ICRH Moçambique
CENTRO INTERNACIONAL PARA SAÚDE REPRODUTIVA

Relatório de Pesquisa

CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E PRÁTICAS SEXUAIS E DA SEXUALIDADE NOS ADOLESCENTES DOS 10 AOS 19 ANOS DE IDADE, DOS DISTRITOS DE MOAMBA E MAGUDE, PROVINCIA DE MAPUTO- UM ESTUDO DE FIM DE LINHA DO PROJECTO BATE PAPO SEM TABUS

Maputo, Abril de 2023

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Government of Flanders

bate - papo sem tabus

Pesquisadores:

Este estudo foi desenvolvido pela equipa de pesquisa do ICRH-M composta por:

Maria Suzana Bata Maguele- Investigadora principal do estudo, coordenação da pesquisa, recolha de dados, análise e interpretação, produção do relatório e disseminacão de resultados

Emídio Cumbane- Co-Pesquisador, recolha de dados, gestão de dados e análises estatisticas, revisão do relatório

Cleofes Bissane-Gestão de dados, análises estatisticas

Málica de Melo- Coordenação geral e revisão do relatório

Agradecimentos

Este estudo é parte do Projecto Bate Papo Sem Tabús, implementado pelo ICRH-M, para dar resposta às necessidades dos adolescentes de Magude e Moamba, através de implementação de diferentes intervenções com vista a mudança de comportamentos, redução e prevençao de riscos nos adolescentes.

O ICRH-M, agradece as seguintes instituições e colaboradores, que contribuíram para o sucesso do estudo:

- Serviço Provincial de Saúde de Maputo;
- Direcção Provincial de Saúde de Maputo (DPS-M);
- Direcção Provincial de Educação e Desenvolvimento Humano (DPEDH);
- Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social de Magude e Moamba (SDSMAS);
- Serviços Distritais de Educação Juventude e Tecnologia (SDEJT);
- Governos Distritais de Magude e Moamba;
- Pais e cuidadores dos Adolescentes que participaram do estudo;
- Lideres locais das comunidades seleccionadas no estudo;
- Inquiridores e supervisores de campo.

Financimento: Governo de Flanders

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 13
2. OBJECTIVOS DO ESTUDO 18
2.1 Objectivo geral 18
2.2 Objectivos Específicos 18
3. METODOLOGIA 19
3.1 Desenho do estudo 19
3.2 Local do estudo 19
3.2.1 Quadro 1: Locais selecionados para a recolha de dados 20
3.3 População do estudo, amostra e amostragem 20
3.3.1 População 20
3.3.2 Amostra 20
3.4 Critérios de inclusão e exclusão 22
3.4.1 Critérios de inclusão: 22
3.4.2 Critérios de exclusão: 22
3.5 Instrumentos de recolha de dados 22
3.6 Procedimentos de recrutamento e recolha de dados 23
3.6.1 Treinamento para recolha de dados e controle de qualidade dos dados 23
3.7 Questões éticas 24
3.8 Recrutamento e Consentimento 24
3.9 Consentimento Informado 25
3.10 Consentimento e assentimento no caso dos menores de 18 anos 26
3.11 Gestão e análise de dados 26
4 RESULTADOS 28
4.1 Dados sócio-demográficos 28
4.2 Conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, Gravidez, ITS, HIV e acesso aos serviços 31
4.2.1 Medição do conhecimento 31

4.3 Conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, Gravidez, ITS, HIV e acesso aos serviços……..32

4.4 Conhecimento sobre uso e acesso aos serviços SSR 33

4.5 Conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e características sociodemográficas dos respondentes..... 34

4.5.1 Nível de conhecimento e Proveniência 34
4.5.2 Nível de Conhecimento e Sexo 34
4.5.3 Nível de conhecimento e faixa etária 34
4.5.4 Nível de conhecimento e situação escolar 35
4.6 Práticas sexuais e da sexualidade seguras 35

4.6.1.Práticas sexuais e faixa etária e sexo 36
4.6.2 Ídade de início de actividade sexual 38
4.6.3 Idade do parceiro (a maioria tinha parceiros com idades similares) 38
4.6.4 Prevenção de gravidez e ITS durante a relação sexual. 39
4.7. Práticas sexuais e da sexualidade e caracterìsticas socio demográficas .. 40_Toc136862795

4.7.1 Práticas sexuais e da sexualidade vs Proveniência 41
4.7.2 Práticas sexuais e da sexualidade vs sexo 42
4.7.3 Práticas sexuais e da sexualidade e estado de empregabilidade dos pais ou cuidadores 43
4.7.4 Práticas sexuais e da sexualidade e altura ideal para se casar 44
4.7.5 Práticas sexuais e da sexualidade e frequência da escolaridade. 45
4.7.6 Práticas sexuais e da sexualidade e mãe ou cuidadora principal 46
4.8 Actores preferenciais para comunicação sobre SSR. 48

4.9 Evolução do conhecimento e práticas sexuais e de sexualidade dos adolescentes desde a linha de base e atè ao fim de linha 49

4.9.1 Comparação do conhecimento dos adolescentes sobre SSR, gravidez e HIV entre o estudo de base e de fim de linha 52
4.9.2 Comparação do conhecimento dos adolescentes sobre serviços de SSR entre o estudo de base e de fim de linha 53
4.9.3 Comparação das práticas sexuais e da sexualidade dos adolescentes entre o estudo de base e de fim de linha 55
4.9.4 Comparação de actores preferenciais para comunicar sobre SSR entre o estudo de base e de fim de linha 57
5.DISCUSSÃO 57

5.1 Conhecimentos dos adolescentes sobre SSR e práticas sexuais e da sexualidade 58
5.2 Resultados endline vs base line 60
5.2.1 Canais preferenciais para comunicação sobre SSR 62
6.CONCLUSÕES 63
6.1 Limitações 64
6.2 Recomendações 65
6.2.1 Aos decisores 65
6.2.2 Implementadores de programas 65
6.2.3 Aos pesquisadores 65
6.3 Liçoes aprendidas 65
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 67
8. ANEXOS: 70

Acrónimos

CNBS	Comité Nacional de Bioética em Saúde
DPEDH	Direcção Provincial de Educação e Desenvolvimento Humano
DPS-M	Direcção Provincial de Saúde de Maputo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICRH-M	Centro Internacional de Saúde Reprodutiva - Moçambique
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IMASIDA	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
MINEDH	Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não-governamental
PGB	Programa Geração Biz
SAAJ	Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens
SDEJT	Serviços Distritais de Educação, Juventude e Tecnologia
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social
SMI	Saúde Materna e Infantil
SDSR	Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SSRAJ	Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens
UNICEF	United Nations Children's Fund

Lista de tabelas

Tabela 1: Dados scoiodemográficos

Tabela 2: Informação dos pais ou cuidadores

Tabela 3. Conhecimento sobre questões ligadas a SSR

Tabela 4: conhecimentos sobre uso de serviços

Tabela 5 : Envio de fotografias sexuais

Tabela 6: Relações sexuais por faixa etária

Tabela 7: Relações sexuais por sexo

Tabela 8: Ídade de início de actividade sexual

Tabela 9: Idade do parceiro

Tabela 10: Prevenção de gravidez e ITS durante a relação sexual.

Tabela 11: Práticas sexuais e da sexualidade vs Proveniência

Tabela 12: Práticas sexuais e da sexualidade vs sexo:

Tabela 13: Práticas sexuais e da sexualidade vs situação de trabalho do pai ou cuidador:

Tabela 14: Práticas sexuais e da sexualidade vs altura ideal para se casar:

Tabela 15: Práticas sexuais e da sexualidade vs situação escolar:

Tabela 16: Práticas sexuais e da sexualidade vs situação de trabalho da mãe ou cuidadora

Tabela 17: Actores preferencias para comunicação sobre SSR

Tabela 18: Conhecimento dos adolescentes sobre SSR no início e no fim de linha

Tabela 19: Conhecimento sobre os serviços SSR entre o estudo de base e de fim de linha

Tabela 20: práticas sexuais e da sexualidade dos adolescentes entre o estudo de base e de fim de linha

Tabela 21: Actores preferenciais para comunicação de assuntos relacionados a SSR entre o estudo de base e de fim de linha

Lista de gráficos

Gráfico 1: Participantes que transitaram do bloco de controle e responderam sobre questões de práticas sexuais

Resumo

Introdução: A adolescência é um período de transição caracterizada por rápidas mudanças físicas, biológicas e hormonais em indivíduos de 10_19 anos de idade. Este período é de grande importância uma vez que è durante esta fase que os adolescentes se tornam mais vulneráveis e mais propensos a envolverem-se em novas experiências que podem resultar em riscos comportamentais, incluindo comportamentos sexuais de risco que podem comprometer a sua saúde sexual e reprodutiva. A falta de informação adequada sobre essas matérias, aumenta a sua vulnerabilidade e contínua exposição a riscos incluindo a violência, doenças de transmissão sexual, gravidez indesejada, abortos inseguros, infertilidade e até mesmo a morte. Para responder as necessidades dos adolescentes, o ICRH-M, implementou de 2018 a 2022, nos Distritos de magude e Moamba, o Projecto Bate papo sem tabus, através de diferentes intervenções visando prevenir os comportamentos sexuais de risco dos adolescentes e promover mudanças positivas para a sua SSR.

Objectivo: Avaliar os conhecimentos e práticas dos adolescentes relativa à saúde sexual e reprodutiva, ao fim de 4 anos da implementação do projecto

Métodos: Foi realizada uma pesquisa quantitativa transversal, envolvendo adolescentes de 10_19 anos de idade dos Distritos de Magude e Moamba, província de Maputo. Adolescentes que reuniam os critérios de inclusão responderam a um inquérito administrado por um inquiridor devidamente treinado a após assinarem o consentimento informado. Participantes menores de 18 anos não emancipados, solicitaram consentimento dos seus pais/cuidadores e aqueles que tinham 12 anos ou mais, assinaram igualmente um assentimento. Os dados recolhidos foram processados e analisados no pacote estatístico SPSS, versão 21. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos representando frequências e proporções. Conhecimentos e práticas foram estimados com base em proporções. Diferenças entre grupos foram estimados com base em teste estatístico qui quadrado. Barreiras e oportunidades foram estimadas através do cruzamento entre variáveis de conhecimentos e práticas com o perfil sociodemográfico, usando a regra de decisão de $p< 0,05$ para significância. Para avaliar a diferença entre o estudo de base e o fim de linha, foram comparadas as proporções entre os resultados dos dois períodos. Teste qui quadrado foi aplicado para evidenciar as diferenças no valor de $p< 0.05$.

Resultados: Conhecimentos, práticas e actores preferenciais de comunicação sobre SSR

Em todas as questões ligadas ao conhecimento sobre SSR e práticas sexuais e de sexualidade, foi verificado que a maioria dos adolescentes tinha conhecimento sobre várias matérias ligadas a SSR, e a maioria de adolescentes tinha práticas sexuais e da sexualidade seguras.

Dados comparados entre o estudo de fim de projecto e o estudo de base, mostram que houve aumento na proporção de adolescentes com conhecimento sobre HIV, de 673 (81.8%), para 715 (86.5%) (P=0.028); prevenção do HIV de 565 (68.7) para 601 (72.7%) (P<0.001); sobre gravidez em cerca de 10%, 297 (50.3%) no estudo de base e 374 (60.3%), no estudo de fim de linha; conhecimento sobre onde buscar preservativos, em cerca de 5%, 502 (74.6%)_557 (79.3%) (P=0.009); onde ir buscar informações sobre menstruação 393 (47.8%)_431 (52.1%) (P=0.004)*. Contudo não foi registado aumento entre os dados de base e dados de fim de projecto, relativo ao conhecimento sobre uso de pílula e da depo-provera para proteção contra gravidez, 333 (56.4%) _298 (48.1%) (P=0,002) e 377 (63.9%)_293 (47.3%) P<0,001, respectivamente.; e sobre onde ir buscar contracepção 487 (59.2%)_459 (55.5%) (P=0.001).

O estudo demonstrou que ao fim do projeto, houve aumento na proporção de adolescentes com práticas sexuais e de sexualidade seguras em relação as proporções no estudo de base. Verificou-se aumentou no proporção de adolescentes que nunca tocaram em partes intimas de outras pessoas de 20 (13.7%) para 203 (34.8%) P<0,001; aumento de proporção de adolescentes que não tinham iniciado práticas sexuais na altura da recolha de dados de 13 (8.9%) para 193 (33.0%), P<0,001; Aumento na proporção de adolescentes que indicaram uso de algum método de contracepção, sendo o preservativo o mais indicado de 79 (90.8%) para 166 (93.3%), seguido do Implante, cujo uso foi indicado somente no estudo do fim de linha de 0 (0.0%)_8 (4.5%) e comprimido/pilula de 1 (1.1%) para 6 (3.4%) e depo de 2 (2.3%) para 6 (3.4%).

Verificou-se tendência de aumento, embora não estatisticamente significativo na proporção de adolescentes que nunca enviaram fotografias intimas/sexuais usando telemóveis ou redes sociais 115 (78.8%)_486 (83.2%) P=0.511. Não foi observado aumento na proporção de adolescentes que tinham tomado alguma medida de proteção contra infeções e gravidez na última relação sexual 87 (67.4%)_178 (47.3%) P<0,001.

Verificou-se tendência de aumento na proporção de adolescentes que indicaram como canais preferenciais para falar sobre questões da SSR amigos, mães/cuidadoras, professores e provedores de saúde. Contrariamente ao estudo de base, em que houve baixa proporção de adolescentes que

indicaram professores, provedores e pais como canais mais preferidos para falar de questões ligadas a SSR.

Conclusões e recomendações

O estudo demonstrou que os adolescentes têm conhecimentos sobre SSR e práticas sexuais e da sexualidade seguras. Houve aumento ao fim do projecto de conhecimentos sobre gravidez, prevenção de ITS e acesso aos métodos de prevenção de ITS e de práticas sexuais e de sexualidade seguras.

Houve aumento de adolescentes que nunca tinham enviado fotografias sexuais, que nunca tinham iniciado práticas sexuais. Houve tendência de aumento de preferência pelos amigos, cuidadores, irmãos, provedores e professores para comunicar sobre SSR, no fim de linha do projecto.

O preservativo, a pílula, o implante e a injeção de depro-provera foram os meios mais utilizados pelos adolescentes para prevenirem-se da gravidez, em sua última relação sexual.

Contudo, existe ainda um desfasamento entre o conhecimento e algumas práticas, na medida em que que a maioria dos adolescentes entrevistados tinham conhecimento sobre os meios da prevenção da gravidez e de ITS, através de uso de métodos contraceptivos e preservativo, respectivamente, incluindo sobre o acesso a este meios, porém houve baixa proporção de adolescentes que usaram alguma medida para prevenirem se das ITS e gravidez em relação aos que não usaram.

Os resultados indicam um potencial da contribuição do projecto bate papo, na melhoria da SSR dos adolescentes, especificamente no aumento do conhecimento sobre questões de SSR e de práticas sexuais seguras.

Recomendações

Decisores

Mais programas de intervenção específicos, contextualizados e abrangentes para os adolescentes e jovens devem ser priorizados. Tais programas devem incluir ações concretas e direcionadas para aumentar conhecimentos e prevenir comportamentos sexuais de risco, como prevenção de gravidez e de HIV SIDA.

Implementadores de programas de SSR

O desenho de intervenções deve ser informado pelo contexto. Significa, avaliar antes o contexto e adaptar as ações e por fim avaliar o cenário após o período de ações.

Pesquisadores

Mais pesquisas devem ser desenhadas com abordagens inovadores para cobrir as variáveis não estudadas e mediar o efeito das ações sobre os resultados encontrados. Essa abordagem permitirá confirmar ou refutar as tendências verificadas com base em testes de hipóteses para informar melhor sobre as reais causas do fenômeno verificado.

Mais pesquisa com recurso a métodos rigorosos para medir o impacto das ações do projeto sobre os indicadores de melhoria da SSR dos adolescentes e jovens.

1. INTRODUÇÃO

Moçambique fez alguns avanços em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, entretanto, o grupo de raparigas e adolescentes continuam a serem deixadas para trás. O país tem uma das taxas mais altas de gravidez na adolescência do mundo (168 por 1000 raparigas dos 15_19 anos), ocupando o 5º lugar (UNICEF, 2015). O uso de contracepção é de 25,3% em mulheres casadas entre 15 e 49 anos, mas apenas 14,1% nas raparigas entre 15 e 19 anos; a necessidade não satisfeita também é maior em mulheres mais jovens do que em mulheres mais velhas, e em mulheres solteiras, muitas das quais são jovens (MISAU, 2015). A prevalência do HIV entre os jovens é de 6,9% e é 3 vezes maior nas mulheres jovens em comparação com os homens jovens (MISAU, 2015). O aborto seguro foi descriminalizado e os serviços estão sendo implementados. No entanto, as raparigas, que têm maior necessidade de aborto seguro, tem maior probabilidade de enfrentar mais barreiras do que as mulheres mais velhas para aceder os serviços (ICRH-M, 2018). Para além disso, em 2011, cerca de 9,3% das meninas de 15_19 anos, relataram ter sofrido violência sexual (IDS 2011).

A vulnerabilidade das raparigas aos problemas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos (SDSR) é exacerbada pelas normas sociais e de género predominantes no país. Moçambique tem um dos mais altos níveis de uniões prematuras, com 47% das raparigas a casarem antes dos 18 anos (IDS 2011). As taxas de uniões em adolescentes menores de 18 anos estão em declínio constante a longo prazo em todo o país, no entanto, o mesmo não acontece com as taxas de gravidez precoce (UNICEF, 2015). As normas culturais em Moçambique fazem com que que as raparigas sejam consideradas “prontas” para casar e engravidar quando atingem a puberdade. O início precoce da actividade sexual aumenta a vulnerabilidade das meninas a questões de saúde, com destaque para HIV/ITSs, aborto inseguro e complicações no parto, incluindo fístula obstétrica e violência do parceiro intimo (IDS, 2011; Maguele, 2020; IMANSIDA, 2021). A gravidez precoce também tem sérias implicações nos outros aspectos da vida da rapariga, como a desistência escolar e o casamento prematuro (ICRH-M, 2018).

Enquanto muitos problemas de SDSR surgem em adolescentes mais velhos (15_19 anos), é frequente que as questões comecem a surgir na primeira adolescência (10_14 anos), agravado com ocorrência de uniões prematuras e gravidez nesta faixa etária mais jovem (UNICEF, 2015).
Não obstante, reconhece-se globalmente que a primeira adolescência oferece uma oportunidade única para criar uma base de informações, habilidades, acesso a serviços e um ambiente de apoio

que proteja as raparigas à medida que elas crescem (Lane et al., 2017). Igualmente, para os rapazes esta fase, constitue uma oportunidade para que estes adquiram as informações e habilidades necessárias para que possam no futuro ter uma vida sexual saudável e responsável.

Há um esforço crescente por parte do Governo de Moçambique e parceiros de cooperação em garantir que os adolescentes tenham acesso a informação e serviços, reflectido em documentos estratégicos como a Estratégia Nacional da Saúde Escolar e do Adolescente e Jovem do Ministério da Saúde (MISAU, 2019). A criação e fortalecimento dos programas para promover a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens (SSRAJ)(Chandra-Mouli et al., 2015). No entanto, actualmente muitos dos programas são concebidos "de cima para baixo" e não abordam suficientemente as normas socioculturais e o contexto em que os adolescentes vivem, incluindo a família, comunidade e a escola (Silva, 2018).

A experiência de trabalho em SSR dos adolescentes levadas a cabo pelas intervenções do ICRH-M nas províncias de Maputo e Tete, mostra que as abordagens actuais tendem a ser mais relevantes para os adolescentes urbanos em relação aqueles que vivem em contextos rurais. Estes programas abrangem mais adolescentes e jovens mais velhos (15_24 anos) do que adolescentes mais jovens (10_14 anos) e são maioritariamente direcionadas aos adolescentes nas escolas em comparação com os que estão fora da escola.

Ao nível dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MISAU) tem trabalhado de modo a revitalizar o modelo do Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ), tanto nas unidades sanitárias assim como nas escolas secundárias (cantinhos). No entanto, os serviços prestados continuam a apresentar barreiras aos jovens, em particular à limitação da privacidade, confidencialidade e comunicação entre provedores e adolescentes (Hainsworth et al., 2014; Capurchande, et al., 2016). Esse tipo de lacunas, pode se constituir em limitação de acesso, com potencial de reduzir o nível de utilização destes serviços pelos adolescentes e potencial continuidade do ciclo de exposiçao e riscos à saúde dos adolescentes.

Embora as necessidades sejam muitas, discutir a sexualidade do adolescente, particularmente com adolescentes mais jovens, continua a ser um tabu na maioria dos contextos, incluindo em Moçambique, o que limita o seu acesso a informações e serviços confiáveis e relevantes.

Evidências sugerem que comunicar com adolescentes sobre questoes ligadas a SSR, protege e previne-os dos comportamentos sexuais de risco incluindo prevenção do HIV e opção do

adiamento do início da actividade sexual (Biddlecom & Awusabo-, 2009; Markham et al., 2010). No entanto, vários estudos na África subsaariana mostram que o nível de comunicação entre país e filhos é baixo, particularmente para adolescentes mais novos (Nash et al., 2019). Os estudos apontam para vários factores que impedem a comunicação efectiva entre pais e filhos, incluindo a falta de informações e habilidades nos pais; falta de interesse dos pais em discutir questões de SSR; sentimento de vergonha dos pais em falar de SSR; a percepção dos pais de que falar sobre questões da sexualidade não é aceite culturalmente (Ayehu, Kassaw, & Hailu, 2016; Crichton, Ibisomi, & Obeng, 2012). Por outro lado, os adolescentes não tem iniciativas de abordar questões ligadas a SSR devido a falta de interesse que os pais apresentam, a vergonha em abordar assuntos da SSR com os pais; receio da reacção negativa dos pais, a percepção de que os pais não são bons ouvintes e que não têm informação suficiente (Ayehu et al., 2016).

Contudo, nos casos em que existe comunicação entre pais e filhos, esta é geralmente autoritária e unidireccional (do pai/mãe para o adolescente), e inclue advertências generalizadas e não uma discussão ou diálogo aberto (Bastien, Kajula, & Muhwezi, 2011; Muhwezi et al., 2015). Essse tipo de postura sobretudo em sociedades onde existe a predominância da norma social de superioridade masculina em relação as mulheres, pode limitar o acesso a informação adequada sobre SSR (Capurchande et al., 2016).

Portante, é importante abordar a desconstrução de tais normas, pois, quando são enraizadas, podem influenciar outros actores e adultos influentes como professores e profissionais de saúde, o que pode levar a uma comunicação deficiente entre adolescentes e adultos influentes e consequente lacuna no acesso a informações e serviços.

As pesquisas sobre a comunicação entre adolescentes e adultos, incluindo pais, em relação a saúde sexual e reprodutiva em Moçambique são limitadas. Contudo, evidências existentes mostram que a comunicação sobre questões relacionadas com a sexualidade entre adolescentes e seus pais e/ou outros membros adultos da comunidade, não é comum e é ainda considerada tabu e falta de respeito dos mais novos para com os mais velhos (Capurchande, et al, 2016; Loforte, 2007; Matsinhe, 2011; Chandra-Mouli, 2011; Frederico, 2019). Este comportamento leva a que os adolescentes se sintam mais à vontade em conversar com os seus amigos pares (Silva 2018; Silva 2018a).

Apesar dos desafios, existem indicações de que, com a preparação e apoio adequado, os pais conseguem ter um diálogo positivo com os filhos sobre sexualidade (Bastien et al., 2011; Leeds et al., 2014; Phetla et al., 2009; Frederico, 2019).

Para responder a necessidade dos adolescentes em obter informações e conhecimentos necessários e melhorar a SSR deste grupo, o ICRH-M, lançou e implementou, em 2018, o projecto denominado "Bate Papo sem tabus", nos Distritos de Magude e Moamba, Provincia de Maputo.

Para implementação do projecto, o ICRH-M assinou um Memorando de Entendimento (MdE) com a Direcção Provincial de Saúde de Maputo (DPS-M) e Direcção Provincial de Educação e Desenvolvimento Humano (DPEDH), para apoiar a expansão dos serviços SAAJ ao nível de dois distritos (Moamba e Magude) e melhorar o acesso dos adolescentes mais novos a informação e serviços SSR adequados.

O projecto, "Bate Papo Sem Tabus" incluiu uma componente de desenvolvimento de estratégias, materiais e mensagens adequadas para melhorar a comunicação entre adolescentes e os seus pais e/ou cuidadores, em relação a saúde sexual e reprodutiva, para além da formação de professores e profissionais de saúde para o atendimento deste grupo alvo, incluindo o reforço das habilidades de comunicação.

O projecto "Bate-Papo Sem Tabus" foi implementado nas escolas, unidades sanitárias e comunidades nos distritos de Magude e Moamba, na província de Maputo.

O objectivo é melhorar a saúde e direitos sexuais e reprodutiva dos adolescentes, reduzindo a gravidez na adolescência, abortos inseguros, novas infecções por HIV e ITS, violência baseada no género e criar mudança nas políticas e normas sociais nocivas.

O projecto foi implantado em Outubro de 2018, até Outubro de 2022, com extensão de 6 meses até Março de 2023. Foi implementado nos distritos de Magude e Moamba, com foco nos adolescentes dos 10_19 anos (atenção especial para os de 10_14 anos); pais e membros influentes da comunidade; provedores de saúde e professores.

O "Bate-Papo" assenta nos seguintes pilares: i) reforço do serviço nacional de saúde e educação, através da capacitação de provedores de saúde do SAAJ, professores, ponto focais de saúde escolar, melhorando desta forma a qualidade da consulta e aconselhamento sobre a SSR do adolescent; ii) implementação de actividades de engajamento comunitário (por meio de activistas e rádios) para provisão de informação sobre SDSR do adolescente, e criação de demanda para os SAAJ; iii) pesquisa acção com vista a produção de evidência para melhorar as políticas e normas vigentes; iv) lobby e advocacia para preencher as lacunas de informação, e desenvolver e promover estratégias de SSR direcionadas aos adolescentes mais novos.

E, por forma a garantir que o trabalho do ICRH-M, bem como as estratégias nacionais e provinciais do Governo fossem informadas pelo contexto local, e, para monitorar e avaliar o desempenho do projecto, uma pesquisa de base foi realizada nas àreas abrangidas pelo projecto, em 2020. O estudo de linha de base, identificou o conhecimento, as práticas da sexualidade, os facilitadores e barreiras às práticas seguras de sexualidade entre os adolescentes e jovens daquelas comunidades e os actores mais preferido para comunicar sobre SSR. Dados da pesquisa baseline, ajudaram a informar o projecto para o estabelecimento de estratégias que fossem de encontro às necessidades, e, por forma a alcançar as mudanças desejadas neste grupo alvo.

A presente pesquisa, apresenta os principais resultados da avaliação final realizada na mesma área de atuação do projecto por forma a examinar as mudanças, melhorias nos indicadores da SSR dos adolescentes destas áreas, desde o início do projecto.

Com a realização do presente estudo espera-se, ter uma compreensão do estado da situação actual dos adolescentes e jovens, em relação ao seu conhecimento, práticas, facilitadores e barreiras da SSR, decorridos os 4 anos da implementação do projecto nos distritos de Magude e Moamba.

Os dados colectados serão analisados, de modo a estabelecer o ponto de situação actual e comparar com o dados da linha de base.

Os resultados desta pesquisa, irão contribuir ainda, em evidências cientìficas para sustentar recomendações aos implementadores de programas de SSR, fazedores de polìticas e estratègias, sobre as potenciais abordagens funcionais para melhorar a SSR deste grupo em especìfico para o contexto de Moçambique, bem como contribuir para literatura sobre a SSR de adolescentes em Moçambique.

2. OBJECTIVOS DO ESTUDO

2.1 Objectivo geral

Avaliar o actual estado de conhecimentos e práticas sexuais e da sexualidade, bem como as barreiras às opções sexuais e da sexualidade seguras nos adolescentes dos 10 aos 19 anos de idade, dos distritos de Magude e Moamba, Província de Maputo, e analisar as mudanças ocorridas desde a linha de base ao fim do projecto.

2.2 Objectivos Específicos

1. Aferir o nivel de conhecimento sobre sexualidade e saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes;
2. Identificar as práticas sexuais e de sexualidade dos adolescentes;
3. Conhecer as barreiras às opções sexuais e da sexualidade seguras dos adolescentes;
4. Identificar os actores mais preferenciais de comunicação dos adolescentes sobre a sexualidade e saúde sexual e reprodutiva;
5. Avaliar as mudanças ocorridas nos conhecimentos e práticas sexuais dos adolescentes desde a linha de base ao fim de projecto;
6. Propor um modelo de intervenções em SSR para adolescentes, com base nas evidências do contexto local

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Este é um estudo transversal de abordagem quantitativa, que recolheu dados em adolescentes e jovens, dos 10 aos 19 anos de idade que representam o público alvo dos SAAJ. O estudo foi desenvolvido considerando uma amostra representativa da populacao de adolescentes e jovens nos dois Distritos, e incluiu adolescentes de sexo feminino e masculino, casados, não casados, encontrando-se a estudar e a nao estudar. A recolha de dados foi com base a entrevistas conduzidas com recurso a um questionário administrado por inquiridores, previamente treinados. Sempre que possível os inquiridores entrevistavam participantes do mesmo sexo.

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em quatro comunidades dos distritos de Moamba e Magude, na província de Maputo. Os dois distritos foram beneficiários do projecto "Bate Papo" em conjunto com a DPS e DPEDH da província de Maputo. A seleccao do Distritos para implementacão do projecto, foi orientada pelas seguintes razões: Serem distritos com baixa provisão de serviços SAAJ; poucas actividades comunitárias e escolares de educação sexual.

Os sites selecionados para a recolha de dados de fim de linha, são os mesmos onde decorreu o estudo de linha de base. Todos locais selecionados estão dentro da área de captação de quatro das 16 unidades sanitárias e oito das 14 escolas que o ICRH-M prestou apoio e ofereceu serviços amigáveis aos adolescentes e jovens. As comunidades, centros de saúde e escolas foram selecionados com apoio do Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) e Serviço Distrital de Educação Juventude e Tecnologia (SDEJT). De modo a garantir a representação geogárfica dos dois contextos, em cada distrito o estudo incluiu um site dentro da sede distrital e um site num local com característica mais rural. O quadro 1 indica os locais onde foram recolhidos os dados.

3.2.1 Quadro 1: Locais selecionados para a recolha de dados

Distrito	Localidade/Bairro	Descrição
Magude	Mawandla 2	Bairro da vila sede do distrito, localizado a menos de 5 km do centro da vila.
	Motaze-Bairro A	Localidade situada a cerca de 35 km da sede distrital de Magude.
Moamba	Ressano-Bairro 4 Outubro	Bairro da vila sede de Ressano Garcia localizado a 55 km de Moamba sede.
	Sábie-Chiquizela	Localidade que fica a 43 km da sede distrital de Moamba.

3.3 População do estudo, amostra e amostragem

3.3.1 População

Fizeram parte do estudo adolescentes, rapazes e raparigas de duas faixas etárias (10_14 e 15_19 anos), estando a estudar ou não, solteiros, casados/as ou em união marital, dos distritos de Moamba e Magude. O quadro 2 quantifica o tamanho da população de estudo.

3.3.1.1 Quadro 2. População de Estudo

População projectada	Distrito	
	Moamba	Magude
População total de adolescentes	17.584	16.847
Raparigas (10-14 anos)	4.464	4.409
Raparigas (15-19 anos)	4.231	3.936
Rapazes (10-14 anos)	4.561	4.574
Rapazes (15-19 anos)	4.328	3.929

Fonte: INE (2010). Projecções Anuais da População Total, Urbana e Rural, dos Distritos da Província de Maputo 2007-2040.

3.3.2 Amostra

De modo a alcançar os objectivos, foi calculado uma amostra de 827 adolescentes participantes do estudo, sendo 414 adolescentes do distrito de Moamba e 413 adolescentes do distrito de Magude, na proporção de 1:1 (raparigas e rapazes).

Assumimos 95% de nível de confiança, 5% de margem de erro e 10% de recusa. A amostra foi calculada com base na fórmula abaixo (Bussab e Morettin, 2017):

$$n = \frac{N * z^2 * P(1-P)}{(N-1) * e^2 + z^2 * P(1-P)}$$

Onde:

e= 0.05

$\boldsymbol{Z_{\frac{\alpha}{2}} = 1.96}$ **para o grau de confiança de 95%.**

Fórmula

$$n = \frac{N * z^2 * P(1-P)}{(N-1) * e^2 + z^2 * P(1-P)}$$

$$\boldsymbol{n_{Moamba}} = \frac{17584 * 1.96^2 * 0.5 * (1-0.5)}{(17584-1) * 0.05^2 + 1.96^2 * 0.5 * (1-0.5)}$$

$$\boldsymbol{n_{Moamba}} = 376$$

Acrescentando 10% para as prováveis desistências e recusas:

$\boldsymbol{n_{Moamba}}$ = 376+376*0.1 = 414.

$$\boldsymbol{n_{Magude}} = \frac{16847 * 1.96^2 * 0.5 * (1-0.5)}{(16847-1) * 0.05^2 + 1.96^2 * 0.5 * (1-0.5)}$$

$$\boldsymbol{n_{Magude}} = 376$$

Acrescentando 10% para as prováveis desistências e recusas:

$\boldsymbol{n_{Magude}}$ = 376+376*0.1 = 413

Dos 869 participantes, 827 adolescentes foram incluídos para análise e 42 foram excluídos por insuficiência de dados para análise (questionários incompletos).

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

3.4.1 Critérios de inclusão:

- Idade entre 10-19 anos;
- Vive nas áreas do estudo ha pelo menos dois meses;
- Aceita fazer parte do estudo, após assinarem a declaração de consentimento informado;
- Para menores de 18 anos[1], com consentimento prévio dos pais ou cuidadores;
- Participantes nas idades de 12 a 17 anos após darem o seu assentimento.

3.4.2 Critérios de exclusão:

- Adolescentes que não estejam dispostos ou com capacidade de fornecer consentimento informado;
- Adolescentes portadores de doença mental;
- Adolescentes que não falam português nem lingua local;
- Adolescentes com deficiência, visual, auditiva ou verbal;

3.5 Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi feita através da administração de um questionário, com uma duração de cerca de 30 à 40 minutos de tempo de entrevista aos adolescentes dos 10_19 anos. Para permitir comparaçoes validas dos indicadores do estudo de base, as perguntas do questionário de base foram mantidas.

Por conter algumas questões sensíveis, foram desenvolvidos dois questionários considerando a sensibilidade das faixas etárias, sendo um questionário dirigido ao grupo de adolescentes de 10_14 anos e outro questionário para o grupo de adolescentes mais velhos de 14_19 anos.

Com os questionários pretendia-se auferir ao actual cenário de conhecimentos, práticas sexuais e da sexualidade, e barreiras ás práticas sexuais e da sexualidade seguras entre os adolescentes e jovens, estabelecendo desde modo uma comparação das respostas do estudo final do projecto com os dados do estudo da linha de base.

Os questionários foram testados em um estudo piloto para melhor refinamento destes, e depois adaptados para a versão final que foi usada pela equipa de pesquisa.

[1] Segundo o Código Civil fixa em 21 anos de idade (artigo 130) o início da maioridade, podendo se antecipar para 18 pela via de emancipação (concessão ao menor de capacidade para actos civis) (Código civil de Moçambique). Contudo, urge anotar que a emancipação em si não transforma uma criança em adulto, sendo uma ponderação legal, justificada para que um menor pratique actos próprios de adulto.

O questionário foi adaptado do questionário padrão, que foi testado e usado no Global Early Adolescent Study (estudo global sobre adolescentes mais novos) da Organização Mundial da Saúde

Tal como no estudo de base, o questionário adapatado incluiu os seguintes Blocos:

- Bloco dos dados sócio demográficos;
- Bloco dos conhecimentos sobre SSR;
- Bloco dos práticas sexuais e da sexualidade;
- Bloco das opçoes seguras da sexualidade;
- Bloco dos actores preferenciais para falar sobre SSR;

3.6 Procedimentos de recrutamento e recolha de dados

3.6.1 Treinamento para recolha de dados e controle de qualidade dos dados

Os inquéritos foram administrados por assistentes de pesquisa, devidamente treinados sobre procedimentos do estudo, incluindo as questões éticas de pesquisa em seres humanos.

Estes inquiridores foram igualmente treinados em pesquisas envolvendo seres humanos, e de casos especiais como o do adolescente. Não obstante a este treinamento, por forma a garantir a qualidade na colecta dos dados, os inquiridores foram supervisionados por um coordenador de campo experiente e por um pesquisador sénior do ICRH-M e por um Gestor de dados do ICRH-M.

A recolha de dados decorreu de 7 de Novembro a 30 de Novembro de 2022, antecedido por um periodo de treino da equipa de pesquisa, decorrido de 31 de Outubro a 3 de Novembro de 2022.

Os questionários foram digitados directamente em tablets, utilizando uma plataforma de recolha de dados online e offline (ODK), enviados diariamente e integrados em uma base de dados localizada no servidor do ICRH-M.

Os participantes foram identificados apenas por códigos, e em nenhum momento foi registado o nome dos participantes. O questionário foi realizado em espaços privados e sossegados, para promover a privacidade.

As ferramentas e métodos utilizados neste estudo, seguiram o mesmo padrão de procedimentos do estudo de linha de base, a fim de permitir a comparação das respostas. Dados sobre os potenciais factores de confusão serão recolhidos de forma que estes possam ser controlados na análise. Para garantir a qualidade dos dados recolhidos, ao fim de cada dia, a equipa de campo, e supervisores verificava os questionários para assegurar a completude e consistência da informação recolhida. Um relatório diário era prestado ao pesquisador principal e gestor de dados que também monitoravam os dados. Os investigadores, mantiveram o contacto permanente com a equipe de campo e constante monitoramento durante todo o processo de recolha de dados.

3.7 Questões éticas

O protocolo teve a aprovação ética pelo CNBS (Comité Nacional de Bioética para Saúde) com referência 568/CNBS/20 e autorização do Ministério da Saúde (ref. 1855/GMS/002/2020).

A participação no estudo foi voluntária. Para proteger os participantes foram tomadas medidas de segurança incluindo a escolha do local seguro e privado. Ao longo de todo o processo de recolha de dados foram seguidos os procedimentos éticos com vista a garantir que os participantes disponibilizassem o seu consentimento para a participação na pesquisa, e para que fosse mantida a confidencialidade dos envolvidos.

O estudo foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque, de acordo com as "Recomendações para Guiar os Médicos em Pesquisa Biomédica Envolvendo Seres Humanos".

A equipa de pesquisa observou medidas adicionais de protecão e prevenção da COVID-19, para si e para os participantes, como uso de máscaras, e de alcóol entre outras.

3.8 Recrutamento e Consentimento

Os participantes foram selecionados de forma aleatória nos bairros, por meio de uma lista das casas (agregados) com adolescentes que nos era foi fornecida pelos líderes comunitários de cada bairro abrangido pelo estudo. Os inquiridores dirigiam-se as residências idenficadas, explicavam sobre o estudo e critérios de inclusão e de seguida solicitavam a devida autorizaçao aos pais ou cuidadores para realizar os inquèritos explicando que uma vez que são menores, não poderiam consentir por si só, mas que deveriam dar o seu assentimento. Um espaco còmodo dentro da residência ou fora dela era identificado pelos participantes, em concordância com os pais/cuidadores, para a realização da entrevista. foi explicado que a sua participação era voluntária e da necessidade primordial deste em compreender o procedimento que seria realizado de modo a participar ou não

de forma esclarecida. Nos casos em que nao eram encontrados nas residências os pais ou cuidadores, e os potenciais participantes eram os primeiros a serem abordados. A estes era dada a informação sobre o estudo, os procedimentos, e que a participação era voluntária. Eram também questionados sobre a sua idade para auferir o seu estado de emancipação e sobre com quem viviam, quem é que cuida e toma decisões importantes para a sua vida, se podíamos contactar essa pessoa e onde é que podíamos encontrá-la, mas sem, no entanto, mencionar que tivemos um contacto prévio com o menor. A posterior era contactado o seu progenitor ou cuidador com o intuito de pedir o seu consentimento para que o seu filho/educando participe no estudo.

Os integrantes do estudo eram clarificados de que o seu desempenho não estava sendo avaliado e de que os resultados não seriam relatados por participante. Não obstante a este processo de recrutamento dos participantes do estudo e contacto com os seus progenitores ou educandos, na chegada ao local de estudo, a equipa de pesquisa acompanhada do ponto focal dos serviços distritais de saúde e de educação dos dois distritos de estudo, era feita uma apresentação a comunidade através de um encontro com os líderes comunitários, no qual apresentamos o estudo e sensibilizamos para a importância do mesmo em suas comunidades e benefícios para a província como um todo.

3.9 Consentimento Informado

Todos os participantes do estudo assinaram um termo de consentimento informado escrito em Português, antes de iniciar a entrevista. Para além disso, os participantes receberam uma folha de informações em Português, explicando o propósito e os procedimentos da pesquisa. A folha de informações detalhava o objectivo do estudo, procedimentos, pessoas de contacto para denunciar queixas ou preocupações, confidencialidade, protecção de dados, bem como a divulgação completa de potenciais benefícios e riscos decorrentes da participação na pesquisa.

Na declaração de consentimento informado estava definido quem podia ter acesso legítimo aos registos de estudo dos participantes, sendo que era apenas o pessoal autorizado, constituido pela equipa de pesquisadores.

Os potenciais participantes elegíveis puderam ler e/ou ouvir a leitura do documento de consentimento. Os participantes que não entendiam o Português, o entrevistador explicava o conteúdo da folha de informações e o consentimento na língua local. O entrevistador respondia prontamente a qualquer pergunta apresentada pelos adolescentes.

3.10 Consentimento e assentimento no caso dos menores de 18 anos

No caso de participantes menores de 18 anos, com idades compreendidas dos 12 aos 17 anos, foi pedido o consentimento aos encarregados de educação (pai, mãe ou cuidador), para além disso foi também solicitado o assentimento do próprio menor.

3.11 Gestão e análise de dados

Os registos colectados foram mantidos em segurança e o processo de introdução dos dados no programa de análise utilizou códigos de identificacão. Todos os dados disponibilizados foram usados somente para os fins de pesquisa, para informar, com vista a melhorar a implementação de intervenções na área de SSR dos adolescentes e jovens.

Os dados colhidos através de tablets foram descarregados diariamente para a central de dados hospedado no servidor do ICRH-M encriptado com palavra chave, de onde somente os pesquisadores responsáveis pela análise de dados tinham acesso a base de dados.

Além disso, todos os elementos de identificação pessoal foram retirados para assegurar o anonimato e o sigilo dos participantes.

Os processo de limpeza de dados foi realizado usando o Excel e analisados no software estatístico SPSS, versao 21.

Foi gerado no SPSS uma base de dados com 827 questionários representados em cada linha onde cada uma das linhas corresponde a um participante do estudo. Os casos omissos foram codificados de modo a sinalizarem o sistema sobre casos de informação em falta e serem rastreados pelo software e não enviesarem as analises do estudo. As variáveis foram etiquetadas na base de dados de forma a facilitar na identificação e rastreio. Após criação da base de dados que seria usada para análise estatística, esta foi registada e guardada com identificação de modo a evitar uso de versões desajustadas.

As tabelas e gráficos com os resultados do estudo, foram preparados de acordo com o plano de análises previamente desenhado pelo Pesquisador Principal e outros membros da equipa de pesquisa, baseado nos objectivos da pesquisa.

Foi feita a análise descritiva das variáveis e foram quantificadas as frequências para avaliar a distribuição das respostas. A combinação e análise dos dados levantados permitiram por um lado registar tendências quantificáveis de conhecimento e práticas. Neste estudo foi usado o teste Qui-Quadrado para avaliar a associação entre as variáveis ou comparar proporções.

As comparações foram feitas entre a avaliação inicial de linha de base e final do projecto, usando o qui quadrado, para analisar alterações significativas.

4 RESULTADOS

Os resultados apresentados seguem a metodologia de análise de dados que foi desenvolvida para responder aos objectivos do estudo.

4.1 Dados sócio-demográficos

Tabela 1: Dados scoiodemográficos

		Moamba n (%)	Magude n (%)	Média [Min-Máx]	Total n (%)
sexo	Masculino	193 (46.6)	207 (50.1)		400 (48.4)
	Feminino	221 (53.4)	206 (49.9)		427 (51.6)
	Total	414 (100.0)	413 (100.0)		827 (100.0)
Faixas etárias	10-14 anos	199 (48.1)	214 (51.8)		413 (49.9)
	15-19 anos	215 (51.9)	199 (48.2)		414 (50.1)
	Total	414 (100.0)	413 (100.0)		827 (100.0)
Idade				15 [10 - 19]	
Está a estudar	Estou a estudar	312 (75.4)	351 (85.0)		663 (80.2)
	Não estou a estudar	101 (24.4)	62 (15.0)		163 (19.7)
	Recusa-se a responder	1 (0.2)	0 (0.0)		1 (0.1)
	Total	414 (100.0)	413 (100.0)		827 (100.0)
Que classe frequenta	EP1	55 (17.6)	90 (25.6)		145 (21.9)
	EP2	89 (28.5)	104 (29.6)		193 (29.1)
	ESG (8 a 10 classe)	124 (39.7)	133 (37.9)		257 (38.8)
	Ensino pré-universitário	43 (13.8)	24 (6.8)		67 (10.1)
	Ensino tecnico	1 (0.3)	0 (0.0)		1 (0.2)
	Total	312 (100.0)	351 (100.0)		663 (100.0)
Em que classe parou	EP1	22 (21.8)	15 (24.2)		37 (22.7)
	EP2	29 (28.7)	17 (27.4)		46 (28.2)
	ESG (8 a 10 classe)	39 (38.6)	21 (33.9)		60 (36.8)
	Ensino pré-universitário	6 (5.9)	8 (12.9)		14 (8.6)
	Ensino tecnico	0 (0.0)	1 (1.6)		1 (0.6)
	Nenhuma	5 (5.0)	0 (0.0)		5 (3.1)
	Total	101 (100.0)	62 (100.0)		163 (100.0)
Qual é a sua religião	Católica	65 (15.7)	102 (24.7)		167 (20.0)
	Islâmica	36 (8.7)	3 (0.7)		39 (4.7)
	Protestante/evangelica	89 (21.5)	63 (15.3)		152 (18.4)
	Sião/Zione	92 (22.2)	126 (30.5)		218 (26.4)
	Outra, Especifique	62 (15.0)	54 (13.1)		116 (14.0)
	Não tenho religião	67 (16.2)	64 (15.5)		131 (15.8)
	Recusa-se a responder	3 (0.7)	1 (0.2)		4 (0.5)
	Total	414 (100.0)	413 (100.0)		827 (100.0)

Dos 827 participantes do estudo, 427 (51.6%) eram do sexo feminino e 400 (48.4%) do sexo masculino. Em relação as faixas etárias, também foi registrada uma distribuição equitativa sendo 413 (49,9%), participantes na faixa etária dos 10_14 anos, e 414 (50,1%) na faixa etária dos 15_19 anos. Ao nível dos distritos, a distribuição do número de participantes foi quase equitativa, sendo Moamba com 414 (50,1%) participantes e Magude com 413 (49,9%). Dentro dos distritos houve ligeira difereça da distibuição do sexo dos participantes, sendo que em Moamba, a marioria dos participantes era do sexo feminino, 221 (53.4%) em relação ao sexo masculino 193 (46.6%) e em Magude, a maioria era constituida por participantes do sexo masculino, 207 (50.1%) e sexo feminino embora a diferença seja apenas de 1 %. A religião mais predominante entre os participantes foi a Zione, seguida de católica e protestante/evangélica e por fim islâmica. A maioria dos participantes, tanto nos grupos de sexo assim como nas faixas etárias encontrava-se a estudar na altura de recolha de dados. Magude tinha maior percentagem de participantes a estudar em relação a Moamba. Sendo que nos dois Distritos, havia mais participantes no ensino secundário básico, seguido do ensino primário 2 ciclo.

Tabela 2: Informação dos pais ou cuidadores

		Moamba n (%)	Magude n (%)	Total n (%)
Anos do pai / cuidador	20-29 anos	2 (0.5)	3 (0.7)	5 (0.6)
	30-39 anos	70 (16.9)	38 (9.2)	108 (13.1)
	40-49 anos	123 (29.7)	122 (29.5)	245 (29.6)
	50 ou mais	73 (17.6)	88 (21.3)	161 (19.5)
	Não sei	92 (22.2)	88 (21.3)	180 (21.8)
	Recusa-se a responder	0 (0.0)	2 (0.5)	2 (0.2)
	Não aplicável (orfão de pai/mãe)	54 (13.0)	72 (17.4)	126 (15.2)
	Total	414 (100.0)	413 (100.0)	827 (100.0)
Situação de trabalho de pai / cuidador	Trabalha ou está na reforma	209 (50.5)	225 (54.5)	434 (52.5)
	Não trabalha	69 (16.7)	77 (18.6)	146 (17.7)
	Não sei	33 (8.0)	18 (4.4)	51 (6.2)
	Recusa-se a responder	2 (0.5)	0 (0.0)	2 (0.2)
	Não aplicável (orfão de pai/mãe)	58 (14.0)	74 (17.9)	132 (16.0)
	Outro	43 (10.4)	19 (4.6)	62 (7.5)
	Total	414 (100.0)	413 (100.0)	827 (100.0)
Anos da mãe / cuidadora	20-29 anos	12 (2.9)	14 (3.4)	26 (3.1)
	30-39 anos	180 (43.5)	130 (31.5)	310 (37.5)
	40-49 anos	123 (29.7)	167 (40.4)	290 (35.1)
	50 ou mais	21 (5.1)	29 (7.0)	50 (6.0)
	Não sei	48 (11.6)	47 (11.4)	95 (11.5)
	Recusa-se a responder	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.1)
	Não aplicável (orfão de pai/mãe)	30 (7.2)	25 (6.1)	55 (6.7)
	Total	414 (100.0)	413 (100.0)	827 (100.0)
Situação de trabalho da sua mae / cuidadora	Trabalha ou está na reforma	111 (26.8)	91 (22.0)	202 (24.4)
	Não trabalha	219 (52.9)	271 (65.6)	490 (59.3)
	Não sei	18 (4.3)	8 (1.9)	26 (3.1)
	Recusa-se a responder	2 (0.5)	1 (0.2)	3 (0.4)
	Não aplicável (orfão de pai/mãe)	30 (7.2)	27 (6.5)	57(6.9)
	Outro	34 (8.2)	15 (3.6)	49 (5.9)
	Total	414 (100.0)	413 (100.0)	827 (100.0)

A maioria dos participantes, tanto em Magude assim como em Moamba, tinham pais/cuidadores na faixa etária de 40_49 anos de idades 123 (29.7%) e 122 (29.5%), os mesmos eram maioritariamente empregados, 209 (50.5%) e 225 (54.5%), respectivamente, isto é, tinham uma fonte de renda formal, na altura de recolha de dados. Por outro lado, as mães ou cuidadoras, eram maioritariamente de idade entre 30_39 anos de idade 180 (43.5%) e 130 (31.5%) e a maioria não se encontravam a trabalhar, 219 (52.9%) e 271 (65.6%), respectivamente.

4.2 Conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, Gravidez, ITS, HIV e acesso aos serviços

4.2.1 Medição do conhecimento

Nesta secção são apresentados resultados do estudo com objectivo de aferir o nivel de conhecimento sobre sexualidade e saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes. O nível de conhecimento foi medido através da proporçao de respostas correctas, sobre questões de SSR em relação a proporção das respostas incorrectas. Quanto maior for a proporção de participantes a proverem opções de respostas correctas entre os respondentes em relação as não correctas ou aos que não sabem a resposta, maior o nível de conhecimento entre os adolescentes. Para esta pesquisa foi considerado um nível de conhecimento alto se em cada uma das 12 perguntas, a proporção de respostas correctas for maior. Foi considerado que existe lacuna de conhecimento/ baixo conhecimento, se a maioria responder incorrectamente a determinada questão. Nos casos de lacuna de conhecimento, a análise da questão foi especificada de modo a identificar a limitação na informação e posteriormente ser analisada.

Para aferir o nivel de conhecimento dos adolescentes e jovens dos dois Distritos, foram feitas questões de conhecimento sobre SSR, Gravidez, ITS e HIV, cujas opções de respostas eram no formato de resposta Sim/Não. As seguintes perguntas integraram a secção de conhecimentos:

- Gravidez na primeira vez que faz sexo;
- Infecção pelo HIV na primeira vez que faz sexo;
- Gravidez depois de beijar ou abraçar;
- O uso da pilula todos os dias e proteção contra a gravidez;
- O uso de um preservativo e proteção contra a gravidez;
- O uso de preservativo e proteção contra o HIV;
- Infecçao do HIV atraves do beijo;
- A injeção ou depo e proteção da rapariga contra a gravidez;
- Toma todos os dias de um comprimido que proteja contra HIV;
- Uso de ervas pela menina para evitar uma gravidez;
- Ouvir falar de HIV/ SIDA;
- Ouvir falar sobre preservativos
- Conhecimentos, sobre serviços de SSR

4.3 Conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, Gravidez, ITS, HIV e acesso aos serviços

Tabela 3. Conhecimento sobre questões ligadas a SSR

		n (%)
Uma menina pode engravidar na primeira vez que faz sexo	Sim	**374 (60.3)**
	Não	117 (18.9)
	Não sei/Recusa-se responder	129 (20.8)
	Total	620 (100.0)
Um menino ou menina pode contrair o HIV na primeira vez que faz sexo	Sim	**389 (62.7)**
	Não	109 (17.6)
	Não sei/Recusa-se responder	122 (19.7)
	Total	620 (100.0)
Uma menina pode engravidar depois de beijar ou abraçar	Sim	53 (8.5)
	Não	**509 (82.1)**
	Não sei/Recusa-se responder	58 (9.4)
	Total	620 (100.0)
O uso da pilula todos os dias protege a rapariga da gravidez	Sim	**298 (48.1)**
	Não	123 (19.8)
	Não sei/Recusa-se responder	199 (32.1)
	Total	620 (100.0)
O uso de um preservativo protege contra a gravidez	Sim	**508 (81.9)**
	Não	56 (9.0)
	Não sei/Recusa-se responder	56 (9.0)
	Total	620 (100.0)
O uso de preservativo pode proteger contra o HIV	Sim	**601 (72.7)**
	Não	83 (10.0)
	Não sei/Recusa-se responder	143 (17.3)
	Total	827 (100.0)
Você pode contrair o HIV beijando	Sim	184 (22.2)
	Não	**445 (53.8)**
	Não sei/Recusa-se responder	198 (23.9)
	Total	827 (100.0)
A injeção ou depo protégé a rapariga contra a gravidez	Sim	**293 (47.3)**
	Não	117 (18.9)
	Não sei/Recusa-se responder	210 (33.9)
	Total	620 (100.0)
Menina/o pode tomar todos os dias um comprimido que proteja contra HIV	Sim	**397 (48.0)**
	Não	191 (23.1)
	Não sei/Recusa-se responder	239 (28.9)
	Total	827 (100.0)
Uma menina pode usar ervas para evitar uma gravidez	Sim	229 (36.9)
	Não	**202 (32.6)**
	Não sei/Recusa-se responder	189 (30.5)
	Total	620 (100.0)

Pelos dados da tabela, demonstra-se que a maioria dos participantes, tem conhecimento sobre a ocorrência de Gravidez na primeira vez que se faz sexo 374 (60.3%); conhecimento sobre infecção pelo HIV na primeira vez que faz sexo 389 (62.7%); Conhecimento sobre não ocorrência de Gravidez depois de beijar ou abraçar 509 (82.1%); conhecimento sobre uso da pilula todos os dias e proteção contra a gravidez 298 (48.1%); Conhecimento sobre o uso de um preservativo e proteção contra a gravidez 508 (81.9%); Conhecimento sobre o uso de preservativo e proteção contra o HIV 601 (72.7%); conhecimento sobre a não ocorrência de infecção pelo HIV através do beijo 445 (53.8%); Conhecimento sobre o uso de injeção ou depo e proteção da rapariga contra a gravidez 293 (47.3%); conhecimento sobre a toma todos os dias de um comprimido que proteje contra HIV 397 (48.0%);. Os dados mostram ainda que a maioria dos participantes 715 (86.5%) e 684 (82.7%) já ouviram falar de HIV/ SIDA e de preservativos, respectivamente.

Em 12 das 13 questões, a maioria dos participantes, tanto de Magude assim como de Moamba, nas duas faixas etárias, responderam de forma correcta. Contudo, em 1 das questões a maioria dos adolescentes e jovens, dos dois Distritos respondeu de forma incorrecta. Os adolescentes concordam que "uma menina pode usar ervas para evitar uma gravidez". A proporção dos que responderam de forma incorrecta foi maior 229 (36.9%), em relação a contraparte 202 (32.6%).

4.4 Conhecimento sobre uso e acesso aos serviços SSR

Tabela 4: conhecimentos sobre uso de serviços

		n (%)
Eu sei onde ir se precisar buscar preservativos	Sim	557 (79.3)
	Não	138 (19.7)
	Não sei	6 (0.9)
	Recusa-se a responder	1 (0.1)
	Total	702 (100.0)
Eu sei para onde ir se precisar obter informações sobre a menstruação	Sim	431 (52.1)
	Não	370 (44.7)
	Não sei	23 (2.8)
	Recusa-se a responder	3 (0.4)
	Total	827 (100.0)
Eu sei para onde ir se eu precisar de contracepção	Sim	459 (55.5)
	Não	349 (42.2)
	Não sei	18 (2.2)
	Recusa-se a responder	1 (0.1)
	Total	827 (100.0)

Em relação ao conhecimento sobre os serviços de SSR, os dados mostram que a maioria dos adolescentes 557 (79.3%) tinham conhecimento sobre onde ir buscar preservativos, sobre onde se informar sobre menstruação 431 (52.1%) sobre onde ir buscar contracepção 459 (55.5%).

4.5 Conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva e características sociodemográficas dos respondentes

Foi analisado o conhecimento dos adolescentes sobre a SSR segundo as suas características demográficas, como mostrado na tabela abaixo. A tabela mostra a relação das diferentes variáveis sociodemográficas e o nível de conhecimento. Com esta análise, pretende-se explorar a potencial influência do contexto social e demográfico, sobre os conhecimentos dos adolescentes de modo a interpretar e comparar os resultados sob várias perspectivas. Os resultados desta relação, podem explicar as barreiras de conhecimento dos adolescentes sobre questões de SSR. Para o efeito, foi *aplicado teste de Qui quadrado e o nível de significância.*

4.5.1 Nível de conhecimento e Proveniência

Os dados mostram que adolescentes provenientes de Magude tem um nível de conhecimento maior em relação aos adolescentes provenientes de Moamba, sobre a gravidez na primeira relação,198 (67.6%)-176 (53.8%) P=0.002; transmissão de HIV na primeira relação 198 (67.6%)-191 (58.4%) (P<0.001); não ocorrência de gravidez através do beijo 242 (82.6%)-267 (81.7%) P=0.039; prevenção de gravidez através da toma de pílula 155 (52.9%)-143 (43.7%) P=0,035; prevenção da gravidez através de injeção ou depo 152 (51.9)-141 (43.1) P=0,008.

4.5.2 Nível de Conhecimento e Sexo

Os rapazes demonstram ter mais conhecimento, em relação as meninas sobre: gravidez na primeira vez da relação 195 (64.1%)-179 (56.6%) P=0,001; Infecção pelo HIV, na primeira relação sexual 196 (64.5%)-193 (61.1%) P=0.004; O uso do preservativo e proteção contra o HIV 300 (75.0%)-301 (70.5%) P=0,026. Mais rapazes, ouviram falar do preservativo em relação as meninas 347 (86.8%) -337 (78.9%.) Por outro lado, mais meninas demonstraram maior conhecimento, em relação aos rapazes sobre questões sobre a não ocorrência de gravidez através de beijo/ abraço 2 44 (80.3%)-265 (83.9%) P=0,003; o uso da pílula e proteção contra gravidez 130 (42.8%)-168 (53.2%) P=0,025; uso de injeção e proteção contra gravidez 126 (41.1%)-167 (52.8%) P=0.017.

4.5.3 Nível de conhecimento e faixa etária

Mais meninas da faixa etária de 15-19 anos, demonstram maior conhecimentos sobre ocorrência de gravidez na primeira relação sexual 98 (47.6%)-276 (66.7%) P<0,001; sobre infecção pelo HIV na primeira relação sexual 111 (53.9%)-278 (67.1%) P=0.002; o uso da pílula e proteção contra gravidez 84 (40.8%)-214 (51.7%) P=0,001; o uso de preservativo proteção e gravidez 148 (71.8%)-360 (87.0%) P<0,001; uso de preservativo e proteção do HIV 250 (60.5%)-351 (84.8%)

P<0,001, se comparado a sua contraparte de adolescentes de 10-14 anos. Este cenário pode ser explicado, pelo facto de adolescentes mais velhas, de 15_19 anos, devido a sua idade mais elevada em relação aos adolescentes mais novos 10_14 anos, terem tido mais tempo de exposição as informações de SSR. Também pode ser explicado se as adolescentes mais velhas, pela sua faixa etária estarem mais propensas ao início de actividades sexuais e, portanto, mais interesse e mais procura por informações.

4.5.4 Nível de conhecimento e situação escolar

Participantes que não se encontravam a estudar na altura do inquérito, demonstraram ter mais conhecimento sobre a ocorrência de gravidez na primeira relação 265 (57.1%)-108 (69.7%) P=0,028 e sobre o uso do preservativo e proteção contra HIV 372 (80.2%)-136 (87.7%) P=0,025, em comparação a contraparte do grupo que não se encontravam a estudar naquele momento.

Estes dados devem ser interpretados com cautela, pois, a maior parte desses adolescentes que nào se encontravam a estudar, eram maioritariamnete mais velhos, com idades entre 15-19 anos. Por outro lado, o facto de não se encontrarem a estudar no momento da recolha de dados, não fornece dados suficientes para aferir o seu grau acadêmico, e, portanto, não se pode concluir através destes dados que não estar a estudar indica, menor escolaridade. No entanto, estes dados são de grande interesse sob ponto de vista de alcance de conhecimentos sobre SSR, indicado pelo conhecimento em adolescentes dentro e fora de escolas. A estratégia do Bate Papo de disseminar mensagens de educação abrangentes nas comunidades, e entre pais, e amigos, pode ter contribuído nos resultados acima descritos. Adolescentes dentro e fora das escolas tem acesso a informação sobre SSR. Estes resultados reforçam a necessidade de continuar a implementar intervenções abrangentes, para incluir todos os grupos de adolescentes, que estão dentro e fora das escolas.

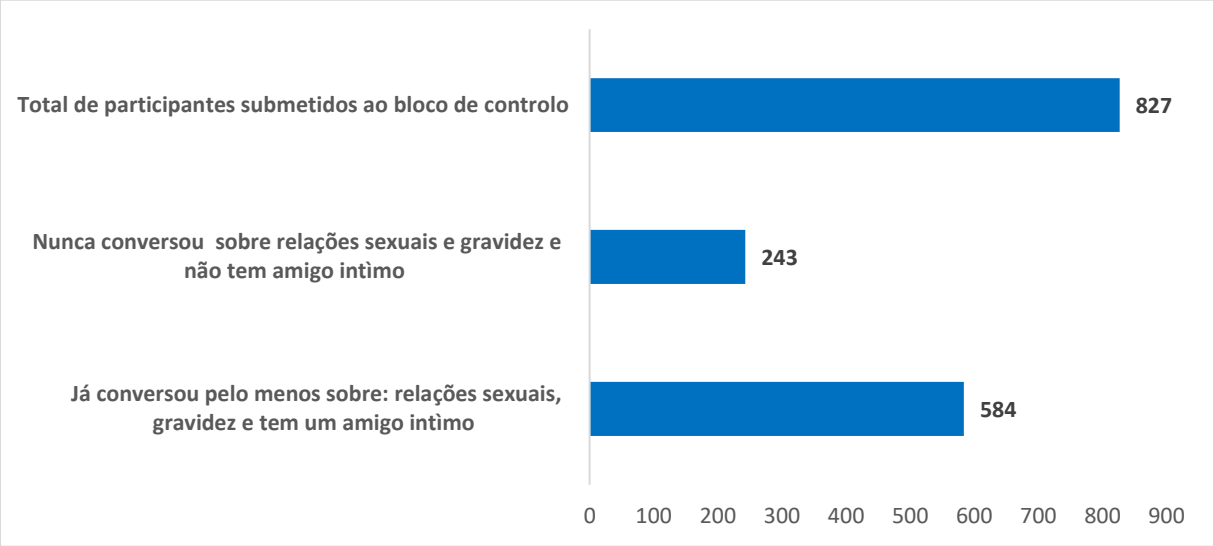
4.6 Práticas sexuais e da sexualidade seguras

Para descrever as práticas da SSR e sexualidade, os participantes foram previamente submetidos a um bloco de perguntas de controlo onde pretendia-se apurar participantes que tenham experimentado as três situações sobre sexualidade e relações sexuais: já ter conversado com alguém sobre relações sexuais, já ter conversado sobre gravidez e confirmar ter amigo íntimo. Este bloco de controle, visava acautelar constrangimentos éticos para menores de 14 anos e para tal, só prosseguiam para responder as perguntas da secção sobre práticas sexuais, adolescentes que respondessem afirmadamente à pelo menos 1 das perguntas de controle. Responder de forma afirmativa a 1 das pergunta, foi considerado sugestivo de início de práticas sexuais e sexualidade.

Portanto os participantes podiam prosseguir, e para evitar, fazer perguntas sobre práticas sexuais a participantes sem inicio de práticas sexuais. Assim, o bloco de controle previne situações de inquèritos incompletos e éticos para os participantes.

Dos 827 participantes, apenas 584 responderam as perguntas da secção sobre práticas sexuais.

Gráfico 1: Participantes que transitaram do bloco de controle e responderam sobre questões de práticas sexuais



4.6.1.Práticas sexuais e faixa etária e sexo

As práticas foram agrupadas em categorias de faixa etária de 10_14 anos e 15_19 anos e por categoria de sexo, feminino e masculino. Rapazes e raparigas das duas faixas etárias, foram questionados sobre algumas das suas práticas sexuais. Do total de respondentes 584, a maioria, 191 (91.0%) vs 295 (78.9%) da faixa etària de 10_14 anos e de 15_19 anos, respectivamente, nunca tinham enviado fotografias sexuais.

Tabela 5 : Envio de fotografias sexuais

		Faixas etárias		
		10-14 anos	15-19 anos	
		n (%)	n (%)	Total
Já enviou uma foto sexual sua para alguém usando telefone ou redes sociais	Sim, para uma rapariga	11 (5.2)	44 (11.8)	55 (9.4)
	Sim, para um rapaz	8 (3.8)	34 (9.1)	42 (7.2)
	Não	191 (91.0)	295 (78.9)	486 (83.2)
	Não entendi a pergunta	0 (0.0)	1 (0.3)	1 (0.2)
	Total	210 (100.0)	374 (100.0)	584 (100.0)

Dos 210 respondentes da faixa etária dos 10_14 anos, 37 (17.6%), já tiveram relações sexuais mais de uma vez, isto é várias vezes, 35 (16.7%), tiveram relações sexuais uma vez, até a altura do estudo e a maioria, 132 (62.9%), até a altura que os dados foram colhidos, estes afirmaram que nunca haviam mantido relaçoes sexuais. Por outro lado, a faixa etária dos 15_19 anos, adolescentes mais velhos, a maioria 265 (70.9%), já tiveram relações sexuais várias vezes, seguido daqueles que nunca tiveram relaçoes sexuais com 61 (16.3%), e 39 (10.4%) tiveram relações sexuais uma vez, até a altura da recolha dos dados.

Tabela 6: Relações sexuais por faixa etária

	Faixas etárias			
Você já teve relações sexuais	**10-14 anos n (%)**	**15-19 anos n (%)**	**Total**	**χ2 (Pvalue)**
Sim várias vezes	37 (17.6)	265 **(70.9)**	302 (51.7)	**174.865 (P<0.001*)**
Sim, uma vez	35 (16.7)	39 (10.4)	74 (12.7)	
Não	132 (62.9)	61 (16.3)	193 (33.0)	
Não entendi a pergunta	2 (1.0)	2 (0.5)	4 (0.7)	
Não sabe	3 (1.4)	5 (1.3)	8 (1.4)	
Recusa-se a responder	1 (0.5)	2 (0.5)	3 (0.5)	
Total	210 (100.0)	374 (100.0)	584 (100.0)	

Em relação a prática de relações sexuais entre meninas e rapazes, os dados indicam que os rapazes são os que na maioria afirmam terem praticado relações sexuais muitas vezes em relação as meninas, 164 (56.0%)_ 138 (47.4%), respectivamente. Por outro lado, as meninas na sua maioria 106 (36.4%), afirmaram nunca terem praticado relações sexuais contra 87 (29.7%) de rapazes. Os dados revelam que, no que refere as práticas sexuais, adolescentes (rapazes e meninas) da faixa etária de 15_19 anos, são os que na maioria jà se encontram sexualmente activos, dentre eles, rapazes são os que mais tem actividades sexual em relação as meninas.

Tabela 7: Relações sexuais por sexo

	sexo			
Você já teve relações sexuais	**Masculino n (%)**	**Feminino n (%)**	**Total**	**χ2 (Pvalue)**
Sim várias vezes	164 **(56.0)**	138 (47.4)	302 (51.7)	**15.672 (0.004*)**
Sim, uma vez	41 **(14.0)**	33 (11.3)	74 (12.7)	
Não	87 (29.7)	106 (36.4)	193 (33.0)	
Não entendi a pergunta	0 (0.0)	4 (1.4)	4 (0.7)	
Não sabe	1 (0.3)	7 (2.4)	8 (1.4)	
Recusa-se a responder	0 (0.0)	3 (1.0)	3 (0.5)	
Total	293 (100.0)	291 (100.0)	584 (100.0)	

4.6.2 Ídade de início de actividade sexual

Tabela 8: Ídade de início de actividade sexual

		sexo		Faixas etárias		
		Homem	Mulher	10-14 anos	15-19 anos	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Total
Anos que tinha quando teve relações sexuais	10 anos	5 (2.4)	6 (3.5)	11 (15.3)	0 (0.0)	11 (2.9)
	11 anos	12 (5.9)	3 (1.8)	14 (19.4)	1 (0.3)	15 (4.0)
	12 anos	16 (7.8)	5 (2.9)	16 (22.2)	5 (1.6)	21 (5.6)
	13 anos	23 (11.2)	11 (6.4)	15 (20.8)	19 (6.3)	34 (9.0)
	14 anos	25 (12.2)	34 (19.9)	16 (22.2)	43 (14.1)	59 (15.7)
	15 anos	38 (18.5)	34 (19.9)	0 (0.0)	72 (23.7)	72 (19.1)
	16 anos	36 (17.6)	32 (18.7)	0 (0.0)	68 (22.4)	68 (18.1)
	17 anos	13 (6.3)	23 (13.5)	0 (0.0)	36 (11.8)	36 (9.6)
	18 anos	30 (14.6)	19 (11.1)	0 (0.0)	49 (16.1)	49 (13.0)
	19 anos	4 (2.0)	3 (1.8)	0 (0.0)	7 (2.3)	7 (1.9)
	Não sei	3 (1.5)	1 (0.6)	0 (0.0)	4 (1.3)	4 (1.1)
	Total	205 (100.0)	171 (100.0)	72 (100.0)	304 (100.0)	376 (100.0)

A idade mínima da primeira relação sexual situou-se aos 10 anos para participantes da faixa etária dos 10-14 anos , sendo a maioria 6 (3.5%) meninas e minoria 5 (2.4%) e a idade mínima de início de actividade sexual para participantes dos 15_19 anos, foi de 11 anos. Contudo, nas duas faixas etárias, a maioria iniciou actividade sexual entre os 14 e 16 anos, respectivamente.

Este dado é bastante preocupante sob ponto de vista de abragência de acções de SSR. Os dados indicam ainda a necessidade de se incluir adolescentes mais novos o mais precocemente possível nos programas de aconselhamento, sobre SSR, incluindo aconselhamento sobre adiamento de inicio de vida sexual, abstinência, prevenção de HIV, gravidez entre outros.

4.6.3 Idade do parceiro (a maioria tinha parceiros com idades similares)

Foi questionado aos participantes, o quão seus parceiros sao mais velhos em idade em relação a si. Neste estudo, foi constantado que alguns adolescentes tinham parceiro 5 ou mais anos mais velho, e outros não sabiam a idade do parceiro. 9 (3.0%) de adolescentes do sexo feminino da faixa etaria de 15_19 anos, tinham parceiros 5 ou mais anos mais velhos que eles e 8 (2.6%), nao sabaim a idade do parceiro.

Este último pode indicar o desfazamento grande, 5 ou mais anos mais velho em idades e portanto as adolescentes não terem intimidade suficiente para perguntar sobre a idade do parceiro, ou por vergonha. Ter um parceiro 5 ou mais anos mais velho para adolescentes meninas, pode indicar relaçoes de poder, relações transacionais, o que pode limitar o poder destas de negociar sobre

vários aspectos da relação intima, como relaçõesc sexuais, uso de preservativo, devido a sua limitada idade e pouca experiência em relação ao seu parceiro.

Tabela 9:*Idade do parceiro*

		Faixas etárias		
		10-14 anos	15-19 anos	
		n (%)	n (%)	Total
Quantos anos tinha essa pessoa com manteve relações sexuais	A mesma idade que eu	39 (54.2)	62 (20.4)	101 (26.9)
	Mais novo que eu	18 (25.0)	93 (30.6)	111 (29.5)
	1-2 anos mais velho que eu	12 (16.7)	101 (33.2)	113 (30.1)
	3-4 anos mais velho que eu	2 (2.8)	30 (9.9)	32 (8.5)
	5 ou mais anos mais velho que eu	0 (0.0)	9 (3.0)	9 (2.4)
	Não sabe	0 (0.0)	8 (2.6)	8 (2.1)
	Recusa-se a responder	1 (1.4)	1 (0.3)	2 (0.5)
	Total	72 (100.0)	304 (100.0)	376 (100.0)

4.6.4 Prevenção de gravidez e ITS durante a relação sexual.

Foi igualmente questionado aos participantes, sobre medidas preventivas de ITS e gravidez na sua mais recente actividade sexual, até ao dia do inquèrito. Um total de 376 participantes respondeu a questão.

Tabela 10: Prevenção de gravidez e ITS durante a relação sexual.

		Faixas etárias		
		10-14 anos	15-19 anos	
		n (%)	n (%)	Total
Fizeram alguma coisa para proteger contra gravidez ou infecções	Sim	24 (33.3)	154 (50.7)	178 (47.3)
	Não	48 (66.7)	148 (48.7)	196 (52.1)
	Não sei/Recusa-se a responder	0 (0.0)	2 (0.7)	2 (0.5)
	Total	72 (100.0)	304 (100.0)	376 (100.0)
O que você fez para evitar uma gravidez	Preservativo masculino	20 (83.3)	146 (94.8)	166 (93.3)
	Comprimido	0 (0.0)	6 (3.9)	6 (3.4)
	Injeção	1 (4.2)	5 (3.2)	6 (3.4)
	Preservativo feminino	0 (0.0)	1 (0.6)	1 (0.6)
	implante	0 (0.0)	8 (5.2)	8 (4.5)
	Outro	2 (8.3)	0 (0.0)	2 (1.1)
	Não sabe/Não lembra	3 (12.5)	5 (3.2)	8 (4.5)

Entre as duas faixas etárias de 10_14 anos e de 15_19 anos, a maioria dos respondentes na faixa etária dos adolescentes mais velhos 15_19 anos, 154 (50.7%) utilizou algum método de proteção contra ITS e contra gravidez comparado aos que não utilizaram método algum 148 (48.7%). Por

outro lado, na faixa etária de adolescentes de 10_14 anos, a maioria destes adolescentes não utilizou nenhum método 48 (66.7%), se comparado aos que utilizaram 24 (33.3%).

Quanto aos métodos de proteção contra gravidez utilizados na ultima relação sexual, adolescentes de 10_14 anos, utilizaram mais o preservativo 20 (83.3%), seguindo de injeção 1 (4%0), e adolescentes da faixa etária de 15_19, anos utilizaram igualmente o preservativo 46 (94.8%), seguido de implante 8 (5.2%) e de pílula 6 (3.9%).

Existe indicaçao de maior exposição ao risco de ITS e gravidez, em adolescentes mais novos, em relação ao mais velhos, visto que a maioria das adolescentes mais novos, na faixa etària de 10_14 anos, não usou nenhum método de proteção contra infeções e gravidez.

Estes dados, podem indicar que adolescentes mais novas, devido a sua inexperiência, podem não ter noção da exposição e risco decorrido de relações sexuais desprotegidas. Existe a necessidade de fortalecer nestes grupos ações de prevenção de risco com inclusão de adolescentes mais novos.

Em relação ao uso de algum método de prevenção de ITS e gravidez, entre rapazes e raparigas, os dados revelam semelhanças nas atitudes de não uso de métodos de prevenção de ITS e gravidez. A maioria de rapazes 109 (53.2%) e de meninas 87 (50.9%), não usaram nenhum método de prevenção contra gravidez e ITS, entre os grupos, mais rapazes em relação as meninas.

4.7. Práticas sexuais e da sexualidade e caracterìsticas socio demográficas

Para identificar as potencialidades do meio envolvendo nas práticas sexuais e da sexaulidade dos adolescentes, os participantes foram submetidos primeiro, a um bloco de 5 questões, relacionadas com práticas sexuais e da sexualidade e de seguida, as respostas foram relacionadas com algumas características dos seu perfil sociodemográfico. Foi aplicado o teste Qui quadrado para avaliar a associação existente entre as duas variáveis. Foi determinado o valor de $\alpha=0,05$ para aferir significância da associação que é traduzido em factor influenciador ($P<0.05$) ou não ($P>0.05$) de opção segura ou não de práticas sexuais e sexualidade. Os resultados significativos podem constituir em práticas sexuais seguras ou barreiras.

Tabela 11: *Práticas sexuais e da sexualidade vs Proveniência*

		Área de Residencial			
		Urbana	Rural		
		n (%)	n (%)	Total	χ2 (Pvalue)
Já enviou uma foto sexual	Sim	56 (17.2)	41 (15.8)	97 (16.6)	0.204 (0.651)
	Não	269 (82.8)	218 (84.2)	487 (83.4)	
	Total	325 (100.0)	259 (100.0)	584 (100.0)	
Anos que tinha quando enviou uma foto sexual	10 a 14 anos	12 (21.4)	21 (51.2)	33 (34.0)	10.956 (0.002)*
	15 a 19 anos	43 (76.8)	18 (43.9)	61 (62.9)	
	Não sei/Nunca fiz isso	1 (1.8)	2 (4.9)	3 (3.1)	
	Total	56 (100.0)	41 (100.0)	97 (100.0)	
Anos que tinha quando tocou nas partes intimas de outras pessoas	9 a 14 anos	70 (35.0)	85 (47.5)	155 (40.9)	8.935 (0.021)*
	15 a 17 anos	107 (53.5)	74 (41.3)	181 (47.8)	
	18 a 19 anos	20 (10.0)	20 (11.2)	40 (10.6)	
	Não sei	3 (1.5)	0 (0.0)	3 (0.8)	
	Total	200 (100.0)	179 (100.0)	379 (100.0)	
Anos que tinha quando teve relações sexuais	10 a 14 anos	61 (31.1)	79 (43.9)	140 (37.2)	6.736 (0.022)*
	15 a 19 anos	133 (67.9)	99 (55.0)	232 (61.7)	
	Não sei	2 (1.0)	2 (1.1)	4 (1.1)	
	Total	196 (100.0)	180 (100.0)	376 (100.0)	
Fizeram alguma coisa para proteger contra gravidez ou infecções	Sim	113 (57.7)	65 (36.1)	178 (47.3)	19.884 (P<0.001)*
	Não	81 (41.3)	115 (63.9)	196 (52.1)	
	Não sei	2 (1.0)	0 (0.0)	2 (0.5)	
	Recusa-se a responder	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	Total	196 (100.0)	180 (100.0)	376 (100.0)	

4.7.1 Práticas sexuais e da sexualidade vs Proveniência

Os dados indicam que existe uma associação entre proveniência e a idade do envio de fotos sexuais, idade de toque das partes intímas, idade do início das relações sexuais e uso de uma medidade protetiva contra gravidez ou infecções. Os adolescentes da zona rural tendem a enviar mais fotos, na faixa etária dos 10 a 14 anos, do que da zona urbana [21 (51.2%)_12 (21.4%) P=0.002], mais adolescentes da zona rural tendem a não se protegerem durante as relações sexuais em relação aos adolescentes de proveniência urbana [115 (63.9%)_81 (41.3%) P<0.001], os adolescentes da zona rural, da faixa etária de 10_14 anos, tendem a tocar mais em partes íntimas de outras pessoas do que os da zona urbana [85 (47.5%)_70 (35.0%) P=0.021] e mais adolescentes da zona rural tendem a iniciar relações sexuais mais cedo do que os da zona urbana [79 (43.9%)_61 (31.1%) P=0.022]

Tabela 12: *Práticas sexuais e da sexualidade vs sexo*

		sexo			
		Homem	Mulher		
		n (%)	n (%)	Total	χ^2 (Pvalue)
Já enviou uma foto sexual	Sim	57 (19.5)	40 (13.7)	97 (16.6)	3.435 (0.064)
	Não	236 (80.5)	251 (86.3)	487 (83.4)	
	Total	293 (100.0)	291 (100.0)	584 (100.0)	
Anos que tinha quando enviou uma foto sexual	10 a 14 anos	21 (36.8)	12 (30.0)	33 (34.0)	1.249 (0.585)
	15 a 19 anos	35 (61.4)	26 (65.0)	61 (62.9)	
	Não sei/Nunca fiz isso	1 (1.8)	2 (5.0)	3 (3.1)	
	Total	57 (19.5)	40 (100.0)	97 (100.0)	
Anos que tinha quando tocou nas partes intimas de outras pessoas	9 a 14 anos	96 (45.9)	59 (34.7)	155 (40.9)	5.414 (0.123)
	15 a 17 anos	91 (43.5)	90 (52.9)	181 (47.8)	
	18 a 19 anos	21 (10.0)	19 (11.2)	40 (10.6)	
	Não sei	1 (0.5)	2 (1.2)	3 (0.8)	
	Total	209 (100.0)	170 (100.0)	379 (100.0)	
Anos que tinha quando teve relações sexuais	10 a 14 anos	81 (39.5)	59 (34.5)	140 (37.2)	1.761 (0.407)
	15 a 19 anos	121 (59.0)	111 (64.9)	232 (61.7)	
	Não sei	3 (1.5)	1 (0.6)	4 (1.1)	
	Total	205 (100.0)	171 (100.0)	376 (100.0)	
Fizeram alguma coisa para proteger contra gravidez ou infecções	Sim	95 (46.3)	83 (48.5)	178 (47.3)	0.459 (0.840)
	Não	109 (53.2)	87 (50.9)	196 (52.1)	
	Não sei	1 (0.5)	1 (0.6)	2 (0.5)	
	Recusa-se a responder	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	Total	205 (100.0)	171 (100.0)	376 (100.0)	

4.7.2 Práticas sexuais e da sexualidade vs sexo

Não foi identificada associação em função do sexo para opções seguras de sexualidade.

Tabela 13: *Práticas sexuais e da sexualidade vs situação de trabalho do pai ou cuidador*

		Situação de trabalho de pai ou cuidador			
		Trabalha ou está na reforma	Outras		
		n (%)	n (%)	Total	(Pvalue)
Já enviou uma foto sexual	Sim	62 (20.5)	35 (12.4)	97 (16.6)	6.939 (<0.001)*
	Não	240 (79.5)	247 (87.6)	487 (83.4)	
	Total	302 (100.0)	282 (100.0)	584 (100.0)	
Anos que tinha quando enviou uma foto sexual	10 a 14 anos	24 (38.7)	9 (25.7)	33 (34.0)	1.866 (0.383)
	15 a 19 anos	36 (58.1)	25 (71.4)	61 (62.9)	
	Não sei/Nunca fiz isso	2 (3.2)	1 (2.9)	3 (3.1)	
	Total	62 (100.0)	35 (100.0)	97 (100.0)	
Anos que tinha quando tocou nas partes intimas de outras pessoas	9 a 14 anos	92 (46.7)	63 (34.6)	155 (40.9)	13.489 (0.002)*
	15 a 17 anos	92 (46.7)	89 (48.9)	181 (47.8)	
	18 a 19 anos	11 (5.6)	29 (15.9)	40 (10.6)	
	Não sei	2 (1.0)	1 (0.5)	3 (0.8)	
	Total	197 (100.0)	182 (100.0)	379 (100.0)	
Anos que tinha quando teve relações sexuais	10 a 14 anos	80 (43.2)	60 (31.4)	140 (37.2)	6.167 (0.031)*
	15 a 19 anos	104 (56.2)	128 (67.0)	232 (61.7)	
	Não sei	1 (0.5)	3 (1.6)	4 (1.1)	
	Total	185 (100.0)	191 (100.0)	376 (100.0)	
Fizeram alguma coisa para proteger contra gravidez ou infecções	Sim	90 (48.6)	88 (46.1)	178 (47.3)	1.742 (0.523)
	Não	95 (51.4)	101 (52.9)	196 (52.1)	
	Não sei	0 (0.0)	2 (1.0)	2 (0.5)	
	Recusa-se a responder	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	Total	185 (100.0)	191 (100.0)	376 (100.0)	

4.7.3 Práticas sexuais e da sexualidade e estado de empregabilidade dos pais ou cuidadores

Os dados indicam que existe uma associação entre empregabilidade dos pais e envio de fotos sexuais, idade de toque das partes intímas de outras pessoas e idade do início das relações sexuais. Os adolescentes cujo pais trabalham tendem a enviar mais fotos sensuais do que aqueles que os pais não trabalham [62 (20.5%)_35 (12.4%) P<0.001, os adolescentes da faixa etária de 10_14 anos de idade, cujo pais trabalham, tem maior tendência a tocar nas partes intímas de outras pessoas do que aqueles adolescentes cujo pais não trabalham [92 (46.7%)_63 (34.6%) P=0.002] e mais adolescentes cujos pais trabalham tendem a inciar relações sexuais mais cedo do que dos adolescentes cujo pais não trabalham [80 (43.2%)_60 (37.2%) P=0.031].

Tabela 14: *Práticas sexuais e da sexualidade vs altura ideal para se casar*

		Cuidador pensa que seria altura ideal para			
		Depois de completar a Formação	Vontade propria/do cuidador		
		n (%)	n (%)	Total	χ^2 (Pvalue)
Já enviou uma foto sexual	Sim	48 (18.0)	44 (14.7)	97 (16.6)	1.139 (0.286)
	Não	219 (82.0)	256 (85.3)	487 (83.4)	
	Total	267 (100.0)	300 (100.0)	584 (100.0)	
Anos que tinha quando enviou uma foto sexual	10 a 14 anos	22 (45.8)	11 (25.0)	33 (34.0)	5.011 (0.059)
	15 a 19 anos	24 (50.0)	32 (72.7)	61 (62.9)	
	Não sei/Nunca fiz isso	2 (4.2)	1 (2.3)	3 (3.1)	
	Total	48 (100.0)	44 (100.0)	97 (100.0)	
Anos que tinha quando tocou nas partes intimas de outras pessoas	9 a 14 anos	75 (44.9)	75 (38.3)	155 (40.9)	3.444 (0.330)
	15 a 17 anos	77 (46.1)	96 (49.0)	181 (47.8)	
	18 a 19 anos	13 (7.8)	24 (12.2)	40 (10.6)	
	Não sei	2 (1.2)	1 (0.5)	3 (0.8)	
	Total	167 (100.0)	196 (100.0)	379 (100.0)	
Anos que tinha quando teve relações sexuais	10 a 14 anos	68 (40.7)	68 (35.1)	140 (37.2)	1.416 (0.481)
	15 a 19 anos	97 (58.1)	124 (63.9)	232 (61.7)	
	Não sei	2 (1.2)	2 (1.0)	4 (1.1)	
	Total	167 (100.0)	194 (100.0)	376 (100.0)	
Fizeram alguma coisa para proteger contra gravidez ou infecções	Sim	89 (53.3)	79 (40.7)	178 (47.3)	6.281 (0.020)*
	Não	78 (46.7)	114 (58.8)	196 (52.1)	
	Não sei	0 (0.0)	1 (0.5)	2 (0.5)	
	Recusa-se a responder	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	Total	167 (100.0)	194 (100.0)	376 (100.0)	

4.7.4 Práticas sexuais e da sexualidade e altura ideal para se casar

Os dados indicam que existe uma associação entre a altura ideal para se casar e uso de uma medidade protetiva contra gravidez ou infecções. Mais adolescentes cuja altura ideal para casar depende de completar a formação tendem a se protegerem durante as relações sexuais em relação aos adolescentes cuja a altura ideal para casar depende da vontade própria [89 (53.3%)_79 (40.7%) P<0.002].

Tabela 15: *Práticas sexuais e da sexualidade vs situação escolar*

		Está a estudar			
		Estou a estudar	Não estou a estudar/Recusa responder		χ^2
		n (%)	n (%)	Total	(Pvalue)
Já enviou uma foto sexual	Sim	63 (14.4)	34 (23.1)	97 (16.6)	6.029 (0.014*)
	Não	374 (85.6)	113 (76.9)	487 (83.4)	
	Total	437 (100.0)	147 (100.0)	584 (100.0)	
Anos que tinha quando enviou uma foto sexual	10 a 14 anos	27 (42.9)	6 (17.6)	33 (34.0)	6.647 (0.025)*
	15 a 19 anos	34 (54.0)	27 (79.4)	61 (62.9)	
	Não sei/Nunca fiz isso	2 (3.2)	1 (2.9)	3 (3.1)	
	Total	63 (100.0)	34 (100.0)	97 (100.0)	
Anos que tinha quando tocou nas partes intimas de outras pessoas	9 a 14 anos	120 (47.2)	35 (28.0)	155 (40.9)	20.408 (<0.001)*
	15 a 17 anos	114 (44.9)	67 (53.6)	181 (47.8)	
	18 a 19 anos	17 (6.7)	23 (18.4)	40 (10.6)	
	Não sei	3 (1.2)	0 (0.0)	3 (0.8)	
	Total	254 (100.0)	125 (100.0)	379 (100.0)	
Anos que tinha quando teve relações sexuais	10 a 14 anos	110 (44.7)	30 (23.1)	140 (37.2)	17.841 (<0.001)*
	15 a 19 anos	134 (54.5)	98 (75.4)	232 (61.7)	
	Não sei	2 (0.8)	2 (1.5)	4 (1.1)	
	Total	246 (100.0)	130 (100.0)	376 (100.0)	
Fizeram alguma coisa para proteger contra gravidez ou infecções	Sim	121 (49.2)	57 (43.8)	178 (47.3)	3.944 (0.110)
	Não	125 (50.8)	71 (54.6)	196 (52.1)	
	Não sei	0 (0.0)	2 (1.5)	2 (0.5)	
	Recusa-se a responder	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	Total	246 (100.0)	130 (100.0)	376 (100.0)	

4.7.5 Práticas sexuais e da sexualidade e frequência da escolaridade.

Os dados indicam que existe uma associação entre situação escolar e idade do envio de fotos sexuais, idade de toque das partes intímas, idade do início das relações sexuais e idade de envio da foto sexual.

Os adolescentes que não estudam tendem a enviar mais fotos sexuais do que aqueles que estudam [34 (23.1%)_63 (14.4%) P=0.014. Por outro lado os adolescentes que estudam tendem enviar mais as fotos, na faixa-etária dos 10 a 14 anos, relativamente aos que não estudam [27 (42.9%)_6 (17.6%) P=0.025], os adolescentes que estudam, da faixa etária de 10_14 anos, tendem tocar mais em partes íntimas de outras pessoas do que aqueles que não estudam [120 (47.2%)_35 (28.0%)

P<0.021] e mais adolescentes estudam tendem a inciar relações sexuais mais cedo do que os que não estudam [110 (44.7%)_30 (23.1%) P<0.001]. Os dados não nos permitem concluir que o facto de não estarem a estudar possa indicar um nìvel de conhecimento ou de escolaridade baixo.

Tabela 16: *Práticas sexuais e da sexualidade vs situação de trabalho da mãe ou cuidadora*

		Situação de trabalho da sua mae ou cuidadora			
		Trabalha ou está na reforma	Outras		
		n (%)	n (%)	Total	χ^2 (Pvalue)
Já enviou uma foto sexual	Sim	29 (18.2)	68 (16.0)	97 (16.6)	0.419 (0.518)
	Não	130 (81.8)	357 (84.0)	487 (83.4)	
	Total	159 (100.0)	425 (100.0)	584 (100.0)	
Anos que tinha quando enviou uma foto sexual	10 a 14 anos	11 (37.9)	22 (32.4)	33 (34.0)	6.863 (0.022)*
	15 a 19 anos	15 (51.7)	46 (67.6)	61 (62.9)	
	Não sei/Nunca fiz isso	3 (10.3)	0 (0.0)	3 (3.1)	
	Total	29 (100.0)	68 (100.0)	97 (100.0)	
Anos que tinha quando tocou nas partes intimas de outras pessoas	9 a 14 anos	53 (52.0)	102 (36.8)	155 (40.9)	10.019 (0.014)*
	15 a 17 anos	38 (37.3)	143 (51.6)	181 (47.8)	
	18 a 19 anos	9 (8.8)	31 (11.2)	40 (10.6)	
	Não sei	2 (2.0)	1 (0.4)	3 (0.8)	
	Total	102 (100.0)	277 (100.0)	379 (100.0)	
Anos que tinha quando teve relações sexuais	10 a 14 anos	43 (43.4)	97 (35.0)	140 (37.2)	2.829 (0.210)
	15 a 19 anos	56 (56.6)	176 (63.5)	232 (61.7)	
	Não sei	0 (0.0)	4 (1.4)	4 (1.1)	
	Total	99 (100.0)	277 (100.0)	376 (100.0)	
Fizeram alguma coisa para proteger contra gravidez ou infecções	Sim	36 (36.4)	142 (51.3)	178 (47.3)	7.160 (0.017)*
	Não	63 (63.6)	133 (48.0)	196 (52.1)	
	Não sei	0 (0.0)	2 (0.7)	2 (0.5)	
	Recusa-se a responder	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	Total	99 (100.0)	277 (100.0)	376 (100.0)	

4.7.6 Práticas sexuais e da sexualidade e mãe ou cuidadora principal

Os dados indicam que existe uma associação entre empregabilidade da mãe ou cuidadora e a idade do envio de fotos sexuais, idade de toque das partes intímas e uso de medidas protetivas contra gravidez ou infecções.

Os adolescentes cujas mães trabalham tendem a enviar mais fotos, na faixa etária de 10 a 14 anos, do que aqueles que as mães não trabalham [11(37.9%)_22 (32.4%) P<0.022]. Os adolescentes da faixa etária de 10_14 anos, cujo mães trabalham, tendem tocar mais nas partes intímas de outras pessoas do que aqueles adolescentes cujo mães não trabalham [53 (52.0%)_102 (36.8%) P=0.014]

Por outro lado, mais adolescentes cujo mães trabalham tendem adoptar medidas protetivas do que adolescentes cujas mães não trabalham [142 (51.3%)_36 (36.4%) P=0.017].

4.8 Actores preferenciais para comunicação sobre SSR.

Tabela 17: Actores preferencias para comunicação sobre SSR

Comunicação Sobre:	*1ª Preferência*	*2ª Preferência*	*3ª Preferência*	*4ª Preferência*	*5ª Preferência*	*6ª Preferência*	*7ª Preferência*
Mudanças no corpo que acontecem à medida que meninos e meninas crescem	Amigo|par **45.3 %**	Mae|cuidadora **38.4 %**	Irmã|Irmão **20.7%**	Professor **18.1%**	Outro famíliar **10.7 %**	Médico|enfermeiro **9.1 %**	Pai|Cuidador **8.4 %**
Relacionamentos sexuais	Amigo|par **64.7 %**	Irmã|Irmão **20.5 %**	Mae|cuidadora **17.2 %**	Outro famíliar **12.5 %**	Professor **9.4 %**	Médico|enfermeiro **6.6 %**	Pai|Cuidador **5.2 %**
Gravidez e como ela ocorre	Amigo|par **54.5 %**	Mae|cuidadora **24.0 %**	Irmã|Irmão **21.8 %**	Professor **17.6 %**	Médico|enfermeiro **14.5 %**	Outro famíliar **14.5 %**	Pai|Cuidador **3.1 %**
Contracepção	Amigo|par **48.0 %**	Mae|cuidadora **24.0 %**	Médico|enfermeiro **20.7 %**	Professor **17.1 %**	Irmã|Irmão **15.5 %**	Outro famíliar **11.8 %**	Pai|Cuidador **2.3 %**
Cuidar de si durante período menstrual	Mae|cuidadora **55.6 %**	Amigo|par **30.3 %**	Irmã|Irmão **26.4 %**	Outro famíliar **12.3 %**	Professor **9.7 %**	Médico|enfermeiro **9.7 %**	Pai|Cuidador **0.4 %**

Foi inquirido aos participantes, sobre pessoas preferidas para comunicar e dialogar sobre diferentes questões ligadas a SSR. Rapazes e raparigas indicaram a sua preferência de acordo com a questão da SSR.

Para falar sobre mudanças no corpo que acontecem à medida que meninos e meninas crescem, a maioria dos participantes indicou amigo/par 195 (45.3%), seguido de mãe 165 (38.4%), e a minoria outros actores 23 (5.3%). Para falar sobre relacionamentos sexuais, os amigos eram os mais preferidos 275 (64.7%) seguido de mãe 73 (17.2%) e a minoria 22 (5.2%) pai/mãe/ outro cuidador. Para comunicar sobre gravidez e como ela ocorre, a maioria 195 (54.5%) preferia comunicar com par ou amigo, seguido de mãe/cuidadora 86 (24.0%) e a minoria 11 (3%) comunicava com pai/cuidador. Para comunicar sobre contracepção, o amigo/par, era mais preferido 146 (48.0%), seguido de mãe 73 (24%) e o pai menos preferido 8(2%). Para comunicar sobre higiene e menstruação, a mãe era o canal mais preferido 154 (55.6%), seguindo de amigo/par 84 (30.3%) e o pai menos preferido 1(0.4%).

Houve maior preferência para muitas questões ligadas a SSR por amigos/par e por mãe. O pai e outros, eram a menos preferidos para falar sobre questões de SSR.

4.9 Comparação dos resultados de conhecimento e práticas sexuais e de sexualidade dos adolescentes entre a linha de base e o estudo de fim de linha

Nesta secção, apresentamos resultados comparativos entre os dados encontrados no estudo de linha de base e os dados de fim de linha. O estudo de base, foi realizado em 2020, com o objetivo de aferir o conhecimento sobre questões de SSR; identificar as práticas sexuais e de sexualidade; identificar as opções e práticas sexuais seguras e identificar os actores preferidos pelos adolescentes para comunicação sobre SSR.

Os resultados do estudo de base, foram usados para informar sobre as intervenções do ICRH-M, ao longo dos anos de duração do projecto. Tais intervenções focalizaram em abordagens como: Formar professores, provedores, pessoas influentes da comunidade, pais e cuidadores sobre aconselhamentos e matérias sobre SSR; melhoria das infraestruturas/SAAJs e provisão de recursos para melhor acolhimento dos adolescentes e jovens. Ao fim dos anos de implementação, realizou-se a pesquisa de fim de linha, cujos resultados foram descritos nas secções anteriores. A pesquisa de fim de linha/projecto recorreu a mesma metodologia e respondeu aos objetivos sobre: Conhecimentos sobre questões de SSR; Práticas sexuais e sexualidade; Opções sexuais seguras;

Barreiras as opções seguras de SSR e Actores preferenciais para comunicar sobre SSR. Nesta secção iremos comparar os resultados do estudo de base e os resultados após o projeto.

A comparação entre os dois resultados é reportada em termos de proporções. O estudo considerou que houve aumento em todas as variáveis cuja frequência/proporções sejam maiores em relação a proporção no estudo de base. Ainda, este relatório apresenta o nível de significância das diferenças encontradas.

Para resultado $P<0,05$ a diferença entre os grupos é significativa, isto permitirá afirmar com alguma certeza que o conhecimento dos adolescentes sobre SSR aumentou desde o estudo de base até o estudo de fim de linha. Para resultados com $P>0,05$, embora se apresente proporções maiores em relação as proporções do estudo de base, para estes casos, estatisticamente não podemos afirmar com certeza que houve aumento, contudo os resultados serão reportados em forma de tendências importantes e animadoras sob ponto de vista de melhorias de conhecimento e práticas em SSR dos adolescentes e jovens naqueles Distritos.

Tabela 18: Conhecimento dos adolescentes sobre SSR no início e no fim de linha

		Baseline n (%)	Endline n (%)	χ2 (Pvalue)
Uma menina pode engravidar na primeira vez que faz sexo	Sim	**297 (50.3)**	**374 (60.3)**	16.258 (P<0.001)*
	Não	114 (19.3)	117 (18.9)	
	Não sei/Recusa-se responder	179 (30.3)	129 (20.8)	
	Total	590 (100.0)	620 (100.0)	
Um menino ou menina pode contrair o HIV na primeira vez que faz sexo	Sim	**338 (57.3)**	**389 (62.7)**	15.164 (0.001)*
	Não	81 (13.7)	109 (17.6)	
	Não sei/Recusa-se responder	171 (29.0)	122 (19.7)	
	Total	590 (100.0)	620 (100.0)	
Uma menina pode engravidar depois de beijar ou abraçar	Sim	23 (3.9)	53 (8.5)	11.468 (0.003)*
	Não	**515 (87.3)**	**509 (82.1)**	
	Não sei/Recusa-se responder	52 (8.8)	58 (9.4)	
	Total	590 (100.0)	620 (100.0)	
O uso da pilula todos os dias protege a rapariga da gravidez	Sim	**333 (56.4)**	**298 (48.1)**	12.338 (0.002)*
	Não	78 (13.2)	123 (19.8)	
	Não sei/Recusa-se responder	179 (30.3)	199 (32.1)	
	Total	590 (100.0)	620 (100.0)	
O uso de um preservativo protege contra a gravidez	Sim	**489 (82.9)**	**508 (81.9)**	13.358 (0.001)*
	Não	26 (4.4)	56 (9.0)	
	Não sei/Recusa-se responder	75 (12.7)	56 (9.0)	
	Total	590 (100.0)	620 (100.0)	
O uso de preservativo pode proteger contra o HIV	Sim	**565 (68.7)**	**601 (72.7)**	23.170 (P<0.001)*
	Não	48 (5.8)	83 (10.0)	
	Não sei/Recusa-se responder	210 (25.5)	143 (17.3)	
	Total	823 (100.0)	827 (100.0)	
Você pode contrair o HIV beijando	Sim	133 (16.2)	184 (22.2)	18.351 (P<0.001)*
	Não	**425 (51.6)**	**445 (53.8)**	
	Não sei/Recusa-se responder	265 (32.2)	198 (23.9)	
	Total	823 (100.0)	827 (100.0)	
A injeção ou depo protege a rapariga contra a gravidez	Sim	**377 (63.9)**	**293 (47.3)**	48.253 (P<0.001)*
	Não	43 (7.3)	117 (18.9)	
	Não sei/Recusa-se responder	170 (28.8)	210 (33.9)	
	Total	590 (100.0)	620 (100.0)	
Menina/o pode tomar todos os dias um comprimido que proteja contra HIV	Sim	**312 (37.9)**	**397 (48.0)**	18.327 (P<0.001)*
	Não	209 (25.4)	191 (23.1)	
	Não sei/Recusa-se responder	302 (36.7)	239 (28.9)	
	Total	823 (100.0)	827 (100.0)	
Uma menina pode usar ervas para evitar uma gravidez	Sim	198 (33.6)	229 (36.9)	3.074 (0.215)
	Não	**185 (31.4)**	**202 (32.6)**	
	Não sei/Recusa-se responder	207 (35.1)	189 (30.5)	
	Total	590 (100.0)	620 (100.0)	

4.9.1 Comparação do conhecimento dos adolescentes sobre SSR, gravidez e HIV entre o estudo de base e de fim de linha

Os dados da tabela acima, apresentam as diferenças das proporções encontradas no estudo de base e no estudo de fim de linha. Das questões que avaliam o nìvel de conhecimento sobre SSR, incluindo gravidez e HIV/SIDA, houve aumento significativo nos conhecimentos sobre:

Gravidez na primeira vez que faz sexo 297 (50.3%)_374 (60.3%) P<0,001; Infecção pelo HIV na primeira vez que faz sexo 338 (57.3%)_389 (62.7%) P=0,001; O uso de preservativo e proteção contra o HIV 565 (68.7%)_601 (72.7%) P<0,001; Não Infecção pelo HIV através do beijo 425 (51.6%)_445 (53.8%) P<0,001; Toma todos os dias de comprimido que proteja contra HIV 312 (37.9%)_397 (48.0%) P<0,001; O conhecimento sobre não uso de ervas para evitar uma gravidez 185 (31.4%)_202 (32.6%) P=0.215, embora não tenha sido significativo, ao fim do projecto, verificou-se aumento da proporção em cerca de 1% .

Não foi verificada aumento de proporção de adolescentes com conhecimento sobre questões de Gravidez depois de beijar ou abraçar 515 (87.3%)-509 (82.1%) P=0,003; O uso da pilula todos os dias e proteção contra a gravidez 333 (56.4%)-298 (48.1%) P=0,002; O uso de um preservativo e proteção contra a gravidez 489 (82.9%)-508 (81.9%) P=0,001. A injeção ou depo e proteção da rapariga contra a gravidez 377 (63.9%)-293 (47.3%) P<0,001;

As outras 4 questões, não registaram aumento no conhecimento, sendo estas questões ligadas a prevenção da gravidez através do uso da pílula, de depoprovera e de beijo. Estas questões precisam ainda ser bastante divulgadas para eliminar os mitos e tabus que ainda possam prevalecer bem como a falta de conhecimento sobre contraceptivos, nos adolescentes.

Tabela 19: Conhecimento sobre os serviços SSR

		Baseline n (%)	Endline n (%)	χ2 (Pvalue)
Eu sei onde ir se precisar buscar preservativos	Sim	502 (74.6)	557 (79.3)	9.916 (0.009)*
	Não	170 (25.3)	138 (19.7)	
	Não sei	1 (0.1)	6 (0.9)	
	Recusa-se a responder	0 (0.0)	1 (0.1)	
	Total	673 (100.0)	702 (100.0)	
Eu sei para onde ir se precisar obter informações sobre a menstruação	Sim	393 (47.8)	431 (52.1)	13.178 (0.004)*
	Não	401 (48.7)	370 (44.7)	
	Não sei	14 (1.7)	23 (2.8)	
	Recusa-se a responder	15 (1.8)	3 (0.4)	
	Total	823 (100.0)	827 (100.0)	
Eu sei para onde ir se eu precisar de contracepção	Sim	487 (59.2)	459 (55.5)	16.258 (0.001)*
	Não	307 (37.3)	349 (42.2)	
	Não sei	14 (1.7)	18 (2.2)	
	Recusa-se a responder	15 (1.8)	1 (0.1)	
	Total	823 (100.0)	827 (100.0)	

4.9.2 Comparação do conhecimento dos adolescentes sobre serviços de SSR entre o estudo de base e de fim de linha

Os dados mostram que o conhecimento dos adolescentes sobre os serviços de SSR aumentou, desde a pesquisa de base até a pesquisa de fim de linha. Das questões que avaliaram o conhecimento sobre os serviços, a maioria dos adolescentes demonstraram ter mais conhecimento no estudo de fim de linha em relação ao estudo de base, sobre conhecimento de onde ir buscar preservativos 502 (74.6%)_557 (79.3%) P= 0,009, e sobre onde se informar sobre menstruação 393 (47.8%)_431 (52.1%) P=0,004. Contrariamente, não foi verificado aumento na proporção de adolescentes com conhecimento de onde ir para se informar sobre contracepção 487 (59.2%) _459 (55.5%) P=0,001.

Tabela 20: práticas sexuais e da sexualidade dos adolescentes entre o estudo de base e de fim de linha

		Baseline n (%)	Endline n (%)	χ2 Pvalue
Já enviou uma foto sexual sua para alguém usando telefone ou redes sociais	Sim, para uma rapariga	17 (11.6)	55 (9.4)	2.383 (0.511)
	Sim, para um rapaz	14 (9.6)	42 (7.2)	
	Não	115 (78.8)	486 (83.2)	
	Não entendi a pergunta	0 (0.0)	1 (0.2)	
	Total	146 (100.0)	584 (100.0)	
Anos que tinha quando enviou uma foto sexuall	10 a 14 anos	4 (12.9)	33 (34.0)	5.481 (0.053)
	15 a 19 anos	26 (83.9)	61 (62.9)	
	Não sei/Nunca fiz isso	1 (3.2)	3 (3.1)	
	Total	31 (100.0)	97 (100.0)	
já tocou nas partes íntimas de outro rapaz ou rapariga ou foi tocado	Sim, com uma rapariga	61 (41.8)	211 (36.1)	30.693 (P<0.001)*
	Sim, com um rapaz	64 (43.8)	168 (28.8)	
	Não	20 (13.7)	203 (34.8)	
	Não entendi a pergunta	0 (0.0)	1 (0.2)	
	Recusa responder	1 (0.7)	1 (0.2)	
	Total	146 (100.0)	584	
Você já teve relações sexuais	Sim várias vezes	116 (79.5)	302 (51.7)	47.974 (P<0.001)*
	Sim, uma vez	13 (8.9)	74 (12.7)	
	Não	13 (8.9)	193 (33.0)	
	Não entendi a pergunta	0 (0.0)	4 (0.7)	
	Não sabe	2 (1.4)	8 (1.4)	
	Recusa-se a responder	2 (1.4)	3 (0.5)	
	Total	146 (100.0)	584 (100.0)	
Fizeram alguma coisa para proteger contra gravidez ou infecções	Sim	87 (67.4)	178 (47.3)	24.082 (P<0.001)*
	Não	38 (29.5)	196 (52.1)	
	Não sei/Recusa-se a responder	4 (3.1)	2 (0.5)	
	Total	129 (100.0)	376 (100.0)	
O que você fez para evitar uma gravidez	Preservativo masculino	79 (90.8)	166 (93.3)	
	Comprimido	1 (1.1)	6 (3.4)	
	Injeção	2 (2.3)	6 (3.4)	
	Preservativo feminino	1 (1.1)	1 (0.6)	
	implante	0 (0.0)	8 (4.5)	
	Coito interrompido	1 (1.1)	0(0.0)	
	Outro	0 (0.0)	2 (1.1)	
	Não sabe/Não lembra	3 (3.4)	8 (4.5)	

4.9.3 Comparação das práticas sexuais e da sexualidade dos adolescentes entre o estudo de base e de fim de linha

Foram comparadas as questões ligadas as práticas sexuais e da sexualidade. Os dados mostram que adolescentes ao fim de linha, tinham opções mais seguras de suas práticas sexuais e da sexualidade comparado aos resultados do estudo de base. Pode-se ver pela tabela, o aumento do número de adolescentes que não haviam tocado em partes intimas de outras pessoas 20 (13.7%) _203 (34.8%) P<0,001, aumento de número de adolescentes que não tinham iniciado práticas sexuais 13 (8.9%) _193 (33.0%), P<0,001. Pode-se ver ainda pelos dados da tabela, que houve aumento de adolescentes que indicaram ter usado algum método de contracepção, sendo o preservativo o mais indicado 79 (90.8%) _166 (93.3%), seguido do Implante, cujo uso foi indicado somente no estudo do fim de linha 0 (0.0%)_8 (4.5%) e comprimido/ pilula 1 (1.1%)_6 (3.4%) e depo 2 (2.3%)-6 (3.4%).

Não foi verificado aumento na proporção de adolescentes que utilizaram algum método de prevenção da gravidez e de ITS, na última relação, no estudo de fim de linha, quando comparado ao estudo de base 87 (67.4%) _178 (47.3%) P<0,001.

Tabela 21: Actores preferenciais para comunicação de assuntos relacionados a SSR

Comunicação Sobre:		Mudanças no corpo que acontecem à medida que meninos e meninas crescem	Relacionamentos sexuais	Gravidez e como ela ocorre	Contracepção	Cuidar de si durante período menstrual
1ª Preferência	Baseline	Amigo | par **45.5 %**	Amigo | par **69.7 %**	Amigo | par **58.9 %**	Amigo | par **57.3 %**	Mae | cuidadora **46 .1%**
	Endline	Amigo | par **45.3 %**	Amigo | par **64.7 %**	Amigo | par **54.5 %**	Amigo | par **48.0 %**	Mae | cuidadora **55.6 %**
2ª Preferência	Baseline	Mae | cuidadora **35.2 %**	Irmã | Irmão **17.2 %**	Irmã | Irmão **20.8 %**	Irmã | Irmão **20.3 %**	Amigo | par **27.2 %**
	Endline	Mae | cuidadora **38.4 %**	Irmã | Irmão **20.5 %**	Mae | cuidadora **24.0 %**	Mae | cuidadora **24.0 %**	Amigo | par **30.3 %**
3ª Preferência	Baseline	Irmã | Irmão **17.6%**	Mae | cuidadora **11.5 %**	Mae | cuidadora **18.5 %**	Mae | cuidadora **13.9 %**	Irmã | Irmão **20.5 %**
	Endline	Irmã | Irmão **20.7%**	Mae | cuidadora **17.2 %**	Irmã | Irmão **21.8 %**	Médico | enfermeiro **20.7 %**	Irmã | Irmão **26.4 %**
4ª Preferência	Baseline	Outro famíliar **13.2 %**	Outro famíliar **10.5 %**	Outro famíliar **18.5 %**	Professor **11.4 %**	Outro famíliar 18.9 %
	Endline	Professor **18.1%**	Outro famíliar **12.5 %**	Professor **17.6 %**	Professor **17.1 %**	Outro famíliar **12.3 %**
5ª Preferência	Baseline	Professor **7.9%**	Professor **5.6 %**	Professor **7.9 %**	Outro famíliar **11.0 %**	Professor **3.3 %**
	Endline	Outro famíliar **10.7 %**	Professor **9.4 %**	Médico | enfermeiro **14.5 %**	Irmã | Irmão **15.5 %**	Professor **9.7 %**
6ª Preferência	Baseline	Pai | Cuidador **5.3 %**	Médico | enfermeiro **3.3 %**	Médico | enfermeiro **4.2 %**	Médico | enfermeiro **9.6 %**	Médico | enfermeiro **2.1 %**
	Endline	Médico | enfermeiro **9.1 %**	Médico | enfermeiro **6.6 %**	Outro famíliar **14.5 %**	Outro famíliar **11.8 %**	Médico | enfermeiro **9.7 %**
7ª Preferência	Baseline	Médico | enfermeiro **1.5 %**	Pai | Cuidador **1.6 %**	Pai | Cuidador **1.5 %**	Pai | Cuidador **1.1 %**	Pai | Cuidador **0.8 %**
	Endline	Pai | Cuidador **8.4 %**	Pai | Cuidador **5.2 %**	Pai | Cuidador **3.1 %**	Pai | Cuidador **2.3 %**	Pai | Cuidador **0.4 %**

4.9.4 Comparação de actores preferenciais para comunicar sobre SSR entre o estudo de base e de fim de linha

Os dados mostram como a evolução entre as preferências pelos actores para falar sobre diferentes matérias ligadas a SSR, ocorre. Pode-se notar na tabela, que muitos adolescentes, passaram a optar por falar com mãe/pai/cuidador e com professores/médicos sobre questões de SSR que antes eram mais preferencialmente faladas com amigos ou com outras pessoas.

5.DISCUSSÃO

Bate Papo sem tabus, é um projecto de SSR para adolescentes, implementado pelo ICRH-M, nos Distritos de Magude e Moamba.

O projecto tem o objetivo de melhorar a SSR dos adolescentes através de ações multisectoriais como a melhoria dos SAAJ para torná-los em ambiente acolhedor, amigável, abrangente e acessível aos adolescentes, bem como a expansão de acesso a estes e outros mecanismos e recursos de informação e ligação aos mecanismos de suporte formais e informais, como pares/amigos, pais/cuidadores e outros adultos influentes.

Os resultados do presente estudo revelaram que a maioria de adolescentes possuem conhecimentos sobre vários aspectos da SSR, incluindo prevenção de gravidez, prevenção e transmissão de HIV e SIDA e a maioria tem práticas sexuais seguras indicado pela maior proporção de adolescentes com práticas relacionadas a não envio de fotos sexuais, não toque de partes intimas de outras pessoas, não início de relações sexuais, e uso de preservativo, implante, pílula e injeção de depoprovera para prevenir gravidez.

Os resultados desta pesquisa, fornecem informações novas relativas aos conhecimentos sobre SSR e práticas sexuais e da sexualidade em adolescentes dos 10_19 anos residentes nos Distritos de Moamba e Magude.

Africa no geral, e Moçambique em particular, tem enfrentado ainda, grandes desafios relacionados a limitado acesso a informação sobre SSR e práticas sexuais seguras pra população de adolescentes.

O estudo encontrou elevada proporções de adolescentes com conhecimentos sobre SSR e práticas sexuais seguras, porém, desafios ainda se sobrepõem para intervenções abrangentes. As lacunas de informação e práticas sexuais não seguras reportadas por alguns adolescentes indicam a

necessidade de incluir abordagens que promovam mudanças de normas sociais e comportamentais de modo a adopção de práticas sexuais mais seguras e de prevenção de ITS e gravidez indesejada. Direcionar intervenções que abranjam adolescentes nas fases mais precoces da adolescência, assim como adolescentes dentro e fora da escola, e adolescentes casados e solteiros, mostra potencial viabilidade para iniciativas de intervenção em SSR direcionado aos adolescentes.

Existe pouca literatura publicada sobre conhecimentos e práticas sexuais dos adolescentes de 10_19 anos em Moçambique. A maior parte da informação existente, está reportada em inquéritos demográficos nacionais da população geral, que incluíram a componente de SSR (IDS, 2011; IMASISA, 2015). Os dados fornecidos nestes inquéritos são limitados, o que dificulta a comparação dos achados desta pesquisa com os achados de pesquisas anteriores, devido a diferenças nos métodos utilizados, e nos grupos de população.

Não obstante, as pesquisas anteriores, não terem focado em grupo específico de adolescentes e jovens de 10_19 anos.

Este estudo, é inovador, no sentido em que incluiu apenas população de adolescentes de 10_19 anos, nos Distritos de Moamba e Magude para explorar conhecimentos e práticas em relação a SSR. Este estudo fornece bases para iniciar programas e ações especificas para o grupo de adolescentes de 10_19 anos, e implementar programas com vista ao alcance dos ODS, 3.

5.1 Conhecimentos dos adolescentes sobre SSR e práticas sexuais e da sexualidade

O nível de conhecimento conhecimentos sobre gravidez, ITS incluindo HIV/SIDA, conhecimento sobre serviços de saúde para contracepção e prevenção de ITS encontrado nos adolescentes de Magude e Moamba é alto em relação ao nível de conhecimento revelado nos estudos anteriores em Moçambique. Foi igualmente encontrada uma proporção elevada de adolescentes com práticas sexuais seguras. As práticas sexuais seguras adoptadas pelos adolescentes incluem, o não início de atividade sexual, o uso de método de prevenção de gravidez na última relação sexual. Porém foi reportado neste estudo, uma baixa proporção de adolescentes que tinham utilizado algum método de proteção contra infecções e gravidez na última relação sexual.

Porém naqueles que utilizaram métodos de prevenção contra ITS e gravidez, o estudo reportou uma taxa de utilização de preservativos na última relação sexual de 93%. O inquérito de indicadores de malária e HIV/SIDA de 2015 reportou uma taxa de utilização de preservativo na última relação sexual para população de 15_49 anos, abaixo de reportado na presente pesquisa, tendo sido reportada em 14,3%. Não obstante a prevalência de HIV em população de 15_19 anos

reportada no mesmo estudo, foi de 6,5 em 2015 (IMANSIDA, 2015). A comparação entre os estudos deve considerar a diferença nos métodos e na população abrangida. Este estudo incluiu uma amostra de 827 adolescentes de 10_19 anos e utilizou um inquérito por entrevistas. Entrevistas tem limitante de privacidade das respostas e, portanto, os participantes podem ter fornecido respostas que indiquem comportamento socialmente correcto e não as suas reais práticas.

Neste estudo, muitos adolescentes tinham conhecimento sobre SSR, incluindo sobre onde buscar informações e métodos para prevenção de gravidez e HIV.
No entanto, o estudo reportou o uso de contracepção na última relação de apenas 8% para implante e 6% para pílula e injeção de depo-provera. Esta taxa é bastante baixa, em relação a taxa encontrada nas mulheres da população geral, o qual reportou a taxa de 19 % em adolescentes de 15_19 anos, para acesso a algum método contraceptivo (IMASIDA, 2015).

As comparações entre estes estudos devem ser feitas com alguma cautela. O nosso estudo, envolveu apenas adolescentes de 10_19 anos das regiões de Moamba e Magude. O estudo de IMASIDA, abrangeu a população geral a nível nacional com idades de 15_49 anos. Outro, o inquérito do IMASIDA, questionou o acesso a algum método de contracepção. O nosso estudo explorou a utilização do método contraceptivos na última actividade sexual. Estas diferenças nos métodos podem influenciar nas diferenças nos resultados encontrados. Contudo, as baixas taxas de uso de contracepção podem indicar limitações no acesso aos serviços e respostas às reais necessidades contraceptivas e de prevenção de ITS/HIV, em adolescentes.

Enquanto a actividade sexual em adolescentes tem verificado aumento globalmente, Morris JL, (2015), este aumento não é acompanhado por aumento de resposta para a maioria das necessidades dos adolescentes. Não obstante, mundialmente existem ainda barreiras no acesso e utilização dos métodos contraceptivos modernos, o que limita os seus mecanismos de prevenção de gravidez e ITS nos adolescentes (World Health Organization, 2013; Boonstra DH, 2007).
A maioria dos adolescentes de 15_19 anos, reportou idade de início de relações sexuais aos 15 anos. Este resultado é concordante com os achados do IMASIDA, 2015. A idade média de início de relações sexuais no inquérito nacional realizado em 2015, foi de 16 anos. Houve igualmente reporte de actividade sexual em adolescentes na faixa etária de 10_14 anos, sendo a idade mínima

reportada de 10 anos. No estudo do IMANSIDA, foi reportado início de actividade sexual antes dos 16 anos de idade.

O inìcio precoce de actividades sexuais continua a existir em muitos países da Africa Sub-Sahariana, onde Moçambique faz parte (Morris JL, 2015; Chandra-Mouli V,2015; Animasahun V, 2016). Essas práticas são agravadas pela coexistência de uniões prematuras antes dos 15 anos (National Population Commission (NPC), 2018; Federal Ministry of Health, 2012; IMASIDA, 2015).

O início precoce de actividades sexuais aumenta a exposição dos adolescentes a riscos comportamentais, incluindo comportamentos sexuais de risco e violência, incluindo violência do parceiro íntimo, devido por um lado a sua menor idade que limita as suas habilidades de gestão de conflitos de relacionamentos e de negociação de sexo seguro e por outro lado devido a sua inexperiência resultante de limitada exposição a relacionamentos íntimos (Maguele, et al., 2020). Os dados desta pesquisa, chamam a atenção para adopção de intervenções direcionadas a adolescentes mais jovens, de modo a prevenir riscos sexuais mais precocemente.

Foi reportado na presente pesquisa, uma proporção maior de adolescentes que não concordaram que o uso de ervas previne gravidez. Este achado indica um potencial empoderamento social dos adolescentes de Moamba e Magude, traduzido em habilidades de contestar percepções e práticas sociais baseadas em experiências da sociedade.

O contexto e meio social onde os adolescentes se encontram inseridos, pode influenciar as suas percepções e práticas seguras (Silva, 2018). Factores sociais e culturais tem sido umas das principais barreiras de acesso a serviços de SSR e prevenção de riscos sexuais e de violência (McCloskey LA,2016; Yount KM, 2020; Thongmixay S, 2019).

5.2 Resultados endline vs base line

O ICRH-M, através do projecto bate papo sem tabus, desenvolveu ações com vista a fortalecer a SSR dos adolescentes. Entre as ações, foram realizadas formações de professores, provedores de saúde e dos SAAJ, pontos focais dos cantinhos escolares e comunidades com vista a melhorar a comunicação e informações chave e correctas sobre a SSR dos adolescentes.

A promoção de diálogos entre pais/adultos da comunidade com os filhos, foi também uma ação com vista a melhorar o diálogo, comunicação e informações entre estes sobre matérias de SSR. Este estudo não buscou associações entre as intervenções realizadas no âmbito do projecto Bate Papo sem tabus, contudo, os dados podem estar relacionados a gama de actividades que o ICRH

realizou durante o período do projecto e que pode ter influenciado nas tendências crescentes observadas nos resultados do fim de projecto, quando comparadas aos resultados de base.

Os resultados de melhoria de muitas das variáveis no estudo de fim de projecto, indica o potencial do Projecto bate Papo em melhorar a SSR dos adolescentes de Magude e Magude.

A pesquisa realizada em Magude e Moamba, demonstrou que o conhecimento dos adolescentes sobre SSR foi maior em 2022, se comparado aos resultados de 2020. O aumento foi maior para conhecimentos sobre como contrair gravidez 297 (50.3%) _374 (60.3%) e de ter ouvido falar do HIV/SIDA de 673 (81.8%) em 2020 para 715 (86.5%) em 2022 P= (0.028) *; uso de preservativo para prevenção de HIV de 565 (68.7%), em 2020, para 601 (72.7%) (P<0.001) *. Foi também demonstrado um aumento de conhecimento sobre gravidez em cerca de 10%, 297 (50.3%) no estudo de base e 374 (60.3%), no estudo de fim de linha. Aumentou o número de adolescentes que sabiam onde ir buscar preservativos, cerca de 5%, 502 (74.6%)_557 (79.3%) (P=0.009)* onde ir buscar informações sobre menstruação 393 (47.8%)_431 (52.1%) (P=0.004)*. Porém não foi registado ao fim do projecto aumento para questões ligadas a conhecimento sobre o uso de pílula e preservativo para prevenção de gravidez, e sobre onde buscar contraceptivos.

Os dados indicam aumento de práticas sexuais seguras ao fim do estudo, traduzido no aumento de adolescentes que não tinham enviado fotos sexuais, adolescentes que não tinham iniciado actividades sexuais. Porém, não foi observado aumento no número de adolescentes que usaram algum método de prevenção de ITS e gravidez na última relação sexual. Contudo, naqueles que usaram, observou-se aumento no número de adolescentes que usaram preservativo, implante, pílula e depo-provera para prevenir gravidez.

A comparação destes dados com dados de outros relatórios, torna-se limitado pelo facto dos estudos utilizarem variáveis diferentes para conhecimento e práticas sexuais. Por exemplo, o relatório de estudo de fim de linha de um projecto de intervenção em SSR em adolescentes de 10_19 anos, realizado em Kénia, utilizou variáveis de conhecimento sobre SSR, variáveis como mudança de corpo, início de ciclo menstrual etc. Não foi possível comparar dados de conhecimento entre os dois estudos devido a diferenças nas variáveis de medição de conhecimento. Outro, o estudo utilizou uma amostra de 1200 adolescentes e o presente estudo 827. Contudo dados de utilização de algum método contraceptivo indicou a proporção de 16, 1% no início de linha para 15 % no fim de linha em adolescentes de 10_13 anos, e proporção de 12,3% para 24% no fim de linha, em adolescentes de 16_19 anos. Houve redução de utilização de contraceptivos em adolescentes mais jovens e aumento em adolescentes mais velhas de 16_19 anos. Em nosso estudo,

embora em proporção mais baixa que no estudo do kénia, no geral ao fim do projecto houve aumento de uso de todos os métodos contraceptivos, incluindo preservativo, implante, pílulas, injeção de depo provera. Foi verificado a tendência semelhante de maior uso de métodos contraceptivos nos adolescentes mais velhos em relação aos mais novos. Essa tendência é semelhante a verificada no estudo de fim de projecto do Kenya.

Observamos similaridades nas tendências crescentes de conhecimento sobre HIV e suas formas de transmissão. O nosso estudo reportou 673(81.8%)_715(86.5%) de adolescentes que já tinham ouvido falar de HIV SIDA, desde o estudo de base e no estudo de fim de projecto, respectivamente. No estudo do Kénia, embora tenha sido observada mesma tendência, houve uma proporção menor em relação ao nosso estudo.

Nesta pesquisa, verificou-se tendência de aumento de adolescentes com conhecimento sobre formas de transmissão de HIV. Contrariamente no estudo do kénia, ao fim do projecto, houve tendencia decrescente de adolescentes que sabiam no mínimo duas ou mais formas de transmissão do HIV. Esta medida é difícil de comparar com base nas proporções devido as diferenças nas metodologias utilizadas para acessar o conhecimento de duas ou mais formas de transmissão.

5.2.1 Canais preferenciais para comunicação sobre SSR

Nesta pesquisa foi reportado preferências dos adolescentes em comunicar sobre aspectos de SSR, sendo que amigos continuaram como a primeira preferência para falar sobre muitas questões de SSR ao fim do projecto. Não obstante mães foram a segunda preferência, para muitas questões ligadas a SSR tanto no estudo de base assim como no estudo de fim de linha. Houve muitos adolescentes no fim de linha, a preferirem falar com mãe sobre muitas matérias ligadas a SSR contrariamente aos dados de base.

Em algumas regiões, incluindo em Moçambique, factores ligados a cultura, factores económicos e sociais ainda limitam o acesso dos adolescentes a informação e serviços de SSR (Silva, 2018). Entre os factores, figura a fraca comunicação sobre SSR entre pais/adultos e adolescentes (Nash et al., 2019; ICRH, 2020). A comunicação interpessoal com pares, pais/cuidadores é o mecanismo de apoio e comunicação sobre SSR preferida pelos adolescentes. No entanto, pais/cuidadores Professores e provedores de saúde, são também actores de comunicação segura sobre SSR.

Embora a presente pesquisa, não tenha explorado de forma directa a influência das ações do projecto na melhoria do conhecimento, e das práticas (campo e variáveis para futuras pesquisas), o estudo abre campo para explorar as tendências desses resultados e dar informação sobre o actual estado e limitações existentes. Os dados desta pesquisa fornecem campo de exploração de

hipóteses que sugerem as tendências de melhorias verificadas, podem ter sido atribuidas pelas ações que o ICRH-M desenvolveu durante a implementação do projecto. Por exemplo, a formação de professores, provedores, pais, cuidadores e comunidade, pode ter influenciado no actual cenários de prioridades nos actores para Comunicacao sobre as várias matérias ligadas a SSR, nas quais antes do projecto eram mais preferidos, amigos e outras pessoas. No estudo de fim de linha foi verificado que os adolescentes passaram a recorrer mais para mãe/cuidadores, irmãos e provedores de saúde ou professores e manter a preferência por amigos. A procurara por amigos para falar sobre SSR pode ser pelo facto destes amigos possuírem informações correctas devido as ações do projecto, visto que dentre as várias atividades o projeto também apoiou a construção de ciclos de interesse, entre jovens, nas quais entre atividades de recreação, habilidades e de auto desenvolvimento e empreendedorismo para geração de renda, os adolescentes também partilhavam e debatiam sobre aspectos relacionados a sua SSR o que podem ter aumentado a confiança e apoio entre si. Para além de promoção de educadores de pares, que era actividade realizada por adolescentes para outros adolescentes.

As ações de promoção de diálogos comunitários entre pais e filhos, além de aumentar a confiança e conhecimento dos pais e dos filhos sobre SSR, esta actividade visava entre outras incentivar os pais a falarem e criar diálogos abertos com seus filhos, bem como incentivá-los a buscar informações e cuidados sobre SSR com provedores. Estas actividades, podem ter aumentado a abertura entre adolescentes que mais procuram ter informações fiáveis e seguras com provedores e pode ter aumentado as suas preferências pelos pais, cuidadores/provedores para falar sobre SSR, e, portanto, melhorar seus conhecimentos e suas práticas seguras.

6.CONCLUSÕES

O estudo foi realizado com objectivo de avaliar o conhecimento e as práticas sexuais e de sexualidade dos adolescentes dos Distritos de Magude e Moamba. O estudo buscou ainda comparar os resultados dos dados no inicio do projecto e os resultados do fim do projecto, por forma a identificar campos melhorados e lacunas para informar e orientar futuras intervenções adaptadas por forma a preencher-las.

Houve aumento ao fim do projecto Bate Papo sem tabus de adolescentes com conhecimentos sobre gravidez, prevenção de ITS e conhecimento sobre os serviços para obtenção dos métodos de prevenção de ITS. Houve aumento de adolescentes com práticas sexuais e de sexualidade seguras, comparadas as proporções dos dados do estudo de base.

Os resultados da presente pesquisa, mostram melhorias e aumento do conhecimento e das práticas sexuais e da sexualidade seguras nos adolescentes ao fim do projecto. Os resultados indicam um potencial promissor da efectividade do projecto bate papo para melhorar a SSR dos adolescentes traduzido na estratégia de bate Papo sem tabus, de combinar as abordagens viradas nos serviços de SSR de adolescentes com abordagens comunitárias de aceitação e geração de demanda (Donna M. Denno, 2014).

6.1 Limitações

Apesar de se ter tomado o máximo de precauções, algumas limitações foram encontradas ao longo do estudo e que afetam as interpretações de alguns dos resultados que estudo:

- O estudo foi conduzido num período próximo as férias escolares. Nas localidades do estudo, é comum os adolescentes, principalmente adolescentes mais velhos, emigrarem durante as férias lectivas. Em outros locais, durante o período de férias, os adolescentes, tem se ocupado de actividades de renda, como venda ou pasto, não estando presentes nas residências, o que dificultou o processo de recolha de dados.
- Houve dificuldades em aceder algumas residências, aumentada pelo período chuvoso, que torna o acesso as residências mais difíceis;
- O estudo tem potencial de víeis de informação. Este estudo, abordou questões, sobre conhecimentos e práticas sexuais. A recolha de dados foi por meio de entrevistas. Existe potencial víeis de informação, dado que os participantes, poderão ter fornecido respostas que acreditam serem as mais socialmente aceitáveis para definir seus comportamentos;
- Existe um potencial risco de viés de memória, dado que algumas respostas requerem recordar acontecimentos passados.

•O tempo decorrido entre a pesquisa de base e a pesquisa de fim de linha è bastante, curto (2 anos), e ainda, a pesquisa de base foi realizada após algum período de implementação do projecto. Algumas análises podem ter sido afectadas e, portanto, a interpretação dos resultados deve ter em consideração as limitações apresentadas.

Não foi possível através desta pesquisa, avaliar o impacto do projecto, devido ao curto tempo de sua implementação. Avaliar impacto do projecto, requere mais tempo de implementação e métodos mais rigorosos para avaliar as mudanças de comportamentos decorrentes das intervenções. Contudo, o método utilizado para determinar as tendências e variações, a aplicação de testes estatísticos para medir as diferenças entres os dois períodos, aumenta o potencial da fidelidade das

conclusões do estudo e da potencial contribuição do bate papo no aumento do conhecimento e das práticas sexuais e de sexualidade seguras nos adolescentes de Magude e Moamba.

6.2 Recomendações

6.2.1 Aos decisores

Este estudo demonstrou aumento de conhecimento e práticas sexuais e de sexualidade seguras nos adolescentes e jovens de Magude e Moamba, após a implementação do Projecto Bate Papo. Mais programas de intervenção específicos e contextualizados e abrangentes para os adolescentes e jovens devem ser priorizados. Tais programas devem incluir ações concretas e direcionadas para aumentar conhecimentos e prevenir comportamentos sexuais de risco, como prevenção de gravidez e de HIV SIDA.

6.2.2 Implementadores de programas

O estudo demonstrou aumento nos vários indicadores de SSR dos adolescentes e jovens, se comparados os dados de início e dados de fim de projeto. Recomenda-se aos implementadores o desenho de intervenções informadas pelo contexto. Significa, avaliar antes o contexto e adaptar as ações e por fim avaliar o cenário após o período de ações.

6.2.3 Aos pesquisadores

Esta pesquisa, tem a limitação de não estabelecer a correlação entre as ações do projeto e os resultados. Mais pesquisas devem ser desenhadas com abordagens inovadoras de modo a cobrir as variáveis não estudadas e medir o efeito das ações sobre os resultados encontrados. Essa abordagem permitirá confirmar ou refutar as tendências verificadas com base em testes de hipóteses para informar melhor sobre as reais causas do fenômeno verificado.

Mais pesquisa com recurso a métodos rigorosos para medir o impacto das ações do projeto sobre os indicadores de melhoria da SSR dos adolescentes e jovens.

Devem ser privilegiadas outras abordagens, como as pesquisas qualitativas, que possam aprofundar mais as perpesctivas a volta dos resultados encontrados. Por exemplo, explorar como os adolescentes percebem e conceitualizam a SSR, as atribuições e significados que dão aos aspectos ligados a sua sexualidade e práticas sexuais, bem como sobre as preferências pelos actores para comunicar sobre a SSR.

6.3 Liçoes aprendidas

- Consulta e envolvimento dos líderes locais e adultos influentes da comunidade antes e

durante implementação do projecto;

- Envolvimento das lideranças governamentais locais, dos sectores de saúde, educação e juventude desde o início do programa para criar um ambiente de suporte e apropriação do programa
- Divulgação do programa para comunidade, incluindo educadores e professores e pais e cuidadores, de modo que eles tenham conhecimento do programa e melhorar suas percepções.
- Os programas de SSR para adolescentes devem ser adaptados de acordo com o contexto social e cultural local;
- Devem ser privilegiadas acções de melhoria de mecanismos de referenciamento para adolescentes;
- Programas de capacitação e desenvolvimento de habilidades dos adolescentes;
- Treinamento de educadores de pares para que estes possam dar continuidade as atividades de educação de pares mesmo sem os projectos
- Induzir a apropriação das ações de SSR dos adolescentes pelas comunidades;

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ayehu, A., Kassaw, T., & Hailu, G. (2016). Young people 's parental discussion about sexual and reproductive health issues and its associated factors in Awabel Woreda, Northwest Ethiopia. *Reproductive health*, 1-8. https://doi.org/10.1186/s12978-016-0143-y

Bastien, S., Kajula, L. J., & Muhwezi, W. W. (2011). A review of studies of parent-child communication about sexuality and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa, 1-17.

Biddlecom, B.., & Awusabo, K. (2009). Role of parents in adolescent sexual activity and contraceptive use in four african countries. *International perspectives on sexual and reproductive health*, *35*(2), 72-81.

Capurchande, R., Coene, G., Schockaert, I., Macia, M., & Meulemans, H. (2016). "It is challenging … oh, nobody likes it! ": a qualitative study exploring mozambican adolescents and young adults experiences with contraception. *BMC women's health*, 1-17. https://doi.org/10.1186/s12905-016-0326-2

Chandra-Mouli, V., Gibbs, S., Badiani, R., Quinhas, F., & Svanemyr, J. (2015). Programa Geração Biz: how did this adolescent healthinitiative grow from a pilot to a national programme, and what did it achieve? *Reproductive Health, 12*, 1-12.

Crichton, J., Ibisomi, L., & Obeng, S. (2012). Mother - daughter communication about sexual maturation, abstinence and unintended pregnancy: Experiences from an informal settlement in Nairobi, Kenya, *35*, 2011-2013. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.06.008

Frederico, M., Arnaldo, C., Michielsen; K. & Decat, P., (2019). Adult and young women communication on sexuality: a pilot intervention in Maputo-Mozambique. *Open Access Journal of Reproductive Health, 1-12.* https://doi.org/10.1186/s12978-019-0809-3

Hainsworth, G., Engel, D., Simon, C., Rahimtoola, M., & Ghiron, L. (2014). Scale-up of adolescent contraceptive services: lessons from a 5 country comparative analysis. Journal of Acquired Immune Deficient Syndrome, Volume 66, Supplement 2, July 1. https://journals.lww.com/jaids/toc/2014/07011

ICRH-M & IPAS (2018). *Compreendendo as barreiras e facilitadores às opções de aborto seguro nas províncias de Nampula e Zambézia*. Maputo.

Lane, C., Brundage, C., Kreinin, T., & A. M. H. S. (2017). Why we must invest in early adolescence: early intervention, lasting impact. *Journal of adolescent health*, *61*(4), S10-S11. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.011

Leeds, C., Gallagher, K., Wass, T., Leytem, A., & Shlay, J. (2014). Improving parent-child communication around reproductive health for latino teen pregnancy prevention, (August), 1396-1404.

Loforte, A. (2007). Noções de Sexualidade: Respondendo às necessidades dos jovens em matéria de saúde sexual e reprodutiva. *Outras Vozes, 19*, 1-5.

Markham, C., Lormand, D., Gloppen, K., Peskin, M., Flores, B., Low, B., & House, L. (2010). Connectedness as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth. *Journal of adolescent health*, *46*(3), S23-S41. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.214

Matsinhe, J. (2011). *Programa Geração Biz: investing in youth: the story of a national SRH programme for adolescents and youths in Mozambique.* Mozambique: UNFPA.

MISAU (2015). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA)*. Maputo.

Muhwezi, W., Katahoire, A., Banura, C., Mugooda, H., Kwesiga, D., Bastien, S., & Klepp, K. (2015). Perceptions and experiences of adolescents, parents and school administrators regarding adolescent-parent communication on sexual and reproductive health issues in urban and rural Uganda. *Reproductive health*, 1616. https://doi.org/10.1186/s12978-015-0099-3

Nash, K., Malley, G., Geoffroy, E., Schell, E., Bvumbwe, A., & Denno, D. (2019). " Our girls need to see a path to the future " perspectives on sexual and reproductive health information among adolescent girls, guardians, and initiation counselors in Mulanje district, Malawi, 1-13.

Phetla, G., Busza, J., Hargreaves, J., Pronyk, P., Kim, J, Morison, L., Porter, J. (2009). " They have opened our mouths ": increasing women's skills and motivation for sexual communication with young people in rural south Africa". *AIDS Education and prevention*, *20*(6), 504-518. https://doi.org/10.1521/aeap.2008.20.6.504

Silva, L. (2018). Communication Strategies of Adolescent Sexual and Reproductive Health Programmes in Mozambique: Cultural Challenges. *Open Access Journal of Public Health.* Vol. 2, Issue 3, 018.

Silva, L. (2018a). Communication Strategies of Programa Geração Biz in Nampula and Maputo. *Open Access Journal of Public Health.* Vol. 2, Issue 3, 017.

UNICEF (2015). *Child Marriage and Adolescent Pregnancy in Mozambique*. Maputo.

Morris JL, Rushwan H. Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. Int J Gynaecol Obstet. 2015;131(21):S40–S42. https://doi. org/10.1016/j.ijgo.2015.02.006

Chandra-Mouli V, Svanemyr J, Amin A, et al. Twenty years after InternationalConference on Population and Development: Where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? J Adolesc Health. 2015;56(1): S1–S6.https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.015

World Health Organization. Adolescent-friendly health services: An agenda forchange [homepage on the Internet]. 2003 [cited 2017 May 01]. Available from:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67923/1/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf

Boonstra DH. Young people need help in preventing pregnancy and HIV: How will the world respond? Guttmacher Policy Review [serial online]. 2007 [cited 2017 May 05];10(3):2–7. Available from: https://www.guttmacher.org/sites/default/ files/pdfs/pubs/gpr/10/3/gpr100302.pdf

Animasahun V, Sholeye O, Oduwole A. Promoting the sexual and reproductive health of adolescent females in Ijebu-Ode, southwest, Nigeria: A study of sexual risk-taking. Int J Adolesc Med Health. 2016;29(6):20160021. https://doi. org/10.1515/ijamh-2016-0021

Yount KM, Krause KH, Miedema SS. Preventing gender-based violence victimization in adolescent girls in lower-income countries: systematic review of reviews. Social Science & Medicine. 2017. https:// doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.08.038 PMID: 28941786.

McCloskey LA, Boonzaier F, Steinbrenner SY, Hunter T. Determinants of intimate partner violence in sub-Saharan Africa: a review of prevention and intervention programs. Partner abuse. 2016; 7(3):277–315.

8. ANEXOS:

Anexo A: Nível de Conhecimento e Sexo

		sexo			
		Homem n (%)	**Mulher n (%)**	**Total n (%)**	**χ2 (Pvalue)**
Uma menina pode engravidar na primeira vez que faz sexo	Sim	195 (64.1)	179 (56.6)	**374 (60.3)**	14.933 *(0.001)**
	Não	65 (21.4)	52 (16.5)	117 (18.9)	
	Não sei/Recusa-se responder	44 (14.5)	85 (26.9)	129 (20.8)	
	Total	304 (100.0)	316 (100.0)	620 (100.0)	
Um menino ou menina pode contrair o HIV na primeira vez que faz sexo	Sim	196 (64.5)	193 (61.1)	**389 (62.7)**	10.840 *(0.004)**
	Não	63 (20.7)	46 (14.6)	109 (17.6)	
	Não sei/Recusa-se responder	45 (14.8)	77 (24.4)	122 (19.7)	
	Total	304 (100.0)	316 (100.0)	620 (100.0)	
Uma menina pode engravidar depois de beijar ou abraçar	Sim	37 (12.2)	16 (5.1)	53 (8.5)	11.442 *(0.003)**
	Não	244 (80.3)	265 (83.9)	**509 (82.1)**	
	Não sei/Recusa-se responder	23 (7.6)	35 (11.1)	58 (9.4)	
	Total	304 (100.0)	316 (100.0)	620 (100.0)	
O uso da pilula todos os dias protégé a rapariga da gravidez	Sim	130 (42.8)	168 (53.2)	**298 (48.1)**	7.348 *(0.025)**
	Não	63 (20.7)	60 (19.0)	123 (19.8)	
	Não sei/Recusa-se responder	111 (36.5)	88 (27.8)	199 (32.1)	
	Total	304 (100.0)	316 (100.0)	620 (100.0)	
O uso de um preservativo protege contra a gravidez	Sim	253 (83.2)	255 (80.7)	**508 (81.9)**	1.562 *(0.458)*
	Não	28 (9.2)	28 (8.9)	56 (9.0)	
	Não sei/Recusa-se responder	23 (7.6)	33 (10.4)	56 (9.0)	
	Total	304 (100.0)	316 (100.0)	620 (100.0)	
O uso de preservativo pode proteger contra o HIV	Sim	300 (75.0)	301 (70.5)	**601 (72.7)**	7.334 *(0.026)**
	Não	45 (11.3)	38 (8.9)	83 (10.0)	
	Não sei/Recusa-se responder	55 (13.8)	88 (20.6)	143 (17.3)	
	Total	400 (100.0)	427 (100.0)	827 (100.0)	
Você pode contrair o HIV beijando	Sim	94 (23.5)	90 (21.1)	184 (22.2)	0.846 *(0.655)*
	Não	214 (53.5)	231 (54.1)	**445 (53.8)**	
	Não sei/Recusa-se responder	92 (23.0)	106 (24.8)	198 (23.9)	
	Total	400 (100.0)	427 (100.0)	827 (100.0)	
A injeção ou depo protégé a rapariga contra a gravidez	Sim	126 (41.1)	167 (52.8)	**293 (47.3)**	8.105 *(0.017)**
	Não	63 (20.7)	54 (17.1)	117 (18.9)	
	Não sei/Recusa-se responder	115 (37.8)	95 (30.1)	210 (33.9)	
	Total	304 (100.0)	316 (100.0)	620 (100.0)	
Menina/o pode tomar todos os dias um comprimido que proteja contra HIV	Sim	189 (47.3)	208 (48.7)	**397 (48.0)**	0.867 *(0.648)*
	Não	98 (24.5)	93 (21.8)	191 (23.1)	
	Não sei/Recusa-se responder	113 (28.3)	126 (29.5)	239 (28.9)	
	Total	400 (100.0)	427 (100.0)	827 (100.0)	
Uma menina pode usar ervas para evitar uma gravidez	Sim	112 (36.8)	117 (37.0)	229 (36.9)	0.722 *(0.697)*
	Não	95 (31.3)	107 (33.9)	**202 (32.6)**	
	Não sei/Recusa-se responder	97 (31.9)	92 (29.1)	189 (30.5)	
	Total	304 (100.0)	316 (100.0)	620 (100.0)	

Anexo B: Nível de Conhecimento e Faixa etária

		Faixa_etária			
		10-14 anos n (%)	15-19 anos n (%)	Total n (%)	χ2 (Pvalue)
Uma menina pode engravidar na primeira vez que faz sexo	Sim	98 (47.6)	276 (66.7)	374 (60.3)	
	Não	47 (22.8)	70 (16.9)	117 (18.9)	**22.353**
	Não sei/Recusa-se responder	61 (29.6)	68 (16.4)	129 (20.8)	***(P<0.001)****
	Total	206 (100.0)	414 (100.0)	620 (100.0)	
Um menino ou menina pode contrair o HIV na primeira vez que faz sexo	Sim	111 (53.9)	278 (67.1)	389 (62.7)	
	Não	40 (19.4)	69 (16.7)	109 (17.6)	**12.180**
	Não sei/Recusa-se responder	55 (26.7)	67 (16.2)	122 (19.7)	**(0.002)***
	Total	206 (100.0)	414 (100.0)	620 (100.0)	
Uma menina pode engravidar depois de beijar ou abraçar	Sim	18 (8.7)	35 (8.5)	53 (8.5)	
	Não	162 (78.6)	347 (83.8)	509 (82.1)	**3.981**
	Não sei/Recusa-se responder	26 (12.6)	32 (7.7)	58 (9.4)	**(0.137)**
	Total	206 (100.0)	414 (100.0)	620 (100.0)	
O uso da pilula todos os dias protégé a rapariga da gravidez	Sim	84 (40.8)	214 (51.7)	298 (48.1)	
	Não	35 (17.0)	88 (21.3)	123 (19.8)	**14.546**
	Não sei/Recusa-se responder	87 (42.2)	112 (27.1)	199 (32.1)	**(0.001)***
	Total	206 (100.0)	414 (100.0)	620 (100.0)	
O uso de um preservativo protege contra a gravidez	Sim	148 (71.8)	360 (87.0)	508 (81.9)	
	Não	25 (12.1)	31 (7.5)	56 (9.0)	**23.799**
	Não sei/Recusa-se responder	33 (16.0)	23 (5.6)	56 (9.0)	**(P<0.001)***
	Total	206 (100.0)	414 (100.0)	620 (100.0)	
O uso de preservativo pode proteger contra o HIV	Sim	250 (60.5)	351 (84.8)	601 (72.7)	
	Não	49 (11.9)	34 (8.2)	83 (10.0)	**70.208**
	Não sei/Recusa-se responder	114 (27.6)	29 (7.0)	143 (17.3)	**(P<0.001)***
	Total	413 (100.0)	414 (100.0)	827 (100.0)	
Você pode contrair o HIV beijando	Sim	108 (26.2)	76 (18.4)	184 (22.2)	
	Não	185 (44.8)	260 (62.8)	445 (53.8)	**27.114**
	Não sei/Recusa-se responder	120 (29.1)	78 (18.8)	198 (23.9)	**(P<0.001)***
	Total	413 (100.0)	414 (100.0)	827 (100.0)	
A injeção ou depo protégé a rapariga contra a gravidez	Sim	92 (44.7)	201 (48.6)	293 (47.3)	
	Não	41 (19.9)	76 (18.4)	117 (18.9)	**0.838**
	Não sei/Recusa-se responder	73 (35.4)	137 (33.1)	210 (33.9)	**(0.658)**
	Total	206 (100.0)	414 (100.0)	620 (100.0)	
Menina/o pode tomar todos os dias um comprimido que proteja contra HIV	Sim	183 (44.3)	214 (51.7)	397 (48.0)	
	Não	87 (21.1)	104 (25.1)	191 (23.1)	**13.175**
	Não sei/Recusa-se responder	143 (34.6)	96 (23.2)	239 (28.9)	**(0.001)***
	Total	413 (100.0)	414 (100.0)	827 (100.0)	
Uma menina pode usar ervas para evitar uma gravidez	Sim	84 (40.8)	145 (35.0)	229 (36.9)	
	Não	66 (32.0)	136 (32.9)	202 (32.6)	**2.362**
	Não sei/Recusa-se responder	56 (27.2)	133 (32.1)	189 (30.5)	**(0.307)**
	Total	206 (100.0)	414 (100.0)	620 (100.0)	

Anexo C: Nível de conhecimento e Proveniência

		Distrito			
		Magude	Moamba	Total	χ2
		n (%)	n (%)	n (%)	(Pvalue)
Uma menina pode engravidar na primeira vez que faz sexo	Sim	**198 (67.6)**	**176 (53.8)**	374 (60.3)	**12.430 (0.002)***
	Não	47 (16.0)	70 (21.4)	117 (18.9)	
	Não sei/Recusa-se responder	48 (16.4)	81 (24.8)	129 (20.8)	
	Total	293 (100.0)	327 (100.0)	620 (100.0)	
Um menino ou menina pode contrair o HIV na primeira vez que faz sexo	Sim	**198 (67.6)**	**191 (58.4)**	389 (62.7)	**17.649 (P<0.001)***
	Não	58 (19.8)	51 (15.6)	109 (17.6)	
	Não sei/Recusa-se responder	37 (12.6)	85 (26.0)	122 (19.7)	
	Total	293 (100.0)	327 (100.0)	620 (100.0)	
Uma menina pode engravidar depois de beijar ou abraçar	Sim	31 (10.6)	22 (6.7)	53 (8.5)	**6.497 (0.039)***
	Não	**242 (82.6)**	**267 (81.7)**	509 (82.1)	
	Não sei/Recusa-se responder	20 (6.8)	38 (11.6)	58 (9.4)	
	Total	293 (100.0)	327 (100.0)	620 (100.0)	
O uso da pilula todos os dias protégé a rapariga da gravidez	Sim	**155 (52.9)**	**143 (43.7)**	298 (48.1)	**6.680 (0.035)***
	Não	58 (19.8)	65 (19.9)	123 (19.8)	
	Não sei/Recusa-se responder	80 (27.3)	119 (36.4)	199 (32.1)	
	Total	293 (100.0)	327 (100.0)	620 (100.0)	
O uso de um preservativo protege contra a gravidez	Sim	245 (83.6)	263 (80.4)	508 (81.9)	**1.205 (0.547)**
	Não	25 (8.5)	31 (9.5)	56 (9.0)	
	Não sei/Recusa-se responder	23 (7.8)	33 (10.1)	56 (9.0)	
	Total	293 (100.0)	327 (100.0)	620 (100.0)	
O uso de preservativo pode proteger contra o HIV	Sim	294 (71.2)	307 (74.2)	601 (72.7)	**4.972 (0.083)**
	Não	51 (12.3)	32 (7.7)	83 (10.0)	
	Não sei/Recusa-se responder	68 (16.5)	75 (18.1)	143 (17.3)	
	Total	413 (100.0)	414 (100.0)	827 (100.0)	
Você pode contrair o HIV beijando	Sim	95 (23.0)	89 (21.5)	184 (22.2)	**2.103 (0.349)**
	Não	228 (55.2)	217 (52.4)	445 (53.8)	
	Não sei/Recusa-se responder	90 (21.8)	108 (26.1)	198 (23.9)	
	Total	413 (100.0)	414 (100.0)	827 (100.0)	
A injeção ou depo protégé a rapariga contra a gravidez	Sim	152 (51.9)	141 (43.1)	293 (47.3)	**9.626 (0.008)***
	Não	60 (20.5)	57 (17.4)	117 (18.9)	
	Não sei/Recusa-se responder	81 (27.6)	129 (39.4)	210 (33.9)	
	Total	293 (100.0)	327 (100.0)	620 (100.0)	
Menina/o pode tomar todos os dias um comprimido que proteja contra HIV	Sim	205 (49.6)	192 (46.4)	397 (48.0)	**4.360 (0.113)**
	Não	102 (24.7)	89 (21.5)	191 (23.1)	
	Não sei/Recusa-se responder	106 (25.7)	133 (32.1)	239 (28.9)	
	Total	413 (100.0)	414 (100.0)	827 (100.0)	
Uma menina pode usar ervas para evitar uma gravidez	Sim	122 (41.6)	107 (32.7)	229 (36.9)	**18.085 (P<0.001)***
	Não	106 (36.2)	96 (29.4)	202 (32.6)	
	Não sei/Recusa-se responder	65 (22.2)	124 (37.9)	189 (30.5)	
	Total	293 (100.)	327 (100.0)	620 (100.0)	

Anexo D: *Nível de conhecimento e situação escolar*

		Está a estudar n (%)	Está a estudar Não está a estudar n (%)	Recusa-se a responder n (%)	Total n (%)	χ2 (Pvalue)
Uma menina pode engravidar na primeira vez que faz sexo	Sim	265 (57.1)	108 (69.7)	1 (100.0)	374 (60.3)	**9.380** ***(P=0.028)****
	Não	92 (19.8)	25 (16.1)	0(0.0)	117 (18.9)	
	Não sei/Recusa-se responder	107 (23.1)	22 (14.2)	0(0.0)	129 (20.8)	
	Total	464 (100.0)	155 (100.0)	1 (100.0)	620 (100.0)	
Um menino ou menina pode contrair o HIV na primeira vez que faz sexo	Sim	290 (62.5)	98 (63.2)	1 (100.0)	389 (62.7)	**2.012** ***(P=0.768)***
	Não	79 (17.0)	30 (19.4)	0(0.0)	109 (17.6)	
	Não sei/Recusa-se responder	95 (20.5)	27 (17.4)	0(0.0)	122 (19.7)	
	Total	464 (100.0)	155 (100.0)	1 (100.0)	620 (100.0)	
Uma menina pode engravidar depois de beijar ou abraçar	Sim	38 (8.2)	15 (9.7)	0(0.0)	53 (8.5)	**6.401** ***(P=0.238)***
	Não	376 (81.0)	132 (85.2)	1 (100.0)	509 (82.1)	
	Não sei/Recusa-se responder	50 (10.8)	8 (5.2)	0(0.0)	58 (9.4)	
	Total	464 (100.0)	155 (100.0)	1 (100.0)	620 (100.0)	
O uso da pilula todos os dias protégé a rapariga da gravidez	Sim	220 (47.4)	78 (50.3)	0(0.0)	298 (48.1)	**4.640** ***(P=0.270)***
	Não	88 (19.0)	35 (22.6)	0(0.0)	123 (19.8)	
	Não sei/Recusa-se responder	156 (33.6)	42 (27.1)	1 (100.0)	199 (32.1)	
	Total	464 (100.0)	155 (100.0)	1 (100.0)	620 (100.0)	
O uso de um preservativo protege contra a gravidez	Sim	372 (80.2)	136 (87.7)	0(0.0)	508 (81.9)	**10.968** ***(P=0.025)****
	Não	47 (10.1)	8 (5.2)	1 (100.0)	56 (9.0)	
	Não sei/Recusa-se responder	45 (9.7)	11 (7.1)	0(0.0)	56 (9.0)	
	Total	464 (100.0)	155 (100.0)	1 (100.0)	620 (100.0)	
O uso de preservativo pode proteger contra o HIV	Sim	474 (71.5)	126 (77.3)	1 (100.0)	601 (72.7)	**3.703** ***(P=0.500)***
	Não	68 (10.3)	15 (9.2)	0(0.0)	83 (10.0)	
	Não sei/Recusa-se responder	121 (18.3)	22 (13.5)	0(0.0)	143 (17.3)	
	Total	663 (100.0)	163 (100.0)	1 (100.0)	827 (100.0)	
Você pode contrair o HIV beijando	Sim	149 (22.5)	35 (21.5)	0(0.0)	184 (22.2)	**4.475** ***(P=0.303)***
	Não	347 (52.3)	97 (59.5)	1 (100.0)	445 (53.8)	
	Não sei/Recusa-se responder	167 (25.2)	31 (19.0)	0(0.0)	198 (23.9)	
	Total	663 (100.0)	163 (100.0)	1 (100.0)	827 (100.0)	
A injeção ou depo protégé a rapariga contra a gravidez	Sim	212 (45.7)	81 (52.3)	0(0.0)	293 (47.3)	**4.413** ***(P=0.304)***
	Não	88 (19.0)	29 (18.7)	0(0.0)	117 (18.9)	
	Não sei/Recusa-se responder	164 (35.3)	45 (29.0)	1 (100.0)	210 (33.9)	
	Total	464 (100.0)	155 (100.0)	1 (100.0)	620 (100.0)	
Menina/o pode tomar todos os dias um comprimido que proteja contra HIV	Sim	321 (48.4)	76 (46.6)	0(0.0)	397 (48.0)	**3.023** ***(P= 0.590)***
	Não	150 (22.6)	40 (24.5)	1 (100.0)	191 (23.1)	
	Não sei/Recusa-se responder	192 (29.0)	47 (28.8)	0(0.0)	239 (28.9)	
	Total	663 (100.0)	163 (100.0)	1 (100.0)	827 (100.0)	
Uma menina pode usar ervas para evitar uma gravidez	Sim	162 (34.9)	66 (42.6)	1 (100.0)	229 (36.9)	**5.413** ***(P=0.167)***
	Não	160 (34.5)	42 (27.1)	0(0.0)	202 (32.6)	
	Não sei/Recusa-se responder	142 (30.6)	47 (30.3)	0(0.0)	189 (30.5)	
	Total	464 (100.0)	155 (100.0)	1 (100.0)	620 (100.0)	

Anexo E: Práticas sexuais e da sexualidade no geral

		n (%)
Já enviou uma foto sexual sua para alguém usando telefone ou redes sociais	Sim, para uma rapariga	55 (9.4)
	Sim, para um rapaz	42 (7.2)
	Não	486 (83.2)
	Não entendi a pergunta	1 (0.2)
	Total	584 (100.0)
Anos que tinha quando enviou uma foto sexuall	10 a 14 anos	33 (34.0)
	15 a 19 anos	61 (62.9)
	Não sei/Nunca fiz isso	3 (3.1)
	Total	97 (100.0)
já tocou nas partes íntimas de outro rapaz ou rapariga ou foi tocado	Sim, com uma rapariga	211 (36.1)
	Sim, com um rapaz	168 (28.8)
	Não	203 (34.8)
	Não entendi a pergunta	1 (0.2)
	Recusa responder	1 (0.2)
	Total	584
Anos que tinha quando tocou nas partes intimas de outras pessoas	9 a 14 anos	155 (40.9)
	15 a 19 anos	221 (58.3)
	Não sei/Recusa responder	3 (0.8)
	Total	379 (100.0)
Você já teve relações sexuais	Sim várias vezes	302 (51.7)
	Sim, uma vez	74 (12.7)
	Não	193 (33.0)
	Não entendi a pergunta	4 (0.7)
	Não sabe	8 (1.4)
	Recusa-se a responder	3 (0.5)
	Total	584 (100.0)
Anos que tinha quando teve relações sexuais	9 a 14 anos	140 (37.2)
	15 a 19 anos	232 (61.7)
	Não sei	4 (1.1)
	Total	376 (100.0)
Quantos anos tinha essa pessoa com manteve relações sexuais	A mesma idade que eu	101 (26.9)
	Mais novo que eu	111 (29.5)
	1-2 anos mais velho que eu	113 (30.1)
	3-4 anos mais velho que eu	32 (8.5)
	5 ou mais anos mais velho que eu	9 (2.4)
	Não sabe	8 (2.1)
	Recusa-se a responder	2 (0.5)
	Total	376 (100.0)
Fizeram alguma coisa para proteger contra gravidez ou infecções	Sim	178 (47.3)
	Não	196 (52.1)
	Não sei/Recusa-se a responder	2 (0.5)
	Total	376 (100.0)
O que você fez para evitar uma gravidez	Preservativo masculino	166 (93.3)
	Comprimido	6 (3.4)
	Injeção	6 (3.4)
	Preservativo feminino	1 (0.6)
	implante	8 (4.5)
	Outro	2 (1.1)
	Não sabe/Não lembra	8 (4.5)

Anexo F: *Conhecimento HIV|SIDA & Preservativos*

		Baseline n (%)	Endline n (%)	χ^2 (Pvalue)
Já ouviu falar de HIV| SIDA	Sim	**673 (81.8)**	**715 (86.5)**	6.827 (0.028)*
	Não	145 (17.6)	108 (13.1)	
	Não sei/Recusa-se responder	5 (0.6)	4 (0.5)	
	Total	823 (100.0)	827 (100.0)	
Já ouviu falar sobre preservativos	Sim	660 (80.2)	**684 (82.7)**	3.110 (0.211)
	Não	154 (18.7)	139 (16.8)	
	Não sei/Recusa-se responder	9 (1.1)	4 (0.5)	
	Total	823 (100.0)	827 (100.0)	