unidades sanitárias, de acordo com alguns provedores de saúde, estão também proibidas de anunciar publicamente que nelas são oferecidos

serviços de aborto. Apenas quando utentes perguntarem pelos serviços se deve oferecer informação.

Uma informação não uniforme também significa que as vozes conservadoras na sociedade ainda podem reagir contra as mulheres que realizam abortos. Enquanto se aguarda pela implementação efectiva da lei, as mulheres também podem ser vulneráveis a profissionais de saúde menos escrupulosos. Um exemplo foi uma mulher que quase foi linchada por uma multidão, em Novembro de 2016, por realizar um aborto e abandonar o feto na estrada (TVM, 2006). Segundo ela, o aborto foi feito com a ajuda de um enfermeiro, a quem pagou para interromper a sua gravidez. Para sua própria protecção, foi levada à esquadra da polícia, o que alguns interpretaram como um sinal de que foi presa por realizar o aborto. Tal pode reforçar a percepção de que o aborto é/continua/tornou-se ilegal.

No geral, apesar do contexto anterior e da aprovação da lei, não foi possível até agora, registar-se um impacto real na mortalidade materna, que foi um dos principais objectivos da mudança da lei. As pesquisas mais recentes e profissionais de saúde reconhecem de forma unânime que, principalmente as mulheres jovens com menos educação e nas zonas rurais, ainda têm dificuldades em aceder ao aborto seguro. Uma eventual redução das consequências e custos financeiros e sociais dos cuidados pós-aborto devido ao aborto inseguro pode dever-se a outros factores, como o acesso a medicamentos abortivos e de contracepção de emergência. No entanto, a contínua falta de acesso a serviços de aborto seguro mantêm os níveis de morbilidade e mortalidade materna inalterados.

Conclusões

Este capítulo procurou demonstrar o papel dos determinantes políticos das reformas legais para um reconhecimento mais abrangente do direito ao aborto em Moçambique, dentro do debate mais amplo da saúde sexual e reprodutiva. Embora se reconheça que os debates para a legalização do aborto em Moçambique não estão isolados dos debates internacionais e regionais (i.e., o reconhecimento do direito ao aborto ao abrigo das recomendações do Protocolo da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África, ratificado em Maputo), Moçambique continua a ser o único país africano que adoptou uma reforma legal na última década, com o intuito de expandir os direitos relativos ao aborto. Na Serra Leoa, a legislação está pendente e, no Malawi, ainda está em processo.

Numa região altamente dependente de ajuda internacional, o caso de Moçambique demonstra que a influência de actores internacionais não é determinante, e talvez nem seja o factor mais importante para a reforma da legislação pró-aborto. Embora o apoio de parceiros tenha sido essencial, nomeadamente na produção de evidências sobre os custos dos cuidados pós-aborto e efeitos sobre a mortalidade materna, a sensibilização dos actores políticos pela classe médica e activistas da sociedade civil jogou um papel central no sucesso alcançado.

Efectivamente, inicialmente a defesa da despenalização do aborto centrou-se em argumentos de saúde pública. A redução da mortalidade materna, incluindo a relacionada com abortos inseguros, consta da agenda nacional desde os anos 80. Pode até argumentar-se que sempre fez parte das principais questões nacionais a resolver. Nessa década, a questão do aborto apresentava-se como uma questão de saúde pública, e estava directamente relacionada com a mortalidade materna elevada. As políticas e regulamentos produzidos nesta altura foram resposta a uma crise de saúde pública, e os argumentos de saúde pública procuraram responder a questões técnicas específicas, estando menos interessadas em produzir uma mudança legal efectiva.

Apenas mais recentemente, as discussões incluíram questões de direitos humanos, compromissos para com a jurisprudência internacional e pressões para com os objectivos de desenvolvimento internacional. Nos anos 90, reduzida a pressão primordial da crise de saúde pública, tornou-se pertinente ultrapassar a solução técnica restrita e abrir espaço para a universalização do acesso, com o potencial de expandir os efeitos da redução da mortalidade materna para onde eles ainda não se fizessem sentir. Foram utilizados fundos internacionais para produzir evidências dentro de um contexto de objectivos de desenvolvimento internacional, porque a mortalidade materna causada pelo aborto fazia parte desses objectivos.

O argumento a favor do direito ao aborto em Moçambique é particular, porque desde o começo, tanto os actores políticos como o pessoal médico estavam alinhados em relação à importância de aumentar o acesso a abortos seguros e reduzir o custo humano e financeiro de abortos inseguros. Os argumentos inicialmente foram baseados em questões de saúde pública, e não em pressupostos morais ou culturais. Foram criadas evidências que associam os abortos inseguros à mortalidade e morbilidade, bem como sobre a capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de aborto e à pressão sobre o sistema, causada pelo atendimento demasiado frequente pós-aborto.

As mesmas evidências não produziram o mesmo impacto em contexto de mudança de contexto político. Quando os actores políticos e o pessoal médico deixaram de estar alinhados, i.e., a classe médica deixou de estar representada no executivo ao mais alto nível, e este deixou de ter uma sensibilidade em primeira mão com a questão das consequências do aborto, os activistas pelo direito ao aborto foram forçados a criar novas estratégias para que a lei fosse adoptada e eventualmente seja implementada (por exemplo, forçar que as suas posições e até as evidências produzidas pela classe médica do executivo anterior fosse tida em conta nas discussões. E, igualmente, lembrar o executivo dos compromissos legais internacionais ratificados pelo país, cujo não cumprimento teria possíveis consequências sobre a capacidade de continuar a atrair suporte aos programas para manter a agenda de desenvolvimento preconizada pela classe política.

Assim, a falta de alinhamento com os actores do nível executivo foi o factor mais previsível no desencadear da mobilização, donde se infere que a mobilização dos direitos sexuais e reprodutivos em Moçambique tem raízes em clivagens políticas e sociais. As arenas de disputa surgem especificamente aquando da tentativa de universalizar o aborto no país, i.e., passar do acesso restrito em alguns hospitais para um acesso mais alargado em unidades de atendimento primário. Esta necessidade cria um novo contexto de debates, bem como a necessidade de desenhar e emitir novos regulamentos, trazendo novos assuntos até então ausentes, como a objecção de consciência. Neste contexto a discussão deixa a arena da saúde e o controlo da classe médica e passa para a arena social, sob controlo da classe política.

Neste novo contexto, novas vozes têm o potencial de ganhar um novo papel, relevância e proeminência. Entre sectores da sociedade que ainda apresentam preocupação com uma legislação mais liberal, encontram-se os líderes e doutrinas religiosas, que podem exercer influência sobre a classe política, e potenciais objectores de consciência. Dentro destas, a doutrina da igreja católica apresenta-se como a mais conservadora, objectando ainda ao aborto em qualquer circunstância, aludindo à sacralidade da vida humana a partir da concepção. Uma posição assumida globalmente.¹⁴ Outras doutrinas religiosas, nomeadamente as protestantes e a islâmica defendem igualmente a sacralidade da vida, mas com abertura para excepções, tendo em conta o

¹⁴ Uma carta sobre a lei canónica, disseminada pela Conferência Inter-regional dos Bispos Católicos da África Austral (IMBISA), em Agosto de 2014, ecoa a posição do Papa contra o aborto, em qualquer circunstância (Burke, H.E Leo. 2014. Canon Law – at the Service of Justice and Freedom in the Church as the People of God. IMBISA. <http://imbisaweb.com/?p=1851>. Acesso 01.10.2018.

direito à vida da mulher e a falta de autonomia do feto enquanto no ventre. Diversas vozes sociais utilizam argumentos relacionados com condutas e valores culturais contrários à prática do aborto. Por outro lado, políticas de ajuda internacional como a “lei de mordaza global” (global gag rule) também têm o potencial de influenciar onde são colocados os esforços e recursos nas questões da saúde sexual e reprodutiva, privilegiando prevenção de gravidezes e eventualmente negligenciando informação pertinente sobre direitos em relação a gravidezes indesejadas.

A arena dos direitos sexuais e reprodutivos continua plena de controvérsia. Como outros casos no mundo têm demonstrado (ex., Nicarágua, Estados Unidos da América, Espanha ou Noruega), a aprovação de uma lei como a moçambicana não termina necessariamente o debate e as disputas sobre o direito ao aborto. Desta forma, a presente cronologia deve ser considerada inacabada e em desenvolvimento, num processo que assenta em acontecimentos políticos importantes e como eles influenciam e afectam a discussão sobre o direito ao aborto.

Como a nova lei terá impacto na mortalidade materna e na redução de abortos inseguros dependerá, em última instância, da aplicação da lei. Este é um momento privilegiado para monitorar as mudanças que venham a acontecer. Pelo apresentado acima, depreende-se que a identificação dos pontos de pressão que condicionam ou viabilizam a introdução e implementação de leis permite antecipar e ultrapassar possíveis impedimentos à consagração de direitos por elas preconizados. Três aspectos sobressaem como essenciais, em termos de possíveis abordagens para políticas futuras, bem como implementação da lei actual. Por um lado, é necessário manter uma monitoria regular sobre os potenciais problemas de acesso aos direitos ora estabelecidos, sejam de cariz estrutural, cultural, económico ou outro. Adicionalmente, é importante monitorar a prevalência e causas de mortalidade materna, especialmente as relacionadas com os cuidados pós-aborto.¹⁵ Por fim, é recomendável que se continue a identificar como os grandes acontecimentos políticos, como sejam as mudanças de elencos governativos, afectam a implementação dos direitos sexuais e reprodutivos.

¹⁵ Tomando as devidas ressalvas sobre a dificuldade de identificação das causas das interrupções de gravidezes (se voluntárias ou espontâneas), a monitoria de dados de cuidados pós-aborto fornece informação útil sobre a qualidade de acesso a cuidados de aborto seguro.

Bibliografia

- Bambra, C., D. & A. Scott-Samuel (2005). "Towards a politics of health." *Health Promotion International*. 20(2): 187-193.
- Bugalho, A., A. Faúndes, L. Jamisse, M. Usfá, E. Maria *et al.* (1996). "Evaluation of the effectiveness of vaginal misoprostol to induce first trimester abortion." *Contraception*. 53(4): 243-246.
- Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
- Gallo, M. F., H. Gebreselassieb, M. T. A. Victorino, M. Dgedge, & L. J. Biquef (2004). "An Assessment of Abortion Services in Public Health Facilities in Mozambique: Women's and Providers' Perspectives " *Reproductive Health Matters*. 12(24 (Suppl)): 218-216.
- Gilda Sedgh, G., S. Singh, I. H. Shah, E. Åhman, S. K. Henshaw *et al.* (2012). "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008." *The Lancet*. 379: 625-632.
- Granja, A. C., F. Machungo, & S. Bergström (2000). "Avoidability of maternal death in Mozambique: audit and retrospective risk assessment in 106 consecutive cases." *African Journal of Health Sciences*. 7(3-4): 83-87.
- Granja, A. C., F. Machungo, A. Gomés, & S. Bergström (2001). "Adolescent maternal mortality in Mozambique." *Journal of Adolescent Health*. 28(4): 303-306.
- Guttmacher Institute (2012). Facts on Abortion in Latin America and the Caribbean. Washington D.C, Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/facts-abortion-africa>. Acesso 22.03.2017.
- Hardy, E., A. Bugalho, A. Faúndes, G. Alves Duarte, & C. Bique (1997). "Comparison of women having clandestine and hospital abortions: Maputo, Mozambique." *Reproductive Health Matters*. 5(9): 108-115.
- Henderson, J. T., M. Puri, M. Blum, C. C. Harper, A. Rana *et al.* (2013). "Effects of Abortion Legalization in Nepal, 2001–2010." *PLoS ONE*.

- Jaskiewicz, W., M. I. Tomo, F. Langa, H. De Graeve, C. McKinney *et al.* (2010). Human Resources for Health Implications of Scaling Up For Universal Access to HIV/AIDS Prevention, Treatment, and Care: Mozambique Rapid Situational Analysis, Global health Workforce Alliance Technical Work Group.
- Machungo, F., G. Zanconato, & S. Bergström (1997). "Reproductive characteristics and postabortion health consequences in women undergoing illegal and legal abortion in Maputo." *Social Science & Medicine*. 45(11): 1607-1161.
- McReynolds-Pérez, J. (2017). "Abortion as empowerment: reproductive rights activism in a legally restricted context." *BMC Pregnancy and Childbirth*. 17(Suppl 2): 350.
- Mussa, A., J. Pfeiffer, S. Gloyd, & K. Sherr (2013). "Vertical funding, non-governmental organizations, and health system strengthening: perspectives of public sector health workers in Mozambique." *Human Resources for Health*. 11(26).
- Ngwena, C. (2011). "Inscribing Abortion as a Human Right: Significance of the Protocol on the Rights of Women in Africa." *Human Rights Quarterly*. 32: 783-864.
- Pathfinder International (2016). Strategies to Advance Abortion Rights and Access in Restrictive Settings: A Cross Country Analysis, Pathfinder International.
- The Global Fund (2013). Grant Performance Report. Mozambique MOZ-708-G07-T.
- UNFPA (United Nations Population Fund) & UNICEF (United Nations Children's Fund) (2011). UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting. Accelerating Change. 2011 Report.
- TVM (Televisão de Moçambique). (2016). Em plena via pública: Jovem de 23 anos aborta e abandona feto de quatro meses ao relento. <https://www.youtube.com/watch?v=nabRrFo2rhE&feature=youtu.be>. Acesso 30.01.2017.
- WHO (World Health Organization) (2011). Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Geneva.

WHO (World Health Organization), UNICEF (United Nations Children's Fund), UNFPA (United Nations Population Fund), World Bank and United Nations Populations Division. (2015). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva. WHO.

