



RELATÓRIO DE PESQUISA

Conhecimentos, Atitudes e Práticas Relacionados aos Cuidados durante a gravidez, parto, pós-parto e atenção ao recém-nascido e crianças até os dois anos de idade nas províncias de Gaza, Nampula e Tete, Moçambique



Elaborado pela:



**Maputo
Outubro, 2014**

Ficha Técnica:

Título do Documento:	Conhecimentos, Atitudes e Práticas Relacionados aos Cuidados durante a gravidez, parto, pós-parto e atenção ao recém-nascido e crianças até os dois anos de idade nas províncias de Gaza, Nampula e Tete, Moçambique
Elaboração:	EUROSIS – Consultoria e Formação em Gestão, Lda.
Director de Projecto:	Abdul Sacoor
Equipa Técnica:	Andrea Serra Félix Granados Natércia Arone Tavares Madede Willem Neeleman Amadeu Neves
Data:	27 de Outubro de 2014
Local:	Maputo
Número de Páginas:	41
Cliente:	Jhpiego/MCHIP

Lista de Figuras

FIGURA 1. BARREIRAS À SAÚDE MATERNA.....	5
FIGURA 2. PERCENTAGEM DE MULHERES COM FILHOS COM ATÉ 24 MESES QUE FORAM IMUNIZADAS CONTRA O TÉTANO DURANTE A SUA ÚLTIMA GRAVIDEZ, POR DISTRITO	17
FIGURA 3. PERCENTAGEM DE MULHERES QUE CONHECE OS SINAIS DE PERIGO DE FORMA ESPONTÂNEA OU APÓS LEITURA POR NÚMERO DE SINAIS RECONHECIDOS	18
FIGURA 4. PERCENTAGEM DE MULHERES QUE CONHECEM PELO MENOS DOIS SINAIS DE PERIGO DURANTE A GRAVIDEZ .	18
FIGURA 5. PERCENTAGEM DE MULHERES QUE CONHECEM PELO MENOS DOIS SINAIS DE PERIGO DURANTE A GRAVIDEZ, POR DISTRITO.....	19
FIGURA 6. ELEMENTOS DO PLANO DE PARTO.....	20
FIGURA 7. PERCENTAGEM DE MÃES COM FILHOS ATÉ 24 MESES QUE PREPARARAM PELO MENOS DOIS ELEMENTOS DE PLANO DE PARTO, POR DISTRITO	20
FIGURA 8. PERCENTAGEM DE MULHERES COM CRIANÇAS ATÉ 24 MESES QUE DESENVOLVERAM OS SEUS PLANOS DE PARTO COM O ENVOLVIMENTO DOS SEUS PARCEIROS, POR DISTRITO	21
FIGURA 9. PERCENTAGEM DE MULHERES QUE FREQUENTAM A CONSULTA PRÉ-NATAL POR DECISOR SOBRE A SUA IDA À CONSULTA	23
FIGURA 10. PERCENTAGEM DE MULHERES QUE TEVE O SEU ÚLTIMO PARTO NA UNIDADE SANITÁRIA, POR DISTRITO	24
FIGURA 11. DECISOR SOBRE O LOCAL DO PARTO	25
FIGURA 12. PERCENTAGEM DE CRIANÇAS QUE RECEBEM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO POR IDADE.....	28
FIGURA 13. COMPARAÇÃO DA PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 24 MESES QUE DORMIRAM DEBAIXO DE UMA REDE NA NOITE ANTERIOR POR TIPO DE REDE	30
FIGURA 14. PERCENTAGEM DE CRIANÇAS QUE DORMIRAM DEBAIXO DE UMA REDE TRATADA OU NÃO POR DISTRITO	31
FIGURA 15. PERCENTAGEM DE MULHERES QUE USAM OU QUE TENHAM USADO ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO NOS ÚLTIMOS 12 MESES POR DISTRITO	33
FIGURA 16. PERCENTAGEM DE MULHERES QUE JÁ PROCURARAM OS SERVIÇOS DE PLANEAMENTO FAMILIAR, POR DISTRITO	34
FIGURA 17. PERCENTAGEM DE DECISORES SOBRE A IDA DA MULHER AOS SERVIÇOS DE PF POR ESTADO MARITAL.....	35
FIGURA 18. PERCENTAGEM DE MULHERES QUE RECEBERAM A VISITA DE UM AGENTE COMUNITÁRIO NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR DISTRITO.....	39

Lista de Tabelas

TABELA 1. RESUMO DOS INDICADORES	2
TABELA 2. DADOS DEMOGRÁFICOS DOS SEIS DISTRITOS ÂMBITO DO ESTUDO.....	7
TABELA 3. PLANO DE AMOSTRAGEM.....	9
TABELA 4. SECÇÕES DO QUESTIONÁRIO COMPLETADAS	11
TABELA 5. AMOSTRA VALIDADA.....	15
TABELA 6. SITUAÇÃO GESTACIONAL DAS MULHERES INQUIRIDAS.....	15
TABELA 7. PERCENTAGEM DE MULHERES COM FILHOS COM ATÉ 24 MESES QUE FORAM IMUNIZADAS CONTRA O TÉTANO DURANTE A SUA ÚLTIMA GRAVIDEZ	16
TABELA 8. NÚMERO DE ELEMENTOS DE PLANO DE PARTO.....	19
TABELA 9. PERCENTAGEM DE MULHERES COM CRIANÇAS ATÉ 24 MESES QUE DESENVOLVERAM OS SEUS PLANOS DE PARTO COM O ENVOLVIMENTO DOS SEUS PARCEIROS	21
TABELA 10. PERCENTAGEM DE MULHERES QUE FIZERAM PELO MENOS 4 VISITAS PRÉ-NATAIS A UM PROFISSIONAL DE SAÚDE DURANTE A SUA ÚLTIMA GRAVIDEZ	22
TABELA 11. PERCENTAGEM DE MULHERES QUE ASSISTIRAM JUNTO COM O SEU PARCEIRO/MARIDO PELO MENOS UMA CONSULTA PRÉ-NATAL DURANTE A SUA ÚLTIMA GRAVIDEZ	23
TABELA 12. PERCENTAGEM DE MULHERES QUE TEVE O SEU ÚLTIMO PARTO NA UNIDADE SANITÁRIA.....	24
TABELA 13. PERCENTAGEM DE MULHERES COM CRIANÇAS ATÉ 24 MESES DE IDADE QUE TEVE O SEU ÚLTIMO PARTO ASSISTIDO POR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE	25
TABELA 14. PERCENTAGEM DE CRIANÇAS QUE FORAM OBSERVADAS POR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE APÓS O NASCIMENTO	26
TABELA 15. INTERVALO ENTRE O NASCIMENTO E A PRIMEIRA AMAMENTAÇÃO	27
TABELA 16. PERCENTAGEM DE MULHERES QUE NA NOITE ANTERIOR AO INQUÉRITO DORMIRAM DEBAIXO DE UMA REDE MOSQUITEIRA TRATADA COM INSECTICIDA	29
TABELA 17. PERCENTAGEM DE MULHERES QUE TOMOU FANSIDAR DURANTE A ÚLTIMA GRAVIDEZ.....	29
TABELA 18. PERCENTAGEM DE MULHERES QUE USAM MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	32
TABELA 19. RAZÕES PARA AS MULHERES NÃO USAREM NENHUM MÉTODO CONTRACEPTIVO, MESMO QUERENDO EVITAR A GRAVIDEZ.....	33
TABELA 20. PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE TOMAM A DECISÃO PARA A MULHER PROCURAR OS SERVIÇOS DE PLANEAMENTO FAMILIAR	34
TABELA 21. FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE PLANEAMENTO FAMILIAR	36
TABELA 22. FOI INFORMADA SOBRE EFEITOS COLATERAIS.....	36
TABELA 23. MOTIVOS DA MUDANÇA OU DO ABANDONO DO MÉTODO CONTRACEPTIVO PELAS MULHERES.....	37
TABELA 24. FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE HIV	37
TABELA 25. PERCENTAGEM DE MULHERES QUE FORAM TESTADAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES E RECEBERAM RESULTADOS NO ÚLTIMO TESTE.....	38

Índice

1	RESUMO EXECUTIVO.....	1
2	INTRODUÇÃO.....	5
3	ABORDAGEM METODOLÓGICA	7
3.1	AMOSTRAGEM.....	7
3.1.1	<i>Definição do Domínio e das Unidades de Amostragem.....</i>	7
3.1.2	<i>Desenho Amostral.....</i>	8
3.1.3	<i>Adaptações à metodologia.....</i>	9
3.2	INSTRUMENTO	10
3.3	PROCEDIMENTOS.....	11
3.3.1	<i>Preparação para a Recolha de Dados.....</i>	11
3.3.2	<i>Recolha de Dados</i>	12
3.3.3	<i>Tratamento de Dados.....</i>	12
3.4	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	13
4	RESULTADOS	15
4.1	IMUNIZAÇÃO CONTRA O TÉTANO.....	16
4.2	CUIDADOS MATERNOS E NEONATAIS	17
4.2.1	<i>Sinais de perigo durante a gravidez</i>	17
4.2.2	<i>Elementos de plano do parto</i>	19
4.2.3	<i>Consulta Pré-Natal (CPN).....</i>	21
4.2.3.1	<i>Número de CPN assistidas por parceiros e decisão sobre a ida.....</i>	22
4.2.4	<i>Assistência ao parto.....</i>	23
4.2.5	<i>Assistência ao Neonato.....</i>	25
4.3	AMAMENTAÇÃO	26
4.3.1	<i>Primeira amamentação.....</i>	27
4.3.2	<i>Tipo de aleitamento durante os primeiros meses de vida.....</i>	27
4.3.3	<i>Média da idade em que crianças com até 24 meses deixam de ser amamentadas.....</i>	28
4.4	MALÁRIA.....	28
4.4.1	<i>Prevenção da malária na gravidez.....</i>	29
4.4.2	<i>Prevenção da malária na criança.....</i>	30
4.5	PLANEAMENTO FAMILIAR E CONTRACEPÇÃO	31
4.5.1	<i>Uso de métodos contraceptivos</i>	31
4.5.2	<i>Procura pelos serviços de planeamento familiar</i>	34
4.5.3	<i>Informação sobre os métodos contraceptivos.....</i>	36
4.5.4	<i>Mudança/abandono de método contraceptivo.....</i>	36
4.6	HIV/SIDA	37
4.7	TRABALHO COMUNITÁRIO.....	39
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
6	REFERÊNCIAS.....	41

Abreviaturas e Acrónimos

AE	Área de Enumeração
CPN	Consulta Pré-natal
DIU	Dispositivo intra-uterino
IDS	Inquérito Demográfico de Saúde
IMM	Iniciativa Maternidade Modelo
INE	Instituto Nacional de Estatística
MCHIP	Programa Integrado de Saúde Materna e Infantil
MICS	Inquérito de Indicadores Múltiplos
MISAU	Ministério da Saúde
MTI	Rede mosquiteira tratada com insecticida
MTILD	Rede mosquiteira tratada com insecticida de longa duração
OMS	Organização Mundial de saúde
PF	Planeamento Familiar (incluindo serviços de HIV/SIDA e Malária)
PTV	Prevenção de transmissão vertical
SMNI	Saúde Materna Neonatal e Infantil
SR	Saúde Reprodutiva
TARV	Tratamento anti-retroviral
TIP	Tratamentos Intermitente Preventivo (com antimalárico)
US	Unidades Sanitárias
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VAT	Vacina antitetânica

AGRADECIMENTO

Este relatório tornou-se possível graças ao apoio do Povo Americano através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). O conteúdo deste relatório é da total responsabilidade do Programa Integrado de Saúde Materna e Infantil (MCHIP) e não reflecte necessariamente os pontos de vista da USAID ou do Governo dos Estados Unidos da América.

1 RESUMO EXECUTIVO

Esta pesquisa enquadra-se no Programa Integrado de Saúde Materna e Infantil (MCHIP) desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MISAU) em parceria com a Jhpiego, Save the Children e outros parceiros de cooperação em Moçambique.

O MCHIP é uma iniciativa global e tem como objectivo geral contribuir para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil em Moçambique através de maior utilização de intervenções de alto impacto para Saúde Materna Neonatal e Infantil (SMNI) e Saúde Reprodutiva (SR), Planeamento Familiar (PF) (incluindo serviços de HIV/SIDA e Malária). O MCHIP tem os seguintes objectivos específicos:

- Trabalhar com o MISAU e todos os parceiros do Governo dos Estados Unidos para criar um ambiente favorável a nível nacional para a prestação de intervenções integradas de alto impacto de SMNI/SR/PF na comunidade e Unidades Sanitárias (US) (políticas, nova abordagem de ligar comunidades e US, Sistema de Informação em Saúde, e estudos para melhorar serviços de SMNI/ SR/PF).
- Apoiar os esforços do MISAU para expandir a cobertura nacional de intervenções de alto impacto de SMNI, através da ampliação da Iniciativa Maternidades Modelo (incluindo a Prevenção da Transmissão Vertical, Malária, Consulta Pré-Natal, e Cuidados Pós-Natais), em colaboração com parceiros do Governo dos Estados Unidos em todas as províncias.
- Apoiar o MISAU para fortalecer o desenvolvimento de recursos humanos para a prestação de serviços de saúde básicos e abrangentes de emergências obstétricas e neonatais e SR.
- Apoiar a expansão das actividades de CACUM usando a abordagem de visita única e ajudar na implementação do "Plano de Acção para o Fortalecimento e Expansão dos Serviços de Controlo do Cancro do Colo Uterino e da Mama" do MISAU.
- Auxiliar no desenvolvimento e implementação de medidas preventivas dos serviços de PF/SR para gestão e encaminhamento nas unidades de saúde seleccionadas.

Neste âmbito, em colaboração com o MISAU, o MCHIP planeou realizar um estudo em seis distritos, localizados em três províncias (Gaza, Tete e Nampula), concretamente nas comunidades onde estão em curso intervenções no âmbito do programa. O principal objectivo do estudo foi o de obter informação sobre o grau de conhecimento, atitudes e práticas relacionados com a gravidez, parto, pós-parto e atenção ao recém-nascido e criança até aos dois anos de idade.

Para garantir a prossecução dos objectivos do estudo, foram recolhidas informações para determinar um total de 43 indicadores de Saúde Materna e Infantil e Saúde Reprodutiva em diferentes subpopulações. Para a recolha de dados junto à amostra definida no âmbito desta pesquisa foi usado um questionário constituído por 79 perguntas divididas em três secções, cobrindo sete dimensões: 1) Imunização Contra o Tétano, 2) Cuidados Maternos e Neonatais, 3) Amamentação, 4) Malária, 5) Planeamento Familiar e Contracepção, 6) HIV/SIDA e 7) Trabalho Comunitário.

Nos seis distritos abrangidos pelo estudo foram visitadas 1607 agregados familiares. Destes, em 1521 foi possível realizar uma (ou duas) entrevista(s). Não considerando 34 questionários que tiveram que ser invalidados, foram entrevistadas 1433 mulheres com idade entre 18 e 49 anos e recolhidos dados sobre 977 crianças com até 24 meses de idade. Das 1433 mulheres entrevistadas, 61% tem pelo menos uma criança com até 24 meses de idade e 63% teve uma gravidez e/ou um parto nos últimos 24 meses, enquanto quase 10% está actualmente grávida.

Os principais resultados da pesquisa são resumidamente apresentados em seguida:

Tabela 1. Resumo dos indicadores

Dimensão 1: Imunização Contra o Tétano		
1.	Percentagem de mulheres com idade entre 18 e 49 anos com filhos até 24 meses de idade que receberam pelo menos duas doses de vacina anti-tetânica durante a sua última gravidez.	58%
Dimensão 2: Cuidados Maternos e Neonatais		
1.	Percentagem de mulheres com idade entre 18 e 49 anos que conhecem pelo menos dois sinais de perigo relacionados com a gravidez.	54% (espontaneamente) 95% (após leitura)
2.	Percentagem de mães de 18 a 49 anos com filhos até 24 meses de idade que prepararam pelo menos dois elementos do plano de parto.	97%
3.	Percentagem de mulheres de 18 a 49 anos com filhos até 24 meses de idade que desenvolveram os seus planos de parto com o envolvimento dos seus parceiros/maridos ¹ .	67%
4.	Percentagem de mulheres com idade entre 18 e 49 anos que tiveram pelo menos uma consulta pré-natal com um profissional de saúde durante a sua última gravidez.	98%
5.	Percentagem de mulheres com idade entre 18 e 49 anos com filhos até 24 meses de idade, que tiveram pelo menos quatro visitas pré-natais com um profissional de saúde durante a sua última gravidez.	68%
6.	Percentagem de mulheres com idade entre 18 e 49 anos com filhos até 24 meses de idade que foram, junto com o seu parceiro/marido, a pelo menos uma consulta pré-natal durante a sua última gravidez.	37%
7.	Percentagem dos decisores sobre a ida da mulher, com idade entre 18 e 49 anos e com filhos de até 24 meses de idade, à consulta pré-natal.	A própria: 68% Marido/parceiro: 17% Decisão conjunta: 6% Outro familiar: 8%
8.	Percentagem de mães de 18 a 49 anos com filhos até 24 meses de idade, cujo último parto ocorreu em uma unidade sanitária.	87%
9.	Percentagem de mulheres com idade entre 18 e 49 anos com filhos até 24 meses de idade que foram assistidas por um profissional de saúde durante o seu último parto.	85%
10.	Percentagem dos decisores sobre a escolha do local do parto.	A própria: 56% Marido/parceiro: 11% Decisão conjunta: 5% Mãe: 8% Sogra: 3% Outra mulher: 3% Outros: 14%
11.	Percentagem de crianças de menos de 6 meses de idade que foram vistas ... pela primeira vez por um profissional de saúde no período do nascimento: a) antes do 3º dia de vida, b) entre o 4º e o 7º dia, c) entre o 8º e 28º dia após o nascimento	a) 42% b) 42% c) 5%
12.	Percentagem de crianças menores de 6 meses que tiveram antes do 28º dia e de acordo com a norma: a) 1 consulta, b) 2 consultas, c) 3 consultas pós natais	a) 41% b) 15% c) 9%

¹ Considerando apenas as mulheres que afirmam ter um parceiro.

Dimensão 3: Amamentação		
1.	Percentagem de mães de 18 a 49 anos com filhos até 24 meses de idade que amamentaram seus filhos dentro da primeira hora após o nascimento.	57%
2.	Percentagem de crianças com idade entre 0 e 3 meses em aleitamento materno exclusivo.	85%
3.	Percentagem de crianças com idade entre 0 e 6 meses em aleitamento materno exclusivo.	79%
4.	Média da idade em que crianças com até 24 meses deixaram de ser amamentadas.	16 meses
5.	Percentagem de crianças de 6 a 9 meses que receberam leite materno e alimentos complementares	<i>não foi possível determinar</i>
Dimensão 4: Malária		
1.	Percentagem de mulheres grávidas de 18 a 49 anos que na noite anterior ao inquérito dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida.	62%
2.	Percentagem de mulheres de 18 a 49 anos com crianças até 24 meses de idade que referem ter tomado Fansidar durante a última gravidez para a profilaxia da malária.	87%
3.	Percentagem de crianças até 24 meses de idade que dormiram na noite anterior debaixo de uma rede mosquiteira.	78%
4.	Percentagem de crianças até 24 meses de idade que dormiram na noite anterior debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida.	58%
5.	Percentagem de crianças com até 24 meses de idade que dormiram na noite anterior debaixo de uma rede mosquiteira que foi tratada com insecticida há menos de seis meses.	28%
Dimensão 5: Planeamento Familiar e Contracepção		
1.	Percentagem de mulheres com idade entre 18 e 49 anos que usam algum método contraceptivo.	Actualmente 30%; Nos últimos 12 meses: 43%
2.	Razões por que as mulheres com idade entre 18 e 49 anos, embora desejando prevenir a gravidez, não estão a usar nenhum método moderno para tal. <i>A proporção de mulheres com idade entre 18 e 49 anos, que embora desejando prevenir a gravidez, não estão a usar nenhum método moderno para tal é de 15% (do total de mulheres inquiridas)</i>	Marido não deixa: 28% Mitos/crenças: 18% Não sabe usar: 17% Amenorreia por lactância: 16% Abstinência: 9% Foi desaconselhada: 5% Religião não permite: 4% Efeitos colaterais: 3% Desconhece local de acesso: 1%
3.	Proporção das pessoas que tomam a decisão para a mulher com idade entre 18 e 49 anos procurar serviços de Planeamento Familiar.	A própria: 53% Marido/parceiro: 28% Decisão conjunta: 17% Outra pessoa: 3%
4.	Proporção das pessoas que tomam a decisão para a mulher com idade entre 18 e 49 anos, casada ou vivendo em união , procurar serviços de Planeamento Familiar.	A própria: 48% Marido/parceiro: 32% Decisão conjunta: 18% Outra pessoa: 3%
5.	Proporção das pessoas que tomam a decisão para a mulher com idade entre 18 e 49 anos, solteira , procurar serviços de Planeamento Familiar.	A própria: 64% Parceiro: 11% Decisão conjunta: 20% Outra pessoa: 5%
6.	Percentagem de mulheres de 18 a 49 anos que nos últimos três meses tiveram acesso a informação escrita (panfleto, cartaz, jornal, etc.), rádio ou TV sobre a importância do Planeamento familiar e onde se dirigir para fazer o planeamento familiar.	Tiveram acesso a informação: 91%; Sabem onde dirigir-se: 98%
7.	Percentagem de mulheres de 18 a 49 anos que estão a fazer algum método de planeamento familiar e que foram informadas sobre os	66%

	possíveis efeitos colaterais dos anticoncepcionais.	
8.	Percentagem de mulheres de 18 a 49 anos que estão a fazer algum método de planeamento familiar e que foram informadas sobre o que fazer em caso de surgimento de algum efeito colateral dos anticoncepcionais.	59%
9.	Proporção de mulheres de 18 e 49 anos que nos últimos 12 meses deixaram de utilizar um determinado método de planeamento familiar.	38%
10.	Proporção das razões que ditaram a mudança do método de planeamento familiar pelas mulheres de 18 e 49 anos que nos últimos 12 meses utilizavam determinado método de planeamento familiar.	Quer engravidar: 45% Desconfortável: 28% Efeitos colaterais: 11% Outras razões: 15%
Dimensão 6: HIV/SIDA		
1.	Percentagem de mulheres com idade entre 18 e 49 anos já testadas para HIV.	91%
2.	Percentagem de mulheres com idade entre 18 e 49 anos que foram testadas nos últimos 12 meses e receberam o resultado no último teste.	56%
3.	Percentagem de mulheres com idade entre 18 e 49 anos que foram testadas nos últimos 12 meses e receberam o resultado no último teste e discutiram o resultado com o parceiro.	41%
4.	Percentagem de mulheres com idade entre 18 e 49 anos que tiveram parto nos últimos dois anos que receberam aconselhamento antes do teste de HIV durante a consulta pré-natal.	77%
5.	Percentagem de mulheres com idade entre 18 e 49 anos que tiveram parto nos últimos dois anos que fizeram teste de HIV durante a consulta pré-natal.	91%
6.	Percentagem de mulheres com idade entre 18 e 49 anos que tiveram acesso a informação sobre a importância do teste de HIV de acordo com a fonte:	Profissional de saúde: 87% Familiars: 19% Marido/parceiro: 9% Amigo(a): 21% Rádio: 35% Televisão: 19% Jornal: 1% Outros: 15%
Dimensão 7: Trabalho Comunitário		
1.	Percentagem de mulheres com conhecimento da existência das estruturas comunitárias (Comité de Saúde e Comité de Co-Gestão) que trabalham para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde.	44%
2.	Percentagem de mulheres que tem utilizado o Comité de Saúde: como membro, como participante numa actividade, ou como pessoa que trouxe uma preocupação ao Comité.	Membro: 6% Participante numa actividade: 13% Trazendo uma preocupação: 0%
3.	Percentagem de mulheres com idade entre 18 e 49 anos que durante o último ano recebeu uma visita de um agente comunitário promovendo a saúde reprodutiva.	27%
4.	Percentagem de mulheres com idade entre 18 e 49 anos que durante o último ano participou numa sessão de educação para saúde da mulher e da criança promovida por agentes comunitários.	21%

2 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa enquadra-se no Programa Integrado de Saúde Materna e Infantil (MCHIP) desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MISAU) em parceria com a Jhpiego, Save the Children em Moçambique e outros parceiros de cooperação.

O MCHIP, programa financiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), tem como objectivo melhorar a qualidade dos serviços de saúde materna e neonatal incluindo cuidados obstétricos e neonatais de emergência, assim como serviços preventivos de planeamento familiar e de saúde reprodutiva fundamentais.

A principal abordagem do MCHIP é a humanização dos cuidados maternos que consiste em:

- Focar no indivíduo;
- Enfatizar os direitos fundamentais da mãe, recém-nascidos e famílias;
- Promover práticas baseadas em evidências que reconhecem as preferências e necessidades das mulheres.

A nível mundial reconhece-se a natureza e complexidade de interligação dos diversos factores que podem impedir as mulheres de ter acesso aos serviços de cuidados maternos e de planeamento familiar de qualidade.

A perspectiva integrada da saúde materna baseia-se no modelo dos “Três Atrasos” que reconhece as diferentes barreiras que as mulheres enfrentam no acesso à assistência médica oportuna e eficaz, necessária para prevenir as mortes que ocorrem na gravidez e no parto. O modelo identifica três grupos de factores que podem impedir que as mulheres acedam os níveis de cuidados de saúde materna de que necessitam, conforme se esquematiza na figura a seguir.



Figura 1. Barreiras à Saúde Materna

Adaptado do Modelo de Três Atrasos de Thadeus & Maine (1994)²

² Thadeus S & Maine D (1994) Too far to walk: maternal mortality in context. Social Science and Medicine 38(8), 1091–1110

As componentes do MCHIP endereçam as diferentes barreiras: a componente de trabalho com as comunidades tenta endereçar as barreiras 1 e 2 do modelo e a componente clínica tenta endereçar a terceira barreira.

O apoio do MCHIP ao MISAU na implementação da Iniciativa Maternidade Modelo (IMM) teve início em 2009 através de introdução/reforço de um processo de melhoria da qualidade e humanização com enfoque nos padrões de desempenho nos Serviços de Saúde Materno-Infantil. Inicialmente, o MCHIP apoiou na implementação da IMM em 34 maternidades nas 11 províncias do país. Até 2014, o MCHIP tem prestado apoio ao MISAU para expandir a IMM a 124 maternidades no país.

Além de apoiar no fortalecimento dos serviços de saúde, o MCHIP também trabalha com comunidades para criar uma maior apropriação individual e comunitária e a acção colectiva para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil. Ao abordar os determinantes sociais e comportamentais da saúde materna, neonatal e infantil por meio da promoção de práticas de saúde positivas no indivíduo, família e comunidade, o programa visa promover maior utilização dos serviços de saúde reprodutiva providenciados pelas unidades sanitárias. O programa também tem o objectivo de incluir a comunidade na melhoria da qualidade dos cuidados, especialmente a partir da perspectiva do cliente, através dos Comités de Co-Gestão.

Como os recursos do programa não eram suficientes para incluir uma componente comunitária para cada uma das unidades sanitárias envolvidas na IMM, 22 comunidades foram seleccionadas em colaboração com o MISAU como **comunidades de foco intensivo**.

É precisamente neste âmbito que se enquadra o principal objectivo da presente pesquisa:

- *Obter informação sobre o grau de conhecimento, atitudes e práticas relacionados com a gravidez, parto, pós-parto e atenção ao recém-nascido e criança até aos dois anos de idade para que sirvam para avaliação das acções de mobilização da comunidade sobre a saúde das populações nas áreas de abrangência das intervenções realizadas pelo MCHIP.*

Constituem objectivos específicos da pesquisa, os seguintes:

1. Identificar o nível de conhecimentos e práticas das mulheres dos 18 aos 49 anos de idade em matéria de planeamento familiar bem como em relação à utilização dos métodos contraceptivos, assim como as razões que determinam a sua ou não utilização;
2. Avaliar a cobertura da utilização dos serviços de saúde materna e infantil nomeadamente sobre cuidados relacionados à gravidez, às consultas pré-natais e pós-natais, à assistência ao parto, ao aleitamento materno e à vacinação;
3. Identificar práticas e atitudes relacionadas com a prevenção contra a malária em mulheres dos 18 aos 49 anos de idade que tiveram parto nos últimos 24 meses e crianças menores de 24 meses;
4. Medir os níveis de conhecimentos, atitudes e comportamentos das mulheres dos 18 aos 49 anos em matéria de aconselhamento e testagem do HIV/SIDA;
5. Avaliar o nível de conhecimento e participação das mulheres dos 18 aos 49 anos em acções de melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, promovidas por estruturas comunitárias.

A relevância do presente estudo assenta essencialmente no facto de apresentar informação recolhida em fontes primárias e que pode servir: a) como *input* para tomada de decisão com relação a abordagens e estratégias de intervenção junto às subpopulações alvo; b) de pontos de referência e de comparação com estudos futuros com o mesmo objecto.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 AMOSTRAGEM

3.1.1 Definição do Domínio e das Unidades de Amostragem

O principal objectivo do presente estudo é obter informação sobre o grau de conhecimento, atitudes e práticas relacionadas com a gravidez, parto, pós-parto e atenção ao recém-nascido e criança até aos dois anos de idade, para que sirvam para monitoria das acções de mobilização da comunidade no âmbito do programa MCHIP em seis distritos, localizados nas províncias de Gaza, Nampula e Tete. Dentro destes distritos, alguns com características urbanas, outros com características rurais, o estudo centrou-se nas comunidades onde estão em curso acções no âmbito do programa, denominadas comunidades “de foco intensivo”. O conjunto destas comunidades designar-se-á por “área de intervenção”.

A selecção dos seis distritos foi feita pelo programa MCHIP; a extensão da área de intervenção foi estabelecida com base em informações fornecidas pela *Save the Children* (vide Anexo 1). Pretendia-se obter valores válidos para os indicadores principais, com uma precisão aceitável *a nível da área de intervenção em cada um dos seis distritos*.

A tabela 2 que se segue fornece alguns dados demográficos a nível de cada um dos seis distritos.

Tabela 2. Dados demográficos dos seis distritos âmbito do estudo

Província	Distrito	População	Agregados familiares	Mulheres de 15 a 49	Crianças com até 24 meses
Nampula	Cidade de Nampula	471.717	88.651	112.937	33.110
	Angoche	276.471	68.739	62.483	18.573
Tete	Cidade de Tete	155.870	26.511	34.671	10.506
	Mutarara	207.010	41.918	44.560	15.000
Gaza	Distrito de Xai-Xai	209.434	39.726	51.612	14.000
	Mandlakaze	165.071	38.354	36.662	10.750

Fonte: Dados referentes ao Censo de 2007, fornecidos pelo INE

O estudo pretende determinar um total de 43 indicadores, divididos em sete dimensões. A lista destes indicadores é apresentada no Anexo 2. Um factor que dificultou o desenho metodológico do estudo é o facto de os indicadores serem definidos em termos de diferentes populações – alguns são formulados em termos de mulheres, outros em termos de crianças – e subpopulações, mulheres solteiras, mulheres com crianças até 24 meses de idade, mulheres grávidas, crianças com 0 a 3 meses, crianças com 0 a 6 meses, etc. Os 43 indicadores definem um total de 18 diferentes subpopulações. Mais pormenores sobre estas subpopulações podem ser encontrados no Anexo 3.

Os elementos das subpopulações – mulheres e crianças - são as *unidades de amostragem*. Por que seria inviável constituir 18 diferentes amostras, optou-se por criar uma amostra com um número suficiente de mulheres de 18 a 49 anos de idade e de crianças até 24 meses de idade. Esta opção resulta necessariamente na perda relativa de precisão em alguns indicadores. Enquanto alguns dos indicadores podem ser calculados com um nível aceitável de precisão a nível da área de intervenção em cada distrito, outros podem apenas ser calculados a nível de toda a área de intervenção. Uma comparação entre distritos não é possível para todos os indicadores.

3.1.2 Desenho Amostral

Para garantir estimativas a nível da área de intervenção em cada distrito com uma determinada margem de erro (a um determinado nível de confiança), o tamanho mínimo para uma amostra aleatória simples pode ser calculado através das habituais fórmulas³. Esses cálculos indicam que uma amostra aleatória simples de cerca de 200 por distrito é suficiente para garantir uma margem de erro não superior a 7%, enquanto uma amostra de 150 garante uma margem de erro de 8% a um nível de confiança de 95%.

Na prática é preciso recorrer a desenhos amostrais mais complexos, o que introduz um “efeito de desenho” que implica numa maior margem de erro para o mesmo tamanho de amostra. Por outras palavras, para poder manter o mesmo nível de precisão é preciso aumentar o tamanho da amostra. Não existe uma fórmula para calcular antecipadamente o efeito de desenho. O desenho amostral seguido neste estudo foi o multi-etapas.

A selecção das pessoas a serem inquiridas foi feita em etapas. A primeira etapa consistiu na escolha de um número de conglomerados ou *clusters* em cada área de intervenção a nível do distrito. Um *cluster* corresponde a uma Área de Enumeração (AE), definida durante o mais recente Censo Geral da População e Habitação, realizado em 2007. Em princípio, cada AE rural é composta por entre 80 a 100 agregados familiares, enquanto uma AE urbana tem entre 100 e 150 agregados familiares.

A selecção dos *clusters* foi feita pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), com probabilidade proporcional ao tamanho, usando o número de agregados familiares em cada *cluster* como medida do tamanho. Em total foram seleccionados 65 *clusters* (vide Anexo 4). O número de *clusters* variava ligeiramente entre distritos (de 10 a 12) em função da variabilidade nas características demográficas, como o número de mulheres e crianças por agregado.

Dentro de cada *cluster* foram seleccionados aleatoriamente agregados familiares a serem visitados. O número de agregados a visitar em cada *cluster* foi definido como 24 em zonas urbanas e 28 em zonas rurais. A diferença entre estes números é justificada pelo INE em função de factores como a maior heterogeneidade das variáveis nas zonas urbanas. Este número de agregados deveria ser suficientemente grande para encontrar neles o número suficiente de mulheres e crianças elegíveis⁴. Foi solicitado ao INE que fornecesse estimativas do número mínimo de agregados – baseadas em dados actualizados sobre a composição da população em cada *cluster* – mas infelizmente o INE não forneceu estes dados.

Tendo como base dados estatísticos a nível nacional recebeu-se haver uma real possibilidade de não se atingir os números definidos como mínimos de mulheres (no mínimo 200 por distrito) e, principalmente de crianças (no mínimo 150 por distrito) elegíveis. Por isto decidiu-se introduzir quotas: um número mínimo de mulheres (20) e de crianças (15) por *cluster*. Em cada *cluster*, as inquiridoras deveriam visitar o número definido de agregados e, se necessário, continuar a visitar agregados até atingir o número mínimo de mulheres e, se ainda necessário, continuar até atingir o número mínimo de crianças. A tabela 3 a seguir mostra o plano de amostra resultante.

³ A fórmula para calcular o tamanho de amostra é $n = \frac{z^2 pqN}{z^2 pq + e^2(N-1)}$; a um nível de confiança de 95%, para $p = q = 0,5$ e para N suficientemente grande, o valor de n aproxima-se a $n = \frac{1}{e^2}$.

⁴ Mulheres de 18 a 49 anos e crianças até 24 meses de idade.

Tabela 3. Plano de amostragem

Província	Distrito	Áreas de enumeração	Agregados familiares	Mulheres de 18 a 49	Crianças até 24 meses
Nampula	Cidade de Nampula	12	288	240	180
	Angoche	11	264	220	165
Tete	Cidade de Tete	10	240	200	150
	Mutarara	11	296	220	165
Gaza	Cidade de Xai-Xai	11	300	220	165
	Mandlakaze	10	280	200	150
Total		65	1668	1300	975

Sem informação prévia sobre quais são os agregados com mulheres e crianças elegíveis, e numa tentativa de economizar o tempo, optou-se por fazer antecipadamente uma listagem completa de todos os agregados a residir no *cluster*. Destas listas seriam seleccionadas aleatoriamente os agregados com mulheres e crianças elegíveis. Para o efeito elaboraram-se formulários que foram enviados aos oficiais de campo do MCHIP que se encarregaram de coordenar a elaboração das listas.

Em cada agregado familiar visitado foi feita a listagem de todos os membros habitualmente residentes para determinar o número de mulheres e crianças elegíveis. Para o efeito foi usado a página 2 do Questionário⁵. Nos agregados com mais de uma mulher elegível foi seleccionada aquela que é a primeira a fazer anos (*next birthday method*) – independentemente de ela ter ou não ter uma criança. Esta mulher respondia à secção A do questionário e também à secção B, caso esta se aplicasse a ela. Para mulheres com uma criança com até 24 meses de idade, recolheu-se ainda informação acerca desta criança (secção C). Caso ele não tivesse uma criança nesta faixa etária, seleccionou-se, se possível, a criança elegível mais nova no agregado, verificou-se se havia alguma mulher presente que podia responder com segurança às perguntas sobre esta criança e esta mulher foi então entrevistada sobre a criança seleccionada. Este método foi escolhido por garantir uma relativa (embora não perfeita) independência entre as amostras das mulheres e das crianças⁶ sem comprometer sobremaneira a logística (e o custo) do estudo.

3.1.3 Adaptações à metodologia

Infelizmente, os dados fornecidos pelo INE não foram suficientemente detalhados para localizar com segurança todas as áreas de enumeração seleccionadas; o INE não forneceu informação cartográfica, nem coordenadas geográficas. Na prática, a localização no terreno das áreas do inquérito dependia principalmente dos nomes (bairros, quarteirões, aldeias, regulados, comunidades e outras subdivisões) fornecidos. A identificação destas áreas foi feita em conjunto com oficiais de campo do MCHIP.

No caso dos distritos de Angoche e Cidade de Nampula, a informação fornecida pelo INE não correspondia à realidade no terreno (de acordo com as autoridades locais, todos os nomes fornecidos referiam-se a áreas localizadas em distritos vizinhos), o que obrigou a um exercício de identificação, no terreno, de áreas que podiam ser usadas como substitutas para as áreas de enumeração definidas pelo INE dentro da mesma comunidade.

Em dois casos, as áreas de enumeração tiveram que ser substituídas por outras, devido ao estado em que se encontravam as estradas de acesso (uma em Mandlakaze e outra em Mutarara). No caso de

⁵ Para mais pormenores vide subsecção 3.2.

⁶ Se recolhêssemos apenas dados sobre os filhos das mulheres entrevistadas introduzia-se um viés, excluindo da amostra, entre outras, crianças órfãs da mãe, crianças que não vivem com a mãe no mesmo agregado e filhos de mães menores de 18 ou maiores de 50 anos.

Mandlakaze esta substituição infelizmente resultou na escolha de uma comunidade que não fazia parte da área de intervenção do programa e os dados recolhidos nesta área foram invalidados do estudo.

A listagem prévia de todas as estruturas residenciais foi usada nas primeiras áreas de enumeração onde o estudo se realizou (no Distrito de Xai-Xai), mas mostrou-se pouco prático, porque a qualidade das listas feitas por pessoas ligadas ao programa foi muito pobre, fazendo com que muitas vezes a composição do agregado seleccionado não correspondesse à da lista.

Optou-se então pela selecção sistemática, com as inquiridoras a se afastarem em direcções diferentes de um ponto central, visitando cada *n*-ésima residência até completar o número definido de agregados, mulheres e crianças. O número "*n*" foi escolhido pelo supervisor em função duma estimativa do número de agregados e da extensão da área de enumeração, não devendo ser muito grande quando o *cluster* era pequeno, nem muito pequeno quando o cluster era grande. As residências em que não foi possível fazer o inquérito logo à primeira vez foram revisitadas mais tarde, até um máximo de três.

Mais pormenores sobre a amostra realizada podem ser encontrados no Anexo 5.

3.2 INSTRUMENTO

No âmbito desta pesquisa foi elaborado um questionário constituído por um total de 79 perguntas com o objectivo de recolher informações suficientes para a determinação dos indicadores definidos pelo MCHIP, abrangendo as sete dimensões do estudo:

1. Imunização contra o Tétano
2. Cuidados Maternos e Neonatais
3. Amamentação
4. Malária
5. Planeamento Familiar e Contracepção
6. HIV/SIDA
7. Trabalho Comunitário

O referido questionário é apresentado no anexo 6 deste Relatório. Ele está dividido em três secções.

A secção A recolhe informação sobre as mulheres com idades compreendidas entre os 18 e 49 anos, a secção B informação de mulheres na mesma faixa etária que se enquadravam em pelo menos uma das seguintes categorias:

1. Tem criança com até 24 meses de idade;
2. Actualmente está grávida;
3. Teve uma gravidez nos últimos 24 meses;
4. Teve parto nos últimos 24 meses.

A secção C apresenta questões relativas a informação sobre crianças com idade até 24 meses.

A combinação de preenchimento das secções variou consoante a composição de cada agregado familiar. Como mostra a tabela seguinte, em quase 60% dos casos foram preenchidas todas as secções. Em total a secção A foi preenchida 1433 vezes, a secção B 1016 vezes e a secção C 977 vezes, como ilustra a tabela a seguir. Os números nesta tabela referem-se apenas aos questionários validados.

Tabela 4. Secções do Questionário completadas

		N	%
Secções	A	375	25,2
	A e B	135	9,1
	A, B e C	881	59,2
	A e C	42	2,8
	C	54	3,6
	Total	1487	100,0

3.3 PROCEDIMENTOS

3.3.1 *Preparação para a Recolha de Dados*

Previamente ao início do trabalho de campo foi realizado um “piloto” no Distrito Municipal Ka Tembe, com vista a verificar a qualidade do questionário e dos procedimentos de recolha de dados junto a populações com características similares às do grupo alvo deste estudo. A experiência deste “piloto” demonstrou a necessidade de uma reorganização profunda do questionário, que foi subsequentemente empreendido, o que resultou na versão apresentada no Anexo 6. A experiência do estudo piloto mostrou igualmente a necessidade de trabalhar exclusivamente com inquiridores de sexo feminino.

A pesquisa de campo decorreu entre os meses de Maio e Junho de 2014, tendo-se optado por recolher os dados primeiro na província de Gaza, seguindo pela província de Tete e, finalmente, na província de Nampula, conforme o plano inicialmente definido.

Todo o trabalho de campo foi coordenado por uma pessoa com muita experiência na recolha de dados e na coordenação de equipas de inquiridores. As inquiridoras foram recrutadas e seleccionadas localmente, com base nos seguintes requisitos:

- Ser moçambicana e residente na província do estudo;
- Ter idade compreendida entre 18 e 40 anos;
- Falar fluentemente as línguas da província do estudo;
- Ter experiência em estudos na área de saúde;
- Ter alto sentido de responsabilidade;
- Ter habilitações literárias correspondentes a pelo menos a 12^a classe.

As inquiridoras seleccionadas eram todas naturais e residentes nas respectivas províncias. Em cada província houve pelo menos uma inquiridora com formação superior. Todas as inquiridoras tinham mais de cinco anos de experiência em trabalhos similares em várias áreas, principalmente na área de saúde, tendo trabalhado em entrevistas aos agregados familiares em estudos como o IDS, o MICS, etc.

Em cada província foram dedicados três dias inteiros à realização de uma formação intensiva da equipa de campo, tendo sido cobertos conteúdos como: Objectivos do Inquérito e grupo alvo; Amostragem; Condução da Entrevista; O respeito às questões éticas; As secções do questionário de recolha de dados e respectivas instruções de preenchimento; O Processo de supervisão, controlo e verificação do trabalho das inquiridoras e Instruções para o trabalho de Campo. O último dia da formação foi dedicado à realização de um exercício prático de simulação no campo. Os resultados obtidos nesta formação asseguraram os conhecimentos necessários para o trabalho de campo.

Com bases nos resultados da formação, das cinco inquiridoras recrutadas, quatro foram apuradas para o trabalho da recolha de dados e uma ficou de reserva para poder servir de substituta se por algum motivo surgisse a necessidade.

Como parte da logística de preparação do trabalho de campo, foram elaboradas e entregues credenciais para o coordenador de campo e todas as inquiridoras recrutadas por forma a facilitar a sua apresentação e apoio junto das estruturas locais dos distritos visitados.

3.3.2 *Recolha de Dados*

A voluntariedade na participação e fornecimento de dados por parte da população alvo desta pesquisa foram princípios respeitados ao longo do processo de recolha de dados. Para o efeito, previamente à realização das entrevistas, as inquiridoras procederam à leitura do conteúdo da folha de informação ao participante, garantindo que este compreendia e, espontaneamente, manifestasse o desejo de colaborar na pesquisa, fornecendo o seu consentimento por meio da assinatura da folha de consentimento informado. As folhas de informação ao participante e consentimento informado são apresentados nos Anexos 7 e 8.

De igual forma, antes de iniciar qualquer entrevista e, em alguns casos, ao longo da entrevista, as inquiridoras explicaram às mulheres entrevistadas que os dados que estavam a recolher eram confidenciais e que seriam tratados de forma a não revelar a sua identidade (anonimato).

Todas as entrevistas foram conduzidas em privado e individualmente para garantir que as inquiridas estivessem confortáveis para falar sobre os temas propostos e ainda possibilitar a obtenção de respostas sérias e verdadeiras.

Durante o trabalho de campo, o coordenador procedeu à verificação dos questionários para garantir a qualidade do trabalho das inquiridoras.

3.3.3 *Tratamento de Dados*

No final de trabalho de campo os questionários foram reverificados e digitados por uma equipa de digitadores formados especialmente para esta tarefa. Uma parte da informação foi digitada duas vezes, para diminuir a ocorrência de erros de digitação. Para a introdução dos dados foi utilizado o *software* CSPro 5.0 (*Census and Survey Processing System*), de domínio público, disponibilizado pelo US Census Bureau (cf. <http://www.census.gov>). CSPro é um *software* especializado na inserção, edição e tabulação de dados de inquéritos e censos, mas a sua capacidade de análise dos dados é limitada em comparação com pacotes de *software* estatístico dedicados. Por motivos práticos, a informação sobre a composição de cada agregado familiar foi tratada separadamente do resto do questionário. Para ambas as partes foi elaborada uma versão digital do questionário, para facilitar o trabalho dos digitadores.

Terminada a digitação, os dados foram exportados para o SPSS. Após a limpeza da base de dados, foi feita a análise dos resultados e o cálculo dos indicadores. Rotinas de garantia de qualidade foram elaboradas e aplicadas ao longo de todo este processo, com o intuito de eliminar todos os erros de codificação (pelas inquiridoras) e de digitação.

Dos 1521 questionários preenchidos, 32 tiveram que ser eliminados por terem sido feitos numa comunidade (Macuacua-Sede, no distrito de Mandlakaze) que não faz parte da área de intervenção do programa. Dois outros questionários foram invalidados por terem sido preenchidos de forma incompleta ou incoerente. O número total de questionários válidos foi, portanto, de 1487.

3.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Um estudo como o presente, com a complexidade da sua temática e a diversidade dos seus objectivos, é sujeito a diversas limitações e constrangimentos.

Parte destas limitações deriva do instrumento utilizado. Um questionário é uma forma prática de recolher dados padronizados de muitas pessoas em pouco tempo, mas existem vários estudos comprovando que as respostas dadas pelos inquiridos são influenciadas por numerosos factores. Um destes factores é a inclinação de querer agradar ao inquiridor, dando a resposta considerada “certa” ou de dar a resposta socialmente mais aceite. Quando o questionário tem perguntas acerca de um tema sensível, sobre o qual alguns dos inquiridos não estão acostumados a falar abertamente, isto pode ainda dificultar mais a situação.

Apesar de todo o esforço feito de ganhar a confiança das inquiridas e de respeitar as suas opiniões e ainda que acreditemos que os resultados são um bom reflexo da realidade, não podemos ter 100% de certeza que a resposta dada corresponde de facto à realidade ou à opinião da inquirida.

Este factor deve ser tomado em consideração ao interpretar os resultados e se alguns indicadores apresentam valores mais altos do que esperados (o número de partos institucionais e de consultas pré-natais, o uso de redes mosquiteiras, etc.) não se pode excluir a hipótese de que estes valores foram “inflacionados” por factores como os acima mencionados.

Noutros casos, a resposta da inquirida pode não corresponder à realidade por falta de informação. Se perguntamos, por exemplo, se a senhora foi atendida por um médico ou técnico de saúde, ela pode não saber a categoria profissional da pessoa que lhe atendeu, mas sentir-se obrigada a dar uma resposta.

As expectativas relativamente ao objectivo do estudo também influenciam a forma como as questões são respondidas. A inquirida pode, por exemplo, negar ter uma rede mosquiteira em casa na esperança que o programa lhe ofereça uma.

Como acontece com todos os questionários, há o problema de não-respostas e de respostas incompletas, que influenciam negativamente a representatividade dos resultados. Por mais cuidado que se tenha na formação das inquiridoras, sempre haverá erros humanos, na interpretação da resposta dada, no registo da resposta e em obedecer à estrutura do questionário.

Na fase do tratamento dos dados é preciso tomar decisões sobre respostas incoerentes; nalguns casos opta-se por invalidar uma ou mais respostas (como se as perguntas não fossem respondidas), noutros é preciso invalidar o questionário inteiro. Pelo esforço de preparação e pelos cuidados havidos na aplicação do questionário, no presente estudo apenas dois questionários tiveram que ser invalidados por incoerência.

O estudo limita as pessoas a inquirir a mulheres de 18 a 49 anos e recolha informações acerca de crianças com até 24 meses de idade. Mas muitas pessoas, principalmente nas áreas rurais, não sabem a sua idade ou a dos outros. Como consequência podem ter entrado no estudo mulheres ou crianças com idades fora da faixa estabelecida previamente. Acreditamos, no entanto, que serão muito poucos casos, se é que existem.

A realidade no terreno às vezes obriga à substituição das áreas de enumeração (AEs) seleccionadas para a amostra por outras com características semelhantes. No presente estudo foram várias as substituições por causa de informações erradas recebidas do INE ou por causa do estado em que se encontravam as vias de acesso. Num caso a área substituta não fazia parte da área de intervenção do Programa MCHIP e, conseqüentemente, tiveram que ser invalidados todos os dados obtidos nesta AE.

A colaboração com o INE infelizmente deixou muito a desejar. As AEs usadas no Censo não constituem normalmente uma unidade facilmente reconhecível no terreno e na maioria dos casos a população local não sabe onde termina uma AE e começa outra. Este problema podia ter sido ultrapassado se o INE nos tivesse fornecido mapas indicando a localização de cada AE, com base na cartografia oficial do último Censo. Sem uma definição clara da localização e dos limites da AE, a delimitação da área onde deverão ser feitas as entrevistas é sujeita a erros.

Os erros cometidos pelo INE na definição das AEs, principalmente a indicação, no caso de Nampula e de Angoche, de nomes não reconhecidos localmente e, de acordo com as autoridades locais, pertencendo a outros distritos, obrigaram a uma substituição que, mesmo tendo sido feita com a colaboração de pessoas envolvidas no programa, não é o ideal.

Uma das consequências das substituições que foi preciso fazer é que já não é possível calcular os factores de ponderação (que devem basear-se em dados actualizados sobre o número e a composição dos agregados em cada AE.) Dado que o número de agregados, mulheres e crianças entrevistados por distrito é aproximadamente proporcional aos respectivos totais por província (cf. Tabelas 2 e 5), podemos afirmar que, mesmo sem ponderação, os dados agregados são razoavelmente representativos para o total da área de intervenção.

A definição dos 43 indicadores deste estudo em função de diferentes populações e sub-populações é outra limitante. Num estudo de dimensões relativamente limitadas não é possível constituir amostras suficientemente grandes e diversificadas para responder a todos os indicadores com a mesma precisão. Em futuros estudos deste género seria preferível definir os indicadores em termos da mesma população (por exemplo, alguns dos indicadores sobre “crianças até 24 meses de idade” podiam ser redefinidas em função de “mulheres com crianças até 24 meses de idade” sem perder muita informação) e de limitar o número de subgrupos.

Há factores externos imprevistos que influenciam o trabalho de campo e às vezes os resultados. Nalguns casos as autoridades locais no dia combinado não estavam presentes para dar o seu aval, criando constrangimentos no cumprimento do calendário preestabelecido.

Os dois últimos distritos onde decorreu o estudo foram Angoche e Nampula e o trabalho de campo em Angoche coincidiu com a celebração da Semana Nacional de Saúde, promovida pelo Ministério de Saúde (de 16 a 20 de Junho). Durante esta semana são abordados assuntos relacionados com a saúde materno-infantil e a importância das vacinações e isto pode ter influenciado as respostas das inquiridas (por exemplo no acesso a informação sobre planeamento familiar e no conhecimento dos sinais de perigo durante a gravidez).

Na Cidade de Nampula, a mudança do Executivo Municipal criou nalguns casos constrangimentos a nível das comunidades, tendo havido um caso em que conflitos entre o secretário do bairro cessante e o seu sucessor obrigaram a interromper as entrevistas antes de completar a quota estabelecida. Num caso, a entrevista teve que ser interrompida porque a inquiridora foi expulsa da casa quando chegou o marido da inquirida.

4 RESULTADOS

Devido à invalidação de um total de 34 questionários pelos motivos apresentados na secção 3.3, a amostra realizada (vide Anexo 5) é diferente da amostra validada para análise. Assim, os resultados apresentados neste capítulo baseiam-se na análise da amostra apresentada na Tabela 5 abaixo.

O resumo dos indicadores consta na tabela 1 do sumário executivo e o resumo da desagregação dos indicadores por distrito é apresentado no anexo 9.

Tabela 5. Amostra validada

Província	Distrito	Áreas de enumeração	Agregados familiares	Mulheres de 18 a 49	Crianças até 24 meses
Nampula	Cidade de Nampula	12	284	283	199
	Angoche	11	261	257	184
Tete	Cidade de Tete	10	229	218	151
	Mutarara	11	249	236	163
Gaza	Distrito de Xai-Xai	10	238	219	156
	Mandlakaze	10	226	220	124
Total		64	1487	1433	977

Das 1433 mulheres inquiridas, 61% tinha crianças com até 24 meses de idade e 10% encontrava-se grávida na altura em que o inquérito foi realizado. Ao mesmo tempo, 907 referiram ter estado grávidas e igual número ter tido parto nos 24 meses anteriores ao inquérito, com mostra a Tabela a seguir. Evidentemente estes eventos não se excluem mutuamente, o que explica por que a soma das percentagens na Tabela não seja igual a 100.

Tabela 6. Situação gestacional das mulheres inquiridas

		Geral	Na	An	Te	Mu	XX	Ma	
Situação da mulher	Tem criança com até 24 meses	N	877	191	175	130	144	130	107
		%	61,2	67,5	68,1	59,6	61,0	59,4	48,6
	Actualmente está grávida	N	138	31	32	18	27	17	13
		%	9,6	11,0	12,5	8,3	11,4	7,8	5,9
	Teve uma gravidez nos últimos 24 meses	N	907	194	179	132	146	139	117
		%	63,3	68,6	69,6	60,6	61,9	63,5	53,2
	Teve parto nos últimos 24 meses	N	907	194	176	132	147	141	117
		%	63,3	68,6	68,5	60,6	62,3	64,4	53,2
	Nenhuma das quatro	N	417	66	56	68	67	66	94
		%	29,1	23,3	21,8	31,2	28,4	30,1	42,7

Legenda: Na – Cidade de Nampula, An – Angoche, Te – Cidade de Tete, Mu – Mutarara, XX – Xai-Xai, Ma - Mandlakaze

Apresenta-se nas Secções seguintes os resultados detalhados deste Estudo por indicador. Quando relevante e possível os resultados são comparados com os achados do Inquérito Demográfico de Saúde (IDS) 2011.

Onde e quando possível foram feitos cruzamentos entre os resultados dos indicadores e a dimensão do trabalho comunitário (dimensão 7) por forma a aferir se existem resultados diferentes entre os respondentes que beneficiaram do trabalho comunitário (se tiveram visita de agente comunitário promovendo saúde reprodutiva ou se participaram em sessões de educação comunitária) e os que não beneficiaram. A explicação mais detalhada e os resultados dos indicadores da dimensão 7 são apresentados na Secção 4.7.

4.1 IMUNIZAÇÃO CONTRA O TÉTANO

O sector de saúde preconiza que todas as mulheres em idade fértil devem ser vacinadas contra o tétano como forma de lhes manter protegidas e evitar o tétano neonatal na altura em que decidirem ter filhos. De acordo com dados do MISAU, a cobertura vacinal contra o tétano neste grupo alvo encontra-se abaixo do recomendado. A título de exemplo, a Cidade de Maputo reportou 19% de cobertura em 2013, 6 pontos percentuais abaixo da percentagem esperada (25%) (Direcção de Saúde da Cidade de Maputo, 2013). Por este motivo, o programa de saúde materno-infantil dispõe do serviço de imunização com vacina antitetânica (VAT) a todas mulheres grávidas como forma de prevenir a ocorrência de casos de tétano neonatal. Para que se consiga tal efeito, as mulheres grávidas devem receber pelo menos duas doses da VAT durante a gravidez.

Nos seis distritos em que se realizou o estudo, foram entrevistadas 877 mulheres com idade entre 18 e 49 anos com filhos de idade até 24 meses. Este grupo foi questionado sobre o número de doses de vacinas contra o tétano recebidas durante a sua última gravidez, e constatou-se que 13% (n=118) não recebeu nenhuma dose da vacina; 27% (n=239) referiu ter recebido apenas uma dose; 58% (n=507) indicou ter recebido duas ou mais doses. Desta forma, podemos concluir que cerca de 58% destas mulheres encontravam-se protegidas contra o tétano neonatal.

Comparativamente aos achados do Inquérito Demográfico de Saúde (IDS) 2011, a proporção de mulheres grávidas que recebem pelo menos duas doses da VAT na última gravidez é 2 pontos percentuais mais alta nos distritos em questão, embora os achados do IDS sejam referentes a um período de 5 anos e não dois como neste estudo.

Como se pode observar no Anexo 10, das mulheres que afirmam ter recebido visita de um agente comunitário, 63% afirmam ter recebido pelo menos duas doses da VAT enquanto esta percentagem é de 53% para as mulheres que não receberam esta visita. No entanto, não se pode concluir taxativamente que a visita é a causa (ou única causa) desta diferença percentual.

Entre as mulheres que afirmam ter participado em alguma sessão de educação para a saúde da mulher e da criança, 64% disse que recebeu pelo menos duas doses da VAT contra 54% das mulheres que não participaram em tais sessões.

Tabela 7. Percentagem de mulheres com filhos com até 24 meses que foram imunizadas contra o tétano durante a sua última gravidez

Número de doses recebidas	Respostas	
	Frequência	Percentagem
Recebeu uma dose	239	27,3
Recebeu duas ou mais doses	507	57,8
Não foi vacinada	118	13,8
Não sabe	6	0,7
Sem informação	7	0,8
Total	877	100,0

Ao analisar a proporção de mulheres vacinadas por distrito, nota-se que em todos os distritos mais mulheres tiveram pelo menos 2 doses em comparação com as que tiveram apenas uma. Adicionalmente, podemos notar que pelo menos metade das mulheres teve duas ou mais doses da vacina contra o tétano.

Em termos de proporção de mulheres que receberam pelo menos duas doses, observa-se que os distritos da Cidade de Tete e de Mandlakaze foram os que registaram os números mais elevados (cerca de 70%),

enquanto os dois distritos da Província de Nampula (Cidade de Nampula e Angoche) registaram as proporções mais baixas (cerca de 50%). Por sua vez, o distrito de Angoche apresentou a proporção mais elevada de mulheres que não receberam nem uma dose da vacina. Vide figura 2.

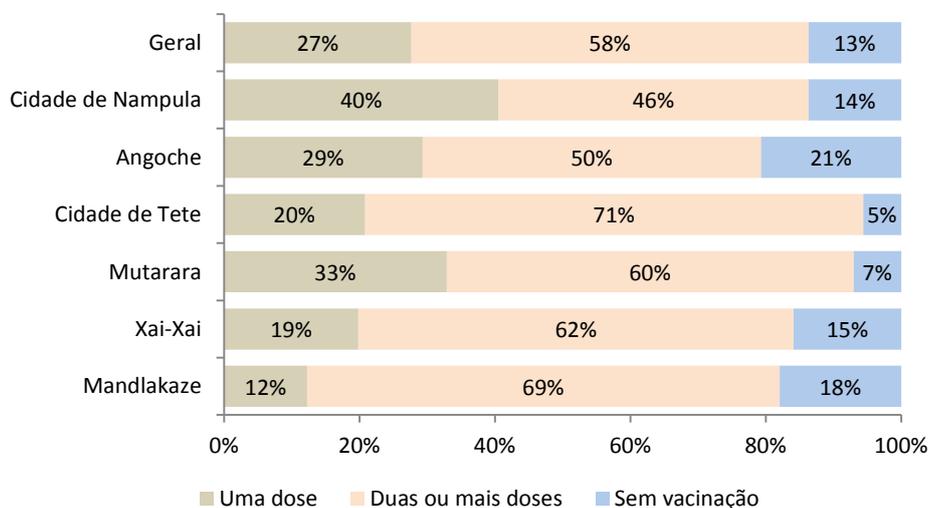


Figura 2. Percentagem de mulheres com filhos com até 24 meses que foram imunizadas contra o tétano durante a sua última gravidez, por distrito

Embora os resultados globais do estudo feito nos distritos não sejam muito diferentes dos achados nacionais do IDS 2011, observa-se um contraste na análise por distrito. Os distritos com as proporções mais baixas de cobertura da VAT segundo o presente estudo, nomeadamente Cidade de Nampula e Angoche, com 46% e 50% respectivamente, pertencem a província de Nampula, cuja cobertura foi das mais elevadas na avaliação nacional, com cerca de 68%. Por outro lado, as províncias de Tete e Gaza, com 47% e 42% de cobertura na avaliação nacional (INE & MISAU, 2013), apresentam os distritos com as coberturas mais elevadas neste estudo (vide figura 2, acima).

4.2 CUIDADOS MATERNOS E NEONATAIS

Nesta secção são apresentados os resultados relativos ao atendimento aos serviços de saúde da mãe e da criança pelas mulheres dos distritos seleccionados durante a gravidez, o parto e o pós-parto. Estes serviços são considerados chave para o sucesso das estratégias de redução da mortalidade materna e neonatal e integram-se no pacote de Maternidade segura, definido pela Organização Mundial de saúde (OMS).

4.2.1 Sinais de perigo durante a gravidez

Num estudo realizado pelo MISAU em 1998/1999 para apurar as causas de mortalidade materna e factores relacionados foi constatado que em cerca de 74% das mortes havia atraso na decisão de procurar cuidados médicos (Ministério da Saúde, 2008). Como forma de apoiar as mulheres na identificação do momento adequado para a procura de cuidados médicos foi elaborada uma lista de oito sinais considerados de alarme para a mulher grávida, nomeadamente: sangramento, vômitos frequentes, ardência ao urinar, febre alta ou dor de cabeça, inchaço anormal das pernas e dos braços, bebé que não se mexe por mais de 12 horas, perda de líquido, dores e cólicas muito fortes.

Durante os cuidados oferecidos no acompanhamento da gravidez, todas as mulheres grávidas devem ser informadas acerca dos referidos sinais e de como devem proceder em caso de identificação de um delas.

Deste modo, a referida lista foi usada para estimar o reconhecimento destes sinais pelas mulheres seleccionadas para o inquérito. Duas abordagens foram usadas, uma na qual as mulheres eram convidadas a enumerar os sinais que conheciam de forma espontânea e a segunda, em que os sinais eram lidos para as mesmas mulheres que tivessem respondido de forma espontânea. Constatou-se que cerca de 32% das mulheres não conseguiu listar um único sinal e outros 33% conseguiu listar um máximo de dois sinais de forma espontânea. Por outro lado, ao ler a lista apenas 2% continuava sem reconhecer qualquer sinal de perigo e cerca de 85% reconhecia entre 4 e todos os 8 sinais, conforme a figura abaixo.

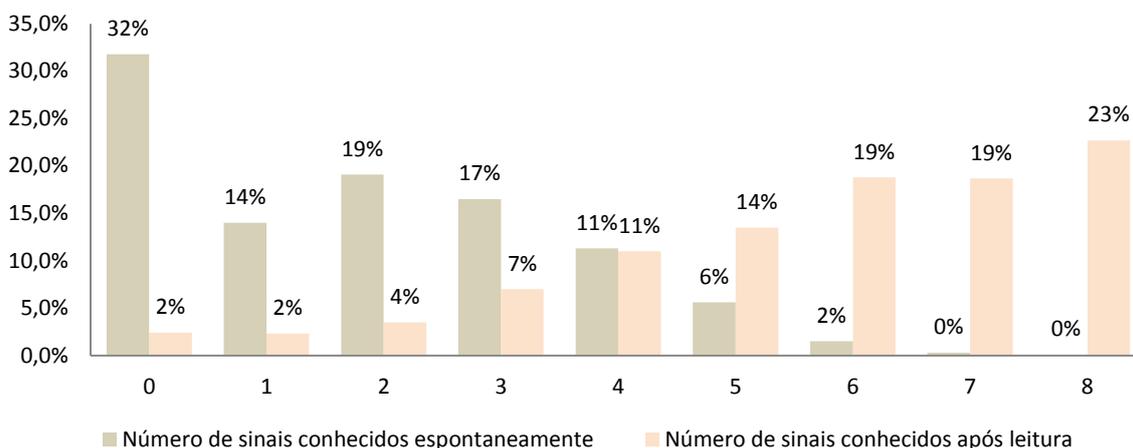


Figura 3. Percentagem de mulheres que conhece os sinais de perigo de forma espontânea ou após leitura por número de sinais reconhecidos

Constatou-se que 54% das mulheres inquiridas conheciam *pele menos dois* sinais de perigo quando convidadas a listar de forma espontânea e esta percentagem subia para 95% após leitura, conforme ilustra a figura a seguir.

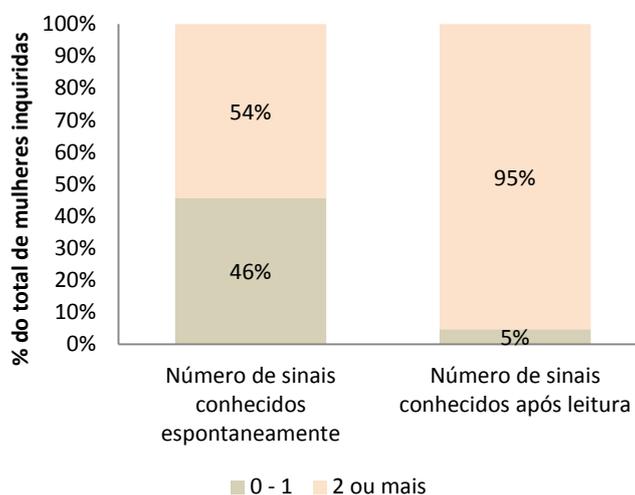


Figura 4. Percentagem de mulheres que conhecem pelo menos dois sinais de perigo durante a gravidez

Na análise dos dados sobre conhecimento dos sinais de perigo por distrito, constatou-se que apenas os distritos da província de Tete apresentaram diferenças notórias entre si no concernente à proporção de mulheres que conhecem pelo menos dois sinais de perigo durante a gravidez, especialmente ao responderem de forma espontânea (39% para Cidade de Tete contra 22% para Mutarara). Observa-se também que há uma grande diferença entre a proporção de mulheres que conhecem os sinais de perigo na província de Nampula (cerca de 90%) e nas restantes duas províncias (30% em Tete e 34% em Gaza), conforme ilustra a figura 5 abaixo. Note-se que a proporção alta de mulheres que responderam

de forma espontânea nos distritos da província de Nampula pode ter sido influenciada pelo facto da recolha de dados nesses locais ter coincidido com a Semana Nacional de Saúde.

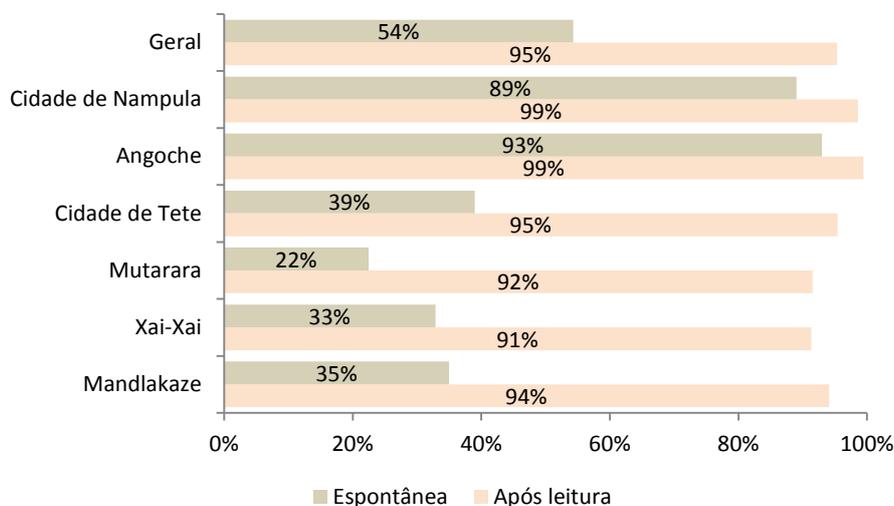


Figura 5. Percentagem de mulheres que conhecem pelo menos dois sinais de perigo durante a gravidez, por distrito

4.2.2 Elementos de plano do parto

Um dos indicadores do estudo pretendia determinar em que medida as mulheres em idade fértil preparam um plano de parto. Um plano de parto é considerado como consistindo em 7 elementos:

- 1) Escolher a unidade sanitária onde o parto terá lugar,
- 2) Escolher quem irá acompanhar a parturiente,
- 3) Planificar como chegar à unidade sanitária no dia do parto,
- 4) Preparar e guardar o dinheiro e outros recursos necessários,
- 5) Saber como chegar à unidade sanitária mais próxima em casos de emergência,
- 6) Saber onde encontrar mais dinheiro se for preciso e
- 7) Saber quem na família pode doar sangue, caso for necessário.

As mulheres foram questionadas se teriam preparado algum destes elementos durante a sua última gravidez (anterior ou em curso) nos 24 meses que antecederam a realização do inquérito. Constatou-se que 97% das mulheres de 18 a 49 anos de idade com filhos com idade até 24 meses afirmou ter preparado pelo menos dois elementos do plano de parto na última ou actual gravidez, conforme a tabela a seguir.

Tabela 8. Número de elementos de plano de parto

Número de elementos de plano de parto	Respostas		Percentagem acumulada
	Frequência	Percentagem	
0	3	0,3	0,3
1	27	3,1	3,4
2	77	8,8	12,2
3	128	14,6	26,8
4	200	22,8	49,6

5	194	22,1	71,7
6	127	14,5	86,2
7	121	13,8	100,0
Total	877	100,0	

Conforme é demonstrado na figura abaixo, escolher a unidade sanitária em que o parto irá decorrer e escolher o acompanhante à unidade sanitária são os elementos mais indicados pelas inquiridas, tendo sido reportado por 80% e 99% respectivamente.



Figura 6. Elementos do plano de parto

Ao analisar a preparação do plano de parto por distrito (Anexo 9) constatou-se que em todos os distritos mais de 90% das mulheres preparou pelo menos dois elementos do plano de parto. Comparativamente aos outros distritos, a Cidade de Tete e Mutarara apresentam as proporções mais alta e mais baixa de mulheres que preparam pelo menos 2 elementos do plano de parto sendo 99% e 93% respectivamente. Vide figura 7.

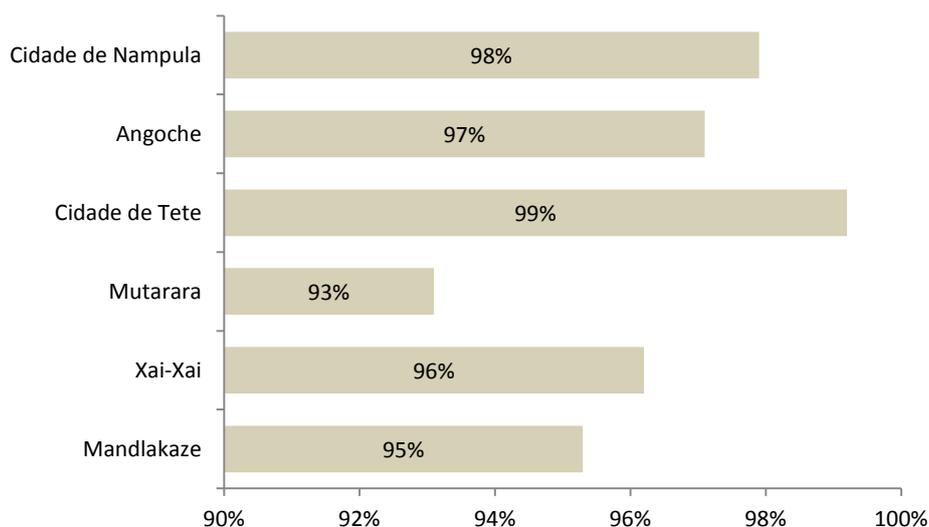


Figura 7. Percentagem de mães com filhos até 24 meses que prepararam pelo menos dois elementos de plano de parto, por distrito

As mesmas mulheres foram questionadas se teriam envolvido seus parceiros na preparação dos seus planos de parto (no sentido de ter preparado pelo menos dois elementos). Constatou-se que 63% referiu

ter envolvido seus parceiros e 23% não os envolveu, conforme a tabela a seguir. Se, no entanto, excluirmos dos cálculos as 61 mulheres que afirmam não ter parceiro (7% das 877 mulheres), a percentagem das que afirmam ter envolvido o seu parceiro na preparação de (pelo menos dois elementos de) um plano de parto sobe para 67%.

Tabela 9. Percentagem de mulheres com crianças até 24 meses que desenvolveram os seus planos de parto com o envolvimento dos seus parceiros

Preparou plano de parto com o marido/parceiro	Respostas	
	Frequência	Percentagem
Não preparou um plano de parto	30	3,4
Preparou o plano de parto com o parceiro	550	62,7
Não envolveu o parceiro	200	22,8
Não tem parceiro	61	7,0
Sem informação	36	4,1
Total	877	100,0

A proporção de mulheres com crianças até 24 meses que envolveu o parceiro na preparação do plano de parto varia muito de um distrito para outro, mas em todos os distritos é superior a 50%. Os distritos de Mutarara e Angoche apresentam resultados bastante mais baixos que os outros, conforme ilustra a figura a seguir (estas percentagens excluem as mulheres que afirmaram não ter parceiro).

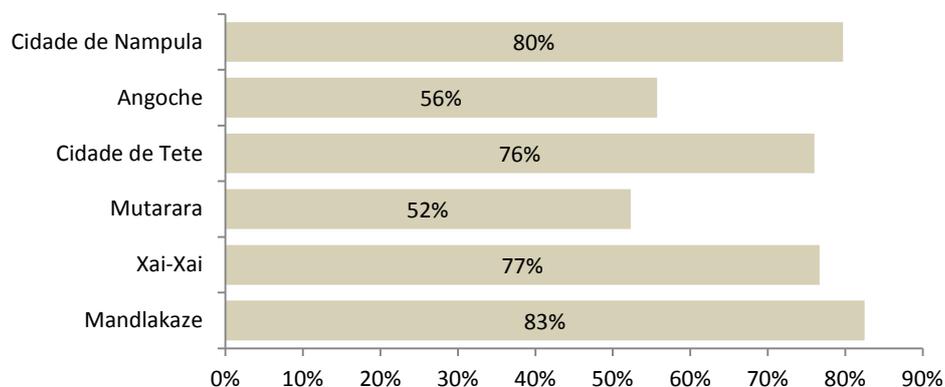


Figura 8. Percentagem de mulheres com crianças até 24 meses que desenvolveram os seus planos de parto com o envolvimento dos seus parceiros, por distrito

4.2.3 Consulta Pré-Natal (CPN)

A consulta pré-natal visa garantir o seguimento das mulheres grávidas durante a gestação por forma a prevenir a ocorrência de complicações com conseqüente redução da morbilidade e mortalidade materna e neonatal. Considerando os dados descritos anteriormente neste relatório, nos seis distritos visitados, 1381 mulheres com idade entre 18 e 49 anos referiram estar grávidas actualmente ou alguma vez terem estado grávidas. Estas foram questionadas se alguma vez tiveram oportunidade de ter pelo menos uma consulta pré-natal com um profissional de saúde⁷ e 98% respondeu afirmativamente. O MISAU

⁷ Neste inquérito, considerou-se profissional de saúde aos médicos, técnicos e enfermeiros.

recomenda que as gestantes tenham pelo menos quatro consultas pré-natais para que sejam consideradas completamente assistidas (INE & MISAU, 2013).

Das 877 mulheres com idade entre 18 e 49 anos com filhos de idade até 24 meses, 68% (n=598) tiveram pelo menos quatro consultas pré-natais com um profissional de saúde durante a sua última gravidez. A tabela abaixo, indica a percentagem deste grupo de mulheres que tiveram consultas pré-natais com um profissional de saúde e o respectivo número de consultas durante a sua última gravidez.

Tabela 10. Percentagem de mulheres que fizeram pelo menos 4 visitas pré-natais a um profissional de saúde durante a sua última gravidez

Número de consultas pré-natais	Respostas	
	Frequência	Percentagem
Não fez consulta pré-natal	4	0,3
Uma vez	23	2,6
Duas vezes	66	7,5
Três vezes	186	21,2
Quatro ou mais vezes	598	68,2
Total	877	100,0

Comparativamente à média nacional apresentada no IDS 2011, esta proporção representa um aumento na ordem de 17 pontos percentuais em relação aos 51% reportados naquele relatório (INE & MISAU, 2013). Esta diferença deve ser interpretada de forma cautelosa devido ao facto de não dispormos da desagregação dos dados do IDS por distrito, o que pode conduzir a conclusões dúbias.

Similarmente, não se dispõe de matéria suficiente para discriminar com exactidão o tipo de profissional que prestou cuidados às entrevistadas na US, uma vez que não se dispõe de mecanismos claros dentro das US de identificação das diferentes categorias de profissionais.

4.2.3.1 Número de CPN assistidas por parceiros e decisão sobre a ida

Como forma de permitir uma melhor gestão do período gestacional entre o casal, incluindo seguimento de recomendações médicas e prontidão para responder a questões como procedimentos após aparecimento de uma complicação, recomenda-se que as Consultas Pré-natais (CPN) sejam feitas na presença do parceiro da gestante. A presença do parceiro também é importante porque representa uma oportunidade de fazer o teste de HIV do casal. Além disto, é uma oportunidade para promover o desenvolvimento conjunto do plano do parto pelo casal. Desta forma, as mulheres foram questionadas sobre o número de vezes em que foram acompanhadas por seus parceiros às consultas pré-natais. Como resultados, foi constatado que 37% das mulheres referiram ter sido acompanhadas à consulta pré-natal pelo menos uma vez por seus parceiros. A maior parte delas, cerca de 62%, nunca foi acompanhada por seu parceiro à consulta pré-natal, como se ilustra na tabela a seguir.

Tabela 11. Percentagem de mulheres que assistiram junto com o seu parceiro/marido pelo menos uma consulta pré-natal durante a sua última gravidez

Número de vezes em que a mulher foi acompanhada a CPN pelo parceiro	Respostas	
	Frequência	Percentagem
Não fez consulta pré-natal	4	0,5
Nenhuma vez	543	61,9
Uma vez	197	22,5
Mais de uma vez	130	14,8
Sem informação	3	0,3
Total	877	100,0

Foi igualmente feita uma questão relativa a quem toma a decisão sobre a ida das mulheres à consulta pré-natal. Desta resultou que 68% das vezes a decisão é tomada pela própria mulher. Cerca de 17% das mulheres referiu que a decisão é tomada pelo parceiro e uma menor proporção (6%) indicou ter sido tomada de forma conjunta. Estes dados são apresentados na figura abaixo.

Estes resultados pressupõem que o papel de gestão deste período é completamente relegado à gestante, mesmo se encontrando numa fase em que requer cuidados e atenção adicionais.

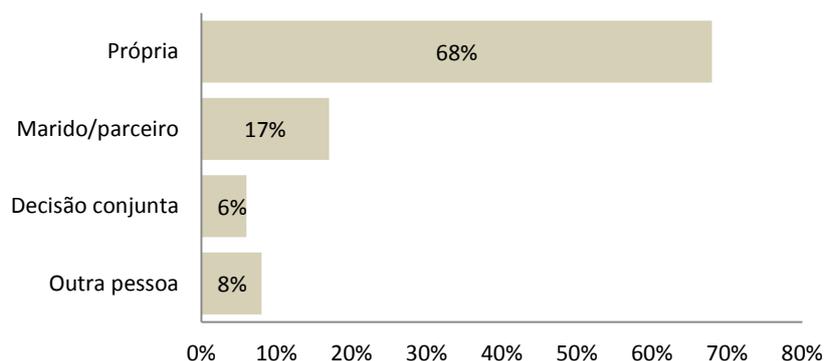


Figura 9. Percentagem de mulheres que frequentam a consulta pré-natal por decisor sobre a sua ida à consulta

4.2.4 Assistência ao parto

Um dos objectivos do seguimento das gestantes durante o período pré-natal é dar-lhes informação acerca dos cuidados a ter durante todo o período gestacional como forma de ter uma gravidez saudável e livre de riscos, bem como informar-lhe acerca das vantagens de ter um parto em uma US. Dentre as diferentes vantagens de ter um parto institucional, como por exemplo um atendimento por um profissional qualificado, existe também uma maior probabilidade de uma resposta atempada a qualquer complicação através da prestação de cuidados obstétricos de emergência. Estes cuidados envolvem provisão de cuidados que só podem ser oferecidos institucionalmente, tais como administração de medicamentos endovenosos e de resposta rápida, dentre outras. Desta forma, há uma redução importante da probabilidade de ocorrência de morte materna e neonatal (INE & MISAU, 2013, Ministério da Saúde, 2008, MISAU, 2009).

Nesta subsecção são apresentados dados sobre o local em que as mulheres inquiridas realizaram seus partos e sobre quem as assistiu. Do total das inquiridas, cerca de 87% referiu ter tido parto numa unidade sanitária, 12% em casa e as restantes tiveram o parto “a caminho da unidade sanitária” conforme ilustrado na tabela abaixo.

Tabela 12. Percentagem de mulheres que teve o seu último parto na unidade sanitária

Local do último parto	Respostas	
	Frequência	Percentagem
Unidade sanitária	760	86,7
Em casa	106	12,1
“A caminho”	10	1,1
Sem informação	1	0,1
Total	877	100,0

Estes resultados são muito encorajadores e, embora se encontrem muito acima da média nacional reportada no IDS 2011, que é de 55% para cobertura de partos institucionais (INE & MISAU, 2013), são consistentes com a proporção de mais de 90% de gestantes que referiram ter ido a pelo menos uma CPN, conforme indicado anteriormente. Importa referir que a meta do Governo de Moçambique para a Taxa de cobertura de partos institucionais (indicador 18.1), plasmada na Matriz Estratégica de Indicadores do Plano de Acção para Redução da Pobreza 2011-2014, é de 66% para o ano de 2014.

De acordo com a figura 10, abaixo, as Cidades de Tete e Nampula têm as proporções mais altas de partos institucionalizados. Logo a seguir, com uma percentagem muito próxima, vem o distrito de Mandlakaze, apesar das suas características muito mais rurais. Não se observaram grandes diferenças em termos de proporções dos partos institucionais entre as províncias. As províncias de Nampula e Gaza apresentaram cerca de 88% de partos institucionais em comparação com cerca de 84% observados em Tete.

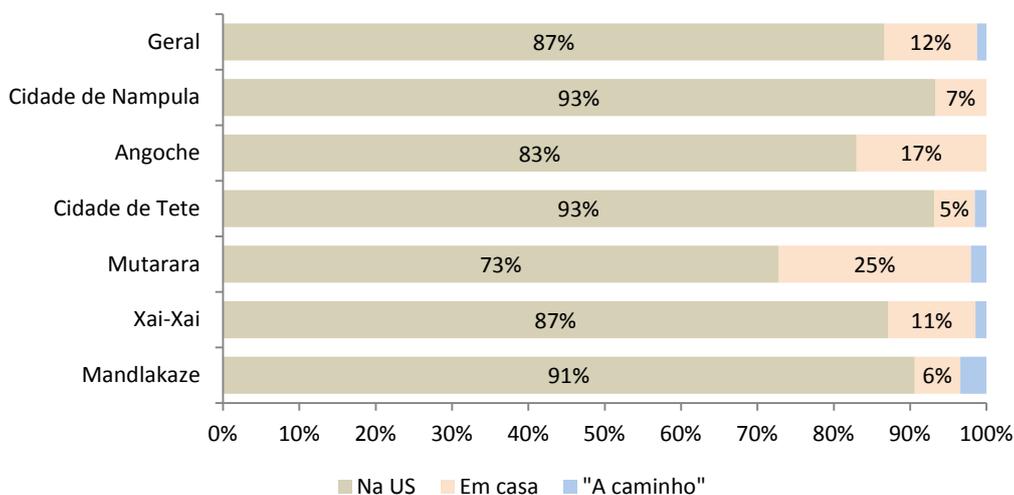


Figura 10. Percentagem de mulheres que teve o seu último parto na unidade sanitária, por distrito

Das mulheres com crianças até 24 meses de idade que tiveram um parto institucional, 98% referiu ter sido atendida por um profissional de saúde (enfermeira na grande maioria dos casos, médico ou técnico de saúde). Por outro lado, no conjunto das mulheres que tiveram parto em casa, quatro afirmaram ter sido assistidas por um profissional de saúde, como ilustra a tabela abaixo. Não temos explicação para o facto de estes partos terem sido assistidos por um profissional de saúde em casa. Porém, num dos casos a inquirida referiu que a profissional de saúde era um familiar, mas não especificou as condições que ditaram uma assistência em casa.

Tabela 13. Percentagem de mulheres com crianças até 24 meses de idade que teve o seu último parto assistido por um profissional de saúde

Quem assistiu ao parto	Local do último parto							
	Unidade sanitária		Em casa		“A caminho”		Total	
	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.
Médico/técnico	42	5,5%	2	1,9%	0	0,0%	44	5,0%
Enfermeira	700	92,2%	2	1,9%	0	0,0%	702	80,5%
Parteira (tradicional)	5	0,7%	13	12,5%	0	0,0%	18	2,1%
Ninguém	5	0,7%	20	19,2%	1	11,1%	26	3,0%
Servente/estagiário	5	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	5	0,6%
Mãe	0	0,0%	27	26,0%	2	22,2%	29	3,3%
Sogra	0	0,0%	16	15,4%	4	44,4%	20	2,3%
Outra mulher	2	0,3%	24	23,1%	2	22,2%	28	3,2%
Total	759	100%	104	100%	9	100%	872	100%

Questionadas sobre quem teria decidido sobre o local do parto, 56% das mulheres inquiridas (com filhos de até 24 meses de idade) referiram ter tomado a decisão por si; 12% referiram ter sido pelo seu parceiro e aproximadamente 5% das mulheres referiram que a decisão teria sido delas em conjunto com os respectivos parceiros, como ilustra a figura abaixo.

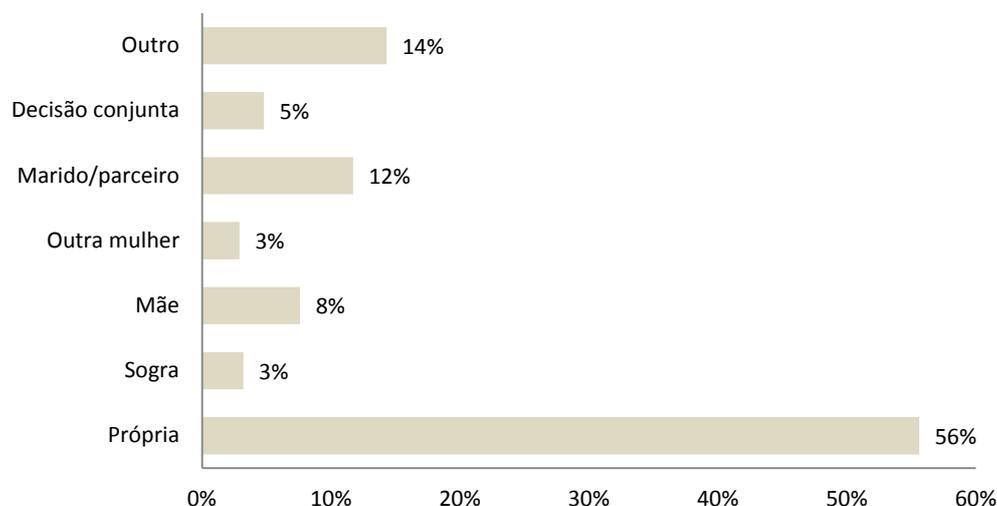


Figura 11. Decisor sobre o local do parto

4.2.5 Assistência ao Neonato

Dados do MISAU indicam que cerca de 40% das mortes que ocorrem em crianças menores de 5 anos são atribuídos às mortes neonatais e a maior parte destas ocorre durante os primeiros sete dias de vida (MISAU, 2006). De acordo com a mesma fonte, as principais causas de mortes neonatais são prematuridade/baixo peso, asfixia, sépsis neonatal, pneumonia, HIV/SIDA, malária, entre outras (Ministério da Saúde, 2008, MISAU, 2006).

De acordo com a Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil a atenção ao recém-nascido, uma estratégia integrada na atenção à gravidez e ao parto, preconiza que um neonato deve ser observado em quatro ocasiões durante os primeiros 28 dias de vida, período denominado neonatal. Estas quatro ocasiões incluem o período pós-parto imediato (logo à nascença), durante as primeiras 72 horas, ao 7º dia e a última aos 28 dias. O objectivo destas observações é de avaliar a ocorrência de qualquer uma das entidades descritas acima, bem como monitorar o crescimento e o desenvolvimento dos recém-nascidos de modo a ser possível uma intervenção atempada com vista a prevenir a morbilidade e mortalidade neonatais (MISAU, 2006).

A informação contida nesta subsecção é referente ao acompanhamento feito ao recém-nascido durante o período neonatal. Para esta parte, foram incluídas crianças menores de 6 meses de idade na altura em que o inquérito foi realizado, que foram num total de 287.

Foi colhida informação referente à primeira vez em que as referidas crianças foram assistidas por um profissional de saúde durante os primeiros 28 dias de vida. Constatou-se que 41% (n=119) das crianças foram assistidas por um profissional pela primeira vez antes do terceiro dia de vida; igual proporção foi assistida pela primeira vez entre o 4º e o 7º dia de vida; e apenas 5% (n=13) foi assistida por um profissional de saúde pela primeira vez entre o 8º e o 28º dia de vida. Pouco menos de 10% (n=26) das crianças com menos de seis meses não teve oportunidade de ser assistida por um profissional de saúde durante os primeiros 28 dias de vida, de acordo com a tabela abaixo.

Tabela 14. Percentagem de crianças que foram observadas por um profissional de saúde após o nascimento

Altura em que o recém-nascido foi observado pela primeira vez	Respostas	
	Frequência	Percentagem
Não foi observada	26	9,1
Antes do 3º dia	119	41,5
Entre o 4º e o 7º dia	118	41,1
Entre o 8º e o 28º dia	13	4,5
Mais de 28 dias depois	6	2,1
Sem informação	5	1,7
Total	287	100,0

Na sequência, os responsáveis pelas crianças seleccionadas foram questionados sobre o número de consultas de criança sadia que as crianças com até seis meses de idade tiveram ao longo do primeiro mês de vida. As respostas dadas foram as seguintes: 32% (n=93) não teve nem uma consulta de criança sadia; 41% (n=117) teve uma consulta; 15% (n=44) teve duas consultas; e 9% (n=27) tiveram três consultas durante o período neonatal. Cerca de 2% não respondeu.

4.3 AMAMENTAÇÃO

Esta secção aborda os dados referentes às práticas de aleitamento entre as mulheres seleccionadas para o inquérito. Nela é incluída informação relativa à altura em que os bebés são amamentados pela primeira vez e o período durante o qual têm amamentação.

O corpo de conhecimento sobre a amamentação recomenda que todas as crianças até aos 6 meses sejam alimentadas exclusivamente de leite materno como forma de garantir uma nutrição adequada e protecção da criança contra infecções, bem como benefícios para a mãe. O leite materno contém todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento adequado da criança e, adicionalmente, dispõe de anticorpos capazes de proteger a criança da ocorrência de doenças infecciosas. Outros benefícios da amamentação pelo peito incluem o estímulo do desenvolvimento psicomotor da criança e prevenção de

hemorragia, estímulo da produção do leite e prolongamento do período de infertilidade na mãe (INE & MISAU, 2013). Após os seis meses devem ser adicionados gradualmente diferentes tipos de alimentos, mantendo a amamentação até aos 24 meses de idade.

4.3.1 Primeira amamentação

A primeira amamentação do recém-nascido deve ocorrer dentro da primeira hora de vida, preferivelmente imediatamente após o nascimento, pelos benefícios referidos acima.

As mulheres com idades compreendidas entre 18 e 49 anos e que tinham filhos com até 24 meses de idade foram questionadas sobre a primeira vez em que seus bebês mamaram após o nascimento. Do total das mulheres inquiridas (n=877) cerca de 57% (n=503) referiu que os bebês tiveram a sua primeira amamentação na primeira hora após o nascimento e as restantes mamaram pela primeira vez depois da primeira hora ou dias após o nascimento, como ilustra a tabela a seguir.

Tabela 15. Intervalo entre o nascimento e a primeira amamentação

Tempo decorrido desde o nascimento até à primeira amamentação	Respostas	
	Frequência	Porcentagem
Não mamou	5	0,6
Menos de 1 hora	503	57,4
Mais de 1 hora	295	33,6
Dias depois do nascimento	74	8,4
Total	877	100,0

Pode-se observar ainda que mais de 90% iniciaram a amamentação durante o primeiro dia de vida do recém-nascido e muito perto de 100% das crianças receberam leite materno.

Quando se comparam estes achados àqueles no IDS 2011, constata-se que embora a percentagem de crianças nascidas nos dois últimos anos anteriores à realização do inquérito e que foram amamentadas pela primeira vez durante o primeiro ano de vida, cerca de 91%, seja similar, a proporção das crianças que mamaram pela primeira vez na primeira hora, 57%, é inferior aos cerca de 77% reportados no IDS 2011.

4.3.2 Tipo de aleitamento durante os primeiros meses de vida

Das 201 crianças com idades compreendidas entre 0 e 3 meses 85% (n=170) tomava somente leite materno, Entre as crianças com 0 a 6 meses de idade (n=333) a percentagem das que recebiam somente aleitamento materno baixou para 79% (n=262).

O gráfico seguinte mostra como a percentagem de crianças em aleitamento materno exclusivo diminui com o aumento da idade, como era de se esperar, no entanto é preciso lembrar que estas percentagens referem-se a um número reduzido de crianças (variando entre 29 crianças com 5 meses a 56 crianças com 1 mês).

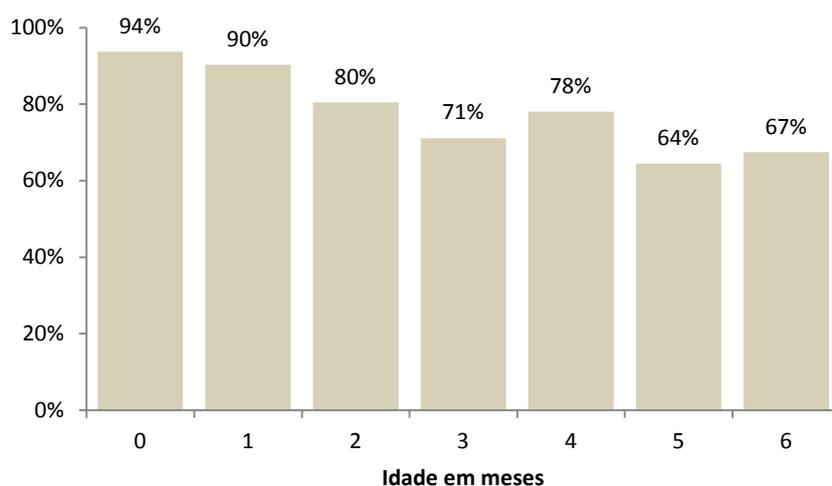


Figura 12. Percentagem de crianças que recebem aleitamento materno exclusivo por idade

4.3.3 Média da idade em que crianças com até 24 meses deixam de ser amamentadas

O resultado deste indicador aponta para 16 meses. No entanto, este resultado deve ser analisado com cautela. Passa-se a explicar como foi calculado e cautela a ter na leitura.

Como foi calculado: em relação as crianças com idades compreendidas entre 0 e 24 meses recolheu-se informação sobre a idade em que estas teriam deixado de mamar, independentemente do motivo. Desta questão resultaram 171 (18%) respostas das 977 crianças elegíveis (sem incluir as 5 crianças que nunca mamaram). Calculou-se a média aritmética: como referido anteriormente, o resultado foi 16 meses⁸.

Cautela a ter na leitura: este indicador e o seu resultado não devem ser confundidos com “com que idade as crianças deixam de ser amamentadas”. Isto porque uma grande parte das crianças objecto do estudo (82%) continuava a ser amamentada na altura da aplicação do questionário. Portanto, para obter informação sobre “com que idade as crianças deixam de ser amamentadas” deve-se incluir, em futuras pesquisas, crianças com idade maior.

4.4 MALÁRIA

A malária constitui um grave problema de saúde pública e representa uma grande ameaça à saúde das mulheres grávidas e crianças. De acordo com o Inquérito sobre os Indicadores de Malária, cerca de 34% das mulheres grávidas apresentam-se parasitadas e a malária é associada a uma grande proporção de mulheres que se apresentam com anemia durante a gravidez. A malária na gravidez, dentre outros, aumenta a probabilidade de ocorrência de parto prematuro com diminuição da probabilidade de sobrevivência do neonato (INE et al., 2009). Por outro lado, a malária é a principal causa de internamento de crianças, contribuindo em cerca de 57% dos casos e é também a principal causa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, contribuído em um terço das mortes (Ministério da Saúde-PNCM, 2009, INE et al., 2009).

Por esses motivos várias intervenções de prevenção da malária são levadas a cabo no âmbito da saúde da mãe e da criança.

⁸ A média sem incluir as que nunca mamaram é de 15,95; incluindo as que nunca mamaram é de 15,50.

Esta secção contém informação referente às medidas de prevenção da malária adoptadas para evitar a doença durante a gravidez e nas crianças menores de 24 meses de idade nos distritos do estudo.

4.4.1 *Prevenção da malária na gravidez*

Recomenda-se que todas as mulheres grávidas durmam debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida de longa duração (MTILD) e que sejam feitos tratamentos preventivos com antimaláricos (TIP) durante as CPN para prevenir a ocorrência da doença nas mães no nosso país (INE et al., 2009, Ministério da Saúde-PNCM, 2009).

As mulheres que se encontravam grávidas foram questionadas sobre se teriam dormido na noite anterior debaixo de uma rede mosquiteira tratada. Para os propósitos deste estudo, iremos considerar apenas redes mosquiteiras tratadas com insecticida (MTI) uma vez que não foram feitas questões suficientemente conclusivas em relação ao tipo de insecticida usado.

Do total de 138 mulheres grávidas na altura do inquérito, foram obtidas respostas de 105. Destas, 85 (62%) referiram ter dormido sob protecção de uma rede mosquiteira tratada com insecticida na noite anterior ao inquérito e 20 (14%) referiram não ter dormido debaixo de uma rede, conforme a tabela a seguir.

Tabela 16. Percentagem de mulheres que na noite anterior ao inquérito dormiram debaixo de uma rede mosquiteira tratada com insecticida

Dormiu debaixo de uma rede tratada	Respostas	
	Frequência	Percentagem
Sim	85	61,6
Não	20	14,5
Sem informação	33	23,9
Total	138	100,0

Esta percentagem é quase o dobro da percentagem nacional reportada no IDS 2011, que foi de 34% (INE & MISAU, 2013).

De seguida, todas as mulheres com crianças até 24 meses de idade foram questionadas sobre se teriam tomado Fansidar (antimalárico), como medida profiláctica contra a malária, durante a última gravidez. Como resposta, 87% referiu ter tomado o Fansidar, conforme apresentado na tabela que se segue.

Tabela 17. Percentagem de mulheres que tomou Fansidar durante a última gravidez

Tomou Fansidar	Respostas	
	Frequência	Percentagem
Sim, tomou	767	87,5
Não tomou	110	12,5
Total	877	100,0

Mais uma vez, este indicador foi comparado ao reportado a nível nacional. O IDS 2011 reportou 40% de mulheres que tomaram um antimalárico durante a última gravidez (INE & MISAU, 2013), o que corresponde a menos da metade da percentagem obtida nos distritos do estudo.

Na análise da prevenção da malária na gravidez por distrito, observa-se que os distritos da Cidade de Nampula e Mutarara apresentam a proporção mais alta (94%) de mulheres grávidas que tomaram Fansidar para prevenir a malária, por outro lado, o distrito de Angoche apresenta a proporção mais baixa (79%) comparativamente aos outros distritos. Quando comparado entre as províncias, este indicador

apresenta diferenças pequenas sendo que em Gaza 85% das mulheres grávidas tomou Fansidar para prevenir malária e em Tete e Nampula esta proporção foi de 90% e 87% respectivamente. Vide Anexo 9.

No grupo de mulheres que recebeu a visita de um agente comunitário, 86% afirmou ter tomado Fansidar durante a última gravidez enquanto esta percentagem baixa para 82% no caso das mulheres que não foram visitadas por um agente. Os resultados aqui apresentados indicam que a visita de um agente comunitário não parece ter sido um factor determinante para que as mulheres tomassem ou não Fansidar durante a última gravidez. Vide Anexo 14.

O cenário descrito no parágrafo anterior repete-se quando cruzada a informação sobre participação das mulheres em sessões de educação para a saúde com a informação sobre a medicação com Fansidar durante a gravidez como ilustra o Anexo 15. Observa-se novamente uma diferença favorável para as mulheres que participaram em sessões de educação para a saúde, contudo, não podemos concluir que a participação em sessões de educação foi um factor determinante.

4.4.2 Prevenção da malária na criança

De igual modo, todas as crianças devem dormir debaixo de uma MTILD como principal medida preventiva e todas as crianças com febre devem ser tratadas como malária em países em que a malária é endémica, como o nosso (INE et al., 2009).

Nesta subsecção apresenta-se informação sobre o número de crianças até 24 meses que dormiram debaixo de uma rede mosquiteira na noite anterior e informação sobre as condições das referidas redes. As respostas são apresentadas na figura abaixo. Esta mostra que 78% das crianças dormiram de baixo de uma rede mosquiteira na noite anterior à realização do inquérito. Quando a mesma pergunta é feita em relação a redes tratadas com insecticida, a percentagem baixa para 58% e apenas 28% dos casos afirma a criança ter dormido debaixo de uma rede tratada com insecticida nos últimos seis meses.

A interpretação deste indicador deve ser feita com alguma cautela porque de acordo com as normas mais recentes, todas as redes distribuídas nos últimos anos são tratadas com insecticidas de longa duração. Desta forma, há probabilidade de a proporção de inquiridas sem conhecimento ser maior do que a reportada aqui.

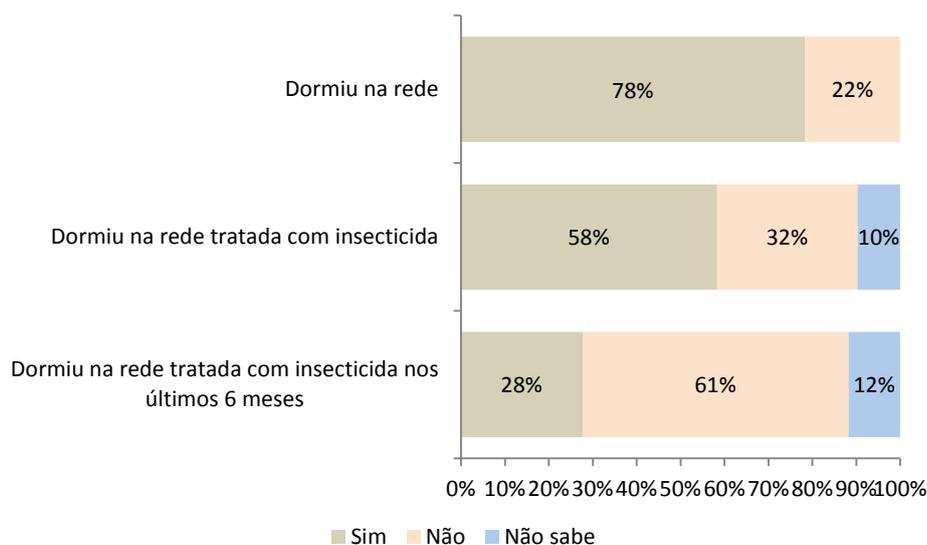


Figura 13. Comparação da proporção de crianças menores de 24 meses que dormiram debaixo de uma rede na noite anterior por tipo de rede

Estes resultados contrastam com os achados do IDS 2011. Mais uma vez a proporção deste estudo, tanto de crianças que dormiram debaixo de uma rede, quanto a dos que dormiram numa MTI, 78% e 58% respectivamente, representam quase o dobro dos valores reportados a nível nacional no IDS 2011, 39% para rede e 35% para MTI. Devemos nos lembrar que o presente estudo avalia crianças com idade até 2 anos, diferente do IDS, que avalia crianças com menos de 5 anos de idade. Este facto pode estar na origem de tais diferenças.

O uso de redes mosquiteiras é menos observado nos distritos de Mutarara, Mandlakaze e Angoche, e mais em Xai-Xai, Nampula e Tete. A província de Gaza apresentou menor diferença entre as proporções de crianças que dormem debaixo de redes e aquelas que dormem em redes tratadas com insecticidas comparativamente as restantes duas províncias. Vide figura 14.

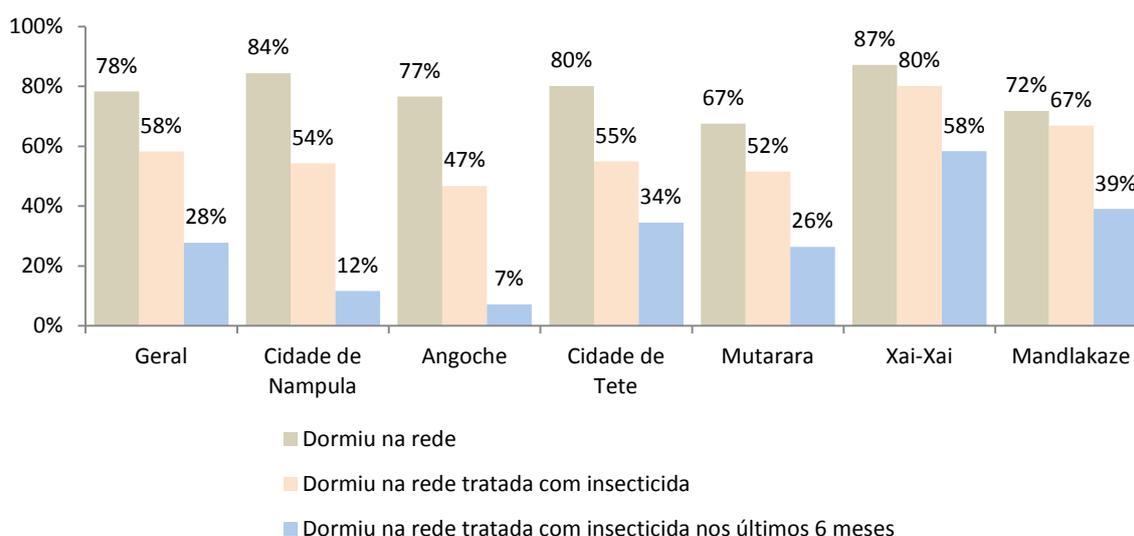


Figura 14. Percentagem de crianças que dormiram debaixo de uma rede tratada ou não por distrito

4.5 PLANEAMENTO FAMILIAR E CONTRACEPÇÃO

O serviço de planeamento familiar (PF) constitui uma das estratégias de melhoria da saúde da mãe e da criança. Fundamentalmente, o uso de métodos contraceptivos visa prevenir gravidezes precoces e indesejadas, garantir o espaçamento entre os nascimentos e limitar o número de filhos (INE et al., 2009). Ao se cumprir estes objectivos diminui-se a probabilidade de mortes maternas e aumenta-se a chance de sobrevivência das crianças e de um crescimento e desenvolvimento com melhor qualidade, devido à diminuição do risco de morbilidade durante os primeiros anos de vida.

Para questões de PF existem métodos modernos e tradicionais, conforme descrito mais adiante. Segundo o IDS 2011, como a maior parte dos programas de promoção do uso de métodos contraceptivos circunscrevem-se aos métodos modernos, o conhecimento de pelo menos um método moderno é indicador do conhecimento sobre os métodos (INE & MISAU, 2013)

Nesta secção são abordados aspectos referentes a disponibilidade e ao uso de métodos de contracepção, bem como sobre os decisores sobre o seu uso ou não e informação disponível para orientar as mulheres sobre o seu uso.

4.5.1 *Uso de métodos contraceptivos*

As mulheres com idades compreendidas entre 18 e 49 anos de idade foram questionadas sobre o uso de algum método contraceptivo actualmente e alguma vez nos últimos 12 meses anteriores à realização do

inquérito. Como resultado, 30% (n=436) das mulheres indicou estar a utilizar um método contraceptivo no momento da realização do inquérito e 43% (n=617) referiu ter usado algum método contraceptivo nos 12 meses anteriores ao inquérito. Ao todo 629 mulheres (44%) estão ou estavam nos últimos 12 meses a usar algum método de planeamento familiar.

A proporção de mulheres que reportaram usar um método contraceptivo na altura do inquérito (30%) é mais do dobro da média nacional (12%) reportada no IDS 2011. No IDS não foi feita análise para o período referente aos 12 meses anteriores ao inquérito.

Um conjunto de métodos foram referidos pelas mulheres entrevistadas, nomeadamente contraceptivos injectáveis, pílula, dispositivo intra-uterino (DIU), preservativo masculino, esterilização feminina, preservativo feminino, implante, abstinência periódica, e coito interrompido. Destes, os mais destacados foram o método injectável e a pílula, que são usados por cerca de 85% das mulheres que usam algum método contraceptivo, como mostra a tabela que se segue. Nenhuma mulher mencionou a esterilização masculina como método usado.

Os métodos mais usados pelas entrevistadas neste estudo coincidem com os métodos mais reportados no IDS 2011, nomeadamente o método injectável, as pílulas e os preservativos masculinos.

Tabela 18. Percentagem de mulheres que usam métodos contraceptivos

Métodos Contraceptivos utilizados	Actualmente	Nos últimos 12 meses
Injecções contraceptivas	51,2%	47,4%
Pílula	34,5%	39,1%
Preservativo masculino	5,4%	5,3%
Dispositivo intra-uterino	5,2%	5,5%
Implante	1,8%	1,3%
Abstinência sexual periódica	0,9%	0,6%
Coito interrompido	0,5%	0,4%
Esterilização feminina	0,2%	0,1%
Preservativo feminino	0,2%	0,1%

Ao comparar o uso de métodos contraceptivos por distrito, observa-se que o distrito de Mandlakaze em Gaza é o que apresenta a maior taxa de uso, seja actual ou nos últimos 12 meses. O distrito de Mutarara em Tete apresenta as proporções mais baixas. A Cidade de Angoche regista percentagens bastante mais baixas do que a de Nampula ou de Tete. Mais detalhes são apresentados na figura 15, abaixo.

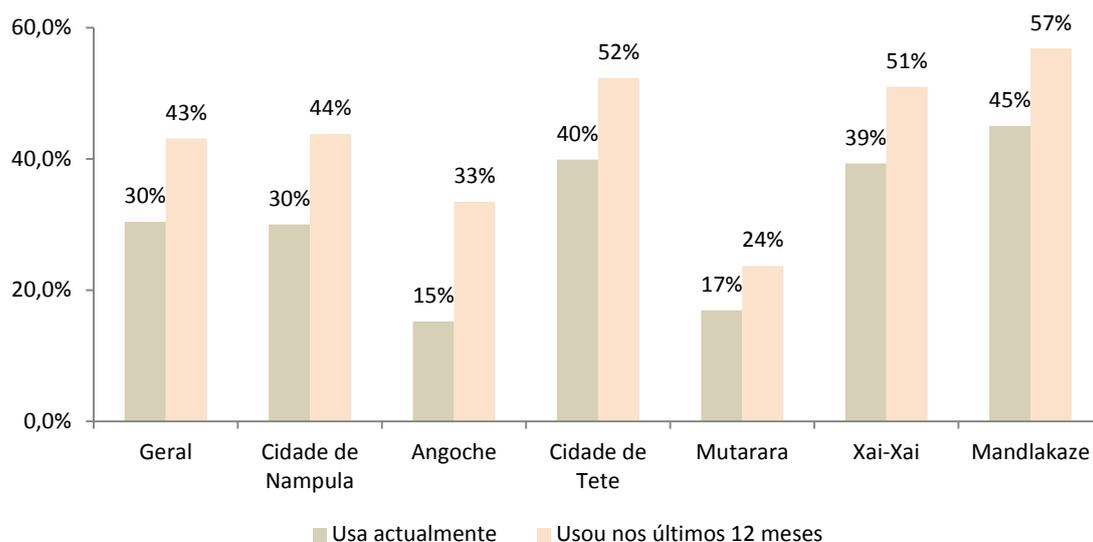


Figura 15. Percentagem de mulheres que usam ou que tenham usado algum método contraceptivo nos últimos 12 meses por distrito

A todas as mulheres que não usavam métodos contraceptivos (actualmente ou nos últimos 12 meses) perguntou-se quais as razões para tal. Muitas mulheres responderam que queriam engravidar, que não tinham parceiro, que estavam grávidas ou simplesmente por que “nunca foi necessário”. As respostas dadas por aquelas mulheres que não usavam nenhum método, mesmo querendo evitar a gravidez, são apresentadas na tabela a seguir.

Tabela 19. Razões para as mulheres não usarem nenhum método contraceptivo, mesmo querendo evitar a gravidez

Razão	Frequência	Percentagem
Marido/parceiro não deixa	61	28,0
Mitos/crenças	39	17,9
Não sabe usar	36	16,5
Amenorreia por lactância	35	16,1
Abstinência	20	9,2
Foi desaconselhada	10	4,6
Religião não permite	8	3,7
Efeitos colaterais	7	3,2
Desconhece local de acesso	2	0,9
Total	218	100,0

É preciso interpretar estes resultados com cautela porque o número de mulheres (que não usam nenhum método, mas querem evitar a gravidez) é pequeno, apenas 218 (15% de todas as mulheres inquiridas). O motivo mais mencionado é a falta de autorização do marido ou do parceiro. São considerados “mitos e crenças” não apenas as crenças tradicionais mas também alguns mitos mais “modernos”, como o medo de ficar estéril ou de engordar. Amenorreia por lactância refere-se às mulheres que afirmam não precisar de se prevenir porque ainda estão a amamentar e ainda não começaram a menstruar. Há vários casos de mulheres que afirmam que ficam sem menstruar por um ano ou até dois anos após o parto, e nestes casos é difícil evitar de pensar que de facto se trata de mais uma crença.

4.5.2 Procura pelos serviços de planeamento familiar

No conjunto de mulheres inquiridas, 53% (n=754) referiu já ter procurado um serviço de planeamento familiar. A este grupo, perguntou-se quem teria tomado a decisão de elas procurarem um serviço de planeamento familiar. De acordo com os resultados apresentados na tabela abaixo, cerca de 53% das mulheres referiu ter procurado os serviços por iniciativa própria, 28% afirmou ter procurado os serviços por decisão do seu parceiro e 17% referiu ter sido uma decisão conjunta com o parceiro. Apenas 3% mencionou outras pessoas como tendo tomado a decisão (principalmente as mães e profissionais de saúde).

Tabela 20. Proporção de pessoas que tomam a decisão para a mulher procurar os serviços de planeamento familiar

Quem tomou a decisão	Respostas	
	Frequência	Porcentagem
Mulher	398	52,8
Marido/parceiro	207	27,4
Decisão conjunta	126	16,7
Outra pessoa	22	2,9
Total	754	100,0

Como mostra a figura 16 abaixo, a percentagem de mulheres que afirma já ter procurado os serviços de planeamento familiar varia muito entre os distritos do estudo. Os distritos da província de Gaza são os que apresentam percentagens bastante mais altas que os distritos de Tete e Nampula. Os distritos de Mutarara e Angoche apresentam a proporção mais baixa de mulheres que já procuraram os serviços de planeamento familiar.

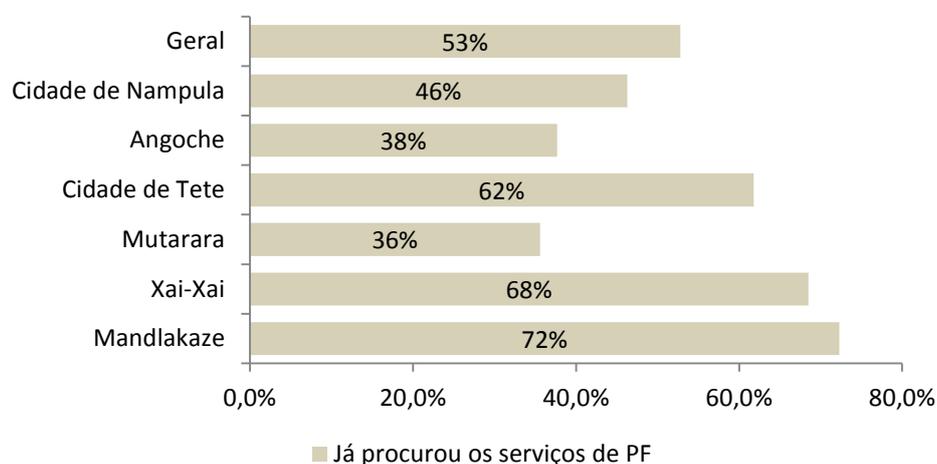


Figura 16. Percentagem de mulheres que já procuraram os serviços de planeamento familiar, por distrito

Ao cruzar informação sobre o nível de procura por serviços de planeamento familiar com a visita de um agente comunitário observou-se que a proporção de mulheres que recebeu a visita de um agente comunitário e já procurou os serviços de planeamento familiar (60%) é maior do que a proporção de mulheres que não recebeu a visita de um agente comunitário e já procurou os serviços de planeamento familiar (50%). Embora seja notória a diferença na procura por serviços de planeamento familiar entre mulheres que receberam a visita de um agente e as que não receberam a referida visita, esta não implica necessariamente uma relação causal. Vide Anexo 18.

Cruzando informação sobre sessões de educação para saúde com a informação sobre a procura por serviços de planeamento familiar (vide anexo 19) constatou-se uma diferença de 11 pontos percentuais entre as proporções de mulheres que participaram ou não numa sessão de educação para a saúde e procuraram os serviços de planeamento familiar. À semelhança do cruzamento anterior não se pode concluir que a participação em sessões de educação para a saúde materno-infantil causa mais mulheres a procurarem os serviços de planeamento familiar.

Entre as mulheres casadas ou vivendo em união (n=1058) a percentagem das que afirmam já ter procurado os serviços de planeamento familiar é de 54% (n=565), enquanto esta percentagem entre as solteiras (n=259) é de 47% (n=122)⁹.

O estudo ainda analisou quem tomou a decisão de a mulher procurar os serviços de planeamento familiar, separadamente para mulheres casadas e solteiras. Das 565 mulheres casadas ou vivendo em união que já procuraram os serviços de planeamento familiar, 48% afirmou a visita ter sido por iniciativa própria, 32% por decisão do parceiro, 18% por decisão conjunta enquanto apenas 3% mencionou outras peças, principalmente as mães. Das 122 mulheres solteiras que já procuraram os serviços de planeamento familiar, 64% tomou a decisão sozinha, 20% afirmou ter sido uma decisão conjunta, 11% fez a visita por decisão do parceiro e 5% por outras pessoas, principalmente profissionais de saúde. Os resultados são ilustrados na figura abaixo.

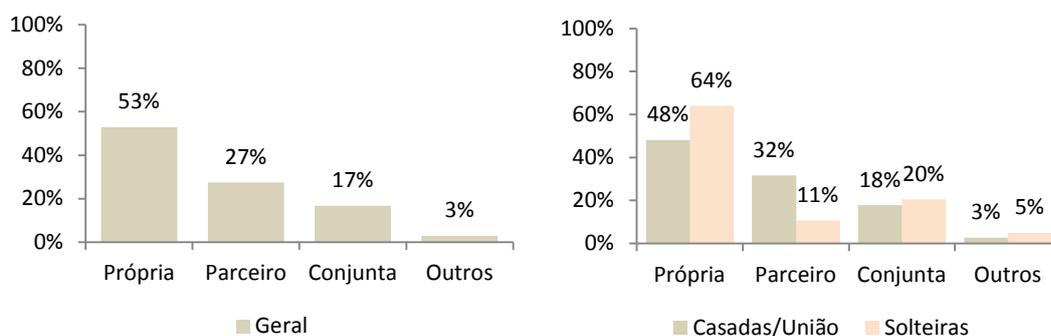


Figura 17. Percentagem de decisores sobre a ida da mulher aos serviços de PF por estado marital

É de recordar aqui que os indicadores acerca dos decisores sobre a procura dos serviços de planeamento familiar foram definidos em termos do estado civil da inquirida (casada ou vivendo em união por um lado, solteira por outra) e não em termos de a inquirida ter ou não ter um parceiro fixo. Neste último caso os resultados provavelmente teriam sido diferentes.

As mulheres inquiridas foram questionadas se sabiam para onde se dirigir caso necessitassem de um serviço de planeamento familiar, ao que cerca de 98% respondeu positivamente.

As mesmas mulheres foram questionadas se nos três meses anteriores ao inquérito teriam recebido qualquer informação sobre a importância do uso dos métodos contraceptivos e de que fonte. A esta questão 9% referiu não ter tido acesso a esta informação no período indicado. Das restantes, cerca de metade ouviu essa informação através de hospitais ou centros de saúde, pouco mais de 30% ouviu-a através da rádio e da televisão, 11% recebeu a informação através de estruturas comunitárias e uma menor proporção ouviu-a de outras pessoas (activistas ou amigos e na escola). A tabela abaixo apresenta os resultados. Porque as inquiridas podiam dar mais de uma resposta a esta pergunta, a soma das percentagens é superior a 100%.

⁹ Nesta análise não foram incluídas as mulheres viúvas e divorciadas/separadas.

Tabela 21. Fontes de informação sobre planeamento familiar

Fonte	Frequência	Percentagem
Não teve informação	134	9,4%
Hospital	700	48,8%
Centro ou posto de saúde	558	38,9%
Rádio/TV	459	32,0%
Panfletos, folhetos ou cartazes	58	4,0%
Jornal ou revista	14	1,0%
Estruturas comunitárias	163	11,4%
Outro	121	8,4%

De acordo com a tabela no Anexo 9, nos distritos da Cidade de Nampula e Angoche na província de Nampula, praticamente 100% das mulheres teve acesso a informação sobre o planeamento familiar enquanto nos restantes distritos esta proporção varia entre 82% a cerca de 89%. As percentagens altas registadas na província de Nampula podem ter sido influenciadas pelo facto de ter havido uma coincidência entre o período em que o trabalho de campo teve lugar nesta província e a ocorrência de actividades ligadas a saúde no âmbito da Semana Nacional de Saúde promovida pelo MISAU.

4.5.3 Informação sobre os métodos contraceptivos

Ao grupo de mulheres que afirmou usar ou ter usado, nos últimos 12 meses, um método contraceptivo (n=629) foi perguntado se teria recebido informação sobre os possíveis efeitos colaterais do seu contraceptivo de escolha e se sabia como proceder no caso de aparecimento de tal efeito. Deste grupo, 66% das mulheres afirmou ter recebido informação sobre os efeitos colaterais do método que escolhia e desta proporção 91% afirmou saber o que fazer caso o tal efeito se manifestasse.

Como mostra a tabela abaixo, a percentagem de mulheres que afirma ter recebido informação sobre os efeitos colaterais não varia muito em função do método contraceptivo usado. Mais pormenores podem ser encontrados no Anexo 25.

Tabela 22. Foi informada sobre efeitos colaterais

Método	Percentagem
Injecções contraceptivas	69%
Pílula	69%
DIU	76%
Preservativo masculino	50%
Implante	60%

Das mulheres que afirmaram saber o que fazer no caso de surgimento de efeitos colaterais, a grande maioria sabia de facto, respondendo que deveriam dirigir-se imediatamente à unidade sanitária (89%) ou deixar de usar o método (9%).

4.5.4 Mudança/abandono de método contraceptivo

Das 617 mulheres que tinham usado algum método contraceptivo nos últimos 12 meses, 38% (n=235) afirmou ter deixado de usar ou mudado de método nos últimos 12 meses. Relativamente às razões apontadas para esta mudança, 44% (n=104) afirmou que pretendia engravidar, 27% (n=63) referiu que o método era desconfortável e 11% (n=25) apontou efeitos colaterais como por exemplo sangramento, dor e desregulação do ciclo.

Tabela 23. Motivos da mudança ou do abandono do método contraceptivo pelas mulheres

Razão	Frequência	Percentagem
Quer engravidar	104	44,3
Desconfortável	63	26,8
Efeitos colaterais	25	10,6
Difícil local de acesso	3	1,3
Marido/parceiro não deixa	3	1,3
Foi desaconselhada	3	1,3
Outras	25	10,6
Sem informação	9	3,8
Total	235	100,0

No IDS 2011 também foi feita análise para se apurar as principais razões da descontinuidade do uso de métodos contraceptivos pelas entrevistadas. Similarmente aos achados deste estudo, a razão mais apontada foi o desejo de engravidar, por cerca de 28% das entrevistadas. Ao contrário dos achados deste inquérito em que os efeitos colaterais aparecem em terceiro lugar com 11%, no IDS os mesmos aparecem em segundo lugar, com cerca de 23%.

4.6 HIV/SIDA

A epidemia de HIV/SIDA constitui uma das maiores preocupações do sector de saúde devido ao número crescente de novas infecções. As mulheres grávidas constituem um grupo vulnerável a contrair o vírus devido à sua baixa imunidade, pondo em risco de contaminação os seus filhos. Como forma de fazer face a este problema, são oferecidos vários serviços inseridos no programa de prevenção de transmissão vertical (PTV). Estes serviços incluem testagem universal das gestantes que se dirigem às US, tratamento anti-retroviral (TARV) universal das gestantes com serologia para o HIV positiva para as mulheres. Estes serviços de testagem universal são oferecidos também aos seus parceiros e TARV universal ao parceiro do casal serodiscordante. Com estes serviços há redução do risco de transmissão da mãe para o filho nas 3 fases, nomeadamente gravidez, parto e amamentação, devido à redução da carga viral das mães.

Nesta secção é avaliado se as gestantes têm informação sobre o HIV e sua importância, se alguma vez foram aconselhadas e testadas e se discutiram o resultado com os seus parceiros.

Cerca de 98% das mulheres inquiridas referiu ter recebido informação referente ao HIV e sobre a importância de se fazer o teste. As principais fontes indicadas da referida informação foram profissionais de saúde, mencionados por 87% das inquiridas, e a rádio e TV, em conjunto mencionadas por 54% das mulheres. Esta informação é consistente com os achados do IDS 2011, segundo os quais 98% das mulheres entrevistadas referiram ter ouvido falar sobre HIV.

Tabela 24. Fontes de informação sobre HIV

Fonte	Frequência	Percentagem
Não teve informação	25	1,7%
Profissional de saúde	1240	86,5%
Rádio	505	35,2%
Amiga/amigo	295	20,6%
Familiares	278	19,4%
Televisão	270	18,8%
Marido/parceiro	124	8,7%
Jornal	17	1,2%

Fonte	Frequência	Percentagem
Não teve informação	25	1,7%
Profissional de saúde	1240	86,5%
Rádio	505	35,2%
Amiga/amigo	295	20,6%
Familiares	278	19,4%
Televisão	270	18,8%
Marido/parceiro	124	8,7%
Jornal	17	1,2%
Outra fonte	210	7,1%

Questionadas sobre se alguma vez teriam feito o teste de HIV, 91% (n=1297) respondeu positivamente; 58% afirmou ter feito o referido teste nos 12 meses anteriores à realização do inquérito. Como mostra a Tabela abaixo, 97% das mulheres que fizeram o teste nos últimos 12 meses recebeu os seus resultados.

Estes achados contrastam com aqueles do IDS 2011, segundo os quais apenas 45% das mulheres entrevistadas é que teriam feito o teste de HIV alguma vez, ao contrário dos 91% das mulheres seleccionadas para este estudo; e destes 45% reportados no IDS, 26% foram testadas nos 12 meses anteriores ao inquérito. Ou seja, os dados nacionais apontam para metade (50%) da cobertura de testagem reportada no presente estudo.

Tabela 25. Percentagem de mulheres que foram testadas nos últimos 12 meses e receberam resultados no último teste

Recebeu o resultado do teste	Frequência	Percentagem
Não fez teste nos últimos 12 meses	600	41,9
Recebeu o resultado	806	56,2
Não recebeu o resultado	22	1,5
Sem informação	5	0,3
Total	1433	100,0

Das mulheres que fizeram o teste nos últimos 12 meses e receberam o resultado 73% afirmou ter discutido o resultado com o seu parceiro, percentagem que sobe para 82 se excluirmos as mulheres que afirmam não ter parceiro.

Do total das mulheres inquiridas, 907 afirmaram ter tido parto nos últimos 24 meses. A este grupo foi questionado sobre se teriam recebido aconselhamento e testagem durante as consultas pré-natais. 77% delas reportou ter recebido aconselhamento antes do teste de HIV, independentemente de ter feito ou não o teste, enquanto 91% afirmou ter feito o teste durante as consultas pré-natais. Aparentemente ainda há muitos casos em que o teste de HIV é feito sem o devido aconselhamento.

Similarmente ao observado acima, os dados reportados pelo IDS 2011 apontam para cobertura de aconselhamento e testagem durante as consultas pré-natais (42%) perto de metade daquela reportada neste estudo.

Conforme ilustrado no anexo 22, 64% das mulheres que receberam uma visita de um agente comunitário fizeram o teste nos últimos 12 meses, enquanto entre as mulheres que não receberam a referida visita a percentagem das que fizeram o teste é de 56%. Das mulheres que afirmam ter participado nalguma sessão de educação para a saúde, 60% fez a testagem do HIV (vide anexo 23),

enquanto entre aquelas que não participaram em sessões de educação para a saúde, a percentagem das que fizeram o teste é de 57%.

4.7 TRABALHO COMUNITÁRIO

Nesta secção procurou-se perceber o nível de conhecimento e participação das mulheres em actividades comunitárias promovidas pelos Comités de Saúde e de Co-Gestão que trabalham na melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde.

A todas as mulheres (com idade entre 18 e 49 anos) foi questionado sobre se tinham conhecimento da existência dos referidos Comités e se já haviam participado em alguma actividade promovida por tais entidades. Apenas 44% das mulheres entrevistadas afirma ter conhecimento da existência de um destes Comités na sua comunidade e delas 56% nunca participou de uma actividade do Comité de Saúde. Das mulheres que indicaram conhecer estas estruturas, 30% referiu já ter participado numa actividade, 13% já participou como membro e apenas 1% participou apresentando uma preocupação.

Das mulheres inquiridas, 27% indicou ter, nos últimos 12 meses, recebido uma visita de um agente comunitário promovendo a saúde reprodutiva e 21% referiu ter participado de uma sessão de educação para saúde da mulher e da criança promovida por agentes comunitários.

De acordo com a figura 18 abaixo, o distrito de Xai-Xai apresenta a maior proporção de mulheres que afirma ter recebido a visita de um agente comunitário (43%), enquanto a percentagem nos outros distritos rondam os 25%. As percentagens são, em geral, mais baixas nas zonas urbanas do que nas zonas rurais.

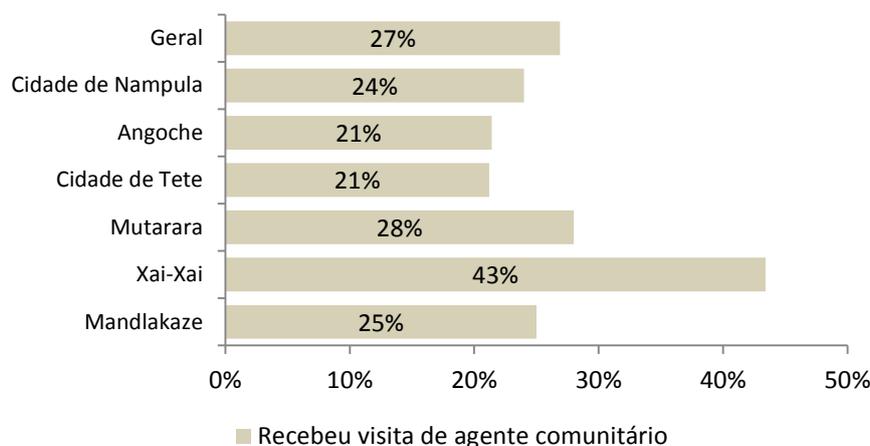


Figura 18. Percentagem de mulheres que receberam a visita de um agente comunitário nos últimos 12 meses, por distrito

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo recolheu uma grande quantidade de informações, das quais apenas uma pequena parte podia ser analisada neste relatório. A base de dados com os dados recolhidos constitui uma rica fonte para futuros estudos e pesquisas.

Ao longo deste relatório constaram-se frequentemente consideráveis diferenças entre os achados do IDS 2011 e os resultados do estudo. Estas diferenças devem ser analisadas com cautela, não apenas pelo facto de os dois estudos trabalharem com faixas etárias diferentes e de os períodos em que as avaliações foram feitas serem diferentes, mas também por causa de diferenças metodológicas entre os dois inquéritos.

Os resultados obtidos na dimensão do trabalho comunitário constituem um alerta para a importância de se rever o papel, a eficácia e eficiência e os mecanismos de intervenção e coordenação do Comité de Saúde e Comité de Co-Gestão na promoção do acesso e qualidade dos serviços de saúde a nível das comunidades pesquisadas. Isto é particularmente importante porque, como reportado na secção 4.7, poucas inquiridas afirmaram ter recebido uma visita de um agente comunitário ou ter participado em sessões de educação para saúde da mulher e criança.

Parece-nos importante considerar a inclusão de uma abordagem de género nas acções de intervenção do MCHIP, com vista a reduzir as barreiras culturais que afectam o acesso e a qualidade dos serviços de planeamento familiar e de cuidados maternos e neonatais.

Devem ser criados mecanismos para incentivar um maior envolvimento das mulheres nas diferentes actividades da iniciativa de participação e envolvimento comunitário. De modo geral nota-se que há uma fraca comunicação entre as mulheres e as estruturas comunitárias criadas com o propósito de aproximar as comunidades e o sector de saúde.

Recomenda-se fazer um esforço no sentido de se disseminar mais a importância da participação activa de parceiros no período gestacional das mulheres como forma de aumentar o acesso aos cuidados de saúde e delegar-lhes um papel activo na protecção da vida da gestante e do neonato.

Finalmente, consideramos importante intensificar as estratégias de promoção da iniciativa de mãe canguru, acompanhadas de amamentação imediata após o nascimento, como forma de potenciar os benefícios deste primeiro contacto entre mãe e filho.

6 REFERÊNCIAS

- DIRECÇÃO DE SAÚDE DA CIDADE DE MAPUTO 2013. Balanço do Plano Económico e Social (BdPES) 9 meses. Maputo: Direcção de Saúde da Cidade de Maputo
- INE, MISAU & UNICEF 2009. Inquérito sobre Indicadores Múltiplos (MICS) 2008. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- INE & MISAU 2013. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Maputo, Moçambique: Instituto Nacional de Estatística & Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE-PNCM 2009. Inquérito Nacional sobre Indicadores de Malária em Moçambique (IIM-2007) Maputo: Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Saúde Pública, Programa Nacional de Controlo da Malária.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE 2008. Roteiro para acelerar a redução da Mortalidade Materna e Neonatal em Moçambique. Maputo, Moçambique: MISAU.
- MISAU 2006. Política Nacional de Saúde Neonatal e Infantil em Moçambique. Maputo: Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Saúde. Departamento de Saúde da Comunidade.
- MISAU 2009. Avaliação de Necessidades em Saúde Materna e Neonatal em Moçambique 2007. Maputo: Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Saúde Pública.
- Thadeus S & Maine D (1994) Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science and Medicine* 38(8), 1091–1110.