

SAVING
LIVES
CHANGING
LIVES



**Comunicação para a Mudança Social e de
Comportamento Análise Comparativa Pré- e Pós-
teste:
Módulo de Tópico sobre Saúde Sexual e Reprodutiva**

Gender Transformative and Nutrition-Sensitive Project 2019-2021 no
Distrito de Chemba, Província de Sofala, Moçambique

Este projeto é generosamente financiado pela Agência de Desenvolvimento Austríaca (ADA).



País	Moçambique
título do projeto	Alcançar os mais atrasados primeiro: Programação Transformadora de Género e Sensível à Nutrição para aumentar a segurança alimentar e nutricional para mulheres, raparigas adolescentes e crianças no distrito de Chemba, província de Sofala
Área geográfica	Distrito de Chemba, Província de Sofala
Sessões Conduzidas (6)	Janeiro a Fevereiro de 2022
Análise conduzida	Março-Abril de 2022
Parceiros de Cooperação	Governo de Moçambique Pathfinder Internacional
Autor de análise e relatório Tradutora	PMA Moçambique: Onyinye Alheri PMA Moçambique: Nelson Quaria

Legenda da foto da capa: Mulheres beneficiárias do projeto GTNS participando de um grupo de escuta de rádio sobre Planeamento Familiar.

Crédito: Julia Vetttersand (2022)

Conteúdo

	Página
Sumário executivo	4
I. Fundo	Error! Bookmark not defined.
II. Comunicação de Mudança Social e Comportamento	6
III. Objetivo e Objetivo do Pré e Pós-teste	7
IV. Metodologia	8
V. Resultados	11
VI. Discussão	29
VII. Conclusão	31
Acrônimos	33
Anexo 1: Indicadores de Saúde Sexual e Reprodutiva e Metas	34
Anexo 2: Questionário de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR)	37

Análise Comparativa Pré e Pós-teste: Módulo Tópico de Saúde Sexual e Reprodutiva

Sumário executivo

A Comunicação de Mudança Social e Comportamental (CMSC) é uma estratégia baseada em evidências para melhorar a saúde e a nutrição, aumentando e melhorando o conhecimento, as atitudes e as práticas. A CMSC é guiada por uma abordagem ecológica que pretende abordar tanto a mudança em nível individual quanto a mudança em níveis ambientais e estruturais mais amplos. O projecto de Empoderamento da Mulher e Sensível à Nutrição (GTNS) implementa actividades de CMSC, paralelamente às intervenções de resiliência e perda pós-colheita, com o objectivo de contribuir para o empoderamento de meninas e mulheres e redução do atraso no crescimento entre crianças no distrito de Chemba, província de Sofala, Moçambique. A estratégia de CMSC usa três abordagens para atingir esse objectivo: mobilização comunitária, aconselhamento interpessoal e média. As actividades sob as três abordagens são categorizadas em três temas principais dentro do projecto: Nutrição, Género e Saúde Sexual e Reprodutiva.

Este relatório centra-se na abordagem de aconselhamento interpessoal do módulo temático Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). Essas sessões visavam todas as 1.500 famílias do projecto, especificamente os casais e meninas e meninos adolescentes.

Ao implementar actividades de CMSC particularmente destinadas a reduzir ou prevenir o atraso no crescimento, é essencial envolver-se em um monitoramento robusto, pois a mudança de comportamento é um processo lento e pode não afectar significativamente os resultados do projecto quando se observa apenas os indicadores finais. No entanto, isso não significa que os esforços do projecto não estejam progredindo no nível individual. Acompanhar de perto o conhecimento, as atitudes e as práticas ligadas à redução e prevenção do atraso no crescimento pode orientar os implementadores de projectos a compreender melhor a disposição para mudar e a mudança real relacionada aos resultados desejados. Para medir a influência do projecto sobre os beneficiários, o projecto realizou pesquisas pré e pós-teste em uma amostra de 120 beneficiários imediatamente antes e depois de cada módulo de tópico de aconselhamento interpessoal com perguntas sobre conhecimento, intenção, auto-eficácia (confiança) e auto-relato comportamento. Usando uma análise comparativa, este relatório apresenta as descobertas sobre a Módulo de tópicos sexuais e reprodutivos.

O questionário de pré e pós-teste do tema de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) foi composto por catorze perguntas, organizadas em duas categorias:

- Fístula obstétrica
- Planeamento familiar

O domínio de fístula obstétrica abrangeu quatro subtemas:

- causas
- sintomas
- tratamento
- prevenção

O domínio do planeamento familiar apresentou quatro áreas:

- recordatório de mensagens-chave
- espaçamento de gravidezes
- busca de serviços de saúde
- responsabilidade compartilhada/tomada de decisão

Os beneficiários do projecto no distrito de Chemba tiveram exposição prévia a serviços de SSR, bem como à campanhas e mensagens radiofónicas enfatizando a saúde reprodutiva e o planeamento familiar. Várias organizações implementam programas do género em Moçambique, como Pathfinder International, Federação Internacional de Planeamento Familiar (IPPF), Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), Population Services International (PSI) e outras organizações não governamentais. Os resultados do pré-teste reflectem esses esforços que estabeleceram um conhecimento prévio, atitudes favoráveis e boas práticas em torno do planeamento familiar e da busca de serviços de saúde. Ainda assim, os resultados demonstram que ainda existem algumas lacunas no conhecimento bem como hesitação em praticar de algumas áreas-chave da saúde sexual e reprodutiva e planeamento familiar. No entanto, houve alguma influência positiva em vários dos treze indicadores de resultado ao comparar os resultados de pré e pós-teste para saúde sexual e reprodutiva, particularmente sobre o entendimento que o planeamento familiar evita gravidez não planeada e a importância da responsabilidade compartilhada no planeamento familiar.

I. Contextualização

O projecto-piloto de Empoderamento da Mulher e Sensível à Nutrição (GTNS), intitulado *"Priorizando os mais marginalizados: Programação Transformadora de Género e Sensível à Nutrição para aumentar a segurança alimentar e nutricional para mulheres, raparigas adolescentes e crianças no distrito de Chemba, província de Sofala"* é implementado pelo Programa Mundial para a Alimentação (PMA) sob a liderança do Governo de Moçambique e em estreita coordenação com o Governo e parceiros de cooperação. O projecto recebe financiamento plurianual da Cooperação Austríaca para o Desenvolvimento (ADA). A área de intervenção do projecto está limitada à localidade de Mulima-sede, Posto Administrativo de Mulima, distrito de Chemba. A população de Chemba é de aproximadamente 87.925 pessoas (17.730 agregados familiares), e o projecto visa atingir 1.500 agregados familiares (7.500 pessoas) usando o critério de pelo menos 500 mulheres grávidas e lactantes (PLW), 500 meninas adolescentes, 750 crianças menores de 2 anos (CU2) e mulheres que convivem com fístula obstétrica; mais 25.000 pessoas serão alcançadas indirectamente por meio de actividades de mídia no âmbito da Comunicação para a Mudança Social e Comportamental (CMSC).



O projecto GTNS apoia directamente as prioridades do Governo de Moçambique e está totalmente alinhado com o Plano Estratégico de País do PMA 2017-2021¹. Os objectivos do projecto são melhorar a equidade de género e o empoderamento de mulheres e adolescentes; aumentar a diversidade alimentar; e reduzir o atraso no crescimento entre meninas e meninos com menos de 5 anos, no contexto de mudança climática. O desenho do projecto é inovador e integra várias intervenções específicas e sensíveis à nutrição para abordar os determinantes da desnutrição, com foco no empoderamento das mulheres. Isto combina:

- i) construção de bens domésticos e comunitários sensíveis ao género e à nutrição (fogões poupa-lenha, sistemas de captação de água, hortas domésticas e florestamento);
- ii) treinamentos sobre gestão de perdas pós-colheita para pequenos agricultores e agricultores (conservação, transformação e armazenamento de alimentos) e vínculos com produtos melhorados (armazenamento hermético); e
- iii) actividades de CMSC implementadas aos níveis individual, familiar e comunitário²

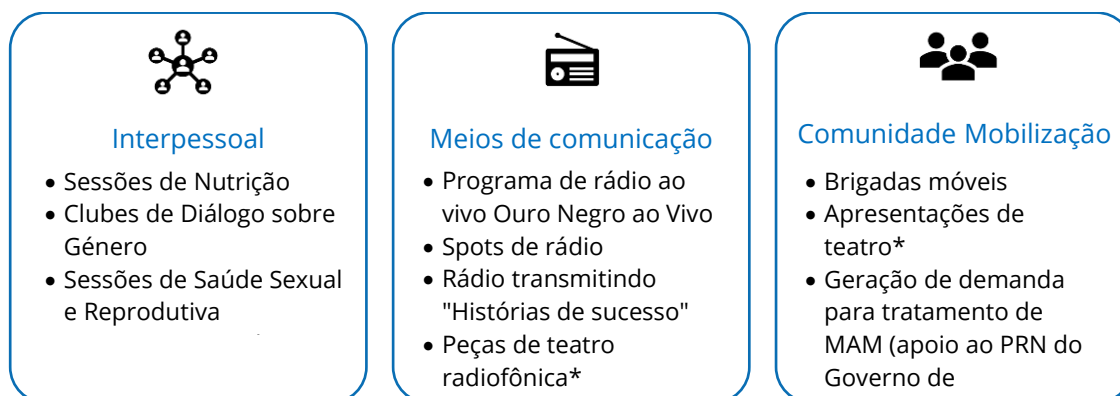
II. Comunicação para Mudança Social e de Comportamento

A CMSC é uma estratégia crucial baseada em evidências para melhorar a saúde e a nutrição aumentando e melhorando os conhecimentos, atitudes e práticas. A componente CMSC do projecto GTNS está a ser implementada pelos parceiros do PMA Moçambique³ através de três abordagens: aconselhamento interpessoal, mídia (rádio), e mobilização comunitária (ver Figura 1). Espera-se que a combinação de abordagens dinâmicas para envolver os homens na igualdade de género e mudança de comportamento com programação sensível à nutrição facilite resultados sustentáveis no nível familiar, e que podem ser disseminados em cascata para a comunidade em geral.

¹ Plano Estratégico Nacional de Moçambique (2017-2021) | Programa Mundial de Alimentos. (nd). www.wfp.org. Recuperado em 22 de março de 2022, de <https://www.wfp.org/operations/mz01-mozambique-country-strategic-plan-2017-2021>.

² Paralelamente às suas atividades de CMSC, o projeto GTNS também está gerando demanda por tratamento de desnutrição aguda, incluindo triagem da circunferência média do braço (MUAC) em nível comunitário de PV e crianças menores de 5 anos (CU5) e encaminhamentos de casos de desnutrição por voluntários de saúde da comunidade trabalhadores. Se a triagem indicar desnutrição, PVD e CU5 são encaminhados à unidade de saúde local para tratamento adicional. Esta atividade não está incluída no questionário pré e pós-teste e os resultados podem ser encontrados na rotina de monitoramento da CMSC.

³Serviços Distritais de Saúde, Mulheres e Ação Social (SDSMAS), Pathfinder International e PCI Media.



* *Devido à pandemia de COVID-19, as apresentações de teatro foram adaptadas para uma modalidade de mídia

Figura 1: As três abordagens da estratégia CMSC do projecto GTNS

O projecto GTNS categoriza a CMSC em três temas principais: Nutrição, Género e Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). O tema de SSR consiste em Sessões de SSR e visa todas as 1.500 famílias do projeto, com foco nos participantes da UC2 e seus parceiros. Os módulos de tópicos consistem em seis sessões, facilitadas por pares de agentes comunitários de saúde e treinados e supervisionados por parceiros de campo.⁴

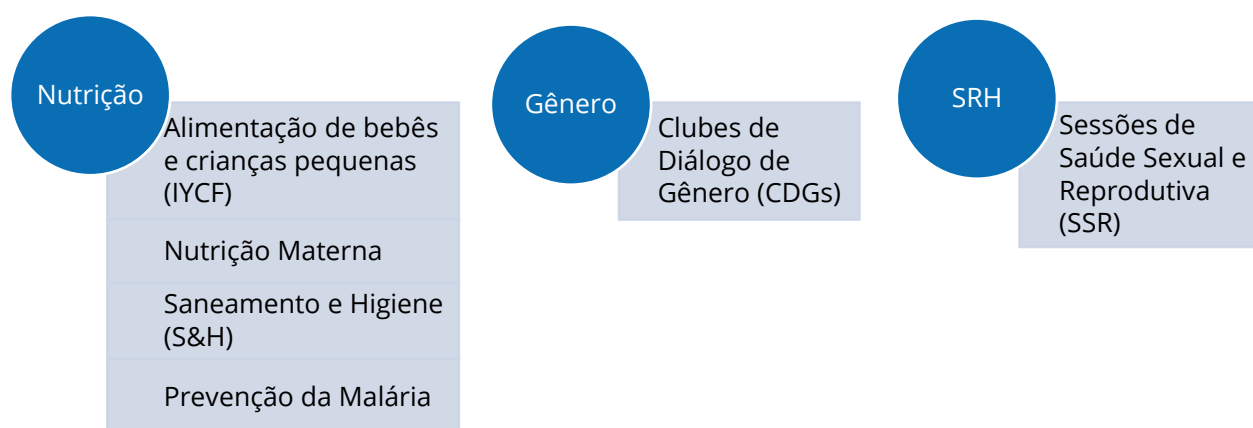


Figura 2: Temas e tópicos da CMSC do Projeto GTNS

Para avaliar a eficácia das atividades de CMSC, o projeto GTNS realizou pré e pós-teste para comparar e analisar o conhecimento, a intenção, a confiança e o comportamento autorrelatado dos beneficiários. O exercício pré e pós-teste concentrou-se em sessões de aconselhamento interpessoal, incluindo demonstrações de culinária, mas excluindo demonstrações de processamento de alimentos.

III. Objectivos do Pré e Pós-teste

Ao implementar as actividades de CMSC, particularmente aquelas destinadas a reduzir ou prevenir o atraso no crescimento, é essencial envolver-se numa monitoria robusta, pois a mudança de comportamento é um processo lento e pode não afectar

⁴Os Clubes de Diálogo de Género consistem em conceitos complexos e sensíveis e, portanto, serão facilitados principalmente pela implementação de equipes de campo parceiras com algum apoio de agentes comunitários de saúde.

significativamente os resultados do projecto quando se olha apenas para os indicadores finais. Ao contrário das avaliações de linha de base e final que elucidam se o programa funcionou ou não, a monitoria regular se concentra no seguimento sistemático das actividades para avaliar a eficácia dos esforços de implementação. Essa análise também serve como evidência para o impacto do projecto.

O objectivo geral do pré e pós-teste foi compreender a influência das sessões de aconselhamento interpessoal no conhecimento, atitudes e práticas comportamentais dos beneficiários do projecto em cada módulo temático. O objectivo específico foi usar uma análise comparativa para determinar quais conceitos e mensagens dentro de cada tema estão influenciando uma mudança positiva entre os beneficiários do projecto.

IV. Metodologia

Cada tópico do módulo de SSR foi cuidadosamente revisto para identificar áreas-chave onde o projecto busca mudar positivamente o conhecimento, as atitudes e as práticas entre os beneficiários. Isso foi usado para desenvolver indicadores de resultados para medir a mudança comportamental ao longo de cada módulo temático. O conjunto de pesquisas de contextos semelhantes e a documentação do local do projeto mostra que os homens são geralmente os principais tomadores de decisão na família e muitas vezes influenciam o comportamento de outros membros da família, portanto, era imperativo considerar separadamente a avaliação de homens e mulheres ao desenvolver os indicadores e questionários para cada módulo de tópico. Portanto, os indicadores podem visar três grupos: homens e mulheres participantes juntos, apenas mulheres e apenas homens.

A mudança social e de comportamento pode ser influenciada negativamente por fatores externos. Para dar conta dessas externalidades, no nível individual, a mudança de comportamento pode ser medida não apenas por meio de resultados comportamentais, mas também pelo desejo ou plano de mudança. Isso pode ser avaliado por meio dos domínios psicossociais: conhecimento, intenção, autoeficácia (confiança), atitude, normas subjetivas e controle comportamental percebido (ver Tabela 1).

Tabela 1: Domínios psicossociais para medir a mudança comportamental⁵

Domínios	Descrições (Adoptado de NCI, 2005)	Domínios	Descrições (Adoptado de NCI, 2005)
Conhecimento	Factos, informações e competências necessárias para realizar um comportamento	Atitude	Avaliação da percepção e / ou entusiasmo em relação ao comportamento
Intenção	Percebe-se a probabilidade de ter um comportamento	Norma subjectiva	Perceber se as pessoas-chave aprovam ou desaprovam o comportamento
Auto-eficácia	Confiança na capacidade de agir e executar com sucesso o comportamento	Controlo comportamental percebido	Crença de que se tem, e pode exercer com sucesso, controlo sobre a execução do comportamento

Para o contexto GTNS, os indicadores psicossociais apropriados para este exercício pré/pós-teste foram conhecimento, intenção e confiança. Nos questionários pré-pós, os indicadores psicossociais mencionados abaixo foram combinados com perguntas sobre o comportamento autorrelatado para fornecer uma imagem mais holística do potencial caminho de impacto da mudança de comportamento, bem como para esclarecer os resultados comportamentais.

Para cada indicador, objetivos baseados em critérios SMART ⁶ foram desenvolvidos para medir contra a análise comparativa dos pré e pós-testes. Os metas foram acordados por meio de discussão com a equipe do programa com base no contexto, experiência e fontes de dados secundárias. Uma matriz foi criada para consolidar essas informações por tópico, para orientar a equipe de M&A na produção de questionários curtos sobre a ferramenta de coleta de dados corporativos do PMA (Open Data Kit – ODK) (ver Anexo 1 para matriz de tópicos de Saúde Sexual e Reprodutiva).

O questionário foi usado durante o pré-teste e pós-teste para avaliar a mudança nos resultados ao fim do módulo (ver Anexo 2). ⁷O pré e pós-teste de SSR focou em duas áreas e subtemas principais para a mudança de comportamento desejada:

- Fístula obstétrica
 - causas
 - sintomas
 - Tratamento
 - Prevenção

⁵PMA. (2019, janeiro). *Manual de Orientação da Comunicação de Mudança Social e Comportamental (CMSC) para Nutrição do PMA*. Capítulo 8: Fase de Monitoramento [parcialmente adaptado]. Originalmente intitulado “Tabela 15. Indicadores psicossociais relacionados à CMSC”.

⁶Específico, Mensurável, Alcançável, Relevante e Temporário

⁷No questionário, homens e mulheres também responderam a uma pergunta relacionada à atividade de demonstração de culinária paralela que ocorre uma vez em cada módulo do tópico (pergunta 3.1 do Anexo 2). Esses dados são analisados e relatados separadamente deste relatório de análise comparativa (consulte o próximo painel do GTNS Tableau).

- Planeamento familiar
 - Recordatório de mensagens-chave
 - espaçamento de gravidezes
 - busca de serviços de saúde
 - responsabilidade compartilhada/tomada de decisão

No total, foram treze indicadores abrangendo essas áreas que se traduzem em catorze perguntas do questionário.

As entrevistas foram conduzidas na língua local *Xisena*, o que exigiu que a equipa de campo estivesse confiante com o questionário para interpretar fluentemente entre o Português e o Xisena. O PMA treinou o parceiro de implementação, Pathfinder International, para conduzir a colecta de dados.

Para o tópico de SSR, a amostra tanto para o pré como para o pós-teste foi de 120 beneficiários do projecto (60 mulheres e 60 homens) na localidade de Mulima, no distrito de Chemba, Sofala. O tamanho da amostra foi estabelecido com base na viabilidade de colectar os resultados, levando em consideração os elementos de recursos e tempo limitados. Os resultados devem fornecer indicações de como a resposta dos indicadores da CMSC pode ser influenciada pelos membros da comunidade-alvo antes e depois das sessões do módulo temático da CMSC. Os resultados informam a programação geral da CMSC e a implementação no terreno. A metodologia não serve para informar outras intervenções CMSC e é específica para o projecto GTNS em Chemba.

Os questionários foram aplicados por meio de entrevistas individuais com homens e mulheres separadamente, utilizando amostragem de conveniência⁸ por meio de visitas comunidade. Os dados foram obtidos imediatamente antes da primeira das seis sessões de SSR para o pré-teste (em Janeiro de 2022) e após a sexta sessão para o pós-teste (em Fevereiro de 2022). A amostra-alvo não é constituída por necessariamente os mesmos indivíduos no pré e pós-teste, pois a metodologia não exige o rastreamento dos mesmos membros da comunidade. Devido a um erro técnico com o formulário electrónico de colecta de dados (MoDa), as perguntas sobre fístula obstétrica foram aplicadas numa amostra de 120 indivíduos não beneficiários do projecto no distrito de Chemba, a fim de comparar os resultados com os 120 beneficiários entrevistados no pós-teste. Dado que em ambos os casos o pré-teste foi administrado a pessoas que ainda não haviam participado das sessões de aprendizagem para o referido módulo temático, acreditamos que os dados reflectirão com precisão o nível geral de compreensão dos tópicos de SSR em toda a região.

Para o pré-teste de SSR, 120 beneficiários do projecto (60 homens e 60 mulheres) foram inquiridos em 42 comunidades. Para o pós-teste, 120 beneficiários do projecto (55

⁸O método de amostragem por conveniência é seleccionar os entrevistados que são facilmente acessíveis (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5606225/>). Para a coleta de dados pré e pós-teste de SSR, os recenseadores pesquisaram beneficiários elegíveis e acessíveis que consentiram em ser entrevistados.

homens e 65 mulheres) foram inquiridos em 20 comunidades. No pré e pós-teste, 39 das 49 comunidades⁹ foram incluídas na colecta de dados .

Embora não seja uma representação completa da população, esta análise fornecerá informações sobre a implementação do programa na área de intervenção.

V. Resultados

O questionário pré e pós-teste consistiu em catorze perguntas (todas direccionadas a participantes de ambos os sexos) correspondendo e medindo treze indicadores. No geral, cinco indicadores foram alcançados com base nas metas desenvolvidas para o tópico Saúde Sexual e Reprodutiva (ver Tabela 2). Oito indicadores não foram alcançados.

Ao olhar para os resultados médios das famílias entrevistadas, apenas três dos treze indicadores atingiram as suas metas durante o pré-teste (1,5, 1,9 e 1,10). As metas para os dez indicadores restantes (1,1-1,4, 1,6-1,8, 1,11-1,13) não foram cumpridas durante o pré-teste. De facto, vários estiveram distantes da sua meta. Quanto ao pós-teste, mais dois indicadores foram atendidos com sucesso (1,8, 1,13), resultando em cinco dos treze indicadores satisfeitos (1,5, 1,8-1,10, 1,13). No entanto, quando desagregados por sexo, três indicadores adicionais (1,1, 1,3 e 1,7) foram atendidos apenas entre as mulheres. Assim, durante o pós-teste, oito dos indicadores foram atendidos apenas por mulheres e cinco foram atendidos apenas por homens.

Mais notavelmente, as metas para os indicadores 1.2, 1.4, 1.6. e 1.7 não foram alcançadas no pré ou pós-teste, por margens variadas. Houve duas excepções aqui: quando desagregados por sexo, os indicadores 1,6 e 1,7 foram alcançados apenas por mulheres, e apenas no pós-teste. Isto será explorado com mais detalhes na seção de discussão. Os pontos percentuais para cada indicador estão listados abaixo.

Tabela 2: Resultados de pré e pós-teste (em percentagens)

#	Detalhe do indicador	Meta	Resultado do pré-teste (%)			Resultado pós-teste (%)		
			Homens	Mulheres	Média	Homens	Mulheres	Média
1.1	Aumento da percentagem de mensagens de SSR lembradas por homens e mulheres.	Ao fim do módulo temático de CMSC [6 semanas], 75% dos homens e mulheres que participam das sessões da CMSC serão capazes de	55	50	53	38 (-17)	77 (+27)	59 (+6)

⁹ Andrassone , Arnelo , Bangwe , Bhaumbha , Bucha , Candima , Cassume , Castela , Deve , Dzunga 1, Dzunga 2, Fernando, Francalino , Fumbe 1, Fumbe 2, Macendua , Mandue , Mapata , Mateus, Melo 1, Melo 2, Muandinhoza , Mulima - sede , Nhacagulagua 1 , Nhacagulagua 2 , Nhacavunvu , Nhalunga , Nhamaliwa , Nhamazonde , Nhambhandha , Nhamingale , Nhancaca , Nhangue , Nhapwete , Nharugue , Nhasulu , Nhatsete , Nhakuiyoyo , Niquice 1 , Tomece , Shonsua , Thenda Tsera , Xavier, Zenguerere , Zomdane 1, Zomdane 2

		lembrar pelo menos 3 mensagens-chave de SSR						
1.2	O aumento da percentagem de homens e mulheres que sabem que a saúde sexual e reprodutiva e o planeamento familiar devem ser ensinados a todas as pessoas, independentemente do estado civil, sexo ou idade.	Ao fim do módulo temático de CMSC [6 semanas], 66% <i>dos homens e mulheres que</i> participam das sessões da CMSC, sabem que a saúde sexual e reprodutiva e o planeamento familiar devem ser ensinados a todas as pessoas, independentemente do estado civil, sexo ou idade.	20	8	14	16 (-4)	5 (-3)	10 (-4)
1.3	O aumento da percentagem de homens e mulheres que sabem que ambos são responsáveis pelo planeamento familiar no lar.	Ao fim do módulo temático de CMSC [6 semanas], 75% <i>dos homens e mulheres que</i> participam das sessões da CMSC sabem que ambos os pais são responsáveis pelo planeamento familiar no lar.	52	42	47	67 (+25)	78 (+36)	73 (+26)
1.4	O aumento da percentagem de homens e mulheres que pretendem compartilhar a tomada de decisões em torno do planeamento familiar.	Ao fim do módulo temático de CMSC [6 semanas], 66% <i>dos homens e mulheres que</i> participam das sessões da CMSC pretendem discutir e acordar junto com seu parceiro sobre planeamento familiar.	60	58	59	64 (+4)	63 (+5)	63 (+4)
1.5	Maior percentagem de homens e mulheres relatam compartilhar a tomada de decisões sobre planeamento	Ao fim do módulo temático de CMSC [6 semanas], 33% <i>dos homens e mulheres que</i>	43	32	38	64 (+21)	63 (+31)	63 (+25)

	familiar com seus parceiros.	participam das sessões da CMSC relatam discutir e concordar em torno do planeamento familiar com seus parceiros, como quais anticoncepcionais usar, quando e quantos filhos ter.						
1,6	O aumento da percentagem de homens e mulheres que recordam dos diferentes tipos de métodos contraceptivos.	Ao fim do módulo temático de CMSC [6 semanas], 75% <i>dos participantes</i> nas sessões da CMSC podem lembrar pelo menos 3 métodos de contraceção	70	72	71	76 (+6)	74 (+2)	75 (+4)
1,7	Aumento da percentagem de homens e mulheres que pretendem ir à unidade sanitária com seu parceiro para discutir planeamento familiar.	Ao fim do módulo temático de CMSC [6 semanas], 50% <i>dos homens e mulheres</i> participantes das sessões de CMSC pretendem ir à unidade sanitária com seu parceiro para discutir planeamento familiar com um profissional da saúde.	65	57	61	62 (-3)	68 (+11)	65 (+4)
1,8	Aumento do percentual de homens e mulheres que relatam ir à unidade de saúde com o parceiro para discutir planeamento familiar.	Ao fim do módulo temático de CMSC [6 semanas], 50% <i>dos homens e mulheres</i> participantes das sessões da CMSC relataram ir à unidade de saúde para discutir planeamento familiar com um	38	18	28	55 (+17)	58 (+40)	57 (+29)

		profissional da saúde.						
1,9	O aumento da percentagem de homens e mulheres que sabem o tempo mínimo necessário para uma mulher esperar antes de engravidar novamente após o parto seguro.	Ao fim do módulo temático de CMSC [6 semanas], 75% <i>dos homens e mulheres que</i> participam das sessões da CMSC sabem que o tempo mínimo necessário para uma mulher esperar antes de engravidar novamente após um parto seguro é de pelo menos dois anos.	67	67	67	69 (+2)	65 (-2)	67
1.10	Aumento da percentagem de homens e mulheres que pretendem esperar pelo menos dois anos após o parto para engravidar novamente.	Ao fim do módulo temático de CMSC [6 semanas], 50% <i>dos homens e mulheres que</i> participam das sessões da CMSC pretendem esperar pelo menos dois anos após o parto antes de engravidar novamente na próxima gravidez	83	68	75,5	65 (-18)	58 (-10)	62 (-13,5)
1.11	O aumento da percentagem de entrevistados que conhecem as principais causas da fístula obstétrica.	Ao fim do módulo temático de CMSC [6 semanas], 75% <i>dos participantes</i> nas sessões da CMSC serão capazes de recordar pelo menos 3 principais causas de fístula obstétrica (FO).	61	55	59	66 (+5)	62 (+7)	64 (+5)
1.12	O aumento da percentagem de entrevistados que conhece os	Ao fim do módulo temático de CMSC [6 semanas], 75% <i>dos participantes</i> das	49	52	52	47 (-2)	38 (-14)	43 (-9)

	principais sintomas da fístula obstétrica.	sessões da CMSC serão capazes de recordar pelo menos 3 sintomas de fístula obstétrica (FO).						
1.13a	O aumento da percentagem de entrevistados que sabe que a fístula obstétrica é curável e evitável.	Ao fim do módulo temático de CMSC [6 semanas], <i>50% dos participantes</i> nas sessões de CMSC sabem que a fístula obstétrica é <i>tanto evitável quanto tratável</i> .	53	49	51	69 (+16)	68 (+19)	68 (+17)
1.13b	O aumento da percentagem de entrevistados que sabe que a fístula obstétrica é curável e evitável .	Ao fim do módulo temático de CMSC [6 semanas], <i>50% dos participantes</i> das sessões da CMSC sabem que a fístula obstétrica é <i>tanto evitável quanto tratável</i> .	73	77	75	71 (-2)	69 (-8)	70 (+5)

Nota : Os valores entre parênteses indicam a mudança em pontos percentuais, diferença de valores dos resultados do pré e pós-teste.

Os resultados serão apresentados em duas categorias:

1. Fístula obstétrica
 - a. causas
 - b. sintomas
 - c. tratamento
 - d. prevenção
2. Planeamento familiar
 - a. Recordatório de mensagens-chave
 - b. espaçamento de gravidezes
 - c. busca de serviços de saúde
 - d. responsabilidade compartilhada/tomada de decisão

Fístula Obstétrica

i. Causas

Os resultados indicam que os participantes demonstraram um aumento do conhecimento sobre as principais causas de fístula obstétrica, conforme discutido nas sessões de SSR. Embora nem os resultados do pré ou do pós-teste tenham atingido o objetivo SMART de 75% dos participantes, 59% dos participantes conseguiram se lembrar

de pelo menos três causas principais de fístula obstétrica no pré-teste (veja a Figura X). No pós-teste, 64% dos participantes pesquisados foram capazes de recordar pelo menos três causas principais de fístula obstétrica, um aumento médio de 5 pontos percentuais. Mais especificamente, a porcentagem de homens aumentou de 61% para 66% e de mulheres aumentou de 55% para 62% (ver Figura 1).

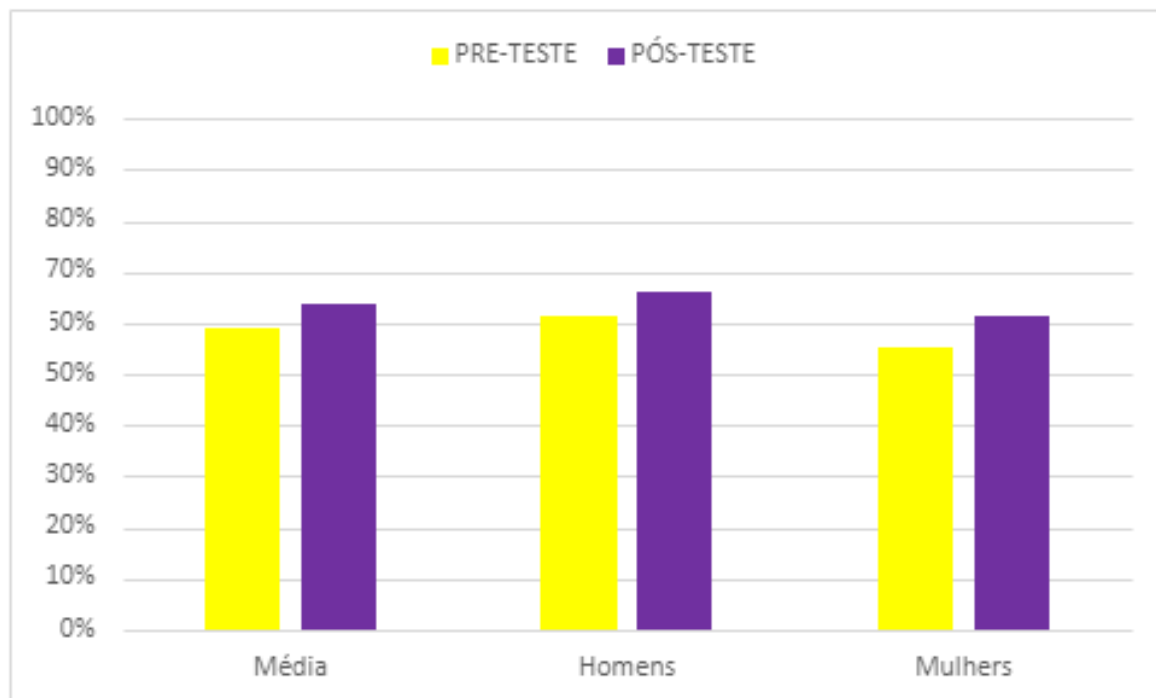


Figura 1: Porcentagem de participantes que conheciam pelo menos três causas principais de fístula obstétrica

As três principais causas lembradas no pré-teste foram: parto prolongado e complicado, falta de cuidados médicos durante e após o parto e gravidez precoce/adolescência. No pós-teste, os resultados mostraram que houve um aumento geral no conhecimento sobre as principais causas de fístula obstétrica. As três principais causas lembradas no pós-teste foram parto prolongado, complicado, gravidez precoce/adolescência e feto mal posicionado durante o trabalho de parto.

A causa da fístula obstétrica que teve a maior mudança percentual na recordação do pré-teste para o pós-teste (uma diminuição de 29 pontos percentuais) foi “falta de assistência médica durante e após o parto”. Veja o Anexo 2, questão 3.1 para uma lista completa das principais causas.

ii. Sintomas

Os resultados indicam que os participantes demonstraram uma diminuição do conhecimento sobre os principais sintomas da fístula obstétrica, conforme discutido nas sessões de SSR. Embora nem os resultados do pré ou pós-teste tenham atingido o objetivo SMART de 75% dos participantes, 52% dos participantes conseguiram se lembrar de pelo menos três sintomas principais de fístula obstétrica no pré-teste (veja a Figura 2). No pós-teste, 43% dos participantes pesquisados foram capazes de recordar pelo menos três sintomas-chave de fístula obstétrica, uma diminuição média de 9 pontos

percentuais. Mais especificamente, o recall entre os homens diminuiu de 49% para 47% e entre as mulheres diminuiu de 52% para 38% (veja a Figura 2).

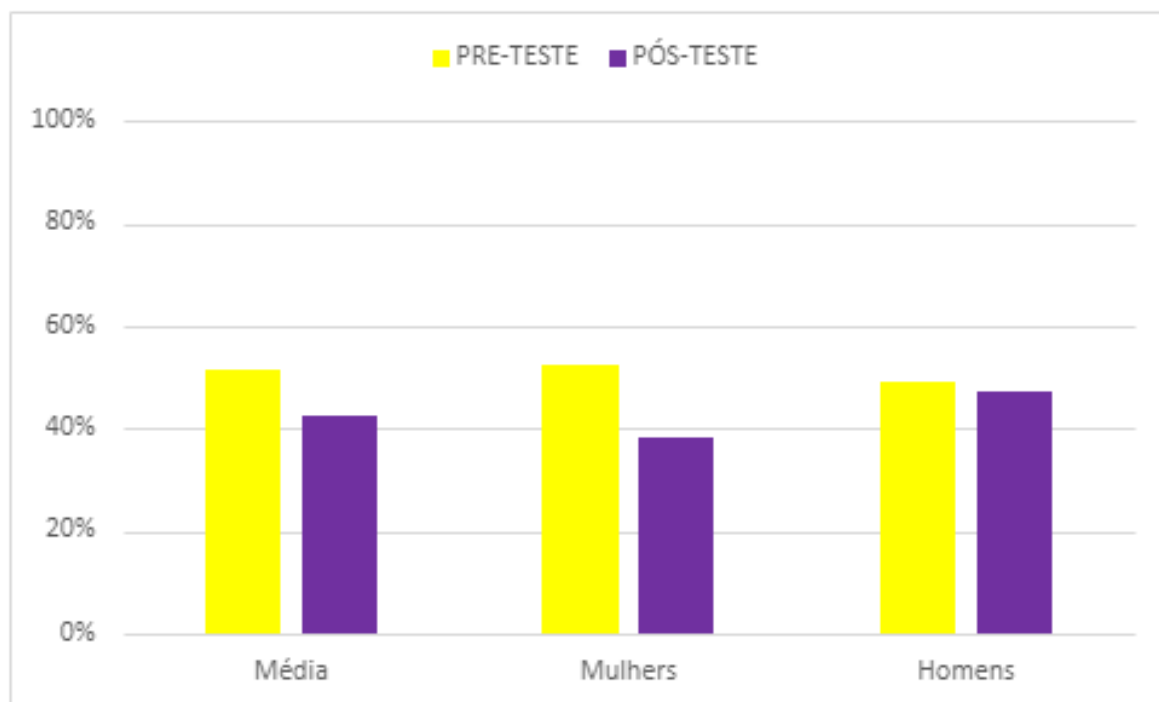


Figura 2: Porcentagem de participantes que conheciam pelo menos três sintomas principais de fístula obstétrica

Os três principais sintomas lembrados no pré-teste foram: mau cheiro/cheiro vindo da área vaginal, vazamento constante e incontrolável de urina e/ou fezes da vagina/canal de parto e um orifício entre a vagina e o reto.

No pós-teste, os resultados mostraram que houve um aumento geral no conhecimento sobre os principais sintomas da fístula obstétrica. Os três principais sintomas lembrados no pós-teste foram os mesmos do pré-teste: mau cheiro/cheiro vindo da área vaginal, vazamento constante e incontrolável de urina e/ou fezes da vagina/canal de parto e um orifício entre a vagina e o reto.

O sintoma de fístula obstétrica que teve a maior mudança percentual na recordação do pré-teste para o pós-teste (uma diminuição de 13 pontos percentuais) foi “odor/cheiro fétido vindo da área vaginal”. Consulte o Anexo 2, pergunta 3.2 para obter uma lista completa dos principais sintomas.

iii. Tratamento

Os achados indicam que os metas desenvolvidos para mensurar o conhecimento do tratamento da fístula obstétrica foram atendidos no pré e pós-teste. A meta era que 50% dos entrevistados soubessem que a FO pode ser curada. Os dados mostraram que, em média, 51% dos entrevistados (49% das mulheres e 53% dos homens) sabiam disso no pré-teste. Observe que as mulheres sozinhas não atingiram o objetivo SMART. No pós-teste, o percentual médio subiu para 68%, um aumento de 17 pontos percentuais. Quando desagregados por sexo vemos que para os homens houve um aumento de

16% do pré para o pós-teste, e para as mulheres houve um aumento de 19% (ver Figura 3).



Figura 3: Porcentagem de participantes que sabiam que a fístula obstétrica (OF) é tratável

iv. Prevenção

Ao avaliar o conhecimento sobre prevenção de fístula obstétrica, os achados indicam que os metas desenvolvidos foram superados no pré e pós-teste. A meta era que 50% dos entrevistados soubessem que a FO é uma condição evitável. Os dados mostraram que, em média, 75% dos entrevistados (77% das mulheres e 73% dos homens) sabiam disso no pré-teste (ver Figura 4). No pós-teste, o percentual médio caiu para 70% dos entrevistados (69% das mulheres e 71% dos homens), ainda bem acima da meta.

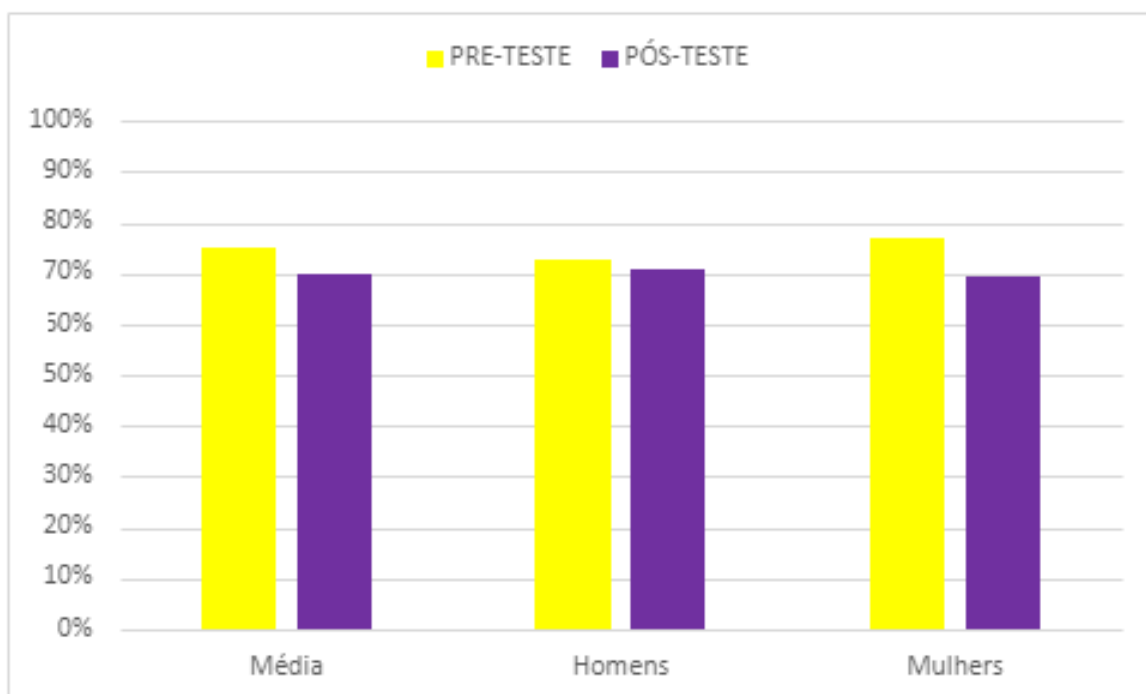


Figura 4: Porcentagem de participantes que sabiam que a fístula obstétrica (FO) é evitável

Planeamento familiar

i. Relembrando as principais mensagens

Os resultados indicam que os participantes demonstraram um decréscimo no conhecimento tanto das mensagens relacionadas com SSR como das mensagens de planeamento familiar discutidas nas sessões de aprendizagem. Com relação à SSR geral, os resultados do pré-teste não atingiram o objetivo SMART de 75% dos participantes, com 53% dos participantes lembrando pelo menos três mensagens importantes relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (veja a Figura 5). No pós-teste, houve um declínio surpreendente na porcentagem de participantes pesquisados que foram capazes de

lembrar pelo menos três mensagens-chave de SSR, com uma diminuição média de 6 pontos percentuais (veja a Figura 5). No entanto, as mulheres por conta própria atingiram o objetivo SMART durante o pós-teste (77%), experimentando um aumento de 27% do pré para o pós-teste. Enquanto isso, os homens por conta própria experimentaram uma diminuição de 17% do pré para o pós-teste.

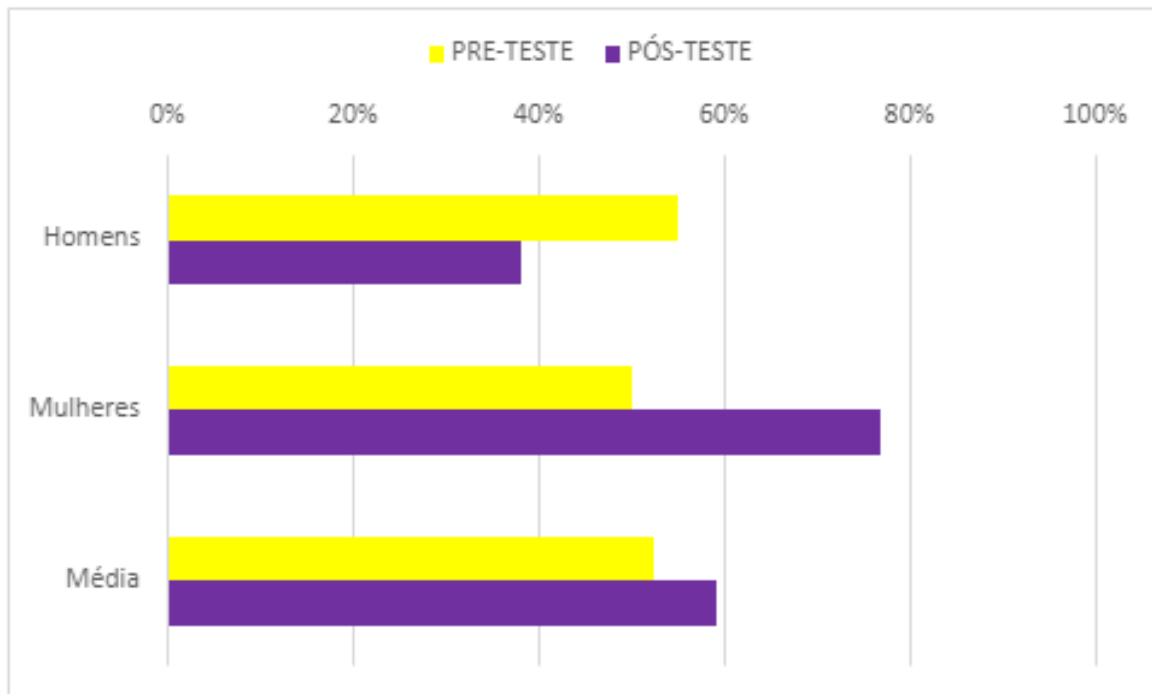


Figura 5: Porcentagem de participantes que conseguiram se lembrar de pelo menos 3 mensagens-chave de SSR

Com relação às mensagens-chave específicas do planejamento familiar, os resultados do pré-teste não atingiram o objetivo SMART de 75% dos participantes, com 71% dos participantes lembrando de pelo menos três métodos de planejamento familiar (ver Figura 6). Pelo pós-teste, houve um aumento no percentual de participantes pesquisados que conseguiram se lembrar de pelo menos três métodos de planejamento familiar, com aumento médio de 4 pontos percentuais. (ver Figura 6). No entanto, as mulheres sozinhas não atingiram o objetivo SMART durante o pós-teste (74%).

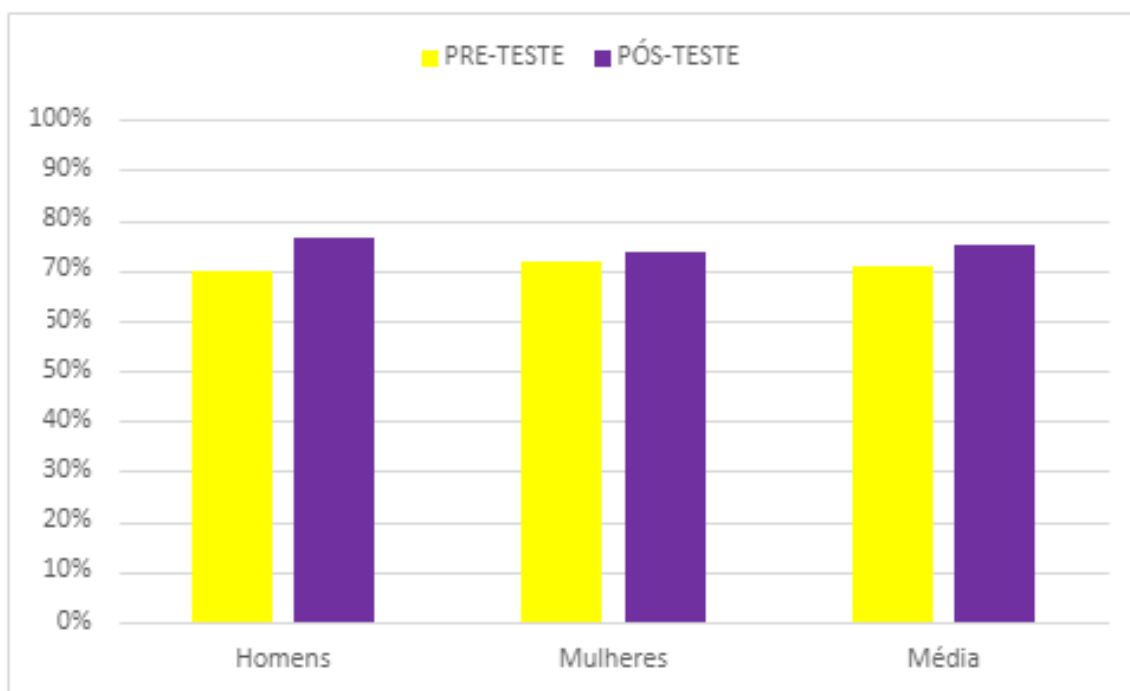


Figura 6: Porcentagem de participantes que se lembravam de pelo menos 3 métodos de planeamento familiar

ii. Espaçamento de Nascimento

Um componente-chave do planeamento familiar é o espaçamento entre os nascimentos. A pesquisa reflete que intervalos curtos entre o nascimento e a gravidez podem contribuir para uma gravidez de risco e resultados nutricionais inadequados para bebês e crianças. Uma análise dos dados da Pesquisa Demográfica e de Saúde (DHS) de 52 nações não industriais revelou que crianças concebidas menos de 24 meses (2 anos) após o nascimento do filho anterior tinham risco de mortalidade de uma a duas vezes maior no primeiro ano de vida, vida do que crianças concebidas com 36 a 47 meses (3 a 4 anos) de intervalo. A análise do DHS também mostrou que a diminuição dos intervalos de nascimento aumentou a probabilidade de desnutrição crônica ou desnutrição crônica. Crianças concebidas após um intervalo de apenas 12 a 17 meses (1 a 1,5 anos) têm 25% mais chances de apresentarem atraso no crescimento e 25% mais chances de apresentar baixo peso do que aquelas concebidas após um intervalo de mais de 24 meses ¹⁰.

Nos resultados do pré-teste, os participantes superaram o objetivo SMART de 50% dos participantes sabendo que os partos deveriam ocorrer em intervalos de dois anos, com 67% dos participantes do sexo feminino e masculino conhecendo esse fato. Mesmo com um pequeno declínio em pontos percentuais, essa conquista se manteve no pós-teste,

10 Kit de Ferramentas de Integração Materno Infantil e Nutrição Infantil e Planejamento Familiar (MIYCN-FP). (nd). Recuperado em 22 de março de 2022, de:

https://toolkits.knowledgesuccess.org/sites/default/files/toolkit_custom_pdfs/Maternal%20Infant%20and%20Young%20Child%20Nutrition%20and%20Family%20Planning%20%28MIYCN-FP%29%20Integration%20Toolkit.pdf

com 65% das mulheres e 69% dos homens demonstrando conhecimento dos intervalos apropriados de espaçamento entre partos (ver Figura 7).

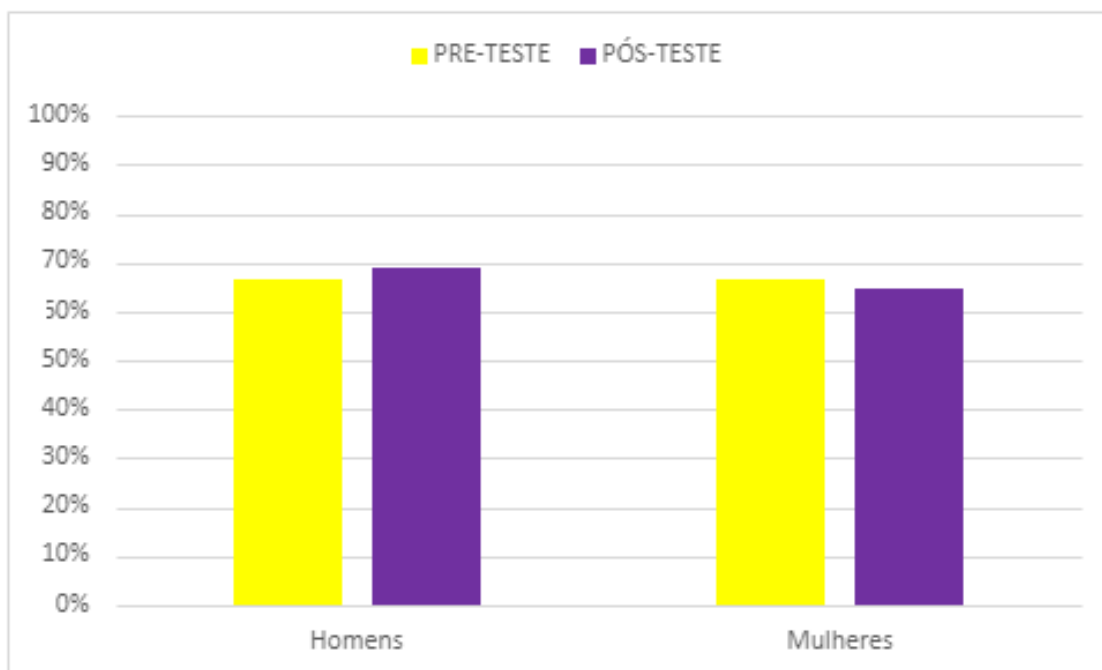


Figura 7: Porcentagem de participantes que sabem que 2 anos é o tempo adequado entre os nascimentos

Embora os dados acima sejam promissores, vale a pena notar que a alta evocação não significa necessariamente mudança de comportamento. Com relação à intenção de se engajar no espaçamento entre os partos, os dados produziram resultados diferentes do que mediu o conhecimento. Tanto no pré como no pós-teste vemos que o objetivo SMART de 50% de homens e mulheres que pretendem espaçar as gestações em pelo menos dois anos foi atendido, com 83% de intenção entre os homens e 68% de intenção entre as mulheres no pré- teste. teste. No entanto, houve um declínio nos dados pós-teste, de 18% para homens e 10% para mulheres. Notavelmente, o número de entrevistados que responderam “Talvez” aumentou entre o pré e o pós-teste, em 16% para homens e 12% para mulheres. Consulte a Figura 8 abaixo para obter detalhes.

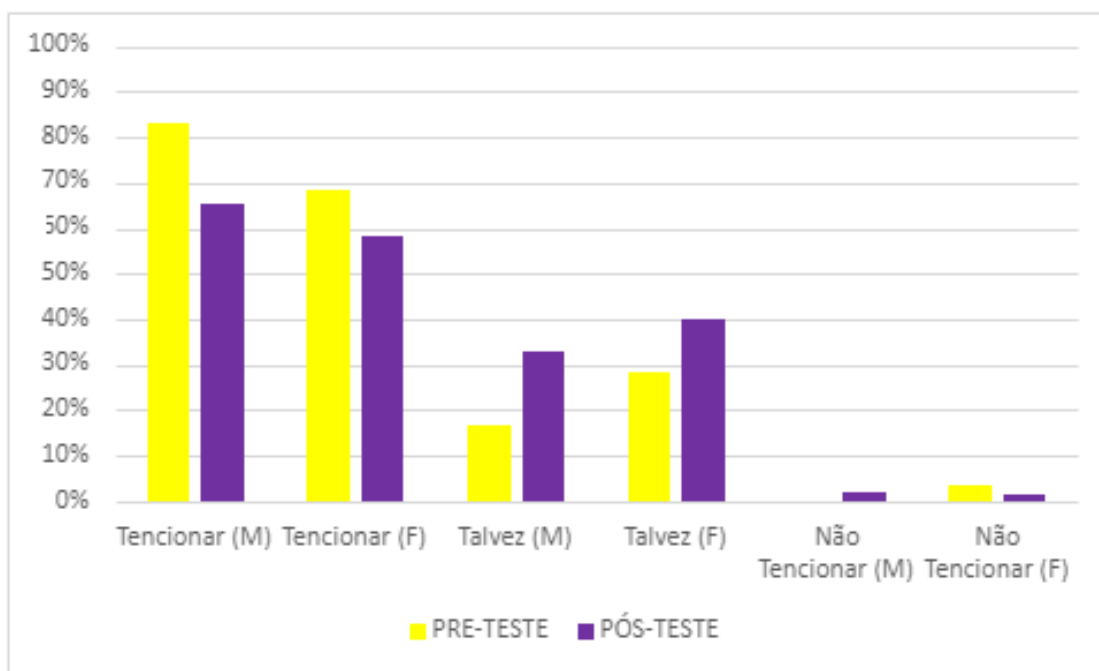


Figura 8: Níveis de intenção quanto ao espaçamento adequado dos partos. F=Feminino e M=Masculino.

iii. Consultando um profissional médico

Os resultados indicam que os metas enquadrados em intenção e comportamento em relação à discussão do planejamento familiar com um profissional médico não foram atendidos no pré ou pós-teste. A meta era que 66% dos respondentes pretendessem efetivar tal prática. No entanto, os dados mostraram que, em média, 61% dos entrevistados carregavam essa intenção. 57% das mulheres e 65% dos homens tiveram essa intenção no pré-teste. No pós-teste, o percentual médio subiu para 65%, apenas um ponto aquém do indicador. No entanto, quando desagregado por gênero vemos que as mulheres superaram ligeiramente o indicador com 68% de intenção, enquanto os homens não atingiram o indicador, com 62% de intenção. Para os homens houve uma diminuição de 3% do pré para o pós-teste. Consulte a Figura 9 abaixo para obter detalhes.

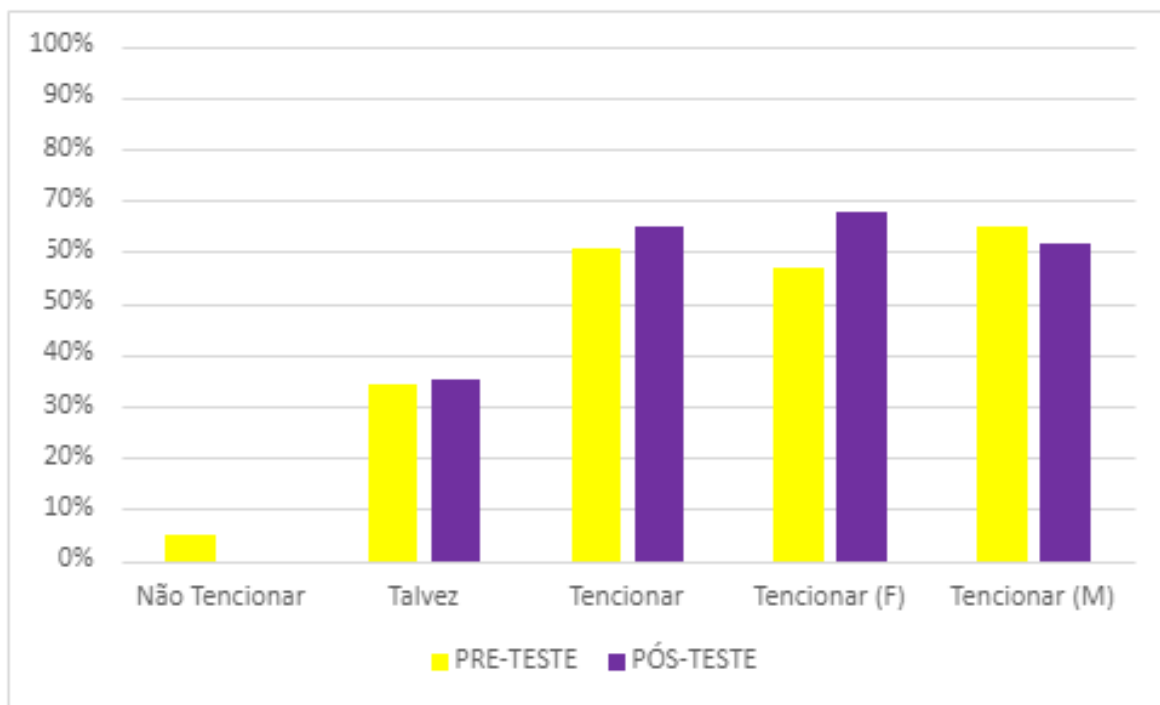


Figura 9: Níveis de intenção em relação à consulta de um profissional médico. F=Feminino e M=Masculino.

Em termos de comportamento relatado, tanto os inquiridos como os inquiridos demonstraram um aumento da prática de ir a um estabelecimento de saúde com o seu parceiro e consultar um profissional médico para discutir métodos de planeamento familiar. No entanto, o indicador para essa meta SMART não foi atendido nos dados pré e pós-teste. No pré-teste, apenas 28% dos entrevistados relataram esses comportamentos, e no pós-teste, isso aumentou para 57%. Para as mulheres, o aumento entre pré e pós-teste foi o mais substancial, aumentando 40 pontos percentuais de 18% para 58%. Para os homens, houve um aumento de 17 pontos percentuais, de 38% para 55%. Consulte a Figura 10 abaixo para obter detalhes.

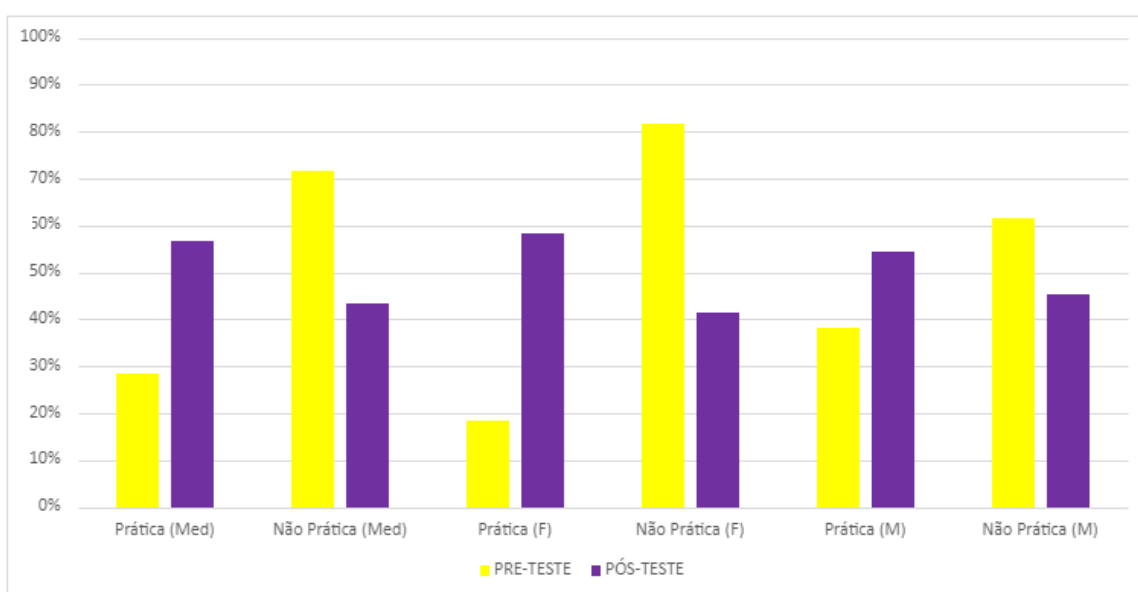


Figura 10: Comportamentos em relação à consulta de um profissional médico. F=Feminino e M=Masculino.

iv. Responsabilidade compartilhada/tomada de decisão

Outro aspecto central da saúde sexual e reprodutiva é o compartilhamento de responsabilidades e igual poder de decisão entre os parceiros. De acordo com a OMS, a saúde sexual é criticamente influenciada por normas de gênero, papéis, expectativas e dinâmicas de poder¹¹. Dessa forma, era importante considerar crenças, comportamentos e intenções em relação à responsabilidade pelo planejamento familiar.

Quando perguntados sobre quem deveria aprender sobre saúde sexual e reprodutiva, os resultados pré e pós-teste mostraram que os participantes ainda têm uma compreensão um tanto rígida de onde está a responsabilidade, com muitos acreditando que a saúde sexual e reprodutiva é uma preocupação principalmente para meninas e mulheres. No pré-teste vemos que apenas 14% dos entrevistados acreditavam que todos deveriam aprender sobre saúde sexual e reprodutiva. Enquanto isso, a maioria (49%) acreditava que as mulheres deveriam aprender sobre SSR sozinhas, seguidas por 16% que acreditavam que as meninas deveriam aprender sobre SSR sozinhas. No pós-teste o que vemos é uma redução no percentual de respondentes que acreditam que todos deveriam aprender sobre SSR, caindo para 10%. Embora menos entrevistados acreditem que as mulheres sozinhas devem aprender sobre SSR (até 32%), não houve mudança na porcentagem de entrevistados que acham que meninas sozinhas devem aprender sobre SSR (veja a Figura 11). O mais notável é que nenhum entrevistado acreditava que homens sozinhos ou meninos sozinhos deveriam aprender sobre saúde sexual e reprodutiva, indicando que muitos na comunidade colocam o ônus do conhecimento sobre SSR nas pessoas feminizadas. Tanto no pré quanto no pós-teste, a meta de 66% dos entrevistados concordarem que todos deveriam aprender sobre SSR não foi atingida.

11 OMS | Organização Mundial da Saúde. Elementos conceituais da saúde sexual. Recuperado em 15 de março de 2022, de: https://www.OMS.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/conceptual_elements/en/

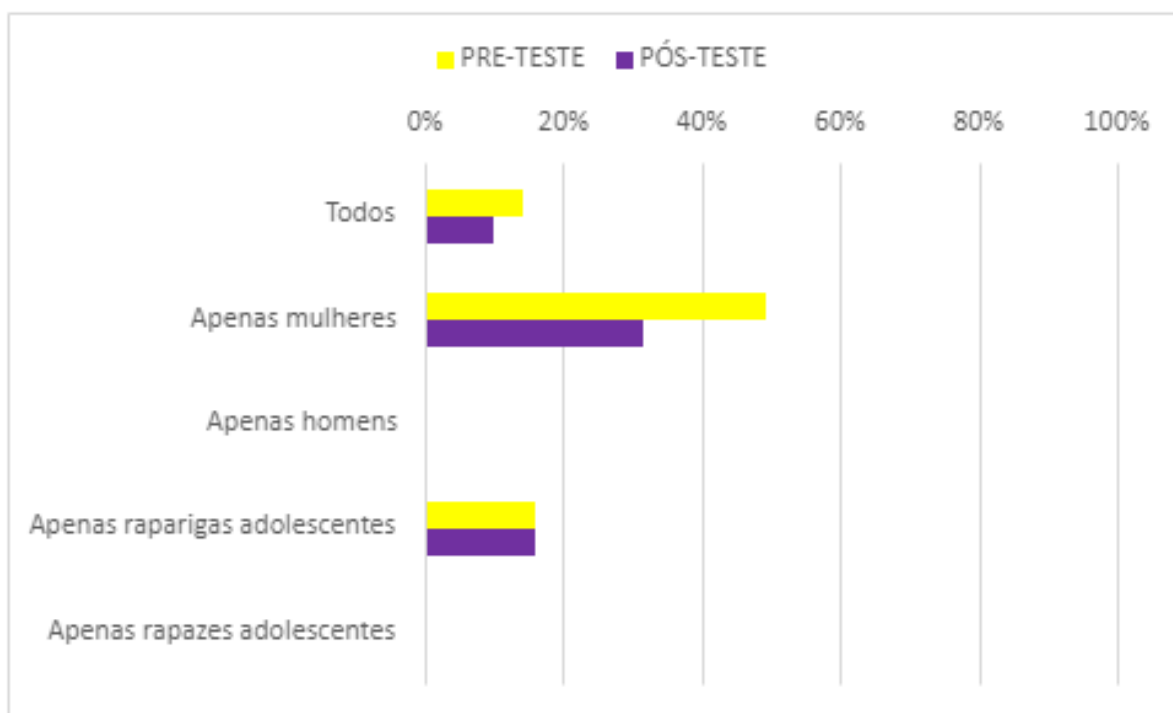


Figura 11: Crenças sobre quem é responsável por aprender sobre planeamento familiar (PF)

Ao medir as crenças sobre quem é responsável pelo planeamento familiar no domicílio, os dados do pré-teste refletiram que os beneficiários estavam longe da meta de 75% acreditar que o casal junto é responsável pelo planeamento familiar. Em média, 45% dos entrevistados acreditam que somente a esposa é responsável pelo planeamento familiar e 8% acreditam que o marido é o único responsável pelo planeamento familiar. Enquanto isso, apenas 47% acreditavam que o casal junto é o responsável. Nos dados pós-teste, os resultados mudaram significativamente, mas ainda não atingiram a meta de 75%. Em média, 23% dos entrevistados acreditam que a esposa é responsável pelo planeamento familiar e 4% acreditam que o marido é o único responsável pelo planeamento familiar. Enquanto isso, 73% acreditam que o casal junto é o responsável. Embora a meta não tenha sido atingida, foi apenas por dois pontos percentuais. Além disso, o aumento de 26% do pré para o pós-teste indica uma vontade de mudar as ideias ao longo do tempo. Além disso, quando os dados do pós-teste foram desagregados por gênero, verificou-se que as entrevistadas de fato ultrapassaram a meta SMART de 75%, sendo que 78% delas acreditam que o casal junto é responsável pelo planeamento familiar no domicílio. A Figura 12 abaixo detalha essas crenças, desagregadas por gênero.

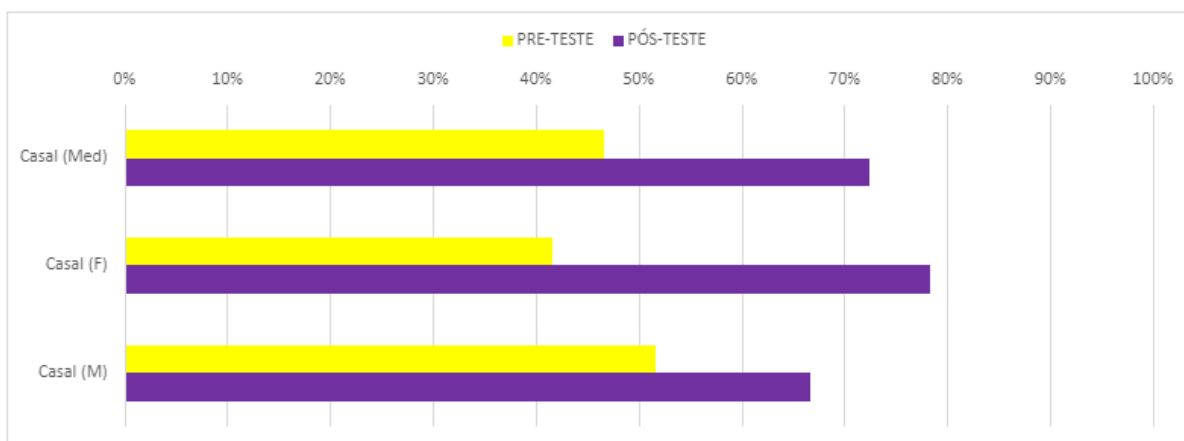


Figura 12: Porcentagem de participantes que acreditam que ambos os membros de um casal são responsáveis pelo PF

Em relação às discussões entre os parceiros sobre planeamento familiar, incluindo o uso de anticoncepcionais, quantos filhos ter e o espaçamento dos partos, buscou-se mensurar tanto a intenção quanto a prática. Em termos de intenção, a meta foi fixada em 66%; isso não foi atendido nos dados pré ou pós-teste. No pré-teste verificamos que 59% dos entrevistados mantinham essa intenção. No pós-teste houve um aumento de 14%, a apenas 3 pontos percentuais da meta SMART. Consulte a Figura 13 abaixo para obter detalhes.

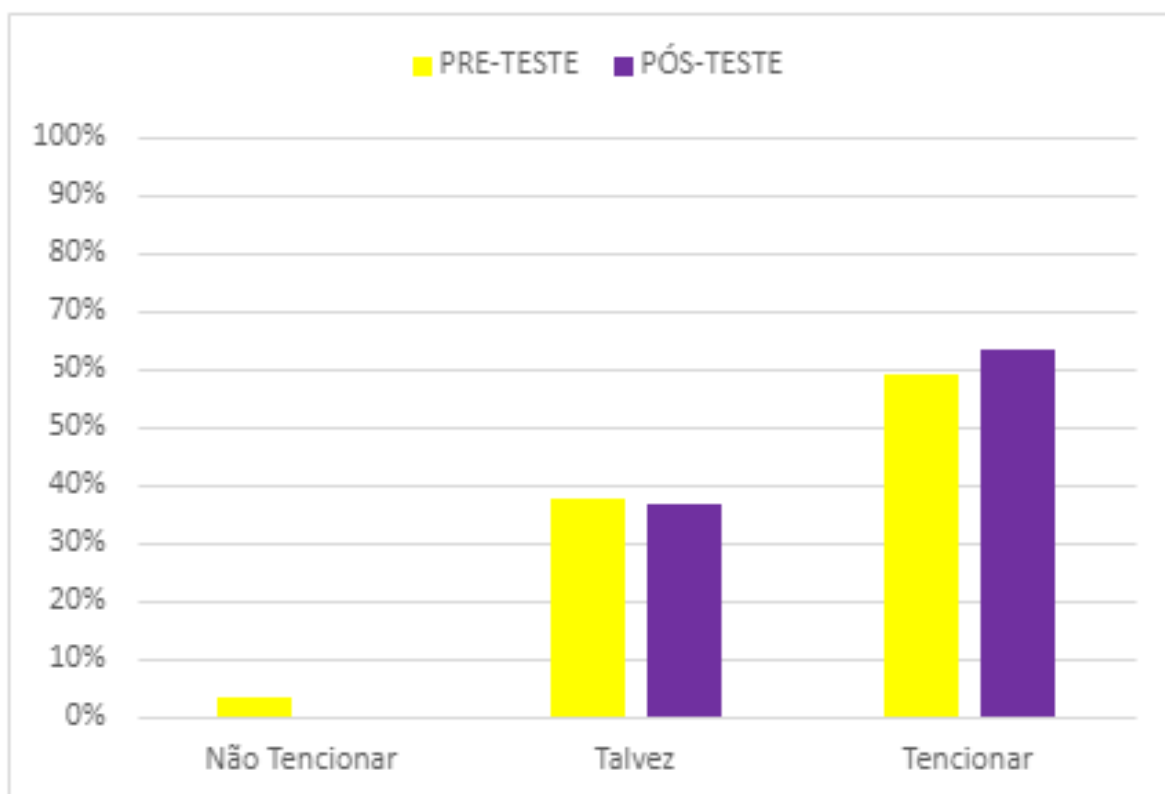


Figura 13: Porcentagem de participantes que pretendem discutir PF com o parceiro

Com relação às práticas reais, os dados foram um pouco mais promissores. Com uma meta SMART de 33% dos entrevistados incluindo seus parceiros ao tomar decisões sobre planejamento familiar, os resultados do pré-teste mostraram que 38% dos entrevistados já se envolveram nesse comportamento (veja a Figura 14). No entanto, quando desagregado por sexo, vemos que, embora os homens sozinhos tenham atingido esse objetivo (43%), as mulheres sozinhas não (32%). Isso poderia apoiar o conhecimento comum de que os homens nessas comunidades tendem a ser os principais tomadores de decisão no lar, o que poderia facilmente se estender a decisões sobre planejamento familiar. Mesmo assim, houve uma notável mudança positiva refletida nos resultados pós-teste, com 63% dos entrevistados atestando que incluem seus parceiros nas discussões sobre planejamento familiar (veja a Figura 14). Para os homens foi de 64%, um aumento de 21%, e para as mulheres foi de 63%, um aumento de 31% (veja a Figura 15).

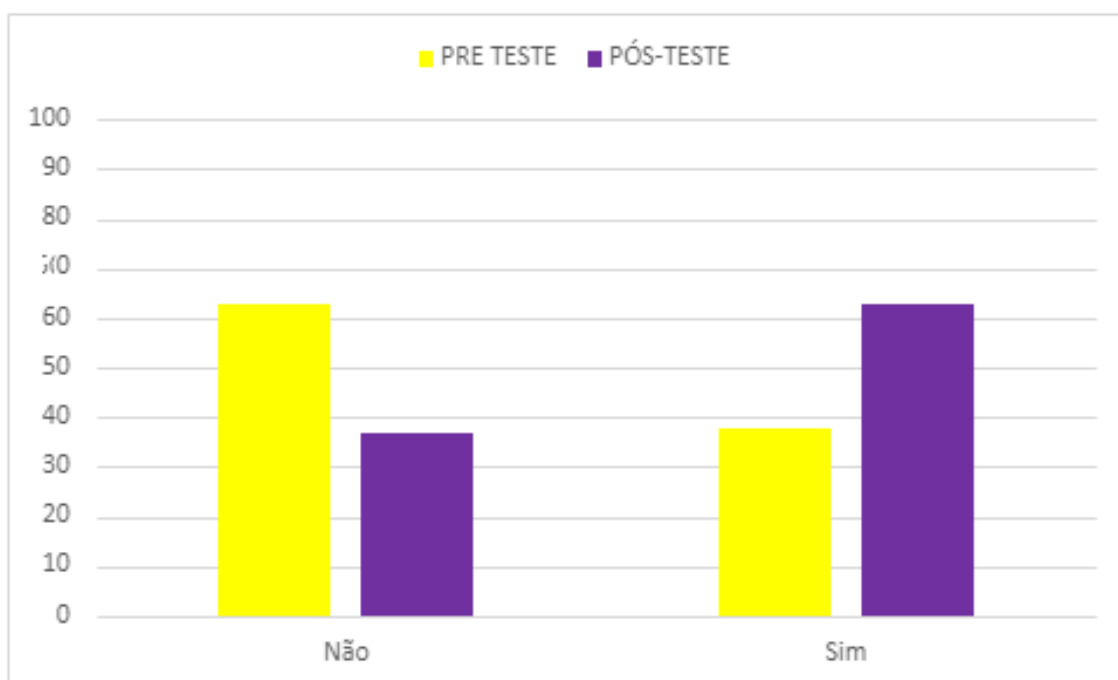


Figura 14: Porcentagem de participantes que incluem parceiro nas decisões sobre PF

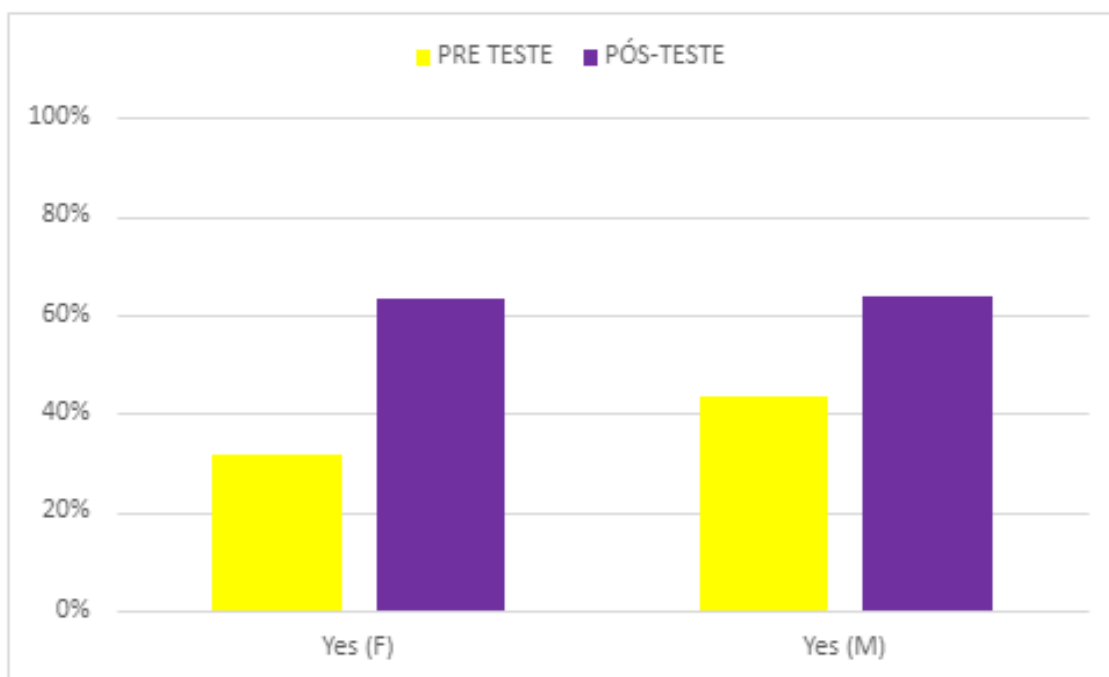


Figura 15: Percentual de participantes que incluem parceiro nas decisões sobre PF, por sexo. F=Feminino, M=Masculino

Demonstrações de culinária

Por fim, os resultados da pergunta de demonstração de culinária indicam que os participantes do sexo feminino e masculino demonstraram uma maior tentativa de cozinhar as receitas compartilhadas no módulo SSR. Enquanto os resultados do pré-teste não atingiram o objetivo SMART de 50% dos participantes que experimentaram as receitas, houve um aumento nas tentativas entre o pré e o pós, em 37 pontos percentuais (ver Figura 16). No pós-teste o objetivo SMART foi cumprido, com 62% dos participantes tendo tentado a receita da demonstração de culinária. Quando desagregado por gênero, o percentual aumentou de 25% para 60% para as mulheres e de 25% para 64% para os homens.

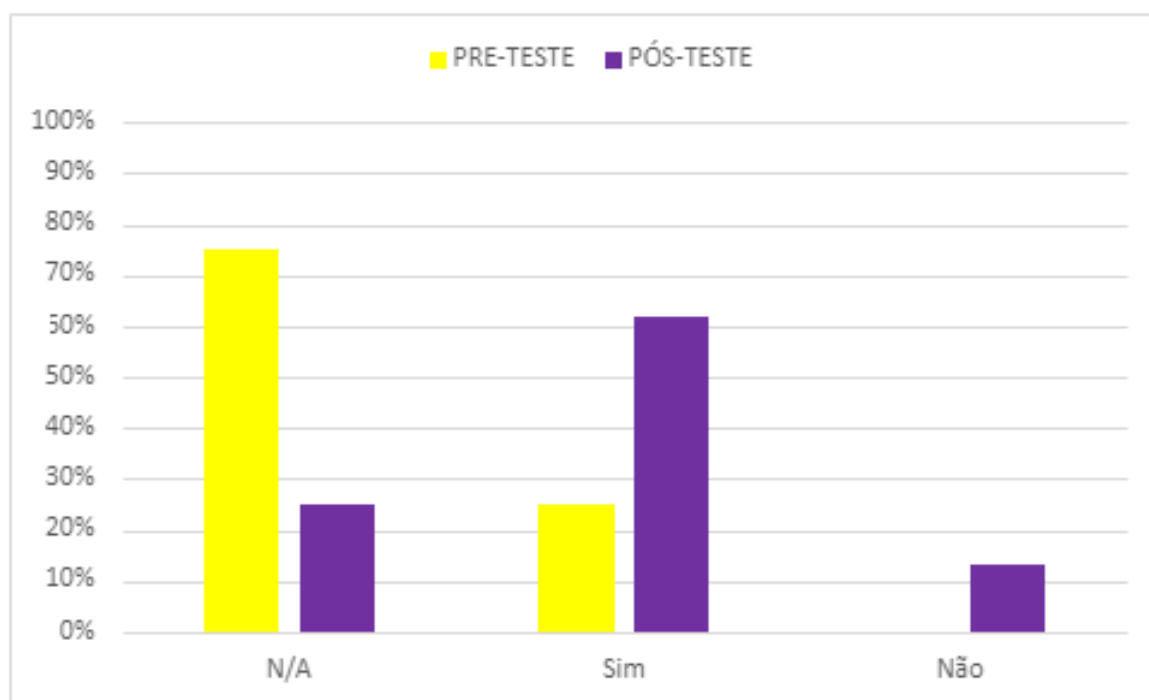


Figura 16: Porcentagem de participantes que tentam receita de demonstração de culinária

VI. Discussão

As descobertas deste módulo de tópicos foram muito diferentes das dos cinco módulos anteriores cobertos pelo projeto. Em todas as análises e relatórios anteriores, descobrimos que a maioria dos indicadores e metas SMART foram atingidas tanto no pré quanto no pós-teste. No entanto, este não foi o caso do módulo de saúde sexual e reprodutiva. Nesse caso, muitos indicadores e metas SMART não foram atendidos, refletindo não apenas lacunas no conhecimento, mas também intenção e práticas limitadas em relação aos aspectos de saúde reprodutiva que foram o foco deste módulo temático.

Ao contrário dos módulos de tópicos Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas, Gênero, Prevenção da Malária, Saneamento e Higiene e Nutrição Materna, a maioria dos

resultados pré e pós-teste para o módulo Saúde Sexual e Reprodutiva não excedeu os metas. Apenas três dos indicadores atingiram seus metas no pré-teste: compartilhar a tomada de decisão em torno do planejamento familiar (1,5), saber que os partos devem ocorrer com pelo menos dois anos de intervalo (1,9) e pretender espaçar os partos em pelo menos dois anos (1.10). Dois indicadores adicionais atingiram o objetivo SMART no pós-teste: ir a uma unidade de saúde com o parceiro para discutir planejamento familiar (1,8) e saber que a fístula obstétrica é curável e evitável (1,13).

Quando desagregados por gênero, três indicadores adicionais foram alcançados apenas por mulheres: recordar mensagens-chave de SSR (1.1), saber que todos os pais de uma família são responsáveis pelo planejamento familiar (1.3) e pretender ir a uma unidade de saúde com um parceiro para discutir planejamento familiar (1.7). Conforme demonstrado nos dados, nenhum dos treze indicadores resultou em 100% de alcance de seu respectivo objetivo SMART no pré ou pós-teste.

Pode haver várias razões pelas quais os dados resultaram dessa maneira. Por um lado, o tema da saúde sexual e reprodutiva permanece muito tabu culturalmente nas comunidades onde ocorreram as sessões de aprendizagem e os pré/pós-testes. O desejo de evitar ser associado a assuntos tabus pode ser uma forte influência na capacidade de alguém se envolver com o material de maneira profunda ou duradoura. Os enumeradores, também chamados de voluntários de saúde comunitária (CHVs), relataram que alguns entrevistados tinham medo de responder a algumas das perguntas feitas a eles. Dada a forte capacidade de retenção de conhecimento demonstrada em todos os módulos anteriores, é improvável que os respondentes não tenham a capacidade de entender o que foi ensinado nos módulos de aprendizagem. Existem vários fatores externos que influenciam a vontade comunitária e individual de aderir ou mudar um padrão de comportamento. Isso inclui hábito, medo e experiência anterior negativa ¹². Além disso, os agentes comunitários de saúde enfrentaram desafios ao navegar nas relações familiares nas sessões de aprendizado, onde os parentes estavam frequentemente presentes. Eles tiveram que transmitir as informações de maneira sensível para evitar constranger os participantes. Além disso, alguns CHV ainda tinham dificuldades para compreender completamente as mensagens dos módulos de aprendizagem, alguns dos quais eram fortemente focados no casamento precoce, e não o suficiente em outras questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva ou fístula obstétrica.

Embora as descobertas deste módulo de tópicos não tenham sido as esperadas, elas ajudam os implementadores a fazer mudanças para melhor atender às necessidades da comunidade e implementar a intervenção com mais sucesso. A falha em atingir a maioria dos metas indicou que no futuro tal projeto poderia precisar de uma mudança de metodologia, pelo menos para o módulo de tópicos de SSR. Para o projeto GTNS, foi decidido que o módulo SSR tivesse um forte foco no planejamento familiar, excluindo

12 Barreiras e Facilitadores à Mudança de Comportamento – CMSC e Gênero. (2015, 2 de novembro).

<https://CMSCimplementationkits.org/gender/barriers-facilitators-behavior-change/#:~:text=Barriers%20to%20change%20prevent%20or%20make%20it%20difícil>

outros componentes-chave da saúde sexual e reprodutiva. Das quatorze questões do questionário, dez eram sobre planeamento familiar e quatro sobre fístula obstétrica. Se o módulo de SSR fosse implementado novamente, existem áreas de foco de SSR adicionais que poderiam ser incluídas, tais como: prevenção e tratamento de HIV/IST; consentimento e prevenção de agressão sexual ; diversidade de gênero; orientação sexual; cuidados pós-parto e pós-aborto; prevenção , diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero e da próstata; prevenção da violência baseada no gênero e cuidados aos sobreviventes.

O kit de ferramentas de integração de nutrição materna, infantil e infantil (MIYCN) e planeamento familiar (PF) afirma que “integrar atividades de CMSC para MIYCN e FP beneficia a saúde das mães e seus filhos, reforçando os benefícios mútuos das práticas de nutrição e planeamento familiar” (Kit de Ferramentas de Integração Materno Infantil e Nutrição Infantil e Planeamento Familiar (MIYCN-FP)). Assim, o planeamento familiar aborda um aspecto central e transversal da promoção da nutrição adequada para mulheres grávidas e lactantes e crianças menores de 2 anos. No entanto, o planeamento familiar por si só não atenderá totalmente às necessidades desta ou de qualquer comunidade. Ao desenvolver recursos de aprendizagem, é importante abordar todo o espectro de necessidades sexuais e reprodutivas de uma comunidade e as necessidades exclusivas de indivíduos vulneráveis, incluindo adolescentes e grávidas ¹³. Alguns componentes primários de SSR incluem contracepção e uso de preservativos, prevenção e tratamento de HIV/IST, educação e prevenção de violência baseada em gênero e autoeficácia sexual. Componentes comuns de intervenção psicossocial incluíram: treinamento de assertividade, habilidades de comunicação e resolução de problemas ¹⁴. A inclusão de mensagens sobre o HIV é de particular importância devido ao impacto negativo crítico que foi encontrado na segurança alimentar de mulheres e meninas ¹⁵. É também importante notar que as pessoas LGBTQI e outras pessoas de gênero e sexuais diverso foram excluídas deste estudo, pelo que os resultados não podem definir com precisão as experiências dessas pessoas que existem na comunidade.

VII. Conclusão

Chemba receberam educação e possuem algum conhecimento prévio de saúde sexual e reprodutiva e os resultados do pré-teste refletem esse esforço, pois existe uma pequena quantidade de conhecimento, atitudes favoráveis e boas práticas em torno do planeamento familiar. No entanto, os achados mostraram alguma influência positiva em

13 LaRose E, Osman N, Santos Dias K, Poonawala A, Gonzalez W, Felix Z, Falla A. Nutriendo Heroínas em Moçambique: compreendendo, projetando e adaptando intervenções nutricionais para meninas adolescentes. Aliança Global para Nutrição Melhorada (GAIN). Documento de Trabalho nº 19. Genebra, Suíça, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36072/wp.19>

14 Desenvolvimento de programas de saúde sexual: Uma estrutura para ação. (nd). http://apps.OMS.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/OMS_RHR_HRP_10.22_eng.pdf

15 Mambululu , Faith N., "Intervenções Agrícolas como Meio para Melhorar a Segurança Alimentar: Experiências de Agregados Familiares Afetados pelo HIV/AIDS no Norte do Malawi" (2014). Repositório Eletrônico de Teses e Dissertações. 2375. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/2375>



alguns dos indicadores ao comparar os resultados pré e pós-teste para promoção do planejamento familiar e prevenção de fístula obstétrica, principalmente entendendo a importância do espaçamento entre os partos e discutindo o planejamento familiar com o parceiro. Os resultados dos testes pré e pós também demonstram a necessidade de mensagens e aconselhamento contínuos sobre a importância de transmitir conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva a todos, não apenas mulheres e meninas ou pessoas em idade reprodutiva.

Algumas recomendações sobre como melhorar o conteúdo deste módulo de tópicos incluem enfatizar a importância da intenção e mudança de comportamento, bem como um foco mais abrangente nos principais elementos conceituais da saúde sexual e reprodutiva identificados pelo UNFPA e pela OMS. Ao projetar intervenções de CMSC, existem vários métodos baseados em evidências que podem ser utilizados para melhorar a eficácia de um projeto. Alguns métodos relevantes para este projeto e população são: teoria do comportamento planejado, processamento paralelo estendido, difusão de inovações, teoria de gênero e poder e ecologia política feminista¹⁶. Essas são teorias que podem ser consideradas ao projetar futuras intervenções relacionadas à SSR para garantir maior conhecimento e intenção de mudança de comportamento.

¹⁶ Barreiras e Facilitadores à Mudança de Comportamento – CMSC e Gênero. (2015, 2 de novembro). <https://CMSCimplementationkits.org/gender/barriers-facilitators-behavior-change/#:~:text=Barriers%20to%20change%20prevent%20or%20make%20it%20difícil>

Acrônimos

ADA	Agência Austríaca de Desenvolvimento
CAP	Conhecimento, Atitude e Práticas (Estudo)
CDG(s)	Clube(s) de Diálogo de Gênero
CHW	Agente(s) de Saúde Comunitária(s)
CMSC	Comunicação de Mudança Social e Comportamental
CU2	Crianças menores de 2 anos (anos)
CU5	Crianças menores de 5 anos (anos)
GTNS	Transformador de gênero e sensível à nutrição (projeto)
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IST	Infecção sexualmente transmissível
IYCF	Alimentação de bebês e crianças pequenas
LGBTQI	Lésbica, Gay, Transgenero, Bissexual, Queer, Intersex
MIYCN	Nutrição Alimentar Materna, Infantil e Infantil (MIYCN)
MN	Nutrição Materna
ODK	Kit de Dados Abertos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PLW	Mulheres Grávidas e Lactantes
PMA	Programa Mundial de Alimentos das Nações Unidas
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social
SMART	(E)specífico, Mensurável, Alcançável, Relevante e Temporário
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
S&H	Saneamento e Higiene



Anexo 1: Indicadores de Saúde Sexual e Reprodutiva e Metas

#	Detalhe do indicador	Objetivo SMART	Respondente	Domínio comportamental	Indicadores psicossociais	Referência (pergunta modelo)
3. Saúde Sexual Reprodutiva (SSR)						
1.1	Maior porcentagem de mensagens de SSR lembradas por homens e mulheres	Depois que a área de tópico completa da CMSC for conduzida [6 semanas], 75% dos homens e mulheres que participam das sessões da CMSC serão capazes de lembrar pelo menos 3 mensagens-chave de SSR	MULHER/ HOMEM	SSR (GERAL)	CONHECIMENTO	2.1
1.2	O aumento da porcentagem de homens e mulheres sabe que a saúde sexual e reprodutiva e o planejamento familiar devem ser ensinados a todas as pessoas, independentemente do estado civil, sexo ou idade	Após a conclusão da área temática da CMSC [6 semanas], 66% dos homens e mulheres que participam das sessões da CMSC, sabem que a saúde sexual e reprodutiva e o planejamento familiar devem ser ensinados a todas as pessoas, independentemente do estado civil, sexo ou idade.	MULHER/ HOMEM	INCLUSIVIDADE	CONHECIMENTO	2.2
1.3	Maior porcentagem de homens e mulheres sabem que ambos os pais (homem e mulher) são responsáveis pelo planejamento familiar no lar	Após a conclusão da área temática da CMSC [6 semanas], 75% dos homens e mulheres que participam das sessões da CMSC sabem que ambos os pais são responsáveis pelo planejamento familiar na casa	MULHER/ HOMEM	RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA	CONHECIMENTO	2.3
1,4	Aumento da porcentagem de homens e mulheres pretendem compartilhar a tomada de decisões em torno do planejamento familiar	Após a conclusão da área temática da CMSC [6 semanas], 66% dos homens e mulheres que participam das sessões da CMSC pretendem discutir e acordar junto com seu parceiro sobre planejamento familiar	MULHER/ HOMEM	TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA	INTENÇÃO	2.4

1,5	Maior percentagem de homens e mulheres relatam partilhar a tomada de decisões sobre planeamento familiar com seus parceiros	Depois que a área temática completa da CMSC é conduzida [6 semanas], 33% dos homens e mulheres que participam das sessões da CMSC relatam discutir e concordar em torno do planeamento familiar com seus parceiros, como quais anticoncepcionais usar, quando e quantos filhos ter	MULHER/ HOMEM	TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA	COMPORTAMENTO AUTO-RELATADO	2,5
1,6	Aumento da percentagem de homens e mulheres podem se lembrar de diferentes tipos de métodos contraceptivos	Depois que a área de tópico completa da CMSC é conduzida [6 semanas], 75% dos cuidadores que participam das sessões da CMSC podem lembrar pelo menos 3 métodos de contraceção	MULHER/ HOMEM	MÉTODOS DE PLANEAMENTO FAMILIAR	CONHECIMENTO	2.6
1,7	Aumento da percentagem de homens e mulheres pretendem ir à unidade de saúde com o parceiro para discutir planeamento familiar	Após a realização da área temática de CMSC completa [6 semanas], 50% dos homens e mulheres participantes das sessões de CMSC pretendem ir à unidade de saúde com seu parceiro para discutir planeamento familiar com um profissional médico	MULHER/ HOMEM	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	INTENÇÃO	2.7
1,8	Aumento da percentagem de homens e mulheres relataram ir à unidade de saúde com o parceiro para discutir planeamento familiar	Após a conclusão da área temática da CMSC [6 semanas], 50% dos homens e mulheres participantes das sessões da CMSC relataram ir à unidade de saúde para discutir planeamento familiar com um profissional médico	MULHER/ HOMEM	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	COMPORTAMENTO AUTO-RELATADO	2,8
1,9	Maior percentagem de homens e mulheres sabe que o tempo mínimo necessário para uma mulher esperar antes de engravidar novamente após o parto é seguro	Após a conclusão da área temática da CMSC [6 semanas], 75% dos homens e mulheres que participam das sessões da CMSC sabem que o tempo mínimo necessário para uma mulher esperar antes de engravidar novamente após o parto que seja seguro é de pelo menos dois anos	MULHER/ HOMEM	ESPAÇAMENTO DE NASCIMENTO	CONHECIMENTO	2.9

1.10	Aumento da percentagem de homens e mulheres pretendem esperar pelo menos dois anos após o parto para engravidar novamente	Após a conclusão da área temática da CMSC [6 semanas], 50% dos homens e mulheres que participam das sessões da CMSC, pretendem esperar pelo menos dois anos após o parto antes de engravidar novamente na próxima gravidez	MULHER/ HOMEM	ESPAÇAMENTO DE NASCIMENTO	INTENÇÃO	2.10
1.11	O aumento da percentagem de entrevistados conhece as principais causas da fístula obstétrica.	Depois que a área de tópico completa da CMSC for conduzida [6 semanas], 75% dos participantes das sessões da CMSC serão capazes de recordar pelo menos 3 principais causas de fístula obstétrica (FO).	MULHER/ HOMEM	SSR (GERAL)	CONHECIMENTO	3.1
1.12	O aumento da percentagem de entrevistados conhece os principais sintomas da fístula obstétrica.	Depois que a área de tópico completa da CMSC for conduzida [6 semanas], 75% dos participantes das sessões da CMSC serão capazes de recordar pelo menos 3 sintomas de fístula obstétrica (FO).	MULHER/ HOMEM	SSR (GERAL)	CONHECIMENTO	3.2
1.13	O aumento da percentagem de entrevistados sabe que a fístula obstétrica é curável e evitável.	Depois que a área temática completa da CMSC é conduzida [6 semanas], 50% das pessoas que participam das sessões da CMSC sabem que a fístula obstétrica é tanto evitável quanto tratável.	MULHER/ HOMEM	SSR (GERAL)	CONHECIMENTO	3.3 e 3.4

Anexo 2: Questionário de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR)

	Questionário de Monitoramento da CMSC – Saúde Sexual e Reprodutiva A ser preenchido por: Beneficiários - Entrevistados pela equipe de desbravadores Versão 2 – Dezembro de 2021	Moçambique Projeto GTNS 
Introdução		
<p>Leia a introdução ao beneficiário</p> <p>Olá, Meu nome é _____. Trabalho para a organização local Pathfinder, apoiando o Ministério da Saúde e o WFP. Você foi selecionado por acaso dentro do GTNS (Khaliro Adidi) beneficiários do projeto neste site para esta entrevista. Você não obterá nenhum benefício material ao concordar em conduzir esta entrevista. Você não receberá nenhuma assistência extra do que teria recebido de outra forma. A pesquisa é voluntária e você pode optar por não participar.</p> <p>O objetivo desta entrevista é obter informações sobre os comportamentos de saúde dos membros da comunidade. Isso nos ajuda a entender se estamos implementando nosso programa adequadamente e se estamos atendendo às necessidades da população que atendemos. As informações que você fornecer serão confidenciais. As informações serão usadas para preparar relatórios, mas todas as informações serão confidenciais e nenhum nome será divulgado.</p> <p>Esta entrevista levará apenas cerca de 20 minutos.</p> <p>Forneça a resposta mais precisa possível para melhor informar e melhorar o programa.</p> <p>Se concordar, iniciaremos agora as perguntas.</p> <p>Se o respondente disser 'Sim' – inicie a coleta de dados. Se o entrevistado disser 'Não' – agradeça pelo seu tempo e encerre a entrevista.</p>		
1. Informações gerais - ENTREVISTADOR A PREENCHER		
<p>1.1. Nome da comunidade [lista suspensa]: Andrassone , Arnelo , Bangwe , Bhaumbha , Bucha , Candima , Cassume , Castela , Deve , Dzunga 1, Dzunga 2, Fernando, Francalino , Fumbe 1, Fumbe 2, Macendua , Mandue , Mapata , Mateus , Melo 1, Melo 2 , Muandinhoza , Mulima - sede , Nhacagulagua 1 , Nhacagulagua 2 , Nhacavunvu , Nhalunga , Nhamaliwa , Nhamazonde , Nhambhandha , Nhamingale , Nhancaca , Nhangue , Nhapwete , Nharugue , Nhasulu , Nhatsete , Nhakuiyoyo , Thenda , Tomucene 1, Tomucene 2, Tsera , Xavier, Zenguerere , Zomdane 1, Zomdane 2</p>		
1.2. O beneficiário é um <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher [TODOS OS RESPONDENTES DEVEM RESPONDER A TODAS AS PERGUNTAS]	1.3. Data __ / __ / ____ dd mm aaaa	
2. Perguntas para homens e mulheres		
2.1	Você pode, por favor, lembrar mensagens-chave sobre saúde sexual e reprodutiva?	<p>Não leia as opções para o beneficiário</p> <p>Marque cada opção que o cuidador menciona.</p> <ul style="list-style-type: none">▪O planeamento familiar é de responsabilidade do casal (homem e mulher) e ambos devem comparecer às consultas juntos▪O planeamento familiar nos ajuda a evitar gravidez não planejada▪É importante que o casal se respeite e juntos tomem todas as decisões, inclusive sobre questões relacionadas a PF e contracepção

		<ul style="list-style-type: none"> ▪A negociação do método de PF que melhor se adapta às necessidades do casal depende da comunicação e equilíbrio na tomada de decisão ▪Existem muitas informações/mitos errados sobre planeamento familiar, como usar preservativo reduz o prazer sexual do casal ou métodos contraceptivos não causam infertilidade nas mulheres ▪As mulheres podem engravidar novamente algum tempo depois de parar de tomar a injeção contraceptiva ▪O uso de DIU não causa infertilidade em mulheres, exceto com laqueadura ▪Os métodos de planeamento familiar de curto prazo são: preservativos masculinos e femininos, pílulas ▪Métodos de longo prazo: injeção (DEPO), DIU e implantes ▪Métodos permanentes: vasectomia e laqueadura ▪Posso ir à unidade de saúde para obter informações gratuitas sobre métodos de planeamento familiar ▪As mulheres devem esperar pelo menos dois anos entre os partos. ▪ Tenho o direito de ter informações relevantes sobre os vários métodos de planeamento familiar e ninguém pode me obrigar a escolher um determinado método ▪Existem muitas barreiras que limitam o acesso ao planeamento familiar, como medo de efeitos secundários, mitos/informações erradas, oposição dos homens, mulheres temendo a oposição dos homens, falta de diálogo sobre planeamento familiar e SSR, pressão para ter filhos, falta de diversidade/estoque de contraceptivos nas unidades de saúde. ▪Mulheres HIV-positivas devem comparecer a consultas de CPN e receber aconselhamento de PTV . ▪Outro; por favor especifique _____
2.2	Quem deve aprender sobre saúde sexual e reprodutiva, como planeamento familiar e contraceção?	<p><i>Leia as opções para o beneficiário</i></p> <p>Marque cada opção que o beneficiário menciona. 1- mulheres (se selecionado, "somente mulheres casadas" ou "todas as mulheres") 2 - homens (se selecionado, "somente homens casados" ou "todos os homens") 3- meninas adolescentes (se selecionado, "somente meninas adolescentes casadas" ou "todas as meninas adolescentes")</p>

		4- meninos adolescentes (se selecionado, "apenas meninos adolescentes casados" ou "todos os meninos adolescentes") 5- Outros, especifique _____
2.3	Na sua opinião, quem é responsável pelo planejamento familiar no domicílio? Você só pode escolher uma opção.	Leia as opções para o beneficiário <input type="checkbox"/> 1 - A esposa <input type="checkbox"/> 2 - O marido <input type="checkbox"/> 3 - o casal (marido e esposa)
2.4	Até que ponto você pretende discutir e concordar com seu parceiro (marido/esposa/esposas) sobre planejamento familiar, como uso de anticoncepcionais e quando e quantos filhos ter? Você só pode escolher uma opção.	Leia as opções para o beneficiário <input type="checkbox"/> 1 - Não pretendo <input type="checkbox"/> 2 - Talvez sim <input type="checkbox"/> 3 - Pretendo
2.5	Você incluiu seu parceiro ao tomar decisões sobre planejamento familiar, como qual anticoncepcional usar ou quando e quantos filhos ter? Sim ou não?	Leia as opções para o beneficiário <input type="checkbox"/> 1 - Sim, incluí meu parceiro ao tomar decisões sobre planejamento familiar <input type="checkbox"/> 2 - Não, não incluí meu parceiro ao tomar decisões sobre planejamento familiar
2.6	Você pode se lembrar de alguns métodos de planejamento familiar/contraceptivos?	Não leia as opções para o beneficiário. Marque cada opção que o cuidador menciona. ▪ Marque cada opção que o beneficiário mencionar. ▪Preservativo masculino ▪Preservativo feminino ▪Pílulas ▪Injeção (DEPO) ▪DIU ▪Implantes ▪Vasectomia ▪Laqueadura de trompas ▪Outro; por favor especifique _____
2.7	Até que ponto você pretende ir à unidade de saúde com seu parceiro para discutir métodos de planejamento familiar com um profissional médico? Você só pode escolher uma opção.	Leia as opções para o beneficiário <input type="checkbox"/> 1 - Não pretendo <input type="checkbox"/> 2 - Talvez pretendo <input type="checkbox"/> 3 - Pretendo
2.8	Você foi à unidade de saúde com seu parceiro para discutir métodos de planejamento familiar com um profissional médico? Sim ou não?	Leia as opções para o beneficiário <input type="checkbox"/> 1 - Sim, fui ao posto de saúde com meu companheiro para discutir planejamento familiar com um profissional médico <input type="checkbox"/> 2 - Não, não fui ao posto de saúde com meu companheiro para discutir planejamento familiar com um profissional médico
2.9	Qual é o tempo mínimo necessário para uma mulher esperar antes de engravidar novamente após um parto seguro? Você só pode escolher uma opção.	Leia as opções para o beneficiário 1- não precisa esperar, a mulher pode engravidar imediatamente após o parto 2- a mulher deve esperar pelo menos 1 ano antes de engravidar novamente 3- a mulher deve esperar pelo menos 2 anos antes de engravidar novamente 4- a mulher deve esperar pelo menos 4 anos antes de engravidar novamente 5- não sei

2.10	Até que ponto você pretende esperar pelo menos dois anos após o parto antes de engravidar novamente na sua próxima gravidez/na próxima gravidez da sua esposa? Você só pode escolher uma opção.	<p><i>Leia as opções para o beneficiário</i></p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Não pretendo <input type="checkbox"/> 2 - Talvez pretendo <input type="checkbox"/> 3 - Pretendo</p>
3. Fístula Obstétrica (FO)		
3.1	Você pode, por favor, lembrar algumas causas de fístula obstétrica?	<p>Não leia as opções para o beneficiário. Marque cada opção que o respondente menciona.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalho de parto prolongado e complicado ▪ Falta de cuidados médicos durante e após o parto ▪ Idade precoce/gravidez na adolescência ▪ Desnutrição materna ▪ Pouco espaço entre as gestações ▪ Acesso limitado a clínicas de saúde ▪ Feto mal posicionado durante o trabalho de parto ▪ Fluxo sanguíneo restrito durante o trabalho de parto ▪ Corte genital feminino ▪ Violência sexual ▪ Outros; por favor especifique_____
3.2	Você pode se lembrar de alguns sintomas de fístula obstétrica?	<p>Não leia as opções para o beneficiário. Marque cada opção que o respondente menciona.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mau cheiro/cheiro vindo da área vaginal ▪ Infecções crônicas do trato urinário ▪ Perda constante e incontrolável de urina e/ou fezes da vagina/canal de parto ▪ Um orifício entre a vagina e o reto ▪ Infertilidade ▪ Danos nos nervos ou paralisia ▪ Disfuncional sexual ▪ Relação sexual dolorosa ▪ Comichão, ardor e irritação na vagina e/ou na vulva ▪ Corrimento vaginal

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor abdominal ▪ Falta de um período menstrual regular ▪ Dificuldade para caminhar ▪ Outros; por favor especifique _____
3.3	A fístula obstétrica é curável.	Leia as opções para o beneficiário <input type="checkbox"/> 1 - Verdadeiro <input type="checkbox"/> 2 - Falso
3.4	A fístula obstétrica é evitável.	Leia as opções para o beneficiário <input type="checkbox"/> 1 - Verdadeiro <input type="checkbox"/> 2 - Falso
4. Demonstrações de Culinária		
5.1	[Se aplicável], você tentou fazer a(s) receita(s) da demonstração de culinária em sua casa em algum momento nas últimas 6 semanas?	<input type="checkbox"/> 0 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 1 - Sim, tentei fazer a(s) receita(s) em casa <input type="checkbox"/> 2 - Não, não tentei fazer a(s) receita(s) em casa
6. Você tem algo que gostaria de perguntar sobre o que discutimos agora?		
Considerações finais		
<p>Leia a conclusão para o beneficiário</p> <p>Esta foi a última pergunta e agora terminamos. Obrigado mais uma vez pelo seu tempo generoso e por compartilhar seus pensamentos conosco. Agradecemos imensamente sua ajuda e esperamos que esta pesquisa nos ajude a melhorar a saúde do membro em sua comunidade. Se você tiver alguma dúvida específica, não hesite em ligar para nossa linha direta gratuita, Linha Verde, em 1458.</p>		
7. Assinaturas e aprovações da equipe da Pathfinder - NÃO RELEVANTE PARA MODA SOMENTE SE A VERSÃO EM PAPEL FOR USADA		
Equipe de campo dos desbravadores:		Oficial de MCH do Distrito de Desbravadores:
Assinatura:	Encontro:	Assinatura: Encontro: