



**WOMEN'S
REFUGEE
COMMISSION**

Research. Rethink. Resolve.



**Oportunidades e desafios para a prestação de serviços
contraceptivos em áreas afectadas pelo ciclone Idai em Moçambique**

Estudo de Caso

Outubro de 2020



A Comissão para as Mulheres Refugiadas (Women's Refugee Commission [WRC]) melhora a vida e protege os direitos das mulheres, crianças e jovens deslocados por conflitos e crises. Investigamos as suas necessidades, identificamos soluções e defendemos programas e políticas para fortalecer a sua resiliência e impulsionar a mudança na prática humanitária.

Agradecimentos

Este relatório foi realizado em co-autoria por Katherine Gambir e Lily Jacobi.* O consultor da Comissão para as Mulheres Refugiadas, Arturo Sanabria, contribuiu para as visualizações de dados. A investigação foi conduzida por Katherine Gambir, Lily Jacobi e Arturo Sanabria†, com o apoio de Ivania Cheiro e Dias Guerra. Este relatório foi revisto por Arturo Sanabria, Sandra Krause, Joanna Kuebler, Diana Quick e Sarah Rich da WRC.

Os investigadores gostariam de agradecer à AMODEFA pelo seu apoio e facilitação do estudo de caso; ao governo, ao Ministério da Saúde, ao FNUAP (Fundo de População das Nações Unidas) e aos parceiros não governamentais que dedicaram o seu tempo para reunir connosco; e às assistentes de investigação Ivania Cheiro e Dias Guerra por facilitarem as discussões em grupos focais. Os investigadores também gostariam de agradecer aos membros das comunidades internamente deslocadas e afectadas pelo ciclone pela sua vontade de se reunirem connosco e de partilharem as suas experiências.

As fotografias usadas no relatório foram tiradas com a permissão dos que constam das fotos e reproduzidas neste relatório com autorização das organizações retratadas e/ou dos detentores de direitos de autor.

* Os autores contribuíram de forma igual e estão listados alfabeticamente.

† Os investigadores contribuíram de forma igual e estão listados alfabeticamente.

Contacto

Para mais informações ou para partilhar comentários acerca deste relatório, entre em contacto com Katherine Gambir (investigadora, WRC) para KatherineG@wrcommission.org e Lily Jacobi (gestora de programa, saúde sexual e reprodutiva, WRC) para LilyJ@wrcommission.org.

Fotografia de capa: Centro de saúde reprodutiva e planeamento familiar de um hospital rural em Buzi. À direita um SAAJ, um serviço de saúde de amigos jovens dedicado a adolescentes. Nenhuma das instalações estava operacional no momento da recolha de dados devido à inundaçãõ provocada pelo ciclone Idai. © Katherine Gambir/WRC

© Women's Refugee Commission, Inc. 2020

Women's Refugee Commission
15 West 37th Street
9th Floor
New York, NY 10018
(212) 551 3115
info@wrcommission.org
womensrefugeecommission.org



Contents

Resumo Executivo	1
Principais conclusões.....	1
Principais recomendações.....	2
I. Introdução	4
II. Contexto	4
III. Visão Geral dos Métodos	6
Métodos e amostragem	6
Ética	8
Limitações	8
IV. Constatações dos informantes-chave.....	10
Prestação de serviços	10
Terminologia-chave	11
Coordenação entre parceiros	14
Bens essenciais.....	15
Recolha e utilização de dados	17
Pessoal qualificado	18
Mobilização comunitária.....	20
V. Estatísticas de serviços	21
VI. Resultados das avaliações das instalações de saúde	22
Instalações de saúde avaliadas	22
Infra-estrutura geral	23
Contraceção.....	24
Cuidados pós-aborto.....	26
Farmácia e armazenamento de medicamentos	27
Utilização de dados	28
Conhecimentos e atitudes dos prestadores de serviços	29
VII. Constatações da comunidade	31
Práticas e normas relacionadas com a gravidez e o casamento	31
Sensibilização para métodos contraceptivos e disponibilidade	33
Razões para o uso de contraceptivos, e atitudes positivas em relação ao uso de contraceptivos	33
Atitudes negativas e equívocos sobre contraceptivos e uso de contraceptivos	34
Factores que influenciam o uso de contraceptivos	35
Disponibilidade e acessibilidade dos serviços	38
Qualidade dos serviços.....	39
VIII. Discussão	41
Contraceptivos reversíveis de longa duração.....	42
Contraceção de emergência	42
Cuidados pós-aborto.....	43
Inexistência de estoques e gestão da cadeia de suprimentos.....	43
Desafios, estratégias eficazes e oportunidades para a aceitação dos contraceptivos	44
IX. Recomendações.....	47
X. Anexos.....	50
Anexo A: Dados das entrevistas aos informantes-chave	50
Anexo B: Dados das avaliações das instalações de saúde.....	51
Anexo C: Dados dos conhecimentos e atitudes dos prestadores	54
Acrónimos e abreviações	57
Notas finais	58



Resumo Executivo

Após dias de chuva no centro de Moçambique, o ciclone Idai atingiu a costa próxima da cidade da Beira, na província de Sofala, a 14 de Março de 2019. O ciclone atingiu as províncias de Sofala, Zambézia, Tete e Manica, com chuvas torrenciais e ventos fortes, deixando um rasto de danos catastróficos e inundações extensas. No final de Abril de 2019, estimava-se que 400.000 pessoas tinham sido deslocadas devido ao ciclone Idai,¹ e em Maio de 2019, foi reportado que 1,85 milhões de pessoas precisavam de ajuda humanitária.²

Globalmente, estudos têm demonstrado que as mulheres e as raparigas afectadas por desastres e conflitos enfrentam riscos elevados de saúde sexual e reprodutiva (SSR), incluindo riscos acrescidos de morbilidade e mortalidade materna, violência baseada no género, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez não intencional e aborto inseguro e as suas complicações associadas. Por conseguinte, os serviços contraceptivos, incluindo toda a gama de métodos, e cuidados pós-aborto são componentes críticos de normas mínimas aceites internacionalmente para respostas humanitárias em saúde.

Em Dezembro de 2019, a Comissão para as Mulheres Refugiadas realizou um estudo de caso de prestação de serviços contraceptivos nas áreas afectadas pelo ciclone Idai em Moçambique, que visou documentar o importante trabalho que o Governo de Moçambique, suas organizações parceiras e outras partes interessadas estavam a empreender para prestar serviços contraceptivos e cuidados pós-aborto às comunidades afectadas, incluindo pessoas deslocadas internamente e comunidades de acolhimento, para destacar desafios e documentar como alguns destes desafios foram abordados.

O estudo de caso utilizou métodos de investigação mistos, incluindo entrevistas a informantes-chave com pessoal do Ministério da Saúde de Moçambique, Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) e gestores de programas de organizações não governamentais e de programas de SSR; avaliações de instalações de saúde, incluindo inquéritos aos conhecimentos e atitudes de SSR de prestadores de serviços; discussões em grupos focais com comunidades afectadas, incluindo pessoas deslocadas internamente; e uma revisão dos dados da prestação de serviços do Ministério da Saúde moçambicano.

Este estudo é a última parte de uma série de três estudos de caso que documentam a prestação de serviços contraceptivos em ambientes humanitários. O primeiro estudo de caso foi realizado em Cox's Bazar, Bangladeche, e publicado em Junho de 2019. O segundo foi realizado no Centro Metropolitano Maiduguri, no Estado de Borno, Nigéria, e publicado em Maio de 2020.

Principais conclusões

- **A sensibilização para o Pacote de Serviços Mínimos Iniciais para SSR**, incluindo a gestão do Kit de Saúde Reprodutiva Inter-Agências, **foi geralmente baixa entre os parceiros no início da resposta.**
- **Os contraceptivos reversíveis de longa duração estavam menos disponíveis do que os métodos de acção rápida.** As lacunas na disponibilidade de serviços de cuidados contraceptivos e pós-aborto persistiram, mesmo quando a situação estabilizou. No momento da recolha de dados, nove meses após o ciclone Idai, as cinco instalações avaliadas reportaram ter experimentado inexistência de estoque de pelo menos um método nos três meses anteriores.

- **Apenas uma das cinco instalações avaliadas tinha o equipamento e os suprimentos para fornecer dispositivos intra-uterinos, e apenas uma poderia fornecer contracepção de emergência, a uma qualidade de cuidados aceitável.** Nenhuma das instalações tinha o equipamento e os suprimentos para fornecer cuidados pós-aborto com aspiração manual a vácuo com uma qualidade aceitável de cuidados.
- **A oposição dos parceiros e a falta de poder de decisão contraceptiva entre raparigas e mulheres foram barreiras fundamentais à aceitação de contraceptivos entre membros da comunidade.** O estigma entre membros da comunidade e prestadores foi uma barreira fundamental para os adolescentes no acesso aos serviços contraceptivos.
- **Estavam em vigor mecanismos para recolher rotineiramente dados de prestação de serviços contraceptivos das instalações de saúde;** no entanto, os dados da prestação de serviços dos Agentes Polivalentes Elementares, o quadro de trabalhadores comunitários de saúde de Moçambique, foram capturados separadamente de outras estatísticas de serviços contraceptivos, e a **precisão dos dados permaneceu um desafio.** Muitos registos de instalações foram destruídos durante o ciclone, o que provocou lacunas nos dados.
- **Muito poucos prestadores de saúde tinham sido formados para fornecer cuidados pós-aborto com aspiração manual a vácuo ou misoprostol, e o seu conhecimento de cuidados pós-aborto era muito baixo.** As unidades de saúde móveis não estavam autorizadas a prestar serviços de cuidados pós-aborto. Os membros da comunidade relataram consistentemente uma elevada incidência de aborto inseguro, especialmente entre as raparigas adolescentes.
- **A violência baseada no género,** incluindo a exploração sexual e o sexo transaccional, e o casamento infantil, precoce e forçado, **foi relatado como tendo aumentado após o ciclone.** No entanto, os membros da comunidade tinham um conhecimento muito baixo da contracepção de emergência, que prevenir a gravidez após sexo desprotegido, incluindo violação, e três das cinco unidades de saúde não tinham estoques de pilulas contraceptivas de emergência.
- **A gestão da cadeia de suprimentos e a disponibilidade de bens essenciais colocaram desafios à prestação de serviços de cuidados contraceptivos e pós-aborto** ao longo da resposta humanitária, principalmente devido a inexistência de estoques.

Principais recomendações

É essencial que o Governo de Moçambique e seus parceiros mantenham os seus esforços para prestar serviços SSR às comunidades afectadas e àqueles que podem ser afectados por futuras catástrofes, incluindo as comunidades mais remotas ou isoladas, e satisfazer a demanda e a necessidade de serviços contraceptivos, prevenção da mortalidade e morbilidade e cumprimento dos direitos humanos fundamentais.

- **Os parceiros SSR devem reforçar e alargar as medidas de gestão de riscos de emergência e desastres,** incluindo na saúde e SSR, para mitigar impactos de futuras catástrofes e **aumentar a capacidade de resposta de emergência** aos níveis nacional e comunitário.
- **O Ministério da Saúde de Moçambique, o FNUAP e outros parceiros da SSR devem identificar lacunas no conhecimento e capacidade de implementação do Pacote de Serviços Mínimos Iniciais,** incluindo a gestão do Kit de Saúde Reprodutiva Inter-Agências, e coordenar a entrega de formações PISM ao Ministério da Saúde de Moçambique e outros parceiros de implementação.
- **O Ministério da Saúde moçambicano deve continuar a reforçar o seu modelo integrado**

de prestação de serviços contraceptivos e políticas de mudança de tarefas, garantindo que todos os prestadores são formados, abastecidos e apoiados para fornecer toda a gama de métodos que estão autorizados a fornecer. Em particular, o Ministério da Saúde moçambicano deve garantir que parteiras e assistentes de partos tradicionais sejam formadas, abastecidas e apoiadas para fornecer toda a gama de métodos contraceptivos, e que os Agentes Polivalentes Elementares são formados, abastecidos e apoiados para fornecer pilulas contraceptivas de emergência.

- **O Ministério da Saúde moçambicano deve alargar a disponibilidade e acessibilidade dos serviços contraceptivos em áreas remotas e isoladas**, autorizando os prestadores de saúde e farmacêuticos a distribuir pilulas contraceptivas orais e de emergência em fornecimentos multi-mensais, e autorizando as mulheres a auto-injectarem DMPA-SC (marca Sayana Press) e garantindo que os prestadores de saúde e farmacêuticos estão equipados para formar e apoiar as mulheres a auto-injectar-se.
- **Os parceiros SSR devem reforçar a capacidade dos prestadores em fornecer uma gama completa de métodos contraceptivos**, incluindo a remoção de contraceptivos reversíveis de longa duração, e cuidados pós-aborto, através da formação pré-serviço, formação contínua, supervisão de apoio, formação no local de trabalho e valorizar as atividades de esclarecimento e transformação de atitudes.
- **Os parceiros SSR devem fortalecer os esforços** de mobilização da comunidade, expandindo a programação que apoie mudanças de atitudes e comportamento em torno da SSR e direitos, e esforços direcionados para chegar a adolescentes com informações e serviços SSR.
- **Os parceiros SSR devem continuar e expandir medidas para reforçar a capacidade de gestão da cadeia de suprimentos entre fornecedores, farmacêuticos e gestores de cadeias de suprimentos**, incluindo distribuição eficaz, gestão de stocks e utilização do sistema de informação de gestão logística de Moçambique, SIGLUS.



Um membro da equipa da AMODEFA e um profissional de saúde exibem materiais IEC de saúde reprodutiva na tenda de planeamento familiar e consulta num centro de saúde rural em Dondo, província de Sofala.

Crédito da foto: Arturo Sanabria



I. Introdução

Este estudo é a terceira e última publicação de uma série que documenta a prestação de serviços contraceptivos em ambientes humanitários. A Avaliação Global dos Serviços de Saúde sexual e Reprodutiva (SSR) 2012–2014 realizada pelo Grupo de Trabalho Inter-Agências sobre Saúde Reprodutiva em Crises (IAWG)³ detectou uma base de evidências persistentemente fracas na prestação de serviços SSR, particularmente serviços contraceptivos, em contextos humanitários.

Posteriormente, a Comissão para as Mulheres Refugiadas (WRC) iniciou uma avaliação no terreno para melhorar o conhecimento sobre o estado dos serviços contraceptivos em contextos humanitários; avaliar os progressos e os desafios para a implementação bem sucedida da prestação de serviços contraceptivos em contextos humanitários; e identificar recomendações-chave para acelerar o acesso à contracepção para populações afectadas por crises em todo o nexo de desenvolvimento humanitário. A avaliação compreendeu métodos mistos, incluindo uma revisão da literatura, um inquérito global de cobertura dos parceiros de implementação, entrevistas a inquiridos-chave com pessoal de campo e de sedes de organizações humanitárias e de desenvolvimento, e os estudos de caso acima referidos. O primeiro estudo de caso foi realizado em Cox's Bazar, Bangladeche, e publicado em Junho de 2019.⁴ O segundo estudo de caso foi realizado no Centro Metropolitano Maiduguri, no Estado de Borno, Nigéria, e foi publicado em Maio de 2020.⁵

II. Contexto

Em Março de 2019, o ciclone Idai provocou danos extremos e extensos nas províncias de Sofala, Zambézia, Tete e Manica, em Moçambique. Após dias de chuva e inundações, o ciclone Idai atingiu a costa próxima da cidade da Beira, na província de Sofala, a 14 de Março de 2019. Os rios transbordaram as margens, agravando e causando mais inundações em toda a região. Mais de 600 pessoas morreram e mais de 1.600 ficaram feridas. O ciclone também causou enormes danos e destruição de infra-estruturas, destruindo parcial ou totalmente cerca de 240.000 casas, destruindo parcialmente 89 instalações de saúde e duas instalações de formação em saúde, e destruindo completamente três instalações de saúde.⁶ No final de Abril de 2019, estimava-se que 400.000 pessoas tivessem sido deslocadas,⁷ e em Maio de 2019, foi reportado que 1,85 milhões de pessoas precisavam de ajuda humanitária.⁸ Estima-se que 74.650 mulheres atingidas pelo ciclone Idai estavam grávidas. Mais de 43.276 grávidas deveriam dar à luz nos seis meses seguintes ao desastre, estimando-se que 7.465 mulheres grávidas em emergências obstétricas estavam em risco de vida.⁹

Apenas seis semanas depois, o ciclone Kenneth atingiu as províncias do norte de Cabo Delgado e Nampula. Criticamente, antes das crises causadas pelos ciclones, Moçambique já enfrentava elevados níveis de insegurança alimentar devido à seca em curso que afectava a região sul do continente — a qual só foi agravada pela destruição das culturas em resultado dos ciclones.¹⁰

A recolha de dados para o estudo de caso ocorreu em Dezembro de 2019, nove meses após a passagem do ciclone Idai. Em 12 de Dezembro de 2019, a Organização Internacional para as Migrações informou que 71 locais de reassentamento nas províncias de Manica, Sofala, Tete e Zambézia albergavam 93.516 indivíduos.¹¹ Também em Dezembro de 2019, o Gabinete de Coordenação de Assuntos Humanitários da ONU informou que nas áreas afectadas pelo ciclone Idai, mais de meio milhão de pessoas, ou cerca de 100.000 famílias, viviam em casas danificadas ou destruídas, e que muitos locais de reassentamento careciam de acesso a bens e serviços básicos.¹²



Globalmente, estudos têm demonstrado que as mulheres e as raparigas afectadas por desastres e conflitos enfrentam riscos elevados de saúde sexual e reprodutiva (SSR), incluindo riscos acrescidos de morbilidade e mortalidade materna, violência baseada no género (VBG), infecções sexualmente transmissíveis (IST), gravidez não intencional e aborto inseguro e as suas complicações associadas.¹³ Consequentemente, os serviços SSR são uma componente essencial e de salvamento de vidas da resposta básica sanitária em situações de emergência humanitária, pelo que estão incluídos em normas mínimas internacionalmente aceites para a resposta à saúde humanitária, tal como articulado no *Pacote Inicial de Serviços Mínimos (PISM) para a Saúde Sexual e Reprodutiva*.¹⁴ Na revisão de 2018 do PISM, a prestação de serviços contraceptivos foi incluída pela primeira vez como um objectivo prioritário no âmbito da prestação de serviços SSR. O PISM para SSR é um conjunto de atividades e serviços de salvamento de vidas prioritários que constituem um padrão mínimo que deve ser implementado no início de cada crise humanitária para prevenir o excesso de morbilidade e mortalidade, particularmente entre mulheres e raparigas. Os serviços prioritários no PISM para SSR estão integrados na Esfera Mínima de SSR e nas Normas de HIV para resposta humanitária.¹⁵ À medida que uma crise se estabiliza, a resposta deve transitar o mais rapidamente possível do PISM para a prestação de serviços SSR abrangentes a todas as mulheres, homens e adolescentes afectados.¹⁶

A Avaliação Global de Serviços SSR da IAWG 2012–2014 em ambientes humanitários concluiu que os serviços contraceptivos ficaram para trás de outros serviços SSR.¹⁷ Os métodos de contracepção de longa duração e permanentes, bem como os contraceptivos de emergência (EC), foram especialmente negligenciados.¹⁸ Isto apesar da evidência de que uma ampla gama de métodos disponíveis aumenta o uso global de contraceptivos,¹⁹ e o consenso de que a oferta de contracepção é uma intervenção de saúde que salva vidas com implicações de longo alcance para a recuperação e resiliência de indivíduos e comunidades²⁰ que acelera o progresso para os objetivos globais.²¹ Em contextos humanitários, estudos demonstraram que as mulheres demandam contracepção e a utilizarão quando estiver disponível e com qualidade adequada.²²

Em 2017, estimava-se que a taxa de mortalidade materna em Moçambique fosse de 289 por 100.000 nascimentos.²³ Em 2018, a prevalência de VIH entre adultos com idades entre os 15 e os 49 anos era de 12,6% — entre as mulheres da mesma faixa etária, a proporção era maior: 15,1%.²⁴ A UNAIDS também reportou que dos 2 milhões de adultos a viver com HIV em Moçambique, 60%, ou 1.200.000, eram mulheres.²⁵ O Family Planning 2020 reportou que a taxa de prevalência contraceptiva moderna entre todas as mulheres era de 35,6%, e a necessidade não alcançada de contracepção entre mulheres casadas era de 22,8% em 2019.²⁶

Este estudo de caso visa documentar o importante trabalho que o Governo de Moçambique, suas organizações parceiras e outras partes interessadas estão a empreender para prestar serviços contraceptivos e cuidados pós-aborto às comunidades afectadas pelo ciclone Idai, incluindo pessoas internamente deslocadas (PID) e comunidades de acolhimento, para destacar desafios e documentar como alguns destes desafios foram abordados.

Para realizar este estudo de caso, a WRC estabeleceu uma parceria com a Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família (AMODEFA), uma organização não governamental (ONG) que integra a Federação Internacional de Paternidade Planeada em Moçambique. A AMODEFA apoiou a WRC na organização de entrevistas a informantes-chave (EIC) e em avaliações de instalações, e prestou apoio na organização de grupos focais de discussão (GFD) no Centro de Reassentamento de Mandruzi e no hospital rural de Buzi. A AMODEFA desempenhou um papel importante na resposta SSR ao ciclone Idai, cujos detalhes adicionais sobre serão incluídos neste relatório.

III. Visão Geral dos Métodos

Métodos e amostragem

O estudo de caso utilizou métodos de investigação mistos, incluindo EIC com representantes do governo, o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) e gestores de programas de saúde e SSR em ONG; avaliações de instalações de saúde, incluindo inquéritos aos conhecimentos e atitudes SSR de prestadores de serviços; GFD com comunidades afectadas e PID; e uma revisão dos dados da prestação de serviços do Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU).

Antes da recolha de dados, foi concedida aprovação oficial para a realização do estudo de caso pelo MISAU. As cartas de credenciação autorizando o estudo de caso foram assinadas pela Direcção Nacional de Saúde Pública e apresentadas aos parceiros dos níveis central, provincial, distrital e de unidade de saúde.

Quadro 1: Métodos de recolha de dados para o estudo de caso	
Tipo de recolha de dados	Número
Número de entrevistas a informantes-chave	10*
Avaliações de instalações	5
Questionários a conhecimentos e atitudes dos prestadores	10
GFD com membros da comunidade	11, compostos por 112 participantes

* Vários representantes incluídos em entrevistas, e várias entrevistas foram realizadas com mais de uma entidade.

Ferramentas do estudo de caso: As ferramentas de recolha de dados foram adaptadas a partir de instrumentos validados utilizados na Avaliação Global do IAWG 2012–2014,²⁷ avaliações PISM,²⁸ e um estudo de base de vários países sobre serviços contraceptivos em contextos humanitários realizado pela WRC, o Alto Comissário das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) e os Centros de Controlo e Prevenção de Doenças dos EUA em 2011 e 2012.²⁹

EIC: A WRC realizou entrevistas individuais com informantes-chave para compreender a prestação de serviços contraceptivos e de CPA disponíveis às comunidades afectadas pelo ciclone Idai, incluindo desafios e sucessos na implementação de serviços contraceptivos nas áreas afectadas. Os informantes-chave foram seleccionados intencionalmente com base nos seguintes critérios:

- trabalhando no MISAU a nível nacional, provincial ou distrital, no FNUAP, numa ONG local ou numa ONG internacional que tenha implementado ou apoiado directamente serviços contraceptivos nas áreas afectadas ou nas comunidades afectadas; e
- indivíduos dentro dessas organizações que trabalham como gestores ou coordenadores de programas de saúde ou SSR e disponíveis presencialmente durante o trabalho de campo do estudo de caso.

Com base nestes critérios, os principais inquiridos de 11 organizações que participaram na resposta humanitária da SSR foram convidados a participar em entrevistas presenciais num momento e local



convenientes em Maputo, Beira ou Buzi. Duas ONG internacionais, uma ONG nacional, MISAU e FNUAP responderam e estiveram disponíveis para participar em entrevistas (**ver Anexo A, Quadro 10**). Participaram representantes do MISAU a nível central, provincial e distrital. As entrevistas foram realizadas em inglês, ou em português com um investigador lusófono, num local tranquilo e privado ou semi-privado. O investigador lusófono proporcionou interpretação do português ao inglês durante as entrevistas. Todas as entrevistas foram realizadas com pelo menos dois investigadores, com uma parte a tomar notas. Posteriormente, o investigador lusófono ouviu as gravações das entrevistas que tiveram lugar em português, tendo tomado notas detalhadas em inglês. A WRC reuniu depois todas as respostas e realizou análises temáticas para identificar temas recorrentes e únicos nas entrevistas.

Avaliações de instalações: A WRC realizou avaliações das instalações de saúde para avaliar a prontidão das instalações em fornecer eficazmente serviços contraceptivos e CPA. Os participantes das ONG no estudo de caso selecionaram intencionalmente as instalações de saúde a avaliar. As avaliações incluíram entrevistas com pessoal das instalações e uma passagem sala-a-sala e inventário de medicamentos essenciais, suprimentos e equipamentos. Foram avaliadas cinco instalações: um hospital rural, três unidades de saúde urbanas ou rurais e uma unidade móvel de saúde.

Questionários a prestadores: Em cada unidade de saúde, a WRC efectuou um questionário aos profissionais de saúde que prestam serviços SSR para determinar os seus conhecimentos e atitudes em matéria de contracepção e CPA. Foram efectuados questionários em formulários em papel em português. A WRC recolheu 10 questionários de 10 profissionais de saúde. Os resultados foram introduzidos numa folha de cálculo para análise descritiva.

FDG: Os investigadores da WRC organizaram 11 GFD com PID e membros da comunidade de acolhimento ou afectados, a fim de provocar atitudes, experiências, crenças e preferências dos membros da comunidade em relação à contracepção. Os GFD foram conduzidos com raparigas adolescentes (15–19 anos, a maioria eram solteiras), mulheres jovens casadas e solteiras (20–24 anos), mulheres mais velhas casadas ou viúvas (25–45 anos), rapazes adolescentes (15–19 anos), homens casados (20–29 anos), homens casados (20–45 anos) e homens casados (30–45 anos). Os grupos incluíram entre seis e 13 participantes. Os participantes dos GFD foram recrutados por ativistas comunitários com o apoio de um parceiro ONG da área de captação de uma unidade de saúde que oferece serviços contraceptivos ou de um centro de reassentamento de Mandruzi. O recrutamento dos participantes incluiu a sensibilização direccionada para pessoas com deficiência; no entanto, apenas dois indivíduos que se auto-identificaram como vivendo com uma deficiência participaram nos GFD.

Um total de 11 GFD foram realizadas em espaços privados num centro de reassentamento em Dondo e dentro do complexo de um hospital em Buzi. As discussões foram facilitadas por uma jovem e um jovem, respectivamente, que sabiam falar português e a língua local Ndao. Foram realizados cinco GFD em português e seis em Ndao. Com o consentimento dos participantes, os moderadores gravaram as discussões. Posteriormente, os moderadores transcreveram e, quando necessário, traduziram as discussões de ndao para português. As transcrições de português foram depois enviadas a um serviço de tradução externa para serem traduzidas para inglês. Os investigadores da WRC desenvolveram, orientaram e iteraram um livro de códigos. Cada transcrição foi codificada por pessoal da WRC no pacote de software NVivo 12 Plus e as divergências entre a codificação foram resolvidas através de um consenso de codificadores e/ou adaptação do livro de códigos.

Estatísticas da prestação de serviços: A WRC analisou os dados de prestação de serviços contraceptivos e CPA do sistema nacional de informação de gestão de saúde de Moçambique, SISMA. Os dados foram limpos, agregados e submetidos para análise descritiva (ver **Figura 1, página 21 e Figura 2, página 22**).

Ética

A WRC adaptou a metodologia de estudo de caso de estudos de caso anteriores realizados pela WRC e de acordo com as suas orientações éticas estabelecidas para trabalhar com populações deslocadas (*Ethical Guidelines for Working with Displaced Populations*).³⁰

Os principais inquiridos e participantes dos GFD foram informados dos propósitos, riscos e vantagens do estudo e tiveram a oportunidade de consentir verbalmente a participação na entrevista. Os nomes e outras informações de identificação não foram recolhidos junto dos participantes dos GFD. A WRC forneceu uma ficha de informação a cada um dos inquiridos com as informações e direcções de contacto da WRC para canais de reporte anónimo. Os GFD foram gravados em áudio com o consentimento dos participantes; as gravações áudio foram depois transcritas para texto, e traduzidas para inglês. As gravações foram posteriormente eliminadas. Quaisquer nomes mencionados durante os GFD foram apagados durante a transcrição.

Todos os dados recolhidos para este relatório foram guardados de forma segura em dispositivos protegidos por palavra-passe depois de carregados e transferidos para a WRC, e os dados não foram partilhados fora da equipa de estudo de caso da WRC. Todos os indivíduos ou entidades nomeadas neste relatório são nomeados com o seu consentimento explícito.

Limitações

Este estudo de caso destinava-se a documentar o estado da prestação de serviços contraceptivos e CPA disponíveis para PID, de acolhimento e populações afectadas num determinado momento em áreas seleccionadas afectadas pelo ciclone Idai em Moçambique. Embora os investigadores tenham falado com os principais prestadores destes serviços, as suas respostas podem não ser representativas da prestação de serviços para a população afectada, em todas as áreas afectadas pelo ciclone, ou a todo o tempo. As avaliações das instalações de saúde e os GFD foram efectuados apenas na província de Sofala; no entanto, os investigadores realizaram entrevistas com informantes-chave do MISAU, FNUAP e ONGI com base no nível central, que forneceram informações sobre a resposta nacional SSR de Moçambique. As organizações que prestam serviços contraceptivos podem estar continuamente a mudar as práticas e a situação humanitária no país continua a evoluir, pelo que é possível que a situação de prestação de serviços contraceptivos nas áreas afectadas por este estudo tenha mudado desde o momento da recolha de dados do estudo de caso.

Devido a preocupações de que os investigadores do WRC estivessem ligados à USAID, os inquiridos numa das instalações do Dondo não forneceram informações completas ou precisas sobre a prestação de CPA, limitando potencialmente a capacidade dos investigadores de obterem informações precisas sobre a prestação e disponibilidade de serviços no distrito. Além disso, isto levanta a possibilidade de outros inquiridos não fornecerem informações completas ou precisas sobre a disponibilidade ou prestação de serviços CPA.

Seis GFD foram realizados em Ndao, e traduzidos para português; todos os GFD foram traduzidos do português para o inglês. É possível que algumas nuances e pormenores tenham sido comprometidos ou perdidos ao longo do processo de tradução. Todas as citações incluídas dos participantes em GFD são traduções e podem não reflectir as palavras exactas dos participantes.

Sete dos 11 EIC foram realizadas principalmente em português. O investigador lusófono ouviu as

gravações das entrevistas e tomou notas detalhadas em inglês. É possível que algumas nuances e pormenores tenham sido comprometidos ou perdidos ao longo da notação.

Este relatório pode ser influenciado por preconceitos de resposta. Uma das razões para o enviesamento potencial de resposta é que os GFD foram conduzidas em locais com prestação de serviços CPA e contraceptivos em curso; portanto, os participantes podem ter sido mais propensos a relatar familiaridade ou fornecer respostas positivas em relação a serviços contraceptivos, em comparação com os participantes de comunidades sem acesso semelhante. Este relatório pode também ter sido afetado por preconceitos sociais. Uma das razões para um potencial preconceito social é que uma ONG envolvida com SSR e prestação de serviços contraceptivos em cada comunidade liderou o recrutamento de participantes de GFD; por conseguinte, os participantes podem ter sido mais propensos a fornecer respostas positivas sobre serviços contraceptivos se associarem os facilitadores de GFD à ONG.

A WRC procedeu à análise dos conjuntos de dados nos Estados Unidos. Devido ao tempo e aos constrangimentos relacionados com a COVID-19, a equipa de estudo da WRC não pôde envolver os participantes do estudo em análise ou partilhar resultados preliminares para validação comunitária; portanto, a interpretação de alguns dos dados pode ter sido afectada pelo enviesamento do investigador.



Os serviços de saúde materno-infantil foram instalados em tendas adjacentes à unidade de saúde permanente de um centro de saúde rural no Dondo, província de Sofala.

Crédito da foto: Arturo Sanabria

IV. Constatações dos informantes-chave

Prestação de serviços

Contexto geral

No rescaldo do ciclone Idai, o Comité Permanente Inter-agências da ONU activou nove agrupamentos, incluindo o agrupamento da saúde. A resposta foi liderada pelo governo de Moçambique, e o agrupamento de saúde foi liderado pelo MISAU e pela Organização Mundial de Saúde (OMS).³¹ Para além do agrupamento de saúde, o MISAU reuniu e liderou um subgrupo em SSR com o FNUAP. Nomeadamente, uma ONG inquirida informou que, para além dos agrupamentos e dos grupos de sub-tarefas técnicas, os parceiros também se reuniram a nível distrital para coordenar as actividades de saúde, incluindo os serviços SSR. Todos os parceiros trabalharam em parceria com o MISAU, e através de sistemas e instalações liderados pelo MISAU. Mais informações sobre coordenação e parcerias podem ser encontradas abaixo em **Coordenação entre parceiros** (página 14).

O sistema de saúde sofreu danos elevados devido ao ciclone. Para além dos danos estruturais causados às instalações de saúde, os inquiridos relataram que os danos causados aos suprimentos, bens essenciais e registos impediram a capacidade do MISAU e dos seus parceiros de prestarem serviços SSR, incluindo serviços contraceptivos e CPA, no rescaldo imediato do ciclone.

As pessoas deslocadas - muitas das quais estavam a abrigar-se em escolas e outros edifícios públicos no rescaldo do ciclone - foram direccionadas para centros de alojamento à medida que a situação se estabilizava. O Gabinete das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA) informou que, a partir de 3 de abril de 2019, existiam 136 centros de alojamento nas províncias de Sofala, Manica, Tete e Zambézia.³² Todos os centros de alojamento foram encerrados até Junho de 2019, com as pessoas que ainda estavam deslocadas direccionadas para centros de reassentamento.³³ Os centros de reassentamento foram estabelecidos em locais que foram identificados como menos vulneráveis a perigos naturais, e adequados para habitação de longa duração.³⁴ Além das pessoas deslocadas, um dos inquiridos referiu que as pessoas que viviam em zonas que se determinavam não habitáveis também foram convidadas a mudar-se para centros de reassentamento. Um inquirido do MISAU relatou que, eventualmente, haveria unidades de saúde permanentes construídas nos centros de reassentamento.

Os inquiridos relataram que, no âmbito da primeira fase da resposta à saúde, foram criadas tendas ou "unidades móveis de saúde" nos centros de alojamento para prestar serviços de saúde. Quando os centros de reassentamento foram abertos mais tarde, também tinham unidades móveis de saúde. Um inquirido do MISAU informou que as unidades de saúde móveis estavam dotadas de uma equipa móvel integrada do distrito.

Foram também colocadas tendas no local em instalações de saúde danificadas para garantir que a prestação de serviços pudesse continuar até que as instalações fossem reparadas, e durante a reconstrução. Em Dezembro de 2019, quando foram recolhidos os dados, três dos cinco centros de saúde avaliados ainda estavam a prestar alguns ou todos os serviços de saúde sem tendas. Em duas destas instalações, todos os serviços CPA e contraceptivos estavam a ser prestados em tendas.

Um inquirido do MISAU a nível central confirmou que os serviços SSR foram incluídos no plano de resposta humanitária e no processo de recurso consolidado. No entanto, um dos inquiridos do MISAU ao nível distrital de Dondo relatou um atraso no financiamento, e afirmou que os fundos só foram atribuídos em maio. O inquirido relatou que este atraso teve um impacto particular na MISAU e na capacidade dos parceiros em chegar a comunidades remotas ou isoladas afectadas com serviços SSR, uma vez que não eram capazes de apoiar brigadas móveis.



O FNUAP informou estar a fornecer kits Inter-Agências de Saúde Reprodutiva (IASR)³⁵, incluindo kits de entrega limpos, e kits de dignidade directamente ao governo para distribuição aproximadamente três semanas após o ciclone Idai. Os prestadores de uma unidade de saúde relataram ter recebido kits IASR, mas não receberam instruções sobre como usar os kits. Mais informações sobre a disponibilidade de pessoal qualificado e como foram adquiridos suprimentos e bens essenciais podem ser encontradas abaixo em **Bens essenciais** (página 15).

Os inquiridos observaram que, no início da resposta, não existia uma familiaridade generalizada com o PISM para o SSR entre o pessoal e os prestadores de saúde do MISAU, e que o pessoal e os prestadores do MISAU não estavam inicialmente familiarizados com a utilização de kits IASR. O FNUAP informou apoiar o governo a fornecer formação sobre o PISM para enfermeiros, e sobre serviços e encaminhamentos VBG. Outro informante-chave informou que a Federação Internacional de Parentalidade Planeada (IPPF) e a Australian Aid enviaram pessoal para Moçambique em Março de 2019 para fornecer formação de sessões de formadores no PISM à AMODEFA. Adicionalmente, a AMODEFA foi envolvida na implementação e coordenação de actividades PISM na província de Sofala, incluindo os distritos de Dondo, Buzi e Nhamatanda e cidade de Maputo, e nas províncias zambézia, Tete e Manica.

Mais amplamente, vários inquiridos notaram ausência generalizada de preparação para emergências, incluindo para a saúde e SSR. Uma ONG com sede na Beira informou que a OMS deu formação sobre resposta de emergência na sequência do ciclone, mas os investigadores não obtiveram informações detalhadas sobre o foco e conteúdo da formação, dos seus participantes ou quando ocorreu. Vários inquiridos manifestaram a necessidade de mais formação em matéria de preparação para emergências.

Os inquiridos do MISAU a nível distrital relataram ter recebido financiamento da Direção Provincial de Saúde (DPS) e do FNUAP vários meses após o ciclone para implantar brigadas móveis para chegar a comunidades remotas ou isoladas com serviços integrados, incluindo cuidados pré-natais (CPN), vacinações, prestação de serviços contraceptivos e serviços de nutrição. Os inquiridos relataram que as brigadas móveis começaram em Setembro de 2019. Uma ONG inquirida relatou a necessidade de implantar brigadas móveis com mais frequência para chegar a comunidades remotas ou isoladas, mas que não havia financiamento suficiente para o fazer.

A AMODEFA também relatou apoiar feiras de saúde que oferecem VBG e serviços contraceptivos, incluindo serviços de diagnóstico IST, através de unidades móveis de saúde, e realizar actividades de mobilização comunitária para gerar demanda e aumentar a consciencialização sobre SSRD. Da mesma forma, a organização CUAMM informou que trabalhou com o MISAU para organizar feiras de saúde a nível distrital. Além de fornecer testes de VIH, os enfermeiros forneceram aconselhamento contraceptivo e encaminharam potenciais clientes para unidades de saúde.

Nomeadamente, todos os inquiridos confirmaram que as unidades de saúde, incluindo as unidades de saúde móveis, prestavam serviços sem custos a todos os indivíduos.

Terminologia-chave

Centro de acomodação: local temporário que abriga pessoas deslocadas internamente.

Centro de reassentamento: local de realojamento permanente para pessoas deslocadas internamente ou pessoas que residem numa área identificada como de alto risco para deslocamentos futuros.

Instalação de saúde: unidade de saúde fixa.

Unidade móvel de saúde: as unidades móveis de saúde eram tendas estabelecidas em centros de acomodação e, posteriormente, centros de reassentamento para fornecer serviços básicos de saúde.

Contracepção

No geral, os inquiridos relataram que preservativos masculinos, injetáveis e pílulas orais contraceptivas (OCP) estavam disponíveis vários dias a poucas semanas após o ciclone; no entanto, os CLPR não estiveram disponíveis alguns meses após o ciclone. Um dos inquiridos do MISAU a nível central informou que, quando a prestação de serviços contraceptivos foi lançada em centros de alojamento e retomada nas instalações de saúde, limitou-se ao DMPA-SC injetável (marca Sayana Press), OCP e à distribuição de preservativos masculinos. Outro inquirido do MISAU relatou que a distribuição de preservativos nos centros de alojamento foi reforçada na sequência de relatos de aumentos no sexo transaccional e violência sexual. Um dos inquiridos, baseado em Buzi, informou que a procura de serviços contraceptivos aumentou um mês após o ciclone, uma vez que os utilizadores estavam cada vez mais a chegar ao ponto em que precisavam de repor os seus OCP ou receber injeções.

Um inquirido do MISAU a nível central relatou que após três meses, os CLPR - dispositivos intra-uterinos (DIU) e implantes - e preservativos femininos foram disponibilizados. Quando o suprimento de CLPR foi retomado, só estavam disponíveis em centros de saúde; não estavam disponíveis em unidades móveis de saúde em centros de alojamento. No momento em que a recolha de dados ocorreu, os implantes estavam a ser fornecidos em centros de reassentamento; no entanto, não estavam disponíveis nos centros de reassentamento inserções e remoções de DIU e remoções de implantes.

A WRC recebeu informações contraditórias dos inquiridos do MISAU a nível provincial e central, respectivamente, sobre se as pílulas contraceptivas de emergência (CE) foram disponibilizadas com métodos de curta duração e preservativos masculinos, ou com CLPR e preservativos femininos após um período de três meses. Entretanto, um inquirido do MISAU a nível distrital de Dondo informou que os CE foram disponibilizados tanto como parte da gestão clínica da violação como quando as mulheres procuravam serviços após um incidente de relações sexuais desprotegidas.

Quando questionado sobre as razões pelas quais a prestação de CLPR foi adiada, um inquirido do MISAU informou que os esforços para a entrega de CLPR, em particular, foram impedidos pela percepção entre o pessoal do MISAU de que os serviços contraceptivos não estavam a salvar vidas. O inquirido informou que durante e imediatamente após o ciclone, a resposta foi focada em evacuar as pessoas de áreas inundadas, e depois estabelecer centros de alojamento e em realojar comunidades deslocadas. A ausência de prioridades em bens essenciais foi alegadamente exacerbada pela realidade de que as os produtos contraceptivos podem ser volumosos e criaram desafios quando o MISAU tentou garantir espaço para produtos contraceptivos no transporte do nível central para o nível provincial.

Além disso, os inquiridos relataram que o atraso no fornecimento de CLPR estava relacionado com as condições nas unidades móveis de saúde nos centros de alojamento, incluindo a incapacidade de esterilizar adequadamente o equipamento, e a disponibilidade de equipamentos. Mesmo depois de terem sido disponibilizadas inserções de DIU e implantes nas unidades de saúde móveis, as mulheres foram obrigadas a ir às unidades de saúde para remover os implantes devido às condições (por exemplo, falta de higiene e saneamento) nas unidades de saúde móveis dos centros de alojamento — e mais tarde durante a crise, nos centros de reassentamento.

Nomeadamente, um inquirido do MISAU a nível central informou que, no rescaldo do ciclone, as mulheres estavam a chegar a unidades móveis de saúde em centros de alojamento e a procurar CLPR, apenas para saber que não estavam disponíveis. As mulheres foram encaminhadas para unidades de saúde - instalações fixas com os suprimentos e condições necessárias para receber CLPR - mas o transporte não estava disponível de forma fácil ou rotineira, e o inquirido relatou que muitas mulheres que procuravam CLPR recorreram a métodos de curta duração.



Outro inquirido do MISAU, quando questionado sobre os desafios, citou o consumo relativamente baixo dos CLPR em comparação com os métodos de curta duração. Um outro respondente do MISAU destacou que, ao responder a quaisquer emergências no futuro, seria fundamental garantir que os CLPR fossem disponibilizados no início da resposta, especialmente para as raparigas adolescentes, uma vez que o inquirido percebeu que havia um aumento da actividade sexual entre os adolescentes no rescaldo do ciclone.

Um dos inquiridos do MISAU a nível provincial expressou que o MISAU ficou "surpreendido" com a demanda de contracepção e reflectiu que muitas pessoas conseguiram aceder pela primeira vez a serviços contraceptivos através da resposta humanitária à saúde.

Antes do ciclone, o MISAU tinha estabelecido pontos focais para a prestação de serviços contraceptivos a nível distrital e provincial. Um dos inquiridos da MISAU a nível central exprimiu que, uma vez que estes pontos focais estavam em vigor no início da resposta, puderam participar na resposta e defender a inclusão da prestação de serviços contraceptivos.

Cuidados pós-aborto

Um dos inquiridos do MISAU a nível provincial observou que, no primeiro mês seguinte ao ciclone, a destruição de infra-estruturas e a incapacidade em garantir energia eléctrica evaram a desafios com a esterilização e, portanto, as instalações de saúde não puderam fornecer CPA com aspiração manual a vácuo (MVA). O inquirido referiu que as instalações priorizaram o fornecimento de esterilização às maternidades e que os desafios com a esterilização foram resolvidos ao fim de um mês. No entanto, o inquirido não explicou se a CPA com misoprostol foi fornecido durante o período intercalar.

Inquiridos do MISAU e das ONG relataram que, por uma questão de política, a CPA não foi oferecida em centros de alojamento e reassentamento. Os inquiridos relataram ainda que as condições nas unidades móveis de saúde (por exemplo, falta de pessoal formado e saneamento adequado) não suportavam a provisão segura de MVA. Embora a CPA com misoprostol possa ser administrada com segurança em ambientes com recursos limitados, desde que haja informações adequadas fornecidas aos clientes e um sistema de referência funcional em caso de complicações,³⁶ os inquiridos informaram que a CPA só era permitida em unidades de saúde com maternidade.

No entanto, quando questionados sobre a função do sistema de encaminhamento para CPA, os prestadores de uma unidade de saúde móvel num centro de reassentamento indicaram que não tinham um sistema em vigor para notificar a unidade de saúde ou dar seguimento aos clientes para casos não urgentes. Também relataram que as mulheres eram geralmente responsáveis por identificar e financiar o seu próprio transporte para chegar às instalações, a menos que fosse uma emergência, caso em que apoiariam o transporte de emergência. Além disso, quando questionados sobre o sistema de referência, os inquiridos de uma unidade de saúde receptora informaram que o sistema de referência não estava totalmente funcional.

Nomeadamente, ao longo de entrevistas de informantes-chave, os investigadores receberam informações contraditórias ou pouco claras sobre a disponibilidade de serviços CPA, incluindo o nível de facilidade a que os serviços de CPA deveriam estar disponíveis.

No momento da recolha de dados, os inquiridos do MISAU a nível provincial em Sofala e a nível distrital em Dondo reportaram inexistência de estoque de misoprostol que afectou a disponibilidade de serviços CPA. Informações adicionais sobre suprimentos e bens essenciais, incluindo inexistência de estoques, podem ser encontrados abaixo em **Bens essenciais** (página15).

Adolescentes

Quando questionados sobre a consciência das raparigas adolescentes sobre a contracepção, os inquiridos de ONG relataram que as raparigas entendiam a importância da contracepção; no entanto, um dos inquiridos do MISAU em Dondo observou que, embora os serviços contraceptivos e de CPA estivessem plenamente disponíveis para os adolescentes, os adolescentes enfrentavam barreiras adicionais na demanda dos serviços devido à oposição parental. Além disso, uma ONG inquirida a nível central disse que os prestadores podem ser menos propensos a disponibilizar CLPR a raparigas adolescentes.

Violência baseada no género e exploração sexual

Os inquiridos relataram uma elevada e aumentada incidência de VBG e exploração sexual no rescaldo do ciclone. Os inquiridos mencionaram especificamente a falta de suprimentos alimentares que contribuíram para o sexo transaccional e a exploração sexual, com uma ONG inquirida a relatar que tinha recebido relatos de líderes comunitários a trocarem comida por sexo. Um dos inquiridos do MISAU, de nível distrital, relatou que o reforço do suprimento de alimentos diminuiu a incidência de sexo transaccional e a exploração sexual.

Os inquiridos da AMODEFA informaram que os casos de VBG aumentaram após o ciclone; no entanto, notaram que os sobreviventes raramente relatavam estes casos. Em resposta, a AMODEFA lançou actividades de sensibilização comunitária sobre a disponibilidade de serviços para sobreviventes de VBG em centros de alojamento, e sobre a importância de reportar incidentes de GBV. Voluntários da AMODEFA foram treinados para fornecer apoio psico-social e para encaminhar sobreviventes de VBG para as unidades de saúde e polícia. Os inquiridos da AMODEFA observaram que os centros de alojamento e, posteriormente, centros de reassentamento, implementaram políticas de segurança e acção social, e que foram disponibilizados serviços para sobreviventes, incluindo serviços de apoio psico-social e nutrição, nas unidades de saúde e postos policiais em todos os centros.

Coordenação entre parceiros

Como já foi notado, o Comité Permanente Inter-agências ativou nove grupos, incluindo o agrupamento de saúde, na sequência do ciclone Idai. O agrupamento de saúde foi liderado pelo MISAU e pela WHO, e o sub-agrupamento para SSR foi liderado pelo MISAU e pelo FNUAP. Os mecanismos de coordenação operavam a nível nacional e provincial, e uma ONG inquirida informou também que os parceiros se reuniram a nível distrital para coordenar as actividades SSR.

Vários inquiridos da MISAU relataram que a participação dos parceiros foi essencial para a resposta SSR bem sucedida. Os informantes-chave relataram que os parceiros na resposta SRG incluíram FNUAP, AMODEFA, Pathfinder International, CUAMM, Population Services International e DKT International.³⁷ Nomeadamente, a AMODEFA informou que foi a única ONG nacional que participou no sub-agrupamento SSR. Os inquiridos da AMODEFA relataram que a sua organização desempenhou um papel essencial na ligação das comunidades com os mecanismos de coordenação - O pessoal da AMODEFA recolheu dados e informações nos centros de alojamento semanalmente para partilhar com os parceiros.

Os inquiridos do MISAU e das ONG relataram que as reuniões foram usadas para coordenar as actividades e alocar responsabilidades entre parceiros para garantir a cobertura dos serviços e evitar duplicações. Os inquiridos relataram ainda que os mecanismos de coordenação apoiaram os parceiros a identificar e enfrentar os desafios. A coordenação focou-se também nos transportes e bens essenciais. Os inquiridos das ONG relataram uma parceria com outras ONG em actividades, incluindo formações e brigadas móveis. As reuniões de coordenação também apoiaram a partilha



de informação e a comunicação. Por exemplo, um dos inquiridos citou um grupo de WhatsApp que foi usado para partilhar informações sobre a disponibilidade de suprimentos.

Os inquiridos do MISAU nos níveis central e provincial informaram que os mecanismos de coordenação funcionaram bem, envolveram parceiros com sucesso e melhoraram a resposta SSR. Os inquiridos de várias ONG também expressaram percepções positivas de coordenação no âmbito da resposta SSR, com um dos inquiridos a citar o apoio do governo à cooperação e a vontade dos parceiros de partilhar informações e colaborar.

No entanto, vários inquiridos também descreveram desafios de coordenação, nomeadamente no início da resposta. Uma ONG inquirida relatou que o afluxo de organizações que chegaram para responder ao ciclone complicaram os esforços de coordenação, uma vez que muitas destas organizações não estavam familiarizadas com o contexto e exigiam uma orientação antes de poderem participar eficazmente. Além disso, um dos inquiridos de uma organização que participou no sub-agrupamento SSR na Beira expressou a percepção de que as reuniões se focavam na partilha de informação, em comparação com o estar orientado para a acção; o inquirido também expressou a percepção de que havia "lacunas naquilo que [os parceiros] disseram que estavam a fazer, em comparação com o que estavam realmente a fazer". Finalmente, uma ONG inquirida relatou que alguns parceiros não conseguiam falar português, impedindo a sua capacidade de participar plenamente quando os serviços de tradução não estavam disponíveis.

No momento da recolha de dados, os inquiridos informaram que o MISAU e os parceiros a prestar serviços SSR tinham retomado reuniões mensais do grupo de trabalho técnico padrão.

Bens essenciais

Como já foi notado, as instalações de saúde sofreram danos consideráveis no ciclone, incluindo danos em bens essenciais e suprimentos. Inundações e danos em estradas e infra-estruturas causaram mais complicações na distribuição de bens essenciais e na gestão da cadeia de suprimentos. Os inquiridos relataram ter usado brigadas aéreas para facilitar a entrega de suprimentos.

Ao longo da resposta ao ciclone, os inquiridos relataram que os bens essenciais eram principalmente fornecidas pelo governo, com o apoio do FNUAP e de outros parceiros, e foram depois distribuídos usando os processos nacionais padrão para a gestão da cadeia de suprimentos – do nível central para o nível provincial, e depois ao nível distrital para distribuição.

Vários dos principais inquiridos relataram que os trabalhadores da saúde, especialmente os farmacêuticos, priorizaram outros bens essenciais aos contraceptivos. Um dos inquiridos relatou que os farmacêuticos não aceitariam contraceptivos dado o seu relativo espaço de armazenamento a granel e limitado. Outra ONG inquirida relatou que os produtos contraceptivos eram normalmente a última mercadoria que o armazém provincial enviava para o nível distrital, e a última a ser distribuída do nível distrital para unidades de saúde. Um inquirido relatou que foram enviados em último lugar por serem volumosos, e foram despriorizados em comparação com outros produtos essenciais, como medicamentos anti-retrovirais, tratamentos contra a malária e antibióticos.

O FNUAP forneceu todos os 13 kits IASR para apoiar a resposta SSR. Os inquiridos relataram que o FNUAP liderou a distribuição de kits IASR por centros de alojamento e instalações afectadas, e forneceu formação aos profissionais de saúde sobre o uso adequado dos kits.

Um dos inquiridos do MISAU observou que, quando as os bens essenciais chegaram pela primeira vez ao nível distrital, os centros de alojamento foram priorizados para distribuição, causando ruptura

de estoques nas unidades de saúde.

Uma ONG inquirida informou que os locais de reassentamento e os centros de alojamento não mantiveram estoques de bens essenciais em reserva, mas que as autoridades a nível distrital e provinciais deviam manter as reservas de estoques. Os investigadores não verificaram se estas reservas de estoques eram mantidas.

Os inquiridos relataram que a inexistência de estoques persistiu ao longo da resposta humanitária. Uma ONG inquirida relatou ter experienciado ruptura de estoque de todos os métodos em instalações apoiadas em algum momento durante os seis meses anteriores à recolha de dados devido à elevada demanda e à implantação de brigadas móveis, que esgotaram as existências nas instalações.

Vários inquiridos relataram ausência de estoques de CE. Além disso, alguns inquiridos relataram que os prestadores de cuidados de saúde utilizaram os CE dos kits IASR quando os seus CE estavam esgotados. No entanto, outros inquiridos relataram que os CE dos kits IASR tinham expirado no momento em que os kits foram fornecidos. Um dos inquiridos confirmou que, apesar da ruptura de estoques de CE, os prestadores com a sua organização asseguraram a disponibilidade de CE utilizando o método Yuzpe menos eficaz, um regime de combinação de OCP de estrogéneo e progesterona.³⁸

Vários inquiridos também relataram rupturas de estoques de misoprostol; um inquirido do MISAU relatou que o misoprostol nos kits IASR foi usado para repôr estoques de misoprostol. O mesmo inquirido relatou um ruptura de estoque de OCP devido à expiração. Um inquirido do MISAU de nível distrital relatou rupturas de estoques do implante Implanon e do injectável Depo-Provera. No entanto, o inquirido observou que os implantes e os injectáveis permaneceram disponíveis, uma vez que Jadelle e DMPA-SC estavam disponíveis. Os entrevistados notaram que, por uma questão de política, o uso de DMPA-SC era geralmente reservado para trabalhadores de saúde comunitários de Moçambique (Agentes Polivalentes Elementares, conhecidos como "APE"), e o fornecimento de injectáveis em instalações fixas e unidades móveis de saúde era restrito a Depo-Provera a menos que estando indisponível.

Os entrevistados relataram que as instalações foram orientadas para o uso do sistema primeiro expirado, primeiro a sair (PEPS) para gestão de estoque. Quando questionados sobre gestão de estoque e armazenamento de forma mais geral, a maioria dos entrevistados relatou que não experimentou furtos e que a segurança não representou desafios. No entanto, vários entrevistados relataram que os bens essenciais sofreram danos devido às más condições de armazenamento - por exemplo, produtos armazenados em caixas numa instalação danificada sofreram danos de água devido à chuva.

Conforme observado acima, os entrevistados comunicaram que a gestão da cadeia de suprimentos foi conduzida de acordo com os sistemas e procedimentos nacionais existentes ao longo da resposta. Embora os entrevistados tenham relatado de forma consistente o uso de cartões de estoque, os inquiridos confirmaram que todas as instalações fixas haviam feito a transição ou estavam em processo de transição para o sistema de informação de gestão logística nacional, Sistema de Informação e Gestão de Logística para Unidades Sanitárias (SIGLUS). SIGLUS é uma aplicação associada à "plataforma de gestão de logística de bens essenciais para a saúde de código aberto, OpenLMIS".³⁹ Os entrevistados da Pathfinder relataram que a organização estava em processo de planeamento de formações para o sistema SIGLUS na província de Sofala. A aplicação destina-se a substituir os formulários em papel usados por profissionais de saúde, mas um entrevistado observou que as instalações que usam o SIGLUS também usavam cartões de papel como cópia de segurança do sistema electrónico.

Recolha e utilização de dados

Dada a escala da destruição causada pelo ciclone e as suas consequências, muitas mulheres e raparigas perderam os seus cartões de cliente. Os cartões do cliente são cartões físicos que documentam as informações de saúde dos indivíduos, muitas vezes incluindo informações como datas e propósitos das visitas de saúde, diagnósticos, tratamentos e datas de acompanhamento. Um entrevistado de uma ONG informou que a retoma dos serviços contraceptivos foi complicada devido à destruição de registos e cartões de clientes, e relatou realizar acções de divulgação para disseminar informações sobre a disponibilidade de serviços e incentivar os clientes a se apresentarem nas instalações, mesmo sem cartões. Duas ONG entrevistadas sediadas na Beira relataram ter perdido um mês de dados e distribuído novos registos.

O sistema nacional existente para recolha de dados foi usado ao longo da resposta. Todas as instalações usavam registos padrão em papel fornecidos pelo MISAU. Os dados das brigadas móveis e da distribuição baseada na comunidade também foram inseridos nos registos. As instalações de saúde foram solicitadas a produzir um relatório de resumo diário, que foi então agregado num relatório de dados resumido produzido por cada unidade numa base mensal. Este relatório resumido foi posteriormente enviado a um nível distrital para entrada no SISMA, o sistema nacional de informação de gestão de saúde (HMIS).

Os inquiridos do MISAU a nível provincial e distrital relataram que antes do ciclone e fora da resposta de emergência, o grupo de trabalho técnico nacional permanente de SSR reviu os dados para todos os indicadores de saúde, incluindo SSR e serviços contraceptivos, numa base mensal para informar a tomada de decisão. Um entrevistado de uma ONG explicou que esses dados foram partilhados nas reuniões quinzenais do grupo de saúde com a participação de parceiros nacionais e internacionais, e os dados foram usados para informar as decisões sobre quais áreas geográficas priorizar e fornecer maior apoio.

As respostas variaram conforme as instalações geravam e exibiam visualizações de dados rotineiramente.

Das cinco instalações avaliadas, apenas uma tinha visualizações de dados actuais exibidas.

Além dos desafios com a perda e recolha de dados no rescaldo do ciclone, os parceiros discutiram os desafios para a recolha e uso de dados fora da resposta de emergência. Um respondente do MISAU de nível central indicou que a qualidade dos dados era variável e que os dados nem sempre eram inseridos em tempo útil.

O principal desafio dos dados citado pelos entrevistados foi a precisão dos dados. Vários entrevistados de ONG relataram que as mudanças na definição de um “novo utilizador de planeamento familiar” causaram problemas com o reporte de dados. Os entrevistados indicaram que a definição de “novo utilizador de planeamento familiar”, que



Um profissional de saúde discute os dados contraceptivos exibidos na sala de consulta de planeamento familiar num hospital rural em Buzi, província de Sofala.

Crédito da foto: Katherine Gambir/WRC

era anteriormente definida como uma pessoa que era nova no uso de um método contraceptivo, independentemente de a pessoa ter usado um método diferente anteriormente, foi alterada para uma pessoa que inicia um método e nunca usou nenhum método antes. Os entrevistados forneceram informações contrastantes sobre quando a definição mudou, mas relataram que esta nova definição não foi claramente entendida e citaram como evidência a existência de dados em algumas áreas de captação sugerindo mais novos utilizadores de planeamento familiar do que mulheres em idade reprodutiva.

Os entrevistados também observaram que a precisão dos dados foi comprometida por limitações do SISMA: especificamente, não foi possível inserir dados de serviços prestados por APE e parteiras, ou para serviços contraceptivos prestados como parte da prestação de serviços integrados.

Vários entrevistados de ONG relataram que a recolha adequada de dados e a qualidade dos dados foram incluídas na formação e supervisão de equipa. Informações adicionais sobre formação e supervisão de equipa podem ser encontradas nas secções Formação e Supervisão abaixo.

Pessoal qualificado

Os entrevistados relataram que enfermeiras(os) de Saúde Materna e Infantil (SMI) e APE eram os principais prestadores de serviços contraceptivos em Moçambique. Enfermeiras SMI foram treinadas para prestar serviços de saúde materna, neonatal e infantil (MNCH), incluindo uma combinação abrangente de métodos contraceptivos para mulheres e raparigas, enquanto os APE foram treinados para fornecer métodos de acção curta, incluindo DMPA-SC, OCP e preservativos, através da distribuição baseada na comunidade. No entanto, os APE só podiam administrar DMPA-SC depois de a mulher ter comparecido a uma consulta inicial na instalação de saúde e recebemos informações contraditórias sobre se os APE estavam autorizados a fornecer PCE. Os inquiridos notaram que o MISAU tinha uma política para promover a prestação de serviços integrados, na qual os prestadores de cuidados de saúde não especializados em SMI ou SSR eram formados para fornecer métodos e implantes de curta duração; no entanto, recebemos informações contraditórias sobre se parteiras ou assistentes de parto tradicionais estavam autorizadas a fornecer algum método contraceptivo. Antes do ciclone, ONG como a Pathfinder tinham trabalhado com o MISAU para formar prestadores e apoiar a integração da prestação de serviços contraceptivos, incluindo aconselhamento, em serviços primários de saúde mais amplos em Sofala e em todo Moçambique.

Além disso, um entrevistado em Sofala observou que havia um ponto focal de planeamento familiar designado para cada distrito da província. Um entrevistado do MISAU ao nível central mencionou especificamente que os pontos focais de planeamento familiar aos níveis provincial e distrital apoiaram a inclusão de serviços contraceptivos na resposta de saúde humanitária e relatou que os pontos focais participaram na resposta.

Os entrevistados descreveram uma falta geral de prestadores qualificados para serviços contraceptivos, mesmo antes do ciclone. Vários entrevistados relataram lacunas nas competências clínicas entre enfermeiras(os) SMI, especificamente a inserção de DIU e a inserção pós-parto de DIU. A falta de prestadores qualificados exacerbou os desafios de fornecimento de contraceptivos e serviços de CPA após o ciclone.

Vários inquiridos notaram que o Buzi foi particularmente afectado pelas cheias após o ciclone, que afectou directamente a disponibilidade de prestadores na área e causou uma grande rotação de pessoal. Embora vários entrevistados tenham notado que os provedores, incluindo provedores de serviços contraceptivos, voltaram ao trabalho apenas alguns dias após o ciclone e os parceiros trabalharam rapidamente para recrutar, treinar e implantar prestadores de serviços contraceptivos qualificados para a área afectada pelo ciclone, os entrevistados de uma organização perceberam que



foi a falta de profissionais de saúde na resposta geral.

Vários parceiros relataram que o influxo de organizações internacionais após o ciclone e a contratação de profissionais de saúde causaram complicações para os actores nacionais. Um entrevistado de uma ONG observou que os novos parceiros internacionais recrutaram enfermeiras e médicos que já trabalhavam no sistema nacional de saúde e podiam pagar salários significativamente mais altos.

A AMODEFA, que destacou enfermeiras para apoiar unidades de saúde móveis em centros de acomodação, relatou o recrutamento de profissionais de saúde, psicólogos e APE das comunidades afectadas. Por outro lado, os entrevistados de uma organização relataram desafios ao tentar contratar funcionários nacionais devido à falta de experiência em resposta a emergências humanitárias.

Além disso, os entrevistados enfatizaram que é fundamental para os actores humanitários reconhecerem que os prestadores também são membros das comunidades afectadas e que é essencial que as organizações forneçam apoio robusto, incluindo apoio psico-social, para garantir a sua capacidade de participar com segurança na resposta e no seu bem-estar.

Formação

Os inquiridos da Pathfinder e do MISAU disseram que, antes do ciclone, a Pathfinder International treinou a maioria dos prestadores de cuidados de saúde em Moçambique na prestação de serviços contraceptivos em apoio à política do MISAU sobre a prestação de serviços contraceptivos integrados. Após o ciclone, vários entrevistados relataram que novos parceiros, como o FNUAP e outras ONG, apoiaram a formação de profissionais de saúde na prestação de serviços contraceptivos. Todos os entrevistados relataram que os profissionais de saúde receberam treinamentos teóricos e baseados em competências sobre a prestação de serviços contraceptivos de qualidade.

Notavelmente, encontramos uma falta de clareza sobre o treinamento para CPA e a disponibilidade de prestadores qualificados para CPA. Um inquirido no Dondo referiu que a Direcção Provincial de Saúde (DPS), um gabinete do MISAU a nível provincial, em Sofala, ministrou formação em CPA a um médico e duas enfermeiras no distrito; no entanto, os investigadores não foram capazes de determinar os tipos de formação fornecidos para a prestação de serviços PAC (baseados em teoria ou competência, etc.), quando ocorreu a formação, ou quais, se houve parceiros, apoiaram o MISAU na administração de formação em CPA.

Supervisão

Todos os entrevistados relataram que o MISAU conduziu supervisão regular nas instalações nos níveis distrital, provincial e nacional usando uma lista de verificação do MISAU nacional e outras ferramentas de supervisão, muitas vezes em colaboração com uma organização parceira, como AMODEFA, CUAMM, DKT, Pathfinder, PSI e / ou FNUAP. Os inquiridos não forneceram informações adicionais sobre os tipos de ferramentas de supervisão usadas além da lista de verificação.

Os inquiridos relataram que as visitas de supervisão incluíam a revisão do relatório mensal das instalações, verificação dos dados por meio da revisão dos registos e avaliação da entrada de dados no registo e gestão de estoque. Quando questionados sobre como foram resolvidos os problemas, se encontrados, os respondentes relataram que os supervisores conduziram formação em contexto de trabalho (OJT) e forneceriam supervisão de apoio para ajudar o prestador a melhorar as suas competências. OJT foi citada como uma componente-chave da supervisão por vários entrevistados, incluindo os do MISAU. Um entrevistado da AMODEFA observou que a supervisão foi conduzida conjuntamente pela AMODEFA, FNUAP e MISAU.

Mobilização comunitária

Os entrevistados descreveram numerosos e extensos esforços de mobilização da comunidade para aumentar a conscientização, a aceitabilidade e a adopção de serviços contraceptivos antes do ciclone e nas suas consequências. Os respondentes do MISAU e das ONG explicaram que as actividades de mobilização comunitária em curso continuaram após o ciclone, apesar de alguns atrasos na implementação, e que novas actividades foram lançadas. Os entrevistados também observaram o uso de programas de rádio e teatro comunitário para aumentar a consciência contraceptiva entre os membros da comunidade. Após o ciclone, os respondentes relataram que o MISAU e os parceiros engajaram os APE para conduzir campanhas dedicadas de consciencialização sobre contraceptivos e prevenção da cólera. A AMODEFA relatou que os seus voluntários disseminaram informações sobre contracepção, incluindo EC, enquanto distribuíam preservativos, kits de dignidade e kits de parto limpos. A AMODEFA também observou que os seus voluntários encaminharam mulheres para serviços de SSR, incluindo serviços contraceptivos e CPN, e relataram a realização de actividades de sensibilização direccionadas sobre SSR e contracepção com homens.

Os entrevistados também relataram o envolvimento de líderes comunitários e religiosos em diálogos para promover a conscientização e a adopção de métodos contraceptivos, e o envolvimento de homens em actividades de mobilização para enfrentar a oposição dos parceiros.

Vários entrevistados relataram que as suas organizações realizaram acções de divulgação direccionadas para os adolescentes. A AMODEFA envolveu educadores de pares e, no seu trabalho com adolescentes, a CUAMM mobilizou jovens activistas para realizar sensibilizações e promover a utilização de serviços SSR, incluindo serviços contraceptivos. Vários entrevistados relataram trabalhar nas escolas e através delas, mas os investigadores receberam informações contraditórias sobre a aceitação e o apoio dos professores à programação voltada para o aumento do acesso a contraceptivos para adolescentes.

Os entrevistados não forneceram informações extensas sobre os esforços de mobilização e sensibilização da comunidade para a CPA, ou sobre a conscientização da comunidade sobre a CPA. Um entrevistado baseado em Dondo relatou que as comunidades estavam cientes da importância em procurar a CPA, mas os investigadores não obtiveram detalhes adicionais. Um entrevistado, baseado em Buzi, relatou que as pessoas estavam a aprender cada vez mais sobre CPA com os prestadores. O entrevistado recomendou envolver líderes comunitários para conscientizar sobre o CPA.



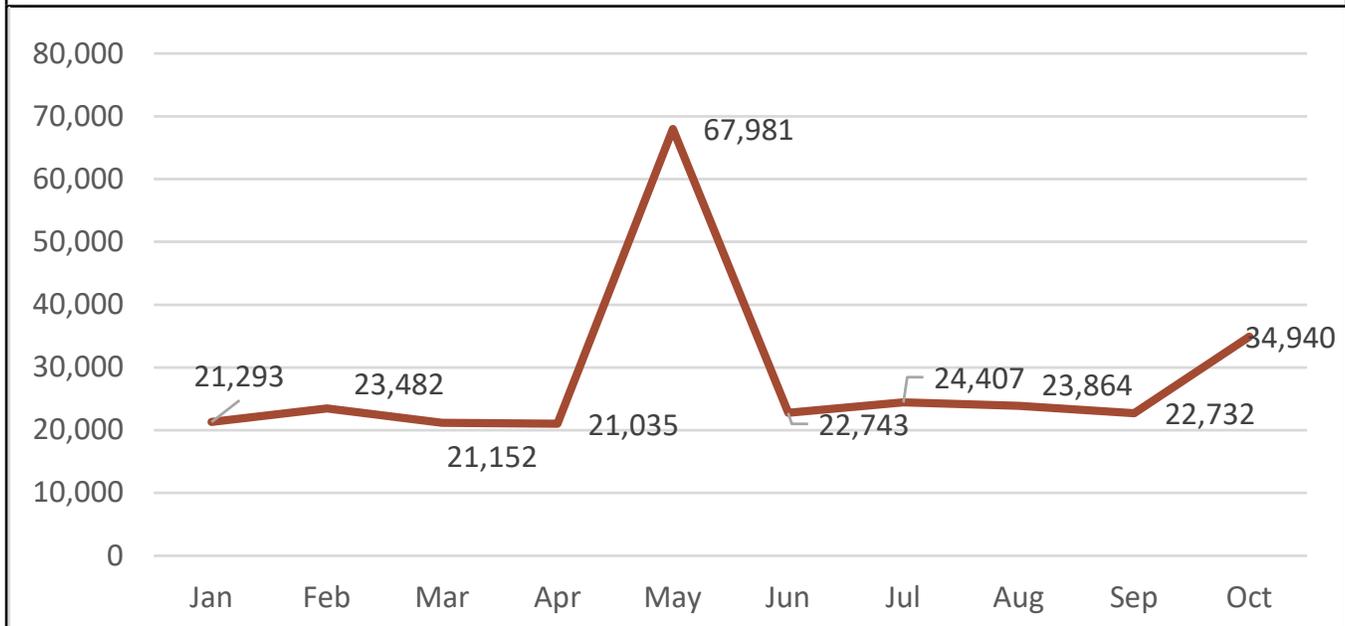
Um profissional de saúde exhibe materiais IEC de saúde reprodutiva numa unidade móvel de saúde no Centro de Reassentamento de Mundruzi em Dondo, província de Sofala. Crédito da foto: Arturo Sanabria



V. Estatísticas de serviços

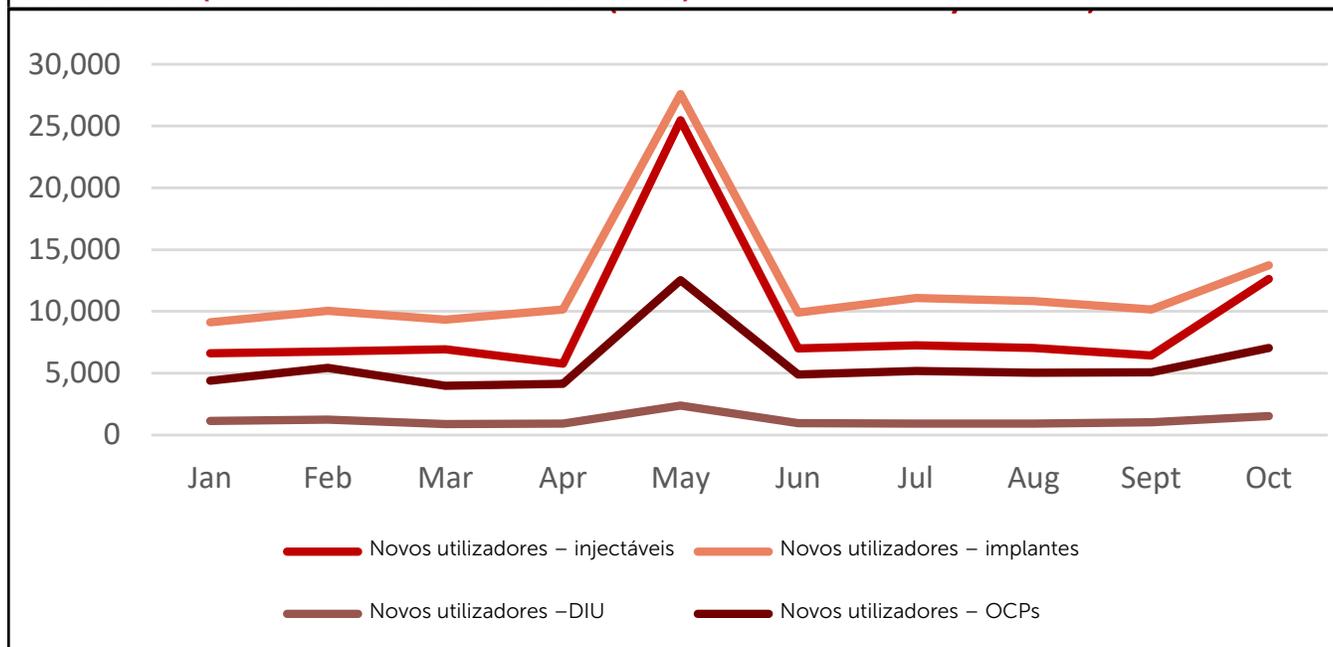
A Pathfinder International forneceu dados de prestação de serviços contraceptivos do SISMA para todas as 159 unidades de saúde na província de Sofala de Janeiro a Outubro de 2019. O conjunto de dados incluiu todas as atividades SMI, incluindo actividades contraceptivas realizadas nas unidades de saúde e unidades móveis; no entanto, não incluiu actividades de prestação de serviços contraceptivos realizadas por APE ou pelo crescente programa nacional de serviços integrados de saúde. Os dados mostram uma tendência relativamente estática em novos utilizadores de contraceptivos durante este período de 10 meses, além de um aumento dramático de novos utilizadores em Maio. No geral, todos os indicadores contraceptivos recolhidos pelo SISMA para Sofala seguiram esta tendência geral. Este aumento em Maio - um mês após o ciclone - corresponde à "Semana Nacional de Saúde" do MISAU, ou Semana Nacional de Saúde, que promoveu serviços básicos de saúde, incluindo vacinação, CPN e serviços contraceptivos, incluindo a distribuição de cartões de cliente para serviços contraceptivos. Esta campanha de saúde materno-infantil foi implementada em todas as unidades de saúde a nível nacional e a nível comunitário com APE e brigadas móveis.

Figura 1: Novos clientes de contraceptivos por mês, província de Sofala (Janeiro-Outubro de 2019)



Dados sobre novos utilizadores de contraceptivos por método mostram que, ao longo desse período, os novos métodos mais populares são os injectáveis, seguidos de perto pelos OCP e, em seguida, pelos implantes. Os DIU foram os menos populares dos quatro métodos rastreados.

Figura 2: Novos utilizadores de contraceptivos por método, província de Sofala (Janeiro-Outubro de 2019)



VI. Resultados das avaliações das instalações de saúde

Instalações de saúde avaliadas

A equipa de estudo da WRC realizou avaliações de instalações em cinco unidades de saúde: um hospital rural, um centro de saúde urbano, dois centros de saúde rurais e uma unidade móvel de saúde (Quadro 2). De acordo com a política nacional, os centros de saúde rurais e urbanos devem oferecer métodos de curta e longa duração. As unidades de saúde móveis devem oferecer implantes e métodos de curta acção. Hospitais rurais e centros de saúde rurais e urbanos devem operar 24 horas por dia, sete dias por semana (24/7) e oferecer serviços de CPA. Todas as instalações avaliadas eram instalações do governo, mas todas as instalações eram apoiadas por ONG.



Quadro 2: Instalações de saúde avaliadas			
Nome da instalação	Localização	Agências de apoio*	Tipo de instalação
Hospital rural – Buzi	Buzi	Pathfinder International, Health Alliance International (HAI), ABT Associates, Clinton Health Access Initiative (CHAI)	Hospital rural
Centro de saúde urbano – Dondo	Dondo	Pathfinder International, Population Services International (PSI), FNUAP, HAI, DKT, AMODEFA, ABT Associates, ECHO	Centro de saúde urbano
Centro de saúde rural – Macharute	Dondo	Jhpiego, Pathfinder International, FNUAP, ECHO	Centro de saúde rural
Centro de saúde rural - Mútua Maternidade	Dondo	Pathfinder International, DKT, Jhpiego, PSI	Centro de saúde rural
Unidade de saúde móvel - Centro de reassentamento de Mandruzi	Dondo	AMODEFA, Pathfinder International	Unidade de saúde móvel

* O apoio não era necessariamente específico para os serviços SSR.

Infra-estrutura geral

Quatro das cinco instalações avaliadas - o hospital rural e as unidades de saúde urbanas e rurais - funcionavam 24 horas por dia, 7 dias por semana. No entanto, em ambas as unidades de saúde rurais, não ficou claro se o pessoal disponível à noite e nos fins de semana foi treinado para fornecer CPA. O hospital rural e o posto de saúde urbano tinham energia eléctrica e abastecimento de água em funcionamento. Ambas as unidades de saúde rurais sofreram danos significativos no ciclone e, no momento da avaliação, ambas estavam a sofrer reparações e prestavam serviços fora de tendas. A unidade móvel de saúde era uma tenda dedicada no centro de reassentamento.

Quadro 3: Infra-estrutura geral			
	Hospital rural (n=1)	Unidade de saúde rural/ urbana (n=3)	Unidade de saúde móvel (n=1)
Pelo menos 1 provedor de saúde qualificado disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana	1	3	N/D
Fornecimento de energia em funcionamento	1	1	N/D
Abastecimento de água em funcionamento	1	1	1
Suprimentos mínimos de prevenção de infecção*	0	0	0

* Os suprimentos mínimos de prevenção de infecção incluem uma estação de lavagem com sabão, luvas (esterilizadas ou não esterilizadas), lixeira comum, anti-sépticos; os materiais cortantes devem ser separados de outros resíduos e deve haver um método de descarte adequado para os resíduos médicos.

Nenhuma das instalações avaliadas tinha suprimentos mínimos de prevenção de infecção. Apenas uma instalação tinha um método de descarte adequado para resíduos hospitalares. Duas instalações que não tinham métodos adequados de descarte de resíduos hospitalares tinham todas as outras medidas em vigor. Uma instalação não tinha lavatório nas salas de consulta ou procedimento, mas todas as outras medidas estavam em vigor. Uma instalação não tinha sabão nas salas de consulta ou procedimento, mas todas as outras medidas - exceto um método apropriado de descarte de lixo hospitalar - estavam em vigor. Uma instalação não tinha estação de lavagem, sabão, luvas, anti-sépticos ou um método apropriado de descarte de lixo hospitalar.



Uma fossa de eliminação de resíduos numa das instalações avaliadas no Dondo. Todas as cinco instalações avaliadas não atendiam aos suprimentos mínimos de prevenção de infecção.

Crédito da foto: Katherine Gambir/WRC

Contraceção

Nenhuma das instalações avaliadas está qualificada como um ponto de prestação de serviços contraceptivos em funcionamento, definido neste estudo como tendo uma equipe qualificada presente, os equipamentos e suprimentos necessários para fornecer uma combinação mínima de métodos - DIU, implantes, OCP, injectáveis, preservativos e pílulas anticoncepcionais de emergência (CE) - e ter fornecido serviços contraceptivos nos três meses anteriores à avaliação.

Para ser capaz de fornecer um método com um padrão de qualidade aceitável - e, portanto, para ser incluído nas tabelas 4 e 5 abaixo - uma instalação deve ter fornecido o método nos três meses anteriores, ter pessoal qualificado fornecendo o método e ter todos os suprimentos e equipamentos necessários para fornecer ao método um padrão de qualidade aceitável, incluindo materiais de aconselhamento. Uma análise detalhada da capacidade das instalações de fornecer cada método, incluindo a disponibilidade de suprimentos e equipamentos, está incluída no **Anexo B** (página 49). Para os fins deste estudo, uma combinação mínima de métodos é definida como DIU, implantes, OCP, injectáveis, preservativos e CE.



Quadro 4: Capaz de fornecer uma combinação mínima de métodos	
	Instalação de saúde (n=5)
Materiais de aconselhamento disponíveis	4
DIU (n=4*)	1
Implantes	3
OCP	3
Contraceptivos injectáveis	3
Preservativos	4
CE	1
Capaz de fornecer uma combinação mínima de métodos	0

*Uma instalação não estava autorizada a fornecer DIU.

Novamente, para os fins deste estudo, um ponto de prestação de serviços contraceptivos em funcionamento é definido como a presença de uma equipa qualificada, do equipamento e dos suprimentos necessários para fornecer uma combinação mínima de métodos e a prestação de serviços contraceptivos nos três meses anteriores à avaliação.

Quadro 5: Ponto de prestação de serviços contraceptivos em funcionamento	
	Instalação de saúde (n=5)
Pessoal qualificado presente	5
Serviços contraceptivos prestados nos três meses anteriores	5
Capaz de fornecer uma combinação mínima de métodos*	0
Ponto de prestação de serviços contraceptivos em funcionamento	0

*Uma instalação não estava autorizada a fornecer DIU.

Uma instalação relatou fornecer todos os métodos nos três meses anteriores à avaliação. No entanto, não tinha nenhum material de aconselhamento disponível, o que é necessário para uma instituição atender aos critérios de fornecimento de contraceptivos com um padrão de qualidade aceitável. Além disso, embora a instalação tivesse todos os equipamentos e suprimentos necessários para fornecer implantes, OCP, injectáveis, preservativos e PAE, não tinha os suprimentos e equipamentos para fornecer DIU com um padrão de cuidados aceitável.

Duas outras instalações também relataram o fornecimento de DIU nos três meses anteriores à avaliação, mas não tinham o equipamento e os suprimentos necessários para fornecer o serviço com um padrão de cuidados aceitável.

Três instalações tiveram ruptura de estoques de CE dedicados no momento da avaliação. Uma instalação relatou que a falta de estoque durava há três meses e estava a usar o DIU de cobre e o método Yuzpe para fornecer EC; uma instalação também relatou usar o método Yuzpe.

Uma instalação relatou fornecer OCP, injectáveis e implantes nos três meses anteriores à avaliação, mas não tinha os suprimentos e equipamentos necessários para prestar os serviços com um padrão de cuidados aceitável.

Quadros detalhados podem ser encontrados no **Anexo B**.

Todas as instalações usaram o registo padrão fornecido pelo MISAU para serviços contraceptivos. Os registos incluíam espaços específicos para novos clientes, clientes que mudavam de método, referências de outros serviços prestados na unidade e complicações de procedimentos contraceptivos.

Cuidados pós-aborto

Nenhuma das instalações autorizadas a fornecer PAC (n=4) se qualificou como um ponto de entrega de serviço de PAC em funcionamento, definido como tendo uma equipa qualificada prestando serviços PAC, serviços de CPA disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana, oferecendo contracepção para todas as clientes pós-aborto e o equipamento e suprimentos necessários para fornecer CPA com MVA ou misoprostol. A CPA é um serviço de emergência essencial e deve estar disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Quadro 6: Fornecimento de CPA a um padrão aceitável	
	Instalação de saúde (n=4)
A contracepção pós-aborto é oferecida a todas as clientes CPA	4
Pessoal qualificado e formado para fornecer CPA	3
Serviços CPA disponíveis 24/7	2
Equipamentos e suprimentos para fornecer CPA com MVA	0
Suprimentos para fornecer CPA com misoprostol	3
Ponto de prestação de serviços CPA em funcionamento	0

Notavelmente, uma instalação relatou fornecer PAC nos três meses anteriores à avaliação, mas indicou que nenhum prestador foi formado para fornecer CPA. Consequentemente, não foi possível dizer definitivamente se a CPA estava disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana nesta instalação, embora a instalação estivesse aberta 24 horas por dia, 7 dias por semana, com dois prestadores de nível médio presentes durante a noite e fins de semana.

Uma outra instalação também relatou fornecer CPA nos três meses anteriores à avaliação, mas indicou que nenhum prestador foi formado para fornecer CPA; no entanto, uma revisão do questionário de conhecimentos e atitudes preenchido pelo prestador presente na instalação no momento da avaliação revelou que ela informou ter sido treinada para fornecer CPA com MVA e misoprostol. Portanto, não foi possível determinar se a equipa tinha prestadores formados, nem quantos. Consequentemente, não foi possível confirmar se a CPA estava disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana nesta instalação. A instalação estava alegadamente aberta 24 horas por dia, 7 dias por semana, com dois prestadores de nível médio presentes durante a noite e fins de semana. No entanto, não foi possível determinar se pelo menos um prestador formado estava disponível o tempo todo.

Duas instalações relataram ter fornecido CPA com MVA nos três meses anteriores à avaliação, mas não tinham o equipamento necessário para prestar o serviço com um padrão de qualidade aceitável.

Uma instalação estava sem misoprostol no momento da avaliação, mas relatou o fornecimento de CPA nos três meses anteriores à avaliação.

Todas as instalações reportaram os dados CPA no registo ginecológico padrão fornecido pelo MISAU, que inclui espaços para diagnóstico e / ou complicações, tratamento fornecido / método usado e método contraceptivo pós-aborto aceite.



Farmácia e armazenamento de medicamentos

Seis das sete instalações tinham farmácias no local. A instalação restante aguardava a montagem de electricidade antes de abrir uma farmácia completa. Todas as farmácias tinham registos, podiam explicar o mecanismo para garantir que medicamentos e suprimentos expirados não eram distribuídos e faziam solicitações de medicamentos (incluindo contraceptivos), suprimentos e equipamentos com intervalos regulares (mensal ou semanal). Além disso, todas as farmácias usavam o primeiro a expirar, o primeiro a sair (PEPS) ou uma combinação de PEPS e o primeiro a entrar, o primeiro a sair (PEPS) no seu sistema de gestão de estoque.

Três das seis instalações relataram rupturas de estoque nos últimos três meses, embora apenas duas dessas fossem relatos de ruptura de estoque de contraceptivos. Os dois relatos de rupturas de estoque de contraceptivos foram relatados como resultado de uma ruptura no "fornecedor" (por exemplo, FNUAP ou SMOH).

Apenas duas das instalações avaliadas apresentavam condições adequadas de armazenamento. As demais instalações não possuíam controlo de temperatura, não usavam prateleiras ou ripas e tinham pouca ou nenhuma ventilação ambiente. Além disso, ocorreu um incidente de segurança em que uma bolsa foi roubada de uma farmácia quando a equipa da WRC estava presente nas instalações, o que indica que o espaço não era seguro. Além disso, apenas três das farmácias pareciam limpas (por exemplo, sem sujidade, poeira e teias de aranha).

Quadro 7: Farmácia e gestão de estoque			
	Hospital rural (n=1)	Unidade de saúde rural/urbana (n=3)	Unidade de saúde móvel (n=1)
Falta de estoque relatada nos últimos três meses*	1	3	1
Farmácia disponível 24/7	1	3	N/D
Medicamentos devidamente armazenados†	1	1	N/D
A sala da farmácia estava limpa‡	1	1	N/D

*Falta de estoque de qualquer método contraceptivo relatado nos últimos três meses.

†Devidamente armazenados significa que os produtos farmacêuticos foram protegidos da humidade, calor e infestação (por exemplo, colocados em prateleiras ou ripas, ventilados).

‡ Limpa significa que a farmácia estava arrumada e sem sujidade, poeira e teias de aranha.

§ Em uma instalação, não havia farmácia, mas os medicamentos estavam disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana, numa vasilha dentro da tenda de saúde onde os serviços contraceptivos eram prestados.

A unidade móvel de saúde não prestava serviços 24 horas por dia, 7 dias por semana. Duas instalações estavam a funcionar inteiramente fora de tendas devido aos danos sofridos no ciclone. Em uma instalação, os medicamentos eram armazenados em vasilhas ou caixas nas mesmas barracas onde os serviços eram prestados. Nessa instalação, as tendas eram mantidas arrumadas os prestadores podiam aceder aos medicamentos 24 horas por dia, 7 dias por semana. Na



Em algumas instalações, os bens essenciais eram armazenados de maneira aleatória, enquanto noutras estavam bem organizadas.

Crédito da foto: Katherine Gambir/WRC

outra instalação, os prestadores usavam um edifício separado construído após o ciclone como farmácia. Os medicamentos estavam organizados e colocados em prateleiras, mas não estavam adequadamente protegidos contra humidade, calor e infestação. Os prestadores podiam aceder aos medicamentos 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Utilização de dados

Quadro 8: Utilização de dados nas instalações avaliadas	
	Instalações de saúde (n=5)
Elementos gráficos de serviços contraceptivos exibidos na instalação	2
O prestador conseguiu descrever tendências em dados contraceptivos	2
Reunião de revisão de dados realizada nos três meses anteriores à avaliação	5
O prestador conseguiu descrever as ações tomadas em resultado dos dados	4

Elementos gráficos de serviços contraceptivos estavam exibidos em duas das cinco instalações, mas numa instalação, os elementos gráficos exibidos eram de 2017-2018. Em ambas as instalações, os prestadores foram capazes de descrever tendências nos dados exibidos. Notavelmente, em duas instalações onde os dados não eram exibidos, os prestadores relataram a revisão dos registos para monitorar os dados ao longo do tempo. Em todas as quatro instalações, os prestadores foram capazes de descrever as ações tomadas em resultado dos dados. Todas as instalações relataram dados através de sistemas nacionais e foram realizadas reuniões para rever os dados nos níveis distrital, provincial e nacional.



Conhecimentos e atitudes dos prestadores de serviços

Dez profissionais de saúde em cinco instalações completaram avaliações de conhecimentos e atitudes. Quadros detalhados podem ser encontrados no **Anexo C** (página 62).

Quadro 9: Classificação profissional dos inquiridos (n=10)	
Classificação profissional	Número
Enfermeira(o) de saúde materna e infantil	4
Técnica(o) de medicina preventiva	1
Enfermeira(o) de saúde materna e infantil e técnica(o) médica(o)	4
Enfermeira(o) supervisor(a) de saúde materna	1

Todos os 10 inquiridos relataram fornecer aconselhamento contraceptivo nos últimos três meses. Mais da metade (7/10) relatou ter fornecido um DIU nos últimos três meses, embora apenas 5/10 tenha relatado já ter recebido instrução ou formação para prestar esse serviço. Cinquenta por cento (5/10) dos inquiridos relataram ter inserido um DIU pós-parto nos últimos três meses. Quase todos (9/10) relataram ter fornecido implante nos últimos três meses. Sete inquiridos relataram ter fornecido DMPA-SC e sete entrevistados relataram ter fornecido contracepção de emergência nos últimos três meses.

Um número um pouco maior de entrevistados relatou ter fornecido MVA (5/10) e misoprostol (4/10) para CPA, embora menos tenham relatado já ter recebido instrução ou formação para prestar esses serviços (3/10 e 2/10, respectivamente). Mais da metade dos entrevistados (7/10) relatou ter fornecido aconselhamento de planeamento familiar pós-aborto nos últimos três meses.

Conhecimentos dos prestadores

A ferramenta incluiu 10 perguntas para avaliar o conhecimento técnico dos provedores de serviços contraceptivos e CPA. Os entrevistados demonstraram um forte nível geral de conhecimento dos serviços contraceptivos, com uma pontuação média de 5 em 6 (**Anexo C, Quadro 15**). No entanto, apenas 3 de 10 entrevistados foram capazes de identificar correctamente as mudanças comuns no período menstrual de uma mulher após a inserção de um DIU. Essa lacuna de conhecimento corresponde a apenas metade dos entrevistados (5/10) ter recebido alguma instrução ou formação sobre como inserir um DIU. Considerando que 7/10 entrevistados relataram ter inserido um DIU nos últimos três meses, isso tem implicações negativas potenciais para aconselhar mulheres sobre o DIU e prepará-las para sangramento inicial intenso, especialmente para utilizadoras de DIU pela primeira vez.

O conhecimento da CPA era muito baixo, com uma pontuação média de 1,1 em 4 (**Anexo C, Quadro 16**). Apenas dois entrevistados foram capazes de identificar corretamente a dosagem recomendada de misoprostol para tratar um aborto incompleto ou quando a fertilidade de uma mulher retorna. Nenhum dos entrevistados foi capaz de identificar correctamente até que ponto, com base no tamanho do útero, MVA e misoprostol podem ser usados para tratar um aborto incompleto. Mais da metade dos entrevistados (7/10) sabiam que deveriam informar a cliente de CPA sobre quando ela poderia conceber novamente, fornecer contraceptivos ou encaminhar para contracepção e explicar as consequências de um aborto inseguro.

Atitudes dos prestadores

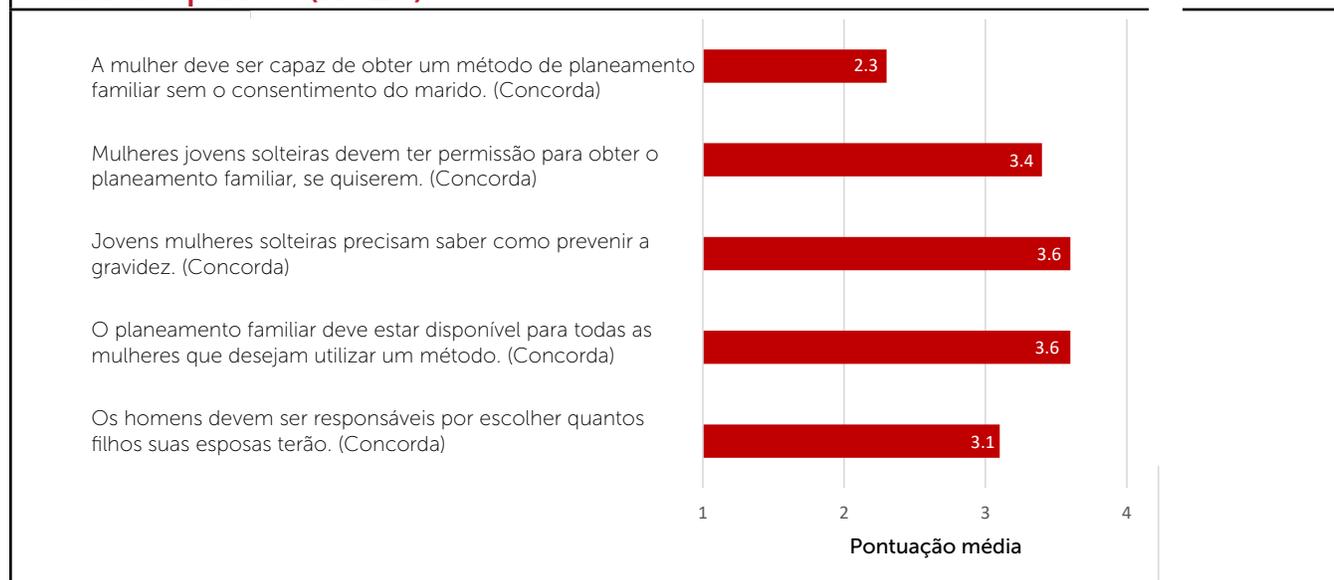
Os resultados da secção do questionário que mede as atitudes do prestador são apresentados como pontuações médias que variam de um a quatro para cada afirmação. Todas as pontuações são

baseadas nas respostas da escala Likert para cada afirmação: concordo totalmente (4), concordo (3), discordo (2) e discordo totalmente (1). Algumas afirmações foram codificadas inversamente para que as médias altas sempre sinalizem atitudes que promovem contraceptivos e cuidados pós-aborto equitativos e de boa qualidade.

As respostas indicaram atitudes geralmente favoráveis em relação ao acesso a serviços contraceptivos. A afirmação "O planeamento familiar deve estar disponível para todas as mulheres que desejam utilizar um método" apresentou pontuação média de 3,6/4. As atitudes em relação ao acesso de jovens mulheres solteiras a informações contraceptivas foram igualmente altas, com uma pontuação média de 3,6/4 para a afirmação "Jovens mulheres solteiras precisam saber como prevenir a gravidez". No entanto, as atitudes em relação ao acesso de jovens mulheres solteiras a serviços contraceptivos foi ligeiramente menor. A afirmação "Mulheres jovens solteiras devem ter permissão para obter o planeamento familiar, se quiserem" teve uma pontuação média de 3,4/4.

Os entrevistados expressaram atitudes menos favoráveis em relação à autonomia e tomada de decisões das mulheres sobre a gravidez e o uso de contraceptivos. A pontuação média para a afirmação "Os homens devem ser responsáveis por escolher quantos filhos suas esposas terão" foi 3,1. A pontuação média para a afirmação "Uma mulher deve ser capaz de obter um método de planeamento familiar sem o consentimento do marido" foi 2,3.

Figura 3: Atitudes dos prestadores em relação aos serviços contraceptivos (n=10)



As atitudes do prestador em relação a CPA foram geralmente favoráveis. Quase todos os entrevistados acreditam que "a CPA é um serviço médico importante para reduzir a mortalidade e morbidade materna" (pontuação média: 3,7).



VII. Constatações da comunidade

Um total de 112 GFD foram realizadas em espaços privados num centro de reassentamento em Dondo e dentro do complexo de um hospital em Buzi. Conforme observado anteriormente, os GFD foram conduzidos em locais com fornecimento contínuo de contraceptivos e serviços CPA e os participantes podem, portanto, ter mais conhecimento ou expressar crenças mais positivas sobre os serviços contraceptivos, em comparação com participantes de comunidades sem acesso semelhante. Além disso, as ONG que apoiam a prestação de serviços SSR lideraram os esforços de recrutamento e os participantes podem ter sido mais propensos a fornecer respostas positivas sobre os serviços contraceptivos se associaram os facilitadores da GFD à ONG.

Quadro 10: Composição dos grupos focais de discussão (n=112 participantes)

Grupo	Localização	Número de participantes
Raparigas adolescentes (15–19 anos)	Dondo	12
Raparigas adolescentes (15–19 anos)	Buzi	9
Mulheres (20–24 anos)	Dondo	11
Mulheres (20–24 anos)	Buzi	9
Mulheres (25–45 anos)	Dondo	11
Mulheres (25–45 anos)	Buzi	13
Homens (25–45 anos)	Dondo	13
Homens (20–29 anos)	Buzi	12
Homens (30–45 anos)	Buzi	5
Rapazes adolescentes (15–19 anos)	Dondo	12
Rapazes adolescentes (15–19 anos)	Buzi	7

Práticas e normas relacionadas com a gravidez e o casamento

Casamento infantil, precoce e forçado

Houve consenso entre os grupos focais de que não era incomum que raparigas adolescentes se casassem, mas alguns participantes expressaram a crença de que a incidência de casamento precoce estava a diminuir. Uma rapariga adolescente em Buzi disse: “A prática de casar raparigas cedo está a diminuir ultimamente, porque há activistas que vão às escolas e dão palestras sobre casamento prematuro”. Um rapaz adolescente em Buzi notou que embora o casamento precoce “estivesse quase no fim” em Buzi, ainda era comum em comunidades menores ou rurais. Rapazes no mesmo grupo focal de discussão associaram o casamento precoce à pobreza, uma observação que foi repetida por raparigas adolescentes em Dondo.

Gravidez

Em todos os grupos focais em Dondo e em Buzi, os participantes relataram que as relações sexuais e a gravidez eram muito comuns entre adolescentes e jovens. Os participantes de todos os grupos focais relataram que raparigas adolescentes solteiras e mulheres jovens que engravidaram foram amplamente mal vistas pelas suas comunidades. Vários participantes em grupos focais citaram a interrupção da educação das raparigas como um resultado negativo importante da gravidez.

Os participantes dos grupos focais relataram que, em muitos casos, a gravidez resultou em

casamento de menores, precoce e forçado e uniões informais. Quando questionados sobre o que aconteceu depois de uma rapariga adolescente ou mulher solteira ou rapariga ter engravidado, os entrevistados de todas as discussões em grupos focais (Mulheres 26-45, Buzi; Mulheres 26-45, Dondo; Homens 20-45, Buzi; Mulheres 20-25, Buzi; Mulheres 20-26, Dondo) fizeram referências a rapazes e homens sendo questionados se eles “assumiriam a responsabilidade”, ou a rapariga ou mulher sendo “enviada para a casa [do rapaz ou do homem]. Uma mulher em Dondo (20-26) relatou que alguns pais “forçam a rapariga a ir para a casa do rapaz” e uma mulher em Buzi (20-25) afirmou que “alguns pais ‘confusos’ da nossa comunidade mandam as suas filhas embora com o companheiro que as engravidou. Eles sofrem nas suas [novas] casas por causa disso”.

Pós-ciclone

Vários participantes em grupos de foco relataram que o casamento precoce aumentou após o ciclone, embora outros participantes relataram que não observaram mudanças na incidência de casamento precoce após o ciclone. Um rapaz adolescente em Buzi relatou que “[eles] não viram muitos casamentos” após o ciclone, e expressou preocupação sobre as adolescentes engravidarem antes ou fora do casamento. Um homem em Buzi (30-45) também relatou uma diminuição nos casamentos e afirmou que havia mais raparigas adolescentes grávidas no centro de reassentamento de Guará do que em Buzi.

Os participantes associaram explicitamente a escassez de recursos e o sexo transaccional ao casamento precoce após o ciclone. Um rapaz adolescente em Dondo disse: “As práticas conjugais mudaram na comunidade depois do Ciclone Idai, mas para pior. Conforme a crise se instala na comunidade, as raparigas são assediadas e acabam ficando com homens mais velhos em troca de comida”. Um homem em Buzi (20-29) expressou uma opinião semelhante, e disse: “Há muitos casamentos a acontecer por causa da falta de comida nas comunidades. As meninas dão os seus corpos em troca de comida. As cheias só pioraram a miséria”. No entanto, vários participantes relataram que as actividades de mobilização da comunidade para lidar com o casamento precoce continuaram após o ciclone.

De maneira mais ampla, os participantes relataram que o ciclone interrompeu casamentos existentes, observando que alguns homens saíram em busca de trabalho; alguns participantes relataram um aumento nos divórcios após o ciclone. Outros abordaram desafios como a alimentação e a moradia decorrentes do desalojamento. Uma mulher em Buzi (26-45) disse:

“Sim, a vida mudou. Agora estamos a dormir ao ar livre e o meu marido fica perguntando, por que estamos a dormir fora? Também precisamos de pensar em comida, sabão, material escolar, roupas para as crianças e também pensar em encontrar um emprego. Quando falo com ele, ele insulta-me porque fica estressado com todas as coisas que passamos. Tudo isso foi trazido pelo ciclone Idai e pelas cheias, porque tínhamos um relacionamento saudável antes - apesar de ser feita de erva, pelo menos tínhamos uma casa onde dormir”.

Outra mulher em Dondo (26-45) disse: “As coisas mudaram porque já não vivemos onde vivíamos. Alguns homens recebem comida no acampamento e vão vendê-la para beber. As mulheres têm que tomar conta de si sozinhas”.



Sensibilização para métodos contraceptivos e disponibilidade

Houve uma consciência generalizada da contracepção e dos seus benefícios em todos os grupos focais, incluindo métodos de curta e longa duração. Dos CLPR, os participantes dos grupos focais relataram ter maior familiaridade com os implantes em comparação com os DIU. Isso corresponde à popularidade relativa dos implantes em comparação com os DIU entre as mulheres da comunidade que usam métodos de longa acção relatados por participantes em todas as GFD.

Também houve uma consciência generalizada da dupla protecção oferecida pelos preservativos. No entanto, houve uma consciência muito baixa da EC nas GFD, com a grande maioria dos participantes a relatar nenhum conhecimento prévio da EC.

Quando questionados sobre se a conscientização sobre a contracepção mudou após o ciclone, alguns participantes relataram que a conscientização sobre a contracepção era alta antes do ciclone, citando actividades de mobilização da comunidade - especificamente "palestras". No entanto, os participantes também relataram que essas actividades continuaram ou aumentaram após o ciclone, e alguns descreveram que a consciência sobre a contracepção aumentou como resultado.

Fontes de informação sobre métodos e serviços contraceptivos

Quando questionados sobre as fontes primárias de informação sobre contracepção em suas comunidades, os participantes das discussões dos grupos focais, incluindo adolescentes, citaram amplamente as instalações de saúde. Os participantes dos grupos focais relataram "palestras" disseminando informações sobre contracepção". "Palestras" referem-se a sessões de informação conduzidas por APE e outros defensores e voluntários; em alguns casos, os participantes pareciam usar "palestra" como um termo geral para descrever as actividades de mobilização da comunidade. Raparigas e mulheres em Buzi (20-25) e rapazes em Dondo relataram informações sobre contracepção sendo disseminadas nas escolas. Finalmente, um homem de Dondo (20-45) relatou ter recebido informações sobre contracepção pelo rádio.

Mulheres no Dondo e homens no Buzi também relataram partilhar informações sobre contracepção através de redes informais. Quando questionados se os participantes recomendaram serviços contraceptivos aos seus amigos, uma mulher em Dondo (26-45) reconheceu que, embora "algumas mulheres não aceitem conselhos, ainda conversamos sobre isso em muitos lugares - quando vamos [buscar] água, no mercado, [e] ao falar com os nossos vizinhos e amigos". Da mesma forma, quando os participantes foram questionados sobre a sua experiência na procura de serviços de contracepção na unidade de saúde, um homem no Buzi (30-45) respondeu que "foi uma boa consulta e [ele] já tinha convidado alguns amigos para lá irem". Uma mulher em Dondo enfatizou a importância de as mulheres conversarem com as suas filhas sobre a prevenção de gravidezes indesejadas e precoces e apoiar as raparigas no acesso a contraceptivos (26-45).

Razões para o uso de contraceptivos, e atitudes positivas em relação ao uso de contraceptivos

Nas discussões do grupos focais, os participantes expressaram atitudes geralmente positivas em relação à contracepção. Quando questionados sobre o motivo pelo qual mulheres e raparigas nas suas comunidades usavam contraceptivos, os participantes discutiram a importância de prevenir gravidezes indesejadas e os benefícios do espaçamento entre filhos para a saúde de mulheres e crianças.

Os participantes dos grupos focais também expressaram a importância de espaçar e limitar os nascimentos para garantir que as famílias pudessem cuidar de seus filhos, com vários participantes expressando que isso era particularmente verdadeiro dado o impacto social e económico do ciclone. Uma mulher em Dondo (26-45) disse: “Hoje em dia, não é bom ter muitos filhos. A vida é difícil, especialmente depois do que aconteceu. As famílias estão vulneráveis sem casa, sem emprego... Portanto, irmãs, vamos usar o planeamento para evitar que os nossos filhos cresçam nas condições em que vivemos agora”.

Os participantes dos grupos focais relataram a sua percepção de que os injetáveis e implantes eram os métodos contraceptivos mais comumente usados em suas comunidades. Em relação à seleção do método, as mulheres de Buzi e Dondo expressaram que as mulheres têm necessidades diferentes e não existe um método que vá ao encontro das necessidades de todas as utilizadoras de contraceptivos. Mulheres e raparigas adolescentes de Buzi e Dondo discutiram os efeitos colaterais negativos e o seu impacto na seleção do método; os efeitos colaterais discutidos incluíram sangramento, menstruação irregular ou interrupção da menstruação, dores de cabeça, diminuição do desejo sexual, perda de peso e, especificamente, em relação a implantes, dor no braço e / ou no local de inserção. No entanto, os participantes não citaram os efeitos colaterais como uma barreira ao uso de contraceptivos.

Os participantes de todas as GFD, incluindo homens e rapazes, discutiram os benefícios dos CLPR - especificamente, implantes - e enfatizaram as vantagens da protecção por vários anos. Rapazes no Dondo e homens no Buzi e Dondo notaram que os CLPR garantem que mulheres e raparigas não tenham que visitar a instalação de saúde regularmente, com um homem no Buzi (30-45) observando: “Isso ajuda muito para aquelas famílias onde as mulheres estão longe e não podem ir ao hospital o tempo todo”.

Uma rapariga adolescente em Dondo discutiu a sua decisão de passar dos OCP para o implante, enfatizando os benefícios de não precisar de tomar uma pílula rotineiramente. Ela disse:

“Para mim [o implante] é bom, pois evito engravidar. Eu costumava tomar pílulas, que sempre esquecia de tomar. Agora estou mais segura. Estou com o implante há quatro anos e meu [filho] também tem quatro anos. Assim que expirar, vou colocar um novo. No momento, estudo e tenho namorado. Se não fosse o implante, eu já estaria grávida. Obrigada por existir, implante!”

Atitudes negativas e equívocos sobre contraceptivos e uso de contraceptivos

Embora os participantes de todos os GFD tenham expressado atitudes amplamente positivas em relação ao uso de contraceptivos, alguns expressaram e muitos reconheceram informações e percepções errôneas sobre os contraceptivos. Os equívocos mais comumente citados foram que o uso de contraceptivos pode prejudicar a fertilidade das mulheres, especialmente se usado por longos períodos de tempo, e que não é apropriado que mulheres que ainda não tiveram filhos usem contraceptivos. O equívoco de que a contracepção pode prejudicar a fertilidade parece estar mais comumente associado ao uso de CLPR.

Embora muitos participantes contradigam a crença de que a contracepção prejudica a fertilidade das mulheres, as mulheres em Dondo (20-26) expressaram que levaria mais tempo para uma mulher engravidar se ela estivesse usando contracepção. Homens no Buzi (20-29) e Dondo (20-45) e mulheres no Buzi (20-25) relataram ter ouvido falar de incidentes em que mulheres engravidaram durante a utilização do implante.



Mulheres no Buzi (20-25) relataram percepções errôneas de que o implante poderia "vagar" pelo corpo de uma mulher e preocupações de que o DIU pudesse "[deixar] o seu lugar". Não é claro se os participantes descreveram uma percepção equivocada semelhante de que o DIU poderia "vagar" pelo corpo ou se estavam se referindo a incidentes em que um DIU se desloca no útero. Um rapaz adolescente relatou uma preocupação semelhante, afirmando que tinha ouvido alguém dizer que um implante "tinha desaparecido dentro do braço".

Os participantes expressaram ou descreveram atitudes mais negativas em relação aos DIU em comparação com os implantes, observando que eles não eram amplamente usados nas suas comunidades e que não tinham conhecimento sobre os DIU. Em Buzi, uma mulher (26-45) que teve uma experiência positiva com o uso de um DIU disse: "Não me fez mal como as pessoas disseram que faria". Outra mulher (26-45) acrescentou: "Dizem que não é bom. É por isso que as mulheres da comunidade não gostam de usá-lo". Homens no Dondo (20-45) e mulheres no Buzi (20-25; 26-45) notaram preocupações de que o DIU pudesse causar dor aos homens durante o sexo, e um rapaz adolescente no Buzi relatou que os DIU "[não] matariam o seu esperma" - que eles não foram eficazes.

O estigma como uma barreira ao uso de contraceptivos

Os participantes, particularmente raparigas adolescentes, reconheceram que encontraram estigma como resultado da procura de serviços contraceptivos, e o estigma influenciou negativamente a adoção de contraceptivos nas suas comunidades. Quando questionada sobre se as raparigas adolescentes usam contraceptivos na sua comunidade, uma adolescente no Buzi disse: "Não muitas, porque dizem que o planeamento só é feito depois de ter filhos". Outra rapariga concordou, dizendo: "Eu concordo com ela, e eles até dizem que isso estraga o útero da mulher".

As raparigas relataram ter encontrado atitudes contraditórias de seus colegas depois de procurarem serviços contraceptivos, com um participante afirmando que "Alguns dizem coisas boas sobre isso e apoiam isso", enquanto outro acrescentou: "Outros repreendem você, dizendo que [usar contracepção é] ruim na nossa idade". Raparigas em Dondo relataram experiências semelhantes, com uma participante afirmando que "nos sentimos insultadas, [e é] ainda pior quando você não engravida rapidamente depois de deixar o planeamento familiar".

As mulheres no Buzi (20-25) fizeram eco dessas preocupações. Uma mulher relatou que "algumas amigas dizem que não poderei ter mais bebés, que matei o meu útero". No entanto, ela acrescentou: "Depois de um tempo, quando você engravida, elas ficam surpresas e envergonhadas". Outra participante relatou estigma associado à valorização cultural da gravidez.

Factores que influenciam o uso de contraceptivos

Parceiros masculinos, pais e decisão sobre uso de contraceptivos

Quando questionados sobre a tomada de decisões em relação ao número de filhos que um casal teria e ao uso de contraceptivos, os participantes descreveram uma série de experiências, percepções e opiniões. Os homens expressaram amplamente que as mulheres casadas devem obter permissão de seus parceiros. Um homem em Dondo (20-45) disse: "Deve ser uma decisão do casal. Se a esposa quiser fazer o planeamento, ela deve primeiro perguntar ao marido". Um homem no Buzi (30-45) disse: "Normalmente, como o próprio nome já diz, é 'planeamento familiar'. Você só pode ir sozinho, sem a sua parceira, se você for [solteiro]".

Outro homem no mesmo GFD acrescentou: "Por mais que as mulheres queiram, elas precisam pedir aos maridos, para evitar divórcios e problemas no futuro".

Os homens mais jovens (com idades entre os 20 e os 29 anos) no Buzi discutiram mais longamente a tomada de decisões. Vários homens relataram que alguns casais tomaram a decisão em conjunto. No entanto, um participante disse: "Na comunidade, quando você recolhe uma amostra, a maioria dessas decisões - em relação às mulheres que usam o planeamento familiar - são feitas por seus homens". Outro participante concordou.

Outro homem observou que a sua esposa não o consultou antes de obter um método, dizendo:

"Quando ela voltou para casa, ela apenas me disse que tinha decidido colocar [contracepção] porque ela não queria ter filhos agora, porque ela está estudando actualmente".

No entanto, outro participante comentou sobre a sua experiência, "a decisão deve ser do casal, para não criar problemas em casa".

Mulheres em todos os grupos focais relataram que, em alguns casos, os casais decidiram em conjunto se deveriam usar contraceptivos. No entanto, as mulheres reconheceram que os homens costumam ser os principais tomadores de decisão em relação ao uso de contraceptivos e que os homens podem representar uma barreira ao uso de contraceptivos. Por exemplo, uma mulher (Dondo 26-45) disse:

"Podemos nem querer ter mais filhos, mas nossos maridos nos dizem que querem oito filhos. Temos que aceitar isso, pois não temos outras opções - caso contrário, perderemos nossas casas".

Uma mulher (Buzi 20-25) relatou que "alguns maridos forçam suas esposas a desistir do planeamento".

No entanto, algumas mulheres expressaram que as mulheres tomavam decisões sobre o uso de contraceptivos de forma independente, às vezes discretamente, de seus maridos e parceiros (Dondo 20-26, Buzi 20-25). Por uma mulher (Buzi 20-25), "Nós decidimos por nós mesmas. Esses nossos maridos não gostam de saber que suas esposas estão fazendo algum planeamento".

As mulheres relataram que era comum para as mulheres usarem contraceptivos secretamente. Uma mulher no Buzi (26-45) disse: "Aqui na comunidade, algumas mulheres fazem-no pelas costas dos maridos, porque as ameaçam, dizendo que o planeamento acabará com os seus casamentos". Outra mulher acrescentou: "Alguns maridos batem nas esposas quando descobrem".

No entanto, as mulheres também notaram casos de parceiros masculinos apoiando o uso de contraceptivos. Uma mulher no Buzi (26-45) relatou que embora alguns homens se opusessem ao uso de contraceptivos, outros "aceitam e até dizem 'olha, a minha mulher vai fazer o planeamento'".

Os participantes também relataram que os pais de raparigas adolescentes desempenham um papel importante na tomada de decisões sobre o uso de contraceptivos. Um rapaz adolescente no Buzi relatou que o seu pai "forçou" a sua irmã a colocar um implante porque ela estava "a mostrar um comportamento negativo [aos olhos] da família". Um adolescente em Dondo disse: "Actualmente, os próprios pais estão pedindo às filhas que façam o planeamento familiar, pois têm medo de ficar com uma filha grávida".

Ele também relatou o conhecimento de raparigas adolescentes que usam contraceptivos secretamente,



sem o conhecimento dos seus pais, o que ele associou à maior disponibilidade de informações após o ciclone, citando as "muitas palestras" sobre casamento precoce e "gravidez prematura".

Crenças e líderes religiosos

Os participantes das discussões dos grupos focais relataram que os líderes religiosos não discutiam com frequência a contracepção em suas comunidades. Mulheres em grupos focais no Dondo e no Buzi relataram que os líderes religiosos e comunitários não discutiam a contracepção, embora as mulheres no Dondo (26-45) e no Buzi (26-45) tenham relatado que a religião na sua comunidade considerava o uso de contraceptivos um "pecado". Uma mulher no Buzi (26-45), quando questionada sobre se os padres ou outro líder religioso abordavam a contracepção, disse: "Nunca. Eles dizem que é um pecado". Outra acrescentou: "Eles dizem '[sejam frutíferos] e multipliquem-se'. Não é falado durante a missa, mas sim nos grupos de mães".

Homens de todos os grupos focais no Dondo e no Buzi concordaram que os líderes religiosos nas suas comunidades não discutiam a contracepção regularmente, embora um participante no Buzi (20-29) tenha notado que embora não frequentasse regularmente a igreja, "[ele] uma vez ouvi o [líder comunitário] falando sobre planeamento familiar e casamento". Um participante do Buzi (30-45) disse que embora houvesse orientação religiosa na comunidade, "não [era] muito aprofundada". Consequentemente, pode ser que os líderes religiosos tenham maior probabilidade de abordar a contracepção com os homens, mesmo com pouca frequência, em comparação com as mulheres.

Facilitadores e recomendações identificadas pelos participantes

Os participantes de todos os grupos focais citaram a mobilização da comunidade como um importante impulsionador de atitudes positivas em relação à contracepção e ao uso de contraceptivos. Conforme observado anteriormente, os participantes dos grupos de foco citaram as palestras como fontes principais de informações sobre contracepção e casamento precoce. Quando questionados sobre quais atividades apoiariam o uso de contraceptivos em suas comunidades, os participantes de todos os grupos focais defenderam a continuação dessas "palestras". Mulheres (26-45), homens (30-45) e rapazes no Buzi, todos enfatizaram a importância de alcançar as comunidades rurais e isoladas com actividades de mobilização comunitária. Um homem no Buzi (30-45) descreveu os participantes do grupo focal como uma "minoridade bem informada" e disse: "Informações como esta devem estar em todo o lado, nas áreas onde muitas raparigas estão a ter filhos e pensam que ter filhos e casamento são tudo o que existe para suas vidas". Além disso, as mulheres no Buzi (20-25) recomendaram actividades de mobilização direccionadas aos homens.

Os participantes recomendaram uma série de actividades de mobilização comunitária para além de palestras, incluindo activistas permanentes na comunidade (Rapazes, Dondo; Homens 30-45 Buzi), aumento da publicidade e promoção de serviços contraceptivos (Rapazes, Dondo), teatro comunitário (Homens 20-45, Dondo; Homens 30-45, Buzi), e discussões com grupos de jovens (Homens 30-45, Buzi).

Os participantes também discutiram o potencial de membros da família e colegas em servirem como facilitadores, especialmente para os jovens. Um rapaz adolescente no Buzi expressou a necessidade de os líderes comunitários e os pais discutirem a contracepção com os seus filhos. Além disso, as mulheres no Dondo (26-45) e no Buzi (26-45) expressaram que poderiam servir de recursos para as suas filhas e apoiar as raparigas a aprender e ter acesso aos contraceptivos. Uma mulher em Buzi (26-45) disse:

"As mães deveriam ser amigas de suas filhas. Abordá-las para saber o que está

acontecendo em suas cabeças, para evitar o tipo de situação em que elas ficam grávida e não sabemos sobre isso. Nossa própria filha não pode nos ver como um leão! Temos que conversar e explicar a realidade para elas. [Para] chegar aos 20 anos sem engravidar - isso será bom para elas e para nós, mães”.

Finalmente, as raparigas adolescentes do Dondo e do Buzi relataram que não tinham onde ir para ter acesso a serviços contraceptivos adequados para adolescentes e expressaram o desejo de um centro juvenil na sua comunidade, afirmando que isso apoiaria o acesso à contracepção para os jovens.

Disponibilidade e acessibilidade dos serviços

Disponibilidade e acessibilidade dos serviços contraceptivos

Os participantes de todos os grupos concordaram que os serviços contraceptivos estavam disponíveis. Os participantes no Dondo citaram a unidade de saúde móvel localizada dentro do local de reassentamento e a unidade de saúde urbana localizada fora do local de reassentamento como os dois principais pontos de prestação de serviços contraceptivos que estavam disponíveis para eles. Todos os participantes no Buzi citaram o hospital como o principal ponto de prestação de serviços de contracepção. No entanto, cinco homens no Buzi (20-29) observaram explicitamente que os serviços contraceptivos não estavam disponíveis nas suas respectivas comunidades. Homens no Dondo (20-25) e Buzi (30-45) e rapazes adolescentes no Buzi citaram a distância da unidade de saúde como uma barreira aos serviços contraceptivos que alguns membros da comunidade enfrentam. Homens em Dondo (20-45) relataram que “pessoas que moram em lugares onde não há serviços de saúde” podem ter mais dificuldade de acesso aos serviços contraceptivos. Os rapazes do Buzi sugeriram que as actividades de mobilização de contraceptivos deveriam ir para as “comunidades mais distantes”, para que estes membros da comunidade compreendam



Uma seleção de suprimentos contraceptivos de curta e longa duração numa das instalações avaliadas. Crédito da foto: Arturo Sanabria



a importância dos contraceptivos e tenham informações sobre onde ter acesso aos serviços. Mulheres e raparigas no Buzi confirmaram que os serviços contraceptivos estavam disponíveis no hospital, mas não mencionaram que os serviços estavam localizados fora das suas comunidades.

Notavelmente, os participantes de todos os grupos confirmaram que todos podiam aceder a serviços contraceptivos nas unidades de saúde. Quando questionados se adolescentes e solteiros tinham acesso a esses serviços, um homem (Buzi 30-45) afirmou claramente: "Os serviços estão disponíveis para qualquer pessoa que deles". Os participantes de todos os grupos observaram que os adolescentes podem obter serviços contraceptivos sozinhos. Os rapazes adolescentes de ambos os grupos partilharam que obtiveram preservativos na clínica. Um rapaz do Buzi notou que comprava preservativos na farmácia e disse: "Senti-me 'à vontade' ao ir à farmácia e pedir preservativos. Fui muito bem atendido pelo farmacêutico, que disse que esta camisinha que eu estava levando não era para dar às crianças para elas fazerem bolas".

Uma rapariga adolescente no Buzi confirmou que as raparigas da sua comunidade podem obter serviços contraceptivos sozinhas; no entanto, ela enfatizou que não são muitos os adolescentes que usam contraceptivos devido a conceitos errôneos sobre os contraceptivos.

Além disso, um homem no Buzi (30-45) observou que as pessoas com deficiência podem ter maior dificuldade em obter serviços contraceptivos.

Pós-ciclone

Todos os grupos de mulheres comentaram que os serviços contraceptivos não foram afectados pelo ciclone; no entanto, todos os grupos de homens relataram que os serviços contraceptivos foram afectados negativamente. Um homem em Dondo (30-45) mencionou que os serviços de contraceptivos foram afectados pelo ciclone porque o hospital estava inundado, e por isso os membros da comunidade "passaram muitos dias sem ir ao hospital. Quando a primeira resposta chegou, foi apenas para situações mais críticas". Da mesma forma, um homem do Buzi (20-29) afirmou que os serviços de contracepção pararam porque o hospital estava inundado.

Apesar de informantes-chave terem relatado atrasos na disponibilidade de serviços contraceptivos após o ciclone, vários rapazes adolescentes em Dondo, raparigas adolescentes em Buzi e homens em Buzi (20-29) observaram que o acesso a informações contraceptivas melhorou após o ciclone devido a esforços de mobilização da comunidade. Um rapaz adolescente do Buzi explicou: "O planeamento familiar mudou muito depois do ciclone. Tivemos várias palestras sobre como prevenir as doenças e sobre o casamento prematuro".

Raparigas adolescentes em Dondo relataram que os serviços e informações contraceptivos não mudaram após o ciclone.

Qualidade dos serviços

Em todos os grupos, os participantes expressaram opiniões gerais positivas sobre a qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde. Os participantes de todos os grupos pareceram satisfeitos com a qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde, citando profissionais e equipes treinadas das unidades de saúde, tratamento por parte da equipe de saúde, confidencialidade e conveniência como principais motivos pelos quais obtêm serviços de uma unidade de saúde específica. Um homem no Buzi (30-45) partilhou a sua experiência na unidade de saúde: "Quando chegamos à consulta, a enfermeira nos mostrou os métodos disponíveis e explicou as vantagens. Escolhemos o implante e ele foi inserido".

Embora vários homens no Buzi (20-29; 30-45) comentassem que tiveram de esperar muito tempo antes de serem atendidos por um profissional de saúde, todos os grupos referiram que as unidades de saúde estavam abertas em horários convenientes. Várias mulheres (26-45) e raparigas no Buzi afirmaram que a razão pela qual procuram serviços contraceptivos na unidade de saúde em particular é porque “é perto” e “não há outro hospital onde ir”, respectivamente.

No entanto, várias mulheres no Buzi (26-45) descreveram experiências negativas relacionadas ao tratamento por profissionais de saúde - especificamente, incidentes de profissionais de saúde negando a remoção de contraceptivos. Uma mulher (26-45) afirmou:

“O problema é quando você coloca [o implante] e não tem marido. Se acontecer de você encontrar alguém depois de dois anos e quiser ter filhos, as enfermeiras do hospital se recusam a retirá-lo. E às vezes eles dizem que não há bisturis para fazer isso”.

Atitudes dos prestadores

Todos os grupos participantes relataram que foram bem tratados pelos profissionais de saúde na unidade de saúde, excepto rapazes adolescentes em Dondo, que não abordaram o tratamento pelos profissionais de saúde. Um homem de Dondo (20-45) explicou por que os membros da comunidade obtêm serviços numa unidade de saúde específica: “Vamos lá porque queremos fazer planeamento familiar. A enfermeira está atenta para nós e explica tudo o que tem a ver com planeamento familiar”.

No entanto, várias mulheres do Buzi (20-25 e 26-45) partilharam experiências e percepções negativas dos prestadores, incluindo a já mencionada recusa de serviços de remoção pelos prestadores.

Custo

Quando questionados sobre o custo dos serviços contraceptivos na unidade de saúde, todos os participantes reconheceram que os serviços, incluindo produtos contraceptivos, eram gratuitos. Homens (20-45 Dondo) citaram especificamente que o custo dos serviços gratuitos era um factor de que gostavam nos serviços contraceptivos.

Inexistência de estoques

As mulheres (26-45) no Buzi realçaram a falta de estoques de bens essenciais como barreira. Uma mulher citou que a ruptura de estoque de bens essenciais não era incomum: “A única coisa que não gostamos é quando queremos deixar o planeamento e as enfermeiras nos contam alguma história, nos pedindo para voltar ‘amanhã’. Esse amanhã nunca chega”.

Cuidados pós-aborto

Os participantes de todos os grupos demonstraram estar cientes de que as mulheres e meninas que apresentam complicações com o aborto devem procurar atendimento médico. Todos os grupos, exceto os rapazes de Dondo, discutiram que os profissionais de saúde são os únicos indivíduos que podem ajudar meninas e mulheres a resolver complicações pós-aborto. No entanto, um homem no Buzi (30-45) expressou a crença de que pode haver falta de conhecimento sobre a disponibilidade de serviços de CPA no hospital e que o medo do estigma pode impedir as mulheres e raparigas de



procurarem atendimento, afirmando:

“Tenho certeza que as mulheres não sabem disso [atendimento pós-aborto na unidade de saúde], porque quando fazem um aborto e dá errado, não vão imediatamente para o hospital, porque têm medo de qualquer reacção que possam ter”.

Os participantes de todos os grupos relataram conhecimento sobre o aborto inseguro em suas comunidades, especialmente entre solteiras e raparigas adolescentes. Notavelmente, raparigas e mulheres do Buzi (20-25) relataram que abortos inseguros em casa levaram à mortalidade materna entre as meninas, afirmando explicitamente que “muitas [raparigas] acabam perdendo suas vidas fazendo abortos em casa[.]” (Mulheres 20-25, Buzi).

VIII. Discussão

Os resultados das EIC sugerem que houve atrasos na disponibilidade de serviços contraceptivos, especialmente CLPR, logo após o ciclone Idai. Os entrevistados relataram informações contraditórias sobre quando os serviços contraceptivos foram disponibilizados, com alguns relatando que os serviços contraceptivos estavam disponíveis imediatamente, e outros entrevistados relatando atrasos de um mês para métodos de curta duração e três meses para CLPR.

Vários informantes-chave relataram que os suprimentos e serviços contraceptivos não foram priorizados na resposta inicial, com um entrevistado relatando que a disponibilidade de CLPR em particular foi atrasada devido à percepção entre alguns funcionários do MISAU envolvidos na resposta de que a contracepção não salvava vidas. Esta percepção também afetou a priorização de suprimentos de contraceptivos para transporte para áreas afectadas pelo ciclone.

Os inquiridos relataram que o conhecimento do PISM, incluindo a gestão dos kits IASR, era geralmente baixo entre os funcionários do MISAU e os profissionais de saúde no início da resposta. No entanto, tanto o FNUAP quanto a IPPF supostamente forneceram formação PISM a parceiros que prestavam serviços SSR no início da resposta humanitária.

Evidentemente, persistiram lacunas na disponibilidade de contraceptivos e serviços de CPA, mesmo com a estabilização da situação; no momento da recolha de dados, nove meses após o ciclone Idai, nenhuma das instalações avaliadas se qualificava como serviço contraceptivo em funcionamento ou pontos de prestação de serviços CPA. No entanto, todas as cinco unidades relataram fornecer métodos de acção curta e quatro das cinco unidades relataram fornecer CLPR nos três meses anteriores à avaliação das unidades. Quatro instalações relataram fornecer CPA nos três meses anteriores à avaliação.

Os participantes dos GFD, incluindo rapazes e homens, demonstraram grande conhecimento dos métodos contraceptivos, incluindo implantes, e os benefícios do uso de contraceptivos. Isso pode refletir que os GFD foram realizadas em locais onde as ONG mantinham a prestação de serviços contraceptivos e actividades de mobilização comunitária em curso. Os participantes dos grupos focais citaram a influência das actividades de mobilização da comunidade, especificamente “palestras”, na consciencialização e apoio ao uso de contraceptivos nas suas comunidades, mas reconheceram que as barreiras persistem, especialmente para adolescentes. A oposição de parceiros era reportadamente uma barreira importante para mulheres e meninas casadas. Os

participantes dos grupos focais estavam cientes da importância dos cuidados pós-aborto; os participantes relataram consistentemente uma alta incidência de aborto inseguro, particularmente entre raparigas adolescentes.

Contraceptivos reversíveis de longa duração

Em comparação com os métodos de acção curta, os CLPR pareceram estar menos disponíveis para as comunidades afectadas. Conforme observado anteriormente, os entrevistados relataram que os CLPR foram disponibilizados pela primeira vez três meses após o ciclone, supostamente em parte porque alguns funcionários do MISAU não viam a prestação de serviços contraceptivos como uma atividade que salva vidas.

Os participantes demonstraram grande conhecimento dos métodos contraceptivos, incluindo implantes. No entanto, os participantes relataram comparativamente menos conhecimento sobre DIU, observando que eles eram impopulares entre as mulheres e raparigas da comunidade. Os participantes relataram unanimemente que as unidades de saúde eram a fonte mais importante de informações e serviços contraceptivos.

No entanto, as avaliações das unidades de saúde revelaram barreiras particulares ao fornecimento de CLPR, particularmente DIU. Três das quatro instalações autorizadas a fornecer DIU não tinham os suprimentos e equipamentos necessários para fornecer um padrão de qualidade aceitável. Duas das cinco instalações autorizadas a fornecer implantes não tinham o equipamento e os suprimentos necessários para fornecer implantes com um padrão de qualidade aceitável.

A análise do conhecimento dos prestadores e as avaliações de atitude revelaram lacunas na formação sobre o fornecimento de DIU. Embora sete em cada dez entrevistados tenham relatado ter fornecido um DIU nos últimos três meses, cinco relataram nunca ter recebido instrução ou treino para fornecer DIU e apenas três foram capazes de identificar correctamente as alterações comuns no período menstrual de uma mulher após a inserção de um DIU.

Notavelmente, uma mulher no Buzi (26-45 Buzi) relatou ter conhecimento de casos em que enfermeiras negaram a remoção de implantes a mulheres solteiras que o desejavam. É fundamental que os prestadores e as instalações estejam equipadas para oferecer uma gama completa de métodos para garantir que as mulheres e meninas possam seleccionar o método que melhor atenda às suas necessidades. É igualmente importante que os prestadores sejam treinados em todos os elementos da prestação de serviços de qualidade, incluindo o princípio fundamental da escolha do cliente ao seleccionar, usar e descontinuar um método.

Além disso, a relativa falta de familiaridade dos membros da comunidade com os DIU indica a necessidade de actividades de mobilização da comunidade para incluir informações direccionadas e abordar a desinformação em torno dos DIU.

Contracepção de emergência

Os entrevistados forneceram informações contraditórias sobre se os CE foram disponibilizadas quando os métodos de acção curta e preservativos masculinos se tornaram disponíveis, ou com CLPR e preservativos femininos após um período de três meses. Vários informantes-chave relataram experiências de ruptura de estoque de CE durante o curso da resposta humanitária. No momento da recolha de dados, três instalações estavam sem CE, incluindo a unidade móvel de saúde. Quando questionados sobre o seu mecanismo de encaminhamento, os prestadores da unidade móvel de



saúde indicaram que não eram capazes de suportar o transporte para a unidade de saúde fora de emergências e que não acompanhavam a unidade de saúde ou o cliente para determinar se os clientes encaminhados chegaram com sucesso à instalação para receber serviços. Uma instalação relatou que a falta de estoque de CE durava há três meses. Um prestador dessa instalação relatou o uso de DIU de cobre e o método Yuzpe para fornecer EC; um informante-chave também relatou que os fornecedores da sua organização dependiam de DIU de cobre e do método Yuzpe no caso de rupturas de estoque de CE.

Os participantes de todos os GFD relataram um conhecimento extremamente baixo de EC. Para que mulheres e raparigas possam usar a EC com sucesso, elas devem estar familiarizadas com o método, saber onde aceder e ser capazes de chegar a um ponto de prestação de serviços o mais rápido possível. Vários informantes-chave e participantes nos GFD também relataram aumentos na VBG e no sexo transaccional no rescaldo do ciclone. A EC é um componente crítico do manejo clínico da violação e é essencial que todas as mulheres que vivenciam um incidente de sexo desprotegido possam ter acesso à EC em tempo útil.

É essencial que as actividades de mobilização da comunidade disseminem informações sobre a EC e o seu uso, e que a EC seja disponibilizada em todos os pontos de prestação de serviços e em mecanismos de prestação de serviços baseados na comunidade.

Cuidados pós-aborto

Participantes de todos os grupos focais relataram que o aborto inseguro e as mortes maternas associadas eram comuns nas suas comunidades. Os cuidados pós-aborto são um serviço essencial que salva vidas para mulheres e meninas. Embora os participantes estivessem cientes da importância de procurar atendimento médico em caso de complicações pós-aborto, os dados recolhidos ao longo do estudo de caso sugerem lacunas na disponibilidade de CPA. Nenhuma das quatro instalações avaliadas que foram autorizadas a providenciar CPA se qualificou como um ponto de entrega de serviço funcional.

Além disso, apenas três e dois em cada dez prestadores relataram já ter sido treinados para fornecer CPA com MVA e CPA com misoprostol, respectivamente. O conhecimento da CPA era muito baixo, com uma pontuação média de 1,1 em 4 (**Anexo C, Quadro 16**). Apenas dois em cada 10 entrevistados foram capazes de identificar corretamente a dosagem recomendada de misoprostol para tratar um aborto incompleto ou quando a fertilidade de uma mulher retorna após o aborto, e nenhum entrevistado foi capaz de identificar corretamente até que ponto, com base no tamanho uterino, MVA e misoprostol pode ser usado para tratar um aborto incompleto.

As unidades móveis de saúde não estavam autorizadas a prestar serviços CPA e os prestadores da unidade móvel de saúde avaliada indicaram que o mecanismo de referência para clientes CPA era relativamente fraco. Embora as condições na unidade móvel não fossem propícias ao fornecimento de CPA com MVA, CPA com misoprostol pode ser administrada com segurança em locais com recursos restritos onde existe um sistema de referência funcional em caso de complicações.

Inexistência de estoques e gestão da cadeia de suprimentos

A gestão da cadeia de suprimentos e a disponibilidade de bens essenciais colocaram desafios à prestação de serviços CPA e de contraceptivos ao longo da resposta humanitária. Além de produtos contraceptivos supostamente despriorizados, informantes-chave relataram desafios com o manejo do kit IASR, desperdício, quantificação e rupturas de estoque frequentes e generalizadas. No

momento da recolha de dados, todas as cinco unidades avaliadas relataram ter experimentado uma ruptura de estoque de pelo menos um método nos três meses anteriores. A gestão da cadeia de suprimentos e a segurança dos produtos são essenciais para uma resposta humanitária eficaz.

Desafios, estratégias eficazes e oportunidades para a aceitação dos contraceptivos

Qualidade dos dados e gestão da cadeia de suprimentos

Os resultados do estudo de caso sugerem que houve desafios com a utilização do sistema nacional de informação de saúde do MISAU, "SISMA", na sequência do ciclone. Embora o SISMA ter sido implementado a nível nacional desde 2016, informantes-chave relataram que persiste uma implementação dispar em todo o sistema de saúde. Informantes-chave e todas as unidades de saúde referenciaram e demonstraram o uso de cartões de cliente em papel, cartões de estoque e registos, em vez da recolha automática de dados baseada em nuvem. Informantes-chave e profissionais de saúde relataram que os cartões dos clientes foram perdidos e destruídos devido ao ciclone. Da mesma forma, informantes-chave e profissionais de saúde relataram que os registos foram destruídos pelo ciclone e, portanto, os dados de utilização dos serviços de saúde para pelo menos 47 unidades em Março de 2019 são desconhecidos. Como tal, não há dados de utilização de serviços de saúde no SISMA para unidades de saúde no Buzi e Cheringoma em Março de 2019. Sem dados sobre o consumo de contraceptivos e os níveis de estoque, é impossível para os profissionais de saúde e gestores da cadeia de suprimentos compreender a demanda por contraceptivos durante uma crise e gerir os estoques de bens essenciais e, portanto, atender à necessidade de contraceptivos.



Tenda de planeamento familiar e consulta num centro de saúde rural em Dondo, província de Sofala.

Crédito da foto: Katherine Gambir/WRC



Num esforço notável para resolver estes desafios, todas as unidades de saúde em Moçambique estão a fazer a transição para um novo Sistema de Informação de Gestão Logística baseado em nuvem para unidades de saúde, SIGLUS. O SIGLUS inclui uma aplicação Android que captura informações e actividades ao nível da unidade de saúde, como gestão de estoque, pedidos de requisição automatizados e alertas para níveis de estoque e produtos expirados. O SIGLUS também inclui um portal na Internet onde os decisores podem aceder a dados de nível de instalação para relatórios, visualização e análise. Com formação adequada no software, o SIGLUS tem o potencial de melhorar muito a qualidade dos dados para a gestão da cadeia de suprimentos e, em última análise, contribuir para o declínio da necessidade não atendida de contraceptivos. Além disso, um sistema baseado em nuvem que inclui a recolha electrónica imediata de dados garante que os dados são protegidos e não perdidos em eventos futuros relacionados com o clima ou outros desastres.

Mobilização comunitária e SSRD

Membros da comunidade e informantes-chave comentaram que a prestação de serviços de saúde na “última milha” era uma barreira estrutural para a adopção de contraceptivos. Os informantes-chave atribuíram a falta de transporte e financiamento como barreiras para alcançar comunidades remotas com serviços contraceptivos. Apesar desses desafios, os membros da comunidade e informantes-chave elogiaram a mobilização da comunidade como um facilitador-chave da conscientização sobre contraceptivos. Com financiamento suficiente e transporte adequado, a mobilização da comunidade tem o potencial de expandir o acesso aos contraceptivos, inclusive para comunidades remotas.

No entanto, a falta de poder de tomada de decisão sobre contraceptivos entre raparigas e mulheres foi uma barreira fundamental para a adopção de contraceptivos que deve ser abordada como parte dos esforços de mobilização da comunidade. Os membros da comunidade em todos os grupos afirmaram que mulheres e raparigas precisavam da permissão dos seus parceiros, enquanto as raparigas também precisavam da permissão dos seus pais, para ter acesso a contraceptivos. A falta de poder de decisão anticoncepcional das mulheres e raparigas não é apenas uma violação dos direitos humanos, mas resulta em abortos inseguros que levam à morbidade e mortalidade. Muitas mulheres e raparigas adolescentes partilharam experiências sobre as suas gravidezes indesejadas e participantes de grupos reconheceram que abortos inseguros, muitos deles fatais, eram muito comuns nas suas comunidades. Inquéritos a profissionais de saúde também demonstraram atitudes extremamente desfavoráveis em relação à tomada de decisões sobre contraceptivos liderada por mulheres.

Os esforços de mobilização da comunidade têm o potencial de envolver os membros da comunidade, incluindo homens e rapazes, com informações importantes sobre SSRD que apoiem a tomada de decisões sobre contraceptivos liderados por meninas e mulheres.

Delegação de tarefas e repartição de tarefas

Apesar das recomendações e diretrizes globais da OMS sobre a transferência de tarefas que apoiam o fornecimento de PCEs, injetáveis e OCPs aos profissionais de saúde comunitários, recebemos informações contraditórias sobre se os APE foram autorizados a fornecer esses serviços essenciais de saúde. Informantes-chave e membros da comunidade enfatizaram o papel integral que a mobilização da comunidade, incluindo APE, desempenhou no aumento da conscientização sobre a importância dos contraceptivos. Com política suficiente e formação de apoio, os APE poderiam ser aproveitados ainda mais para oferecer às mulheres uma gama mais ampla de métodos contraceptivos.

Da mesma forma, unidades de saúde móveis implantadas durante a resposta ao ciclone não foram autorizadas a fornecer CPA. Embora as unidades móveis não tenham condições, equipamentos e suprimentos para fornecer CPA com MVA, é possível fornecer CPA com misoprostol em ambientes mais restritos, desde que haja um mecanismo de encaminhamento forte e funcional em caso de complicações.

Os informadores da Pathfinder International e do MISAU observaram que a Pathfinder está formar diversos profissionais de saúde para fornecer serviços contraceptivos como parte de uma abordagem integradora de prestação de serviços de saúde; esses dados serão capturados pelo SIGLUS. A prestação de serviços integrativos tem o potencial de aumentar a aceitação de contraceptivos ao expandir o acesso à oferta de métodos contraceptivos de qualidade por prestadores de nível médio fora das unidades de saúde. A prestação de serviços integrativos pode expandir o acesso a serviços contraceptivos, especialmente para comunidades que não têm acesso a instalações de saúde fixas devido à distância e / ou custos de transporte. Para disseminar com eficácia as informações e serviços contraceptivos aos membros da comunidade, especialmente aqueles com maiores barreiras para os cuidados baseados em instalações, a prestação de serviços de saúde integrativa deve incluir profissionais de saúde de confiança no nível da comunidade, como APE, parteiras, TBA e activistas comunitários, não apenas prestadores baseados em instalações.

Serviços amigos dos adolescentes

O uso de contraceptivos na adolescência é extremamente importante para conter a morbidade e mortalidade materna adolescente, especialmente dadas as discussões dos membros da comunidade sobre as altas taxas de gravidez na adolescência e casamento infantil, e aumentos relatados no sexo transaccional entre adolescentes pós-ciclone. No entanto, adolescentes e adultos da comunidade relataram que ainda existem lacunas nos serviços voltados para adolescentes. Dado que o estigma da comunidade e do provedor de saúde era uma barreira fundamental para os adolescentes no acesso aos serviços contraceptivos, os serviços amigos dos adolescentes podem reduzir o estigma enfrentado pelos adolescentes e, portanto, aumentar a adoção de contraceptivos.

Notavelmente, o MISAU estabeleceu "Serviços de Aconselhamento e Acompanhamento dos Jovens", ou SAAJ — instalações dedicadas para adolescentes e jovens com idades entre dez e 24 anos para aumentar o seu acesso a serviços de saúde amigos dos adolescentes, incluindo contracepção. De acordo com os entrevistados, os SAAJ e outras estratégias direccionadas aos adolescentes têm obtido sucesso em aumentar o acesso dos adolescentes a esses serviços. Serviços amigáveis para adolescentes, como SAAJ, devem ser expandidos para outras comunidades afetadas pelo ciclone, incluindo centros de acomodação, para melhorar o acesso dos adolescentes aos contraceptivos e envolvê-los ainda mais com informações de SSRD e serviços contraceptivos que salvam vidas. Outras estratégias eficazes de SSR para adolescentes, como educação sexual abrangente e apropriada à idade, que inclui género e dinâmica de poder, devem ser expandidas nas escolas.



IX. Recomendações

Com base no estudo de caso, foram identificadas recomendações para todos os parceiros que prestam serviços de SSR nas áreas afectadas pelo ciclone Idai. Embora muitos componentes da resposta humanitária do Ciclone Idai tenham sido concluídos, as necessidades humanitárias continuam enormes. Em Junho de 2020, o UN OCHA emitiu um apelo rápido para apoiar a resposta à resposta do COVID-19 em Moçambique, e relatou que, no ano anterior, secas, violência na província de Cabo Delgado, ciclones e inundações deixaram cerca de 2,5 milhões de pessoas em todo o país necessita urgentemente de assistência humanitária e cerca de 2 milhões de pessoas em risco de insegurança alimentar. A COVID-19 apenas agravará a crise actual.⁴⁰ Além disso, dadas as vulnerabilidades do país a crises recorrentes e o papel que as mudanças climáticas desempenham no aumento da frequência e na exacerbação de desastres a uma escala global⁴¹, é fundamental tomar medidas de preparação para fortalecer o sistema de saúde e melhorar sua capacidade de fornecer serviços contraceptivos em resposta a futuras emergências.

É essencial que o Governo de Moçambique e seus parceiros mantenham os seus esforços para prestar serviços SSR às comunidades afectadas e àqueles que podem ser afectados por futuras catástrofes, incluindo as comunidades mais remotas ou isoladas, e satisfazer a demanda e a necessidade de serviços contraceptivos, prevenção da mortalidade e morbidade e cumprimento dos direitos humanos fundamentais. Muitas recomendações são focadas na preparação para emergências, o que é essencial para garantir que o MISAU e os parceiros estejam preparados para implementar o PISM para SSR, incluindo serviços contraceptivos e APA, em uma resposta de emergência a nível nacional, provincial, distrital e comunitário, inclusive de níveis frequentemente marginalizados populações.

O governo de Moçambique e o MISAU devem:

- **continuar a reforçar o seu modelo integrado de prestação de serviços contraceptivos e políticas de mudança de tarefas**, garantindo que todos os prestadores são formados, abastecidos e apoiados para fornecer toda a gama de métodos que estão autorizados a fornecer. Em particular, o MISAU deve garantir que parteiras e assistentes de partos tradicionais sejam formadas, abastecidas e apoiadas para fornecer toda a gama de métodos contraceptivos, e que os Agentes Polivalentes Elementares são formados, abastecidos e apoiados para fornecer CE.
- **alargar a disponibilidade e acessibilidade dos serviços contraceptivos em áreas remotas e isoladas**, autorizando os prestadores de saúde e farmacêuticos a distribuir OCPs, DMPA-SC, e CE em fornecimentos multi-mensais;
- **autorizar as mulheres a auto-injectarem DMPA-SC**, e garantir que os prestadores de saúde e farmacêuticos estão equipados para formar e apoiar as mulheres a auto-injectar-se.
- **expandir a disponibilidade de serviços de CPA para mulheres e raparigas que residem em centros de reassentamento** fortalecendo o mecanismo de encaminhamento de unidades móveis de saúde para instalações estáticas, treinando a equipe sobre o fornecimento seguro de CPA com misoprostol e autorizando o fornecimento de CPA com misoprostol por prestadores treinados em unidades móveis de saúde;
- **garantir que o PISM para serviços de SSR, incluindo serviços contraceptivos, seja incluído na preparação para emergências nacionais e sub-nacionais e gestão de risco de desastres** para políticas e atividades de saúde;⁴²

- **fortalecer os esforços de preparação continuando a identificar parceiros de implementação**, incluindo e priorizando parceiros locais, que estarão posicionados para apoiar a prestação de serviços SSR no início de uma emergência;⁴³ e
- **garantir que todos os produtos incluídos nos kits da IASR são registados no país e incluídos na lista nacional de medicamentos essenciais** para apoiar a aquisição oportuna e económica em caso de uma emergência.⁴⁴

Todos os parceiros SSR devem:

Fortalecer a preparação para SSR ao:

- **identificar lacunas no conhecimento e capacidade de PISM para implementação de SSR**, incluindo a gestão do kit IASR e continuar a fornecer PISM para formações de SSR a todos os funcionários e prestadores relevantes;
- **garantir que todos os funcionários relevantes estejam familiarizados com as políticas e procedimentos de preparação para emergências e gestão de risco de desastres nos níveis nacional e sub-nacional, e com mecanismos de coordenação humanitária** (ou seja, o sistema de agrupamento) que podem ser activados em caso de uma crise; e
- **prosseguir e ampliar medidas para treinar prestadores, farmacêuticos e gestores da cadeia de suprimentos** na gestão da cadeia de suprimentos, incluindo distribuição eficaz, gestão de estoque e o uso do sistema SIGLUS, inclusivé durante uma resposta humanitária.

Apoiar o fornecimento de contraceptivos e serviços de CPA de qualidade ao:

- **continuar a treinar diversos prestadores na prestação de serviços contraceptivos integrados**, incluindo formações de atualização regulares e supervisão de apoio e formação em contexto de trabalho (OJT);
- **continuar a expandir as medidas para fortalecer a capacidade dos provedores de fornecer uma gama completa de métodos contraceptivos**, particularmente a remoção de EC, DIU e CLPR, através de formação, formações de atualização regulares e supervisão de apoio e OJT;
- **fortalecer a capacidade dos prestadores em fornecer serviços CPA** através de formação, formações de atualização regulares e supervisão de apoio e OJT;
- **abordar as atitudes dos prestadores em relação à permissão do parceiro para serviços contraceptivos e tomada de decisão liderada por mulheres sobre o uso de contraceptivos**, fornecendo formação de esclarecimento de valores e transformação de atitudes (VCAT); e
- **fortalecer a acessibilidade e disponibilidade de contraceptivos adequados para adolescentes e serviços de SSR para jovens** pela realização de formação sobre prestação de serviços adequados para adolescentes e VCAT.

Fortalecer os esforços de mobilização da comunidade ao:

- **expandir a programação que apia a mudança de atitudes e comportamento em torno dos SSRD**, incluindo o apoio à tomada de decisão liderada por mulheres e raparigas sobre o uso de contraceptivos; **SSRD**
- **realizar esforços direccionados para aumentar a conscientização sobre a existência de CE e EC**, onde aceder a eles e a importância do acesso o mais rápido possível após um incidente de sexo desprotegido;
- **conduzir esforços direccionados para aumentar a conscientização sobre onde aceder aos serviços de CPA;**



- expandir os esforços direcionados para alcançar os adolescentes;
- expandir os esforços direcionados para alcançar rapazes e homens; e
- garantir que os esforços de mobilização da comunidade chegam às comunidades mais remotas ou isoladas.

X. Anexos

Anexo A: Dados das entrevistas aos informantes-chave

Quadro 11: Organizações e agências entrevistadas (n=10)	
Organização	Número de entrevistas
AMODEFA	1*
CUAMM	1
MISAU	4
Pathfinder International	3*
FNUAP	1*

**Mais de um representante presente durante a entrevista.*



Anexo B: Dados das avaliações das instalações de saúde

Quadro 12: Instalações com componentes essenciais para fornecer contraceptivos			
	Hospital rural (n=1)	Postos de saúde rurais/urbanos (n=3)	Unidade de saúde móvel (n=1)
Folhetos informativos ou flip chart	1	2	1
OCP fornecidos nos últimos três meses	1	3	1
Pessoal formado para fornecer métodos de acção curta	1	3	1
Manguito de pressão arterial	1	3	0
Estetoscópio	1	3	0
OCP combinados diários	1	3	1
Pílulas contraceptivas só de progestógeno	1	3	1
Instalação capaz de fornecer OCP	1	2	0
Injectáveis fornecidos nos últimos três meses	1	3	1
Pessoal formado para fornecer métodos de acção curta	1	3	1
Manguito de pressão arterial	1	3	0
Estetoscópio	1	3	0
Contraceptivo injectável (apenas progesterona)	1	3	1
Agulhas e seringas	1	3	1
Instalação capaz de fornecer injectáveis	1	2	0
DMPA-SC	0	2	1
Inserção ou remoção de DIU realizada nos últimos três meses	1	3	N/D
Pessoal formado para fornecer DIU	1	3	-
Luvas esterilizadas	1	3	-
Espéculo de valas, médio	1	3	-
Som uterino	1	0	-
Tenáculo uterino	1	2	-
Fórceps de esponja, retos	1	3	-
Tesoura Mayo, curva	1	3	-
Gaze / algodão	1	3	-
Anti-sépticos	1	3	-
DIU	1	3	-
Instalação capaz de fornecer DIU	1	0	N/D
Inserção ou remoção de implante realizada nos últimos três meses	1	3	1

Quadro 12: Instalações com componentes essenciais para fornecer contraceptivos			
	Hospital rural (n=1)	Postos de saúde rurais/urbanos (n=3)	Unidade de saúde móvel (n=1)
Pessoal formado para fornecer implantes	1	3	1
Fórceps de esponja	1	3	ND
Luvas esterilizadas	1	3	ND
Agulhas e seringas	1	3	1
Anti-sépticos	1	3	0
Lidocaína	1	3	1
Gaze / algodão	1	3	1
Implante	1	3	1
Instalação capaz de fornecer implante	1	2	0
Pílulas contraceptivas de emergência	0	2	0
Instalação capaz de fornecer CE	0	1	0
Preservativos masculinos	1	3	1
Preservativos femininos	1	2	0
Instalação capaz de fornecer preservativos	1	2	1

Quadro 13: Instalações com componentes essenciais para fornecer cuidados pós-aborto			
	Hospital rural (n=1)	Postos de saúde rurais/urbanos (n=3)	Unidade de saúde móvel (n=1)
CPA realizadas nos últimos três meses utilizando MVA	1	3	N/D
Pessoal formado para realizar MVA	1	2	N/D
Espéculo vaginal, vala média	1	3	N/D
Fórceps de esponja	1	3	N/D
Tenáculo uterino	1	2	N/D
Dilatadores uterinos, tamanhos 13–37 (francês)	0	0	N/D
Aspiradores / seringas a vácuo	1	3	N/D
Cânulas flexíveis, 4–12 mm	1	3	N/D
Adaptadores	1	3	N/D
Pratos renais	1	1	N/D



Quadro 13: Instalações com componentes essenciais para fornecer cuidados pós-aborto			
Solução anti-séptica	1	3	N/D
Luvas (esterilizadas ou não esterilizadas)	1	3	N/D
Lidocaína	1	3	N/D
Paracetamol ou ibuprofeno	1	3	N/D
Oxitocina	1	3	N/D
Agulhas e seringas	1	3	N/D
Instalação capaz de fornecer CPA utilizando MVA	0	0	N/D
CPA realizadas nos últimos três meses utilizando misoprostol	1	2	N/D
Comprimidos de misoprostol 200 mcg	1	2	N/D
Instalação capaz de fornecer CPA utilizando misoprostol	1	2	N/D

Anexo C: Dados dos conhecimentos e atitudes dos prestadores

Quadro 14: Prestação de serviços e formação dos prestadores		
Serviço	Prestou o serviço nos últimos três meses (n=10)	Nunca recebeu instrução ou formação sobre como prestar este serviço (n=10)
Aconselhar mulheres e raparigas sobre planeamento familiar	10	5
Inserir um DIU	7	5
Inserir um DIU pós-parto (nas 24 horas seguintes ao parto)	5	4
Inserir um implante (por exemplo, Implanon, Jadelle)	9	7
Fornecer anticoncepção injectável subcutânea (DMPA-SC / Sayana Press)	7	4*
Fornecer contracepção de emergência	7	4*
Realizar aspiração manual a vácuo (MVA) em cuidados pós-aborto	5	3†
Prestar cuidados pós-aborto usando misoprostol	4	2†
Realizar aborto induzido usando MVA	2	1†
Realizar aborto induzido usando pílula combinada de mifepristone e misoprostol	1	1†
Realizar aborto induzido usando misoprostol	3	1†
Fornecer aconselhamento de planeamento familiar pós-aborto	7	4*

* Um participante respondeu sim e não.

† Um participante respondeu sim e não; um participante não respondeu.



Quadro 15: Conhecimentos dos prestadores: planeamento familiar	
Planeamento familiar	n=10
<p>A pessoa responsável por decidir o método de PF é:</p> <p>a. prestador de cuidados de saúde</p> <p>b. cliente</p> <p>c. parceiro da cliente</p> <p>d. anciã da aldeia</p>	9*/10
<p>A parte mais importante do aconselhamento é:</p> <p>a. informar a cliente sobre todos os métodos disponíveis e responder às suas preocupações e perguntas sobre o uso de contraceptivos</p> <p>b. tomar uma boa decisão para a cliente</p> <p>c. usar todos os suprimentos excedentes na unidade de saúde</p> <p>d. fazer amizade com a cliente</p>	10/10
<p>O efeito colateral mais comum de Depo-Provera é:</p> <p>a. icterícia e danos no fígado</p> <p>b. aumento de pelos faciais</p> <p>c. desejo sexual reduzido</p> <p>d. mudanças no ciclo menstrual</p>	8†/10
<p>A maioria das mulheres experimenta alterações nos seus ciclos menstruais após a inserção de um DIU. Você deve explicar às novas utilizadoras de DIU que podem ter:</p> <p>a. menos sangramento do que o normal mas mais cólicas menstruais durante os primeiros períodos após a inserção</p> <p>b. mais sangramento do que o normal e menos cólicas menstruais durante os primeiros períodos após a inserção</p> <p>c. menos sangramento do que o normal e nenhuma cólica menstrual durante os primeiros períodos após a inserção</p> <p>d. mais sangramento do que o normal e mais cólicas menstruais durante os primeiros períodos após a inserção</p>	3/10
<p>Uma mãe com menos de seis meses pós-parto e amenorreica (os períodos não voltaram após o parto) está protegida da gravidez, desde que ela:</p> <p>a. amamente o seu bebé durante o dia e o bebé durma à noite</p> <p>b. amamente o bebé sob demanda dia e noite</p> <p>c. alimente o bebé com biberão</p> <p>d. amamente o bebé à noite e dá o biberão durante o dia</p>	10/10
<p>Os potenciais utilizadores EC incluem:</p> <p>a. mulher solteira</p> <p>b. mulher jovem</p> <p>c. mulheres que fumam com menos de 35 anos</p> <p>d. qualquer mulher que teve um episódio de sexo desprotegido</p>	10/10
Total correcto (média)	5/6

As respostas correctas estão marcadas a negrito.



Quadro 16: Conhecimento dos prestadores: cuidados pós-aborto	
Cuidados pós-aborto	n=10
Tanto o MVA quanto o misoprostol são métodos eficazes para tratar um aborto incompleto se o tamanho do útero não for maior que: 10 semanas 12 semanas 13 semanas 16 semanas	0/10
Qual dos seguintes é um regime recomendado pela OMS para o misoprostol para o tratamento de um aborto incompleto e aborto espontâneo? a. 400 mcg oral b. 600 mcg oral c. 600 mcg sublingual d. 800 mcg sublingual	2/10
Após a evacuação uterina para um aborto incompleto, a fertilidade da mulher pode retornar: a. após quatro semanas b. após o seu primeiro período menstrual c. no espaço de 7–11 dias d. após a sua primeira ovulação	2/10
Que informações você dá às pacientes que foram tratadas por um aborto incompleto ou inseguro? a. Sobre quando uma mulher pode conceber novamente b. Referência para FP ou fornecer métodos de FP c. Sobre as consequências de um aborto inseguro d. Todas as anteriores	7/10
Total correcto (média)	1,1/4

As respostas correctas estão marcadas a negrito.



Acrónimos e abreviações

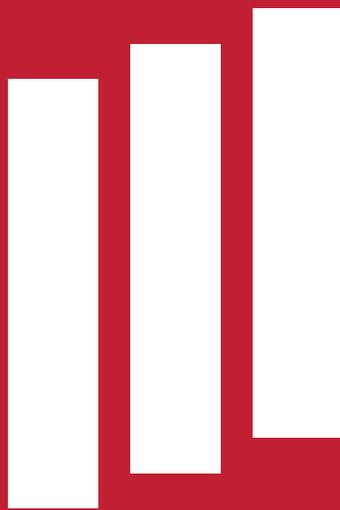
CMR	Manejo clínico de violação
DMPA-SC Press)	Depósito de acetato de medroxiprogesterona, subcutâneo (nome comercial Sayana
EC	Contracepção de emergência
ECP	Pílulas contraceptivas de emergência
PEPS	Primeiro a expirar, primeiro a sair
GFD	Grupo focal de discussão
FP	Planeamento familiar
VBG	Violência baseada em gênero
HMIS	Sistema de informação de saúde
Kit IASR	Kit de Emergência Inter-agências de saúde reprodutiva
IAWG	Grupo de Trabalho Inter-agências para saúde reprodutiva em situações de crise
PID	Pessoa internamente deslocada
IEC	Informação, educação e comunicação
DIU	Dispositivo intra-uterino
EIC	Entrevista a informante-chave
CLPR	Contraceptivos de longa duração reversíveis
PISM	Pacote Inicial de Serviços Mínimos
MISAU	Ministério da Saúde de Moçambique
MVA	Aspiração manual a vácuo
ONG	Organização não-governamental
OCP	Pílula contraceptiva oral
CPA	Contracepção pós-aborto
SSR	Saúde sexual e reprodutiva
SSRD	Saúde sexual e reprodutiva e direitos
IST	Infecção sexualmente transmissível
FNUAP	Fundo de População das Nações Unidas

Notas finais

- 1 Mozambique Post-Cyclone Idai Cabinet for Reconstruction, *Mozambique Cyclone Idai: Post-Disaster Needs Assessment*, May 2019, https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/assessments/pdna_report_mozambique_cyclone_idai-for_distribution-lowres_22may19.pdf.
- 2 UN OCHA, *2018-2019 Mozambique Humanitarian Response Plan Revised following Cyclones Idai and Kenneth*, May 2019 (November 2018 - June 2019), 25 May 2019, <https://reliefweb.int/report/mozambique/2018-2019-mozambique-humanitarian-response-plan-revised-following-cyclones-idai>.
- 3 Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, *Reproductive Health in the Changing Humanitarian Context – Findings from the IAWG on Reproductive Health in Crises’ 2012–2014 Global Evaluation*, September 2, 2014, <http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/IAWG-Global-Evaluation-2012-2014-1.pdf>.
- 4 Women’s Refugee Commission, *A Clear Case for Need and Demand: Accessing Contraceptive Services for Rohingya Women and Girls in Cox’s Bazar*, June 2019, <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/contraceptive-service-delivery-in-the-refugee-camps-of-cox-s-bazar-bangladesh/>.
- 5 Women’s Refugee Commission, *Gap between Supply and Demand for Contraceptive Services in Northeast Nigeria*, May 2020, <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/contraceptive-services-gap-nigeria/>.
- 6 Mozambique Post-Cyclone Idai Cabinet for Reconstruction, *Mozambique Cyclone Idai: Post-Disaster Needs Assessment*, May 2019, https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/assessments/pdna_report_mozambique_cyclone_idai-for_distribution-lowres_22may19.pdf.
- 7 Ibid.
- 8 UN OCHA, *2018-2019 Mozambique Humanitarian Response Plan Revised following Cyclones Idai and Kenneth*, May 2019 (November 2018 - June 2019), 25 May 2019, <https://reliefweb.int/report/mozambique/2018-2019-mozambique-humanitarian-response-plan-revised-following-cyclones-idai>.
- 9 UN OCHA, *2018-2020 Mozambique Humanitarian Response Plan*, November 2018 - May 2020 (Revised in August 2019), 11 September 2019, <https://reliefweb.int/report/mozambique/2018-2020-mozambique-humanitarian-response-plan-november-2018-may-2020-revised>.
- 10 UN OCHA, *2018-2019 Mozambique Humanitarian Response Plan Revised following Cyclones Idai and Kenneth*, May 2019 (November 2018 - June 2019), 25 May 2019, <https://reliefweb.int/report/mozambique/2018-2019-mozambique-humanitarian-response-plan-revised-following-cyclones-idai>.
- 11 IOM, *Mozambique Cyclone Idai and Cyclone Kenneth Response Situation Report #13 1 October - 31 December 2019*, 16 January 2020, <https://reliefweb.int/report/mozambique/mozambique-cyclone-idai-and-cyclone-kenneth-response-situation-report-13-1-october>.
- 12 UN OCHA, *Mozambique: Humanitarian Dashboard (As of 18 December 2019)*, 19 December 2019, <https://reliefweb.int/report/mozambique/mozambique-humanitarian-dashboard-18-december-2019>.
- 13 J. Austin et al., “Reproductive health: a right for refugees and internally displaced persons”, *Reproductive health matters*, 16(31) (2008): pp. 10–21.
- 14 Sphere Association, *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, fourth edition (Geneva: Sphere Association, 2018).
- 15 Ibid.
- 16 Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, *Reproductive Health in the Changing Humanitarian Context – Findings from the IAWG on Reproductive Health in Crises’ 2012–2014 Global Evaluation*, September 2, 2014, <https://iawg.net/resources/taking-stock-of-reproductive-health-in-humanitarian-settings-key-findings-from-the-iawg-on-reproductive-health-in-crises-2012-2014-global-evaluation>.
- 17 Ibid.
- 18 Sarah K. Chynoweth, “Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012-2014 global review”, *Conflict and Health*, 9(1) (2015), <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1752-1505-9-S1-11>.
- 19 John Ross and John Stover, “Use of modern contraception increases when more methods become available: analysis of evidence from 1982–2009”, *Global Health: Science and Practice*, 1 (2013): pp. 203–212.
- 20 Inter-agency Working Group, 2017, “Family Planning Saves Lives and Promotes Resilience in Humanitarian Contexts”. <https://www.rescue.org/sites/default/files/document/1728/familyplanningwhitepapercompletespreadina4web.pdf>.
- 21 Ann M. Starrs et al., “Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission”, *Lancet*, 391 (2018): pp. 2642–2692.
- 22 Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, *Family Planning Saves Lives and Promotes Resilience in Humanitarian Contexts*, 2017, <https://iawg.net/resources/family-planning-saves-lives-and-promotes-resilience-in-humanitarian-contexts>.



- 23 WHO, UNICEF, FNUAP, World Bank Group, and the United Nations Population Division. "Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017", Geneva, World Health Organization, 2019. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=MZ>.
- 24 UNAIDS, 2020, "Mozambique". <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique>.
- 25 Ibid.
- 26 Family Planning 2020, 2020, "Mozambique". <http://www.familyplanning2020.org/mozambique>
- 27 Sara E. Casey et al., "Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings: mixed-methods case studies", *Conflict and Health* 9(1) (2015): S3.
- 28 IAWG, 2017, "MISP Process Evaluation Tools". <http://iawg.net/resource/misp-process-evaluation-tools-2017/>
- 29 Erin McCoy, 2011. *Baseline Study: Documenting Knowledge, Attitudes, Behaviors of Somali Refugees and the Status of Family Planning Services in UNHCR's Operation in Nairobi, Kenya*. Women's Refugee Commission. https://www.womensrefugeecommission.org/images/zdocs/family_planning_baseline_study_kenya.pdf.
- 30 Women's Refugee Commission, 2016 (unpublished).
- 31 Health Cluster and WHO, *Health Cluster Bulletin Mozambique Cyclone (04-04-20)*, 4 April 2019, <https://reliefweb.int/report/mozambique/health-cluster-bulletin-mozambique-cyclone-04-04-2019>.
- 32 UN OCHA, *Mozambique: Cyclone Idai & Floods Situation Report No. 2 (as of 3 April 2019)*, 4 April 2019, <https://reliefweb.int/report/mozambique/mozambique-cyclone-idai-floods-situation-report-no-2-3-april-2019>; <https://reliefweb.int/disaster/tc-2019-000021-moz>.
- 33 ReliefWeb, Tropical Cyclone Idai – Mar 2019, <https://reliefweb.int/disaster/tc-2019-000021-moz>.
- 34 IOM and Internal Displacement Monitoring Center (IDMC), *Displacement Tracking Matrix (DTM) Mozambique, Eight months after Idai: Chronology of displacement, humanitarian needs and challenges going forward in Mozambique*, 6 December 2019, <https://displacement.iom.int/reports/mozambique-%E2%80%94-cyclone-idai-snapshot-report-eight-months-after-idai-%E2%80%94-november-2019>.
- 35 Para obter mais informações sobre os kits IASR, consulte: Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises, *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*, 2018, <https://iawgfieldmanual.com/>
- 36 Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crisis, *2018 Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*, 2019, <https://iawgfieldmanual.com/>.
- 37 Esta não é necessariamente uma lista exaustiva de parceiros que participaram na resposta SSR ao ciclone Idai: parceiros adicionais também podem ter participado, mas não foram mencionados nas entrevistas com informantes-chave.
- 38 Katzman, D., & Taddeo, D. (2010). *Emergency contraception*. *Paediatrics & child health*, 15(6), 363–372. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921734/>
- 39 NetHope, Nethope 2017 Device Challenge, https://solutionscenter.nethope.org/assets/collaterals/1_program_description_nethope_device_for_impact_vr_chai_cmam.pdf.
- 40 UN OCHA, *Flash Appeal for COVID-19, Mozambique May – December 2020*, 4 June 2020, <https://reliefweb.int/report/mozambique/flash-appeal-covid-19-mozambique-may-december-2020>
- 41 Lutheran World Relief and IMA World Health, *2019 Early Warning Forecast - Conflict & Climate: Drivers of Disaster*, 2 January 2019, <https://reliefweb.int/report/world/2019-early-warning-forecast-conflict-climate-drivers-disaster>
- 42 Family Planning 2020, *High Impact Practices for Family Planning, Strategic Planning Guide: Family Planning in Humanitarian Settings*, 2020, <https://www.fphighimpactpractices.org/guides/family-planning-in-humanitarian-settings>
- 43 Ibid.
- 44 Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises and Reproductive Health Supplies Coalition, *Strengthening Supply Chains for Sexual and Reproductive Health Across the Humanitarian-Development Continuum to Fulfill the 2030 Agenda*, March 2019, <https://iawg.net/resources/information-brief-on-supply-chains-for-sexual-and-reproductive-health-across-the-humanitarian-development-continuum>.



**WOMEN'S
REFUGEE
COMMISSION**

Research. Rethink. Resolve.

Women's Refugee Commission | 15 West 37th Street | New York, NY 10018
212.551.3115 | info@wrcommission.org | womensrefugeecommission.org