ICRH Moçambique
CENTRO INTERNACIONAL PARA SAÚDE REPRODUTIVA

Relatório de Pesquisa

Envolvimento masculino na saúde materna: Um estudo de intervenção para o fortalecimento do envolvimento masculino na saúde materna, na província de Maputo, Mocambique-2023



Este estudo foi financiado pela iniciativa Grand Challnge Africa para o projecto "Male involvement during pregnancy and childbirth in Maputo Province: an intervention study".

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Equipa da pesquisa:

Maria Suzana Bata [Investigador principal, Local ICRH-M]

Málica de Melo [Co-investigadora principal, ICRH-M]

Emídio Cumbane [Co-investigador, ICRH-M]

Anna Galle [investigadora principal Ghent]

Elísio Maxtluza [Assistente de pesquisa, ICRH-M]

Elaboração do relatório

Maria Suzana Bata

Parceiros de implementação local

- Serviço Provincial de Saúde de Maputo;
- Direcção Provincial de Saúde de Maputo (DPS-M);
- Serviço Distrital de Saúde de Marracuene
- Directores, provedores e todos colaboradores dos Centros de Saúde Marracuene e Ricatla
- Mulheres e homens participantes do estudo;
- Lideres locais das comunidades seleccionadas no estudo;

ÍNDICE

ontents

Acrónimos **5**

Resumo **6**

1. INTRODUÇÃO **11**

4.1 Saúde Materna em Moçambique 11

4.2 11

4.3 O envolvimento masculino como alavanca para melhorar a saúde materna 11

4.4 Das diretrizes à prática 14

2. OBJECTIVOS DO ESTUDO **15**

4.5 2.1 Objetivo geral 15

4.6 2.3 Objetivos específicos 15

3. METODOLOGIA **16**

4.7 3.1 Desenho do estudo 16

4.8 3.2 Local do estudo 16

4.9 3.3 A intervenção 16

3.3.1 Mobilização comunitária para sensibilização e geração de demanda e conhecimento dos serviços de atendimento de casais durante a gravidez e parto 17

3.3.2 Implementação de CPN de casais, em um determinado período fixo. 17

3.3.3. Apetrechamento e melhoria das condições dos serviços para permitir a presença dos homens nas CPN e no parto. 18

4.10 3.4 Recolha de dados 18

3.4.1 Dados quantitativos 18

3.4.2 Dados qualitativos 19

4.11 3.5 Tamanho da amostra e População do estudo 21

3.5.1 Amostra 21

4.12 3.6 Critérios de inclusão e recrutamento para pesquisa qualitativa 22

3.6.1 Participantes do photovoice 22

3.6.2 Provedores de Saúde 23
3.6.3 Inclusão de mulheres solteiras ou que não vivem com parceiro 23
4.13 3.7 Procedimentos de Recolha de dados quantitativos 23
4.14 3.7.1 Recolha de dados dos ficheiros hospitalares 23
4.15 3.8 Questões éticas 24
3.8.1 Processo de consentimento, confidencialidade, privacidade e anonimato 24
3.8.2 Confidencialidade durante e após o trabalho de campo 24
3.8.3 Introdução de dados DPGF 25
3.8.9 Tradução 26
3.8.10 Verificação cruzada 26
3.8.11 Organização dos dados 26
4.16 3.9 Análises 26
3.9.1 Análise qualitativa 26
3.9.2 Análise quantitativas 27
4. RESULTADOS 28
4.1 Dados sócio-demográficos 28
4.2 Resultados qualitativos (temas emergidos do estudo photovoice, discussão focal de grupos dos provedores, entrevistas em profundidade com gesntantes sem parceiro) 29
4.3 Dados quantitativos 36
5. DISCUSSÃO 40
5.1 Limitações 41
6. CONCLUSÕES 42
6.1 Implicações 42
6.2 Recomendações 43
6.3 Lições aprendidas 43
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 44

Acrónimos

CNBS	Comité Nacional de Bioética em Saúde
DPEDH	Direcção Provincial de Educação e Desenvolvimento Humano
DPS	Direcção Provincial de Saúde
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

Resumo

Introdução:

Evidências tem sugerido que o envolvimento do parceiro masculino durante a gravidez melhora os indicadores da saúde materna. No entanto, o envolvimento masculino na saúde materna, indicado pela presença do parceiro nos cuidados maternos continua baixo em Moçambique.

Dentre os factores que limitam a presença dos homens na saúde materna, existem barreiras ligadas ao estigma e normas de género. A presença do homem nos serviços maternos, é associada com o HIV e com a percepção de que saúde materna é questão de domínio das mulheres.

Não obstante, as actuais intervenções para envolvimento do parceiro masculino tem tido pouco sucesso e muitas vezes reforçam desigualdade de género e discriminam as mulheres solteiras. Por exemplo, os convites feitos aos parceiros e a priorização do atendimento para mulheres acompanhadas pelos parceiros.

Um projecto piloto foi implementado no Distrito de Marracuene, através da introdução de consultas pré-natais para casais. As consultas para casais consistiram na fixação de horário e dias para realização de consultas pré-natais de casais.

A intervenção foi precedida por actividades de engajamento comunitário para envolvimento do homem nos cuidados maternos, melhoria das condições dos serviços de saúde para permitir acolhimento e presença do parceiro masculino; treinamento dos provedores para atendimento de casais.

Nivel comunitário

Realização das actividades comunitárias por meio da abordagem de diálogos comunitários, projeção do filme “a gravidez é nossa” seguida de debate sobre género e engajamento masculino e referências a US (5 meses de actividades em 9 comunidades circunvizinhas das US de Marracuene e Ricatlha)

Nível de Unidade sanitária

Melhorias das condições para acolhimento do parceiro (bancos de espera, posters com informação sobre saúde e envolvimento do parceiro; materiais para garantir privacidade durante o parto; livros de registo).

Introdução de consultas pré-natais para casais em período e dias especificos, em ambiente amigável para os homens (treino prévio para os provedores);

Objectivos:

Geral

Testar um pacote de intervenções sensíveis ao género para melhorar o envolvimento masculino nos cuidados de maternidade na província de Maputo

Específicos

Avaliar a viabilidade de um pacote de intervenções para melhorar o envolvimento masculino nos cuidados maternos

Examinar barreiras para o envolvimento masculino nos cuidados de maternidade (incluindo cuidados pré-natais e cuidados durante o parto)

Metodologia

Método misto

Abordagem Quantitativa

Análise dos ficheiros de registo de presenca do homen nas CPN e parto em 2 centros de saúde de implementação (CS Marracuene e CS Ricathla); com esta abordagem pretendeu-se avaliar o efeito da intervenção no aumento da presença do parceiro nas consultas pré-natais e durante o parto.

Abordagem Qualitativa

Examinar a aceitabilidade e barreiras do envolvimento do homem nos cuidados maternos e neonatais.

Foram analisados dados qualitativos obtidos através de três métodos:

Fotovoice- participaram quatro casais com experiencia de consultas de casais;

Entrevistas em profundidade- participaram nove mulheres gestantes solteiras e ou sem parceiro presente nas consultas pré-natais;

Discussão de grupo focais- participaram dois grupos focais de provedores de cuidados maternos e neonatais dos centros de saúde de implementação.

Considerações éticas

A pesquisa teve aprovação do Comité Nacional de Bioética para Saúde de Mocambique (Ref:523/CNBS/21);

Todos os participantes receberem informação sobre a pesquisa, sua participação e sobre os dados. Todos os participantes deram o seu consentimento escrito para participar do estudo.

Resultados:

Dois temas gerais surgiram durante a análise dos dados: as experiências dos centros de saúde e as normas comunitárias sobre a gravidez. Dentro destes temas foram identificados subtemas

Tema 1. ***Experiências nos centros de saúde e reconhecimento de parceiros masculinos durante a gravidez***

Tanto os profissionais de saúde como os casais explicaram que o projeto causou mais motivação e interesse para os parceiros masculinos estarem plenamente presentes durante a gravidez, tanto física como emocionalmente. Os profissionais de saúde explicaram que, através de consultas de casal, os parceiros masculinos ficaram mais convencidos da sua importância e sentiram que eram realmente necessários. Além disso, os participantes concordaram que as consultas de casal podem ter um forte impacto no papel geral do parceiro masculino para além da consulta. As consultas de casal tornaram os parceiros masculinos mais conscientes da importância da sua família e passaram a colocar a sua família em primeiro lugar.

Sub tema 1.Processos de cuidados melhorados

Os profissionais de saúde acharam mais prático trabalhar diretamente com o casal do que apenas com as mulheres. A presença do parceiro masculino facilitou a gestão e tratamento de infeções, por exemplo.

Subtema 2. Possibilidade de companheiro masculino durante o parto

Nos locais de intervenção do projecto, foi permitida e apoiada a presença do parceiro durante o parto, o que foi percebido como positivo tanto pela mulher quanto pelo parceiro masculino. Um parceiro masculino, participante do projeto fotovoz, assistiu ao parto e descreveu este como sendo um momento muito importante na paternidade e experiência positiva que pretende transmitir aos seus irmãos. Os profissionais de saúde mostraram-se positivos em permitir parceiros do sexo masculino, mas explicaram que isso só era possível em determinadas circunstâncias.

Participar sozinho nas consultas

As mulheres que compareceram sozinhas às consultas de pré-natal tinham razões diferentes para tal. Algumas mulheres tinham um parceiro a trabalhar no estrangeiro, enquanto outras não estavam em nenhuma relação. Uma mulher explicou que se sentia apoiada pelo parceiro, mas de outra forma que não ir as consultas com ela.

No geral, as mulheres sem parceiro presente não tiveram uma experiência negativa no centro de saúde. Frequentavam as consultas regulares de pré-natal e eram tratadas com respeito.

Tema 2. ***Normas comunitárias que influenciam a gravidez***

Subtema 1. As mulheres dirigem a casa sozinhas

Apesar das mudanças positivas, verifica-se a persistência dos papéis de gênero e seu impacto no comportamento de homens e mulheres durante a gravidez. Na comunidade existe a crença de que as grávidas devem ficar em casa e cuidar das tarefas domésticas e/ou de outras crianças. Durante a sessão de fotovoz com mulheres, ficou evidenciado que as mulheres se sentem sozinhas ao gerenciar as tarefas domésticas e cuidar dos filhos. Os homens explicaram durante as sessões que tentam ajudar a parceira grávida, mas a responsabilidade geral continua a ser das mulheres.

Subtema 2. Grávidas ficam em casa

uma participante explicou que na comunidade, quando a mulher grávida faz trabalhos fora de casa ou estuda, a comunidade considera isso como algo negativo. Ela, explicou que enfrentou essas normas da comunidade para continuar o seu desejo de continuar estudar, contudo, enfrentar e ignorar as crenças e comentários de outras pessoas foi difícil para ela. Além disso, vários outros participantes explicaram outras crenças da comunidade de que as mulheres grávidas devem dedicar seu tempo à família e à administração da casa. A procura ativa de emprego ou o início de novas atividades (como estudar) durante a gravidez não é apoiada e considerada pouco saudável para o bebé.

As fofocas na comunidade tornam muitas vezes difícil para as mulheres seguirem o seu próprio caminho, especialmente quando estão grávidas. Elas são confrontadas com normas fortemente enraizadas sobre a maternidade, dificultando as suas próprias escolhas, esperando-se muitas vezes que dediquem a sua vida à educação dos filhos. À luz destas normas, é difícil para as mulheres continuem a estudar ou a tentar construir uma carreira.

Subtema 3. A gravidez como impulso para a mudança

Todas as participantes viram a gravidez e o parto como um novo começo com novas possibilidades e caminhos. Eles criaram seus filhos pequenos como sendo recetivos e cuidadores de suas famílias. As participantes acreditavam nas gerações futuras, onde os homens estariam

mais envolvidos em cuidar dos filhos e fazer as tarefas domésticas. Elas explicaram que tentam educar seus rapazes para assumir um papel de cuidadores na família.

Conclusões

Os resultados mostraram que as consultas de casal podem causar mais reconhecimento do parceiro masculino durante a gravidez, fazendo com que os parceiros masculinos se interessem mais pela gravidez e assumam um papel mais ativo. As consultas de casais são aceites e vistas numa perspectiva positivista por homens, mulheres e provedores, o que concorre para redução de normas sociais e maior engajamento masculino nos cuidados maternos.

Os profissionais de saúde relataram experiências positivas com as consultas de casal em termos de melhores processos de cuidados, como por exemplo, para prevenção e tratamento de ISTs.

As crenças da comunidade têm efeito bastante forte na imposição de papéis tradicionais de gênero, apesar do desejo de mudança entre os participantes. Os resultados mostram uma mudança de atitude entre os homens em relação ao seu papel durante a gravidez, mas outras normas sobre as mulheres serem responsáveis pelas tarefas domésticas persistem.

A análise quantitativa não mostrou variações significativas quanto a presença dos parceiros antes e durante as CPN e parto.

Recomendações

MISAU: Incorporação nas estratégias de envolvimento masculino na saúde materna de acções multissectoriais, para permitir o acesso e participação dos homens durante a CPN e parto (serviços amigáveis para homens participarem na gravidez e no parto);

Pesquisadores: Aumentar o tempo de implementação da intervenção para permitir uma avaliação de larga escala e medir o impacto da intervenção.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Saúde Materna em Moçambique

Moçambique, é um dos países da África Subsariana, onde a taxa de mortalidade materna (RMM) é ainda muito elevada e com grandes variações em todo o país. Moçambique tem uma mortalidade materna nacional de 489 por 100 0000 nados-vivos [1, 2].

Em 2014, foram examinadas a prevalência e causas de mortes maternas na Província de Maputo [3]. Os resultados concluíram que a Província de Maputo tem um Rácio de mortalidade materna (RMM), institucional de 254 mortes maternas por 100 000 nados-vivos e mais de metade destas mortes maternas estão relacionadas com causas indiretas como o HIV (20%), malária (20%) outras doenças infeciosas (11%)[3]. As causas diretas são responsáveis por 49% das mortes maternas e incluem hemorragia pós-parto, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e sepsis[4]. A elevada proporção de mortes maternas por causas indiretas pode ser explicada, em parte, por uma elevada prevalência de HIV (15,8%) entre as mulheres grávidas[5-7]. A infeção pelo HIV durante a gravidez, aumenta o risco de morte materna em cerca de oito vezes [4]. Em países como Mombique, onde
prevalece alta prevalência de HIV e malária, os cuidados pré-natais podem ser estratégia forte para reduzir a mortalidade materna por meio de prevenção, deteção precoce e tratamento dessas infeções[4]. Os cuidados pré-natais, tem ainda potencial de deteção de outras morbilidades durante a gravidez proporcionando maiores oportunidades de tratamento adequado [8].

1.2 O envolvimento masculino como alavanca para melhorar a saúde materna

Os serviços de cuidados pré-natais (CPN) são prestados gratuitamente em Moçambique, contudo ainda existem muitas barreiras clínicas sociais, económicas e culturais que limitam o acesso a CPN de alta qualidade. Essas barreiras incluem falta de transporte, falta de apoio social e financeiro dos familiares e falta de credibilidade aos serviços de saúde[9].

Em algumas regiões do país, sobretudo na zona rural, a maioria das mulheres é socialmente obrigada a pedir permissão aos seus parceiros masculinos antes de tomar decisões sobre a

utilização dos cuidados de saúde [3]. Um estudo qualitativo realizado no Sul de Moçambique examinou as causas das elevadas taxas de morbilidade e mortalidade materna relacionadas com práticas inadequadas de procura pelos cuidados de saúde. Os resultados apontaram a existência de alguns fatores importantes que impedem a procura atempada pelos cuidados de emergências obstétricas e parto[9]. Dentro os factores, o factor do agente decisor sobre a procura dos serviços atribuído aos parceiros ou maridos, as sogras, os agentes comunitários de saúde e os vizinhos foram citados como actores-chave no encaminhamento das gestantes aos cuidados e tratamento durante a gravidez e parto[10]. Como consequencia, o processo de tomada de decisão pode ser atrasado e particularmente complexo, podendo afectar a provisão de cuidados obstétricos antepados, mesmo em situação em que ocorre uma emergência[11]. Estes resultados confirmam os resultados de outros estudos na África Subsariana em que as mulheres continuam vulneráveis às normas de desigualdade de género e às restrições económicas que muitas vezes prejudicam o seu acesso aos serviços de saúde materna[12-14].

Em Moçambique, tal como na maioria dos países da Africa, a maioria das intervenções para melhorar a saúde materna e melhorar a aceitação da CPN tem como alvo a mãe. No entanto, nestes mesmos contextos, o parceiro desempenha um papel crucial na capacidade das mulheres de procurar e obter melhores cuidados pré-natais, prevenir e tratar a infeção pelo HIV, e para reduzir a incidência de complicações obstétricas que aumentam a mortalidade materna[9].

O estudo realizado na África Sub-Sahariana demonstrou que o envolvimento do parceiro durante a gravidez está associada a resultados positivos para a mãe e o bebé. Os resultados apontados, foram o aumento do nùmero de CPN, a participação em estratégias para prevenir a transmissão vertical do HIV, ocorrência de mais parto institucional e melhor preparação para o parto em caso de complicações na gravidez [15-17].

Não obtante aos resultados favoráveis descritos acima, barreiras a diferentes níveis impedem o envolvimento dos homens durante a gravidez e o parto. Uma revisão sistemática com foco no envolvimento masculino nos programas de prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho (PPTV) encontrou barreiras em diferentes níveis. A mais pertinente foi a percepção social da assistência pré-natal como atividade da mulher, sendo inaceitável a participação dos homens. Foram também identificados fatores do sistema de saúde, como os longos períodos de espera nos serviços do PN e a falta de serviços amigáveis para homens. A nível individual, verificou-se falta de comunicação dentro do casal, a relutância dos homens em conhecer o seu estado serológico, a ideia errada por parte dos homens de que o estado serológico

do HIV do seu cônjuge era um substituto do seu estado e a relutância das mulheres em envolver os seus parceiros devido ao medo de violência doméstica, estigmatização ou divórcio eram barreiras pertinentes [18].

Em 2017, foi realizada uma análise da situação relativamente ao envolvimento masculino na saúde materna nos Distritos de Manhiça e Marracuene. Diferentes tipos de envolvimento masculino foram explorados, incluindo a participação masculina na CPN, o conhecimento dos homens e a tomada de decisões sobre questões de saúde materna. A análise demonstrou que não existe uma estratégia coerente em Moçambique para estimular o envolvimento masculino durante a gravidez. Os convites para homens são utilizados como uma intervenção isolada nas unidades de saúde, e, portanto, estes não têm conduzido ao sucesso esperado. Além disso, os casais têm prioridade na fila de espera para o atendimento nas CPN. Todavia, nas comunidades, a participação masculina na CPN, foi considerada importante e os homens estavam dispostos a assumir um papel mais participativo. No entanto, existem normas sociais fortes sobre a ideia da responsabilidade dos homens de cuidar da esposa e da família. Os homens que frequentam a CPN são associados com o facto de serem seropositivos e as fortes normas de género mantém-nos afastados das unidades de saúde durante o período pré-natal.

Como recomendação a análise sugeriu a incorporação nas estratégias de envolvimento masculino na saúde materna, de um pacote de acçoes sobre normas sociais relativas à parentalidade como uma responsabilidade partilhada, em vez do foco existente na prevenção e cuidados do HIV.

As recomendações são ainda relativas as relações equitativas em termos de género entre homens e mulheres em todas as intervenções de saúde materna e que os provedores sejam formados para lidar com os casais na CPN de forma equitativa. Outras pesquisas na África Sub- Sahariana mostraram que os homens percebiam um ambiente clínico hostil e a atitude negativa dos provedores como grandes barreiras para seu envolvimento na assistência à maternidade [17]. Esses resultados não foram descritos nos estudos realizados em Moçambique [13]. Tal pode estar relacionado com a introdução da Iniciativa Maternidade Modelo em 2017, em Moçambique, que estabelece que todas as maternidades são obrigadas a permitir

acompanhantes de parto e estimular o envolvimento masculino [19]. No entanto, na prática, existem regras diferentes e atitudes do provedor de saúde para permissão ou não dos homens na

CPN e/ou na sala de parto (por exemplo, podem só ser permitidas acompanhantes mulheres; só entram homens para fazer testes de HIV...) [experiência dos autores na área].

1.3 Das diretrizes à prática

Em 2018, o Ministério da Saúde de Moçambique, publicou uma directriz nacional com recomendações sobre intervenções efetivas para envolver os homens nos serviços de saúde. A directriz utiliza o quadro socioecológico e formula recomendações a vários níveis.
Duas das quatro intervenções propostas centram-se no envolvimento dos parceiros na saúde materna e no parto com foco no período durante a gravidez e o parto. A diretriz descreve a implementação de consultas de casal (após treinamento de provedores), permissão dos parceiros do sexo masculino durante o parto (se as condições dos centros de saúde permitirem) e atividades de conscientização da comunidade.

As orientações enumeram igualmente as zonas geográficas consideradas prioritárias para a execução das intervenções propostas. Tanto quanto é do nosso conhecimento, as orientações ainda não foram implementadas em nenhuma das regiões identificadas.

Não existem até momento evidências de implementação de tais recomendações, contudo foram encontradas registos de algumas intervenções implementadas em Boane, focadas em testagem de HIV em homens.
As intervenções centradas no envolvimento masculino na assistência à maternidade ainda não foram implementadas em nenhuma das áreas identificadas.

Este estudo foi implementado pelo ICRH-M, em colaboração com o Ministério da Saúde, o Serviço Provincial de Saúde de Maputo e respectiva Direção de saúde e Direcçao distrital e com a Universidade de Ghent (Bélgica). O estudo é resultado de um projecto de fortalecimento do envolvimento do homen nos cuidados maternos, financiado pela Grand Challlenge Africa (GCA).
O projecto foi implementado durante 2 anos (2021-2023), no Distriuto de Marracuene. Os locais de implementação do projecto, foram selecionados com apoio da Provincia e do Distrito.

Os indicadores de Saúde materna da região sul, concretamente na província de Maputo, mostram que 74% das mulheres na província, realizam 4 ou mais CPN, como recomendado e cerca de 86% têm partos dentro da Unidade sanitária (IMASIDA, 2015). Atendimento e qualidade do atendimento, tem sido apontado como os maiores desafios e causas de mortalidade materna na Provincia de Maputo. Adicionado a baixa cobertura de CPN, observam-se igualmente baixa adesão aos mecanismos de prevenção e tratamento de doencas infeciosas durante a gravidez. De acordo com IMASIDA 2015, cerca de 88,9% das mulheres grávidas realizaram o teste de HIV, contudo, apenas 58,6% conheceram o seu resultado e aderiram ao aconselhamento [20]. Outro resultado, indica que apenas 23% de mulheres grávidas, dormem protegidas por uma rede mosquiteira para prevenção de malária [21].

Nao existem evidências que comprovem o aumento da presença dos homens em serviços maternos através de criação de ambientes masculinos [22]. Alguns estudos demonstraram um maior envolvimento masculino através da implementação apenas de atividades de base comunitária [22], outros melhoraram o envolvimento masculino através da implementação apenas de intervenções baseadas em instalações [23]. Realizamos um estudo piloto para testar um conjunto de acções nas comunidades e nas Unidades sanitárias através de actividades de sensibilização das comunidades e engajamento masculino; treinamento dos provedores para atender casais durante a gravidez e parto; estabelecer dias e horários específicos para atender CPN de casais; melhorias das condições das unidades sanitárias para permitir presença do parceiro nas CPN e durante o parto.

2. OBJECTIVOS DO ESTUDO

2.1 Objetivo geral

Testar um pacote de intervenções sensíveis ao género para melhorar o envolvimento masculino na maternidade na província de Maputo.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a viabilidade de um pacote de intervenções para melhorar o envolvimento masculino nos cuidados maternos;
- Examinar barreiras e facilitadores para o envolvimento masculino nos cuidados maternos (incluindo cuidados pré-natais e cuidados durante o parto).

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo de intervenção usando pré-teste e post teste de dados qualitativos e quantitativos.

A avaliacao dos dados quantitativos incluiu a análise dos ficheiros de dados hospitalares dos indicadores da presença masculina nos cuidados pré-natais e parto. A avaliação dos dados qualitativos compreendeu a análise dos dados de discussão focal de grupos de provedores e das discusões focais participativas dos casais.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em dois centros de Saúde do Distrito de Marracuene, na Provincia de Maputo, sendo Centro de Saúde Marracuene e Centro de Saúde Ricathla. A selecção das Unidades sanitárias foi feita em colaboração com a Direcçao Provincial e Distrital de Saúde.

Foram realizadas visitas prévias de avaliação dos locais, em 2019. Os resultados desta avaliação mostraram que os centros de saúde selecionados reuniam condições para a realizacão do estudo nos locais. As condições incluíam as infraestruturas para permitir a presença do homen durante as CPN e parto.

Os centros de saúde do estudo localizam-se nas áreas rural e semi-urbana do Distrito de Marracuene, próxima da cidade capital, Maputo.

3.3 A intervenção

Um pacote de intervenções foi testado e avaliado em 4 Centros de saúde e comunidades da área de saúde de Marracuene. A implementação da intervenção seguiu as recomedações e directrizes nacionais sobre envolvimento do homen nos serviços de saúde, considerando uma abordagem holística da participaão do homen nos cuidados maternos, sem um grande foco nos indicadores e testagem de HIV. A intervenção incluiu as seguintes componentes:

3.4 Mobilização comunitária para sensibilização e geração de demanda e conhecimento dos serviços de atendimento de casais durante a gravidez e parto

As actividades de mobilização comunitária, iniciaram 1 mês antes do início das CPN de casais continuaram durante o período de implementação das CPN de casais. A mobilização comunitària era feita semanalmente em cada comunidade com o objectivo de sensibilizar os homens e mulheres sobre género e igualidade de género e encorajar os homens a aderirem aos cuidados de saúde materno. Para as sessões de engajamento do homen nas comunidades, um filme produzido na comunidade local, denominado "a gravidez é nossa" (https://www.youtube.com/watch?v=G--8Xs0qMtM), que retrata sobre o envolvimento do homen, nos cuidados maternos, era exibido e depois comentado por todos os participantes da comunidade (homens e mulheres em idade reprodutiva). A cada semana, uma nova comunidade era alcançada para actividade de mobilização comunitária e participação do homen nas CPN e no parto.

3.5 Implementação de CPN de casais, em um determinado período fixo.

Nesta intervenção, foi definido (provedores) que as consultas para casais seriam realizadas de terça feira a sexta feira, das 13 horas as 15:30 horas, (horàrio de funcionamento dos serviços prè natais);

Antes do início da implementação das consultas de casal, todos provedores dos serviços maternos das Unidades sanitárias da intervenção foram submetidos a um treinamento de 1 dia para atendimento de casais no pré-natal e durante o trabalho de parto e parto; O treinamento foi feito antes da implementação das consultas de casal e um refrescamento 3 meses após o início das CPN de casais foi realizado.

O treinamento foi dado pelas enfermeiras da direção de saúde com apoio da Pesquisadora Principal- enfermeira de saúde materna. O treinamento foi baseado nas "Directrizes para engajamento do homem nos cuidados de saúde"[24].

3.6. Apetrechamento e melhoria das condições dos serviços para permitir a presença dos homens nas CPN e no parto.

A área de espera nos serviços de PN e parto, foi expandida e melhorada provendo mais bancos de espera. As salas de parto foram melhoradas com provisão de separadores, roupa para uso durante o trabalho de parto pelas parturientes, materiais para avaliacao do estado de saúde da mãe e do bebê durante as CPN e parto, livros de registos, partogramas.

3.7 Recolha de dados

A avaliação da intervenção para este estudo foi feita com base na análise dos dados quantitativos e qualitativos.

3.8 Dados quantitativos

3.8.1 variáveis

As variáveis de interesse para o estudo eram:

- *% da presença do parceiro na primeiras CPN e nas CPN seguintes;*
- *% da presença do parceiro no parto*

3.8.2 Métodos de recolha

A recolha dos dados foi feita a partir dos ficheiros regulares utilizados nos serviços maternos e a partir destes retirados os indicadores/variáveis de interesse. As fichas de registo regulares (com resumos mensais) já incluem indicadores relativos à presença dos parceiros durante as primeiras CPN e à presença de um acompanhante durante o parto. Contudo, os instrumentos não discriminam se é homen ou não. Para efeitos de monitoria dos dados para posterior recolha e análise de dados de pesquisa, foi fornecido um ficheiro excel extra aos provedores, para registro da presença do parceiro masculino nas CPN seguintes e durante o parto.

A população do estudo foi constituída por todas as mulheres grávidas que atenderam as CPN durante o período de intervenção. Um assistente de pesquisa do ICRH_M recolheu os dados mensais de registo da presença do parceiro nas CPN e parto, antes, durante e após a intervenção.

3.8.3 Dados qualitativos

3.8.4 Variáveis

A recolha de dados qualitativos tinha como objectivo explorar as seguintes variáveis:
Experiências, aceitação da intervenção e barreiras percebidas para o envolvimento masculino na saúde materna seguiu 3 metodos:

3.8.5. Recolha de dados

Para responder ao objectio a abordagem qualitativa, aplicou os seguintes métodos para obtenção dos dados:

- *Discussões participativas em grupos focai do estudo photovoice:*

Foi Utilizado o *Photovoice*, como método de recolha de dados. Os critérios de inclusão para o photovoice incluíam: Estar grávida ou parceiro de mulher grávida em consultas numa das US de intervenção.
O processo de *photovoice*, oferece uma oportunidade para retratar visualmente experiências e partilhar conhecimentos pessoais sobre questões específicas que podem ser difíceis de expressar apenas com palavras [29]. *Photovoice* foi desenvolvido por Caroline C. Wang e Mary Ann Burris no início da década de 1990 como parte de uma abordagem de Pesquisa de Ação Participativa (PAR) [30].
O *Photovoice* envolve pessoas que normalmente não têm uma palavra a dizer nas decisões que afetam a sua vida quotidiana e é usado como forma de aprofundarem a sua compreensão sobre um determinado assunto.
O objetivo do *Photovoice* é apoiar a autocapacitação dos participantes, proporcionando-lhes a oportunidade de expressar suas experiências e "falar" através de fotografias sobre questões que os incomodam, conectar-se com outros em sua comunidade e defender a mudança [30].
Foi empregue o photovoice como método de recolha de dados, para permitir aprender junto dos participantes, uma vez que podem ter a sua própria compreensão do envolvimento na saúde materna e das barreiras percebidas. Para a concretização do método photovoice foram realizados os seguintes procedimentos:

- ✓ *Identificação dos participantes com critérios de elegibilidade e seu recrutamento- para o photovice foram estimados 6 casais, mas apenas 4 casais foram recrutados para participar.*
- ✓ *Realização de um workshop de formação dos participantes, pelos investigadores e antropólogo visual*;

O workshop teve uma duração de quatro horas e consistiu em formação sobre o uso e cuidado das máquinas fotográficas, e ética na fotografia, bem como sobre os objetivos do estudo. Foram fornecidos lanches para os participantes durante as sessões de treino e de discussão participativa;
Para minimizar os potenciais riscos para os participantes, o treinamento também discutiu questões éticas sobre como tirar fotos sem violar a privacidade das pessoas. Nesta questão, foi informado que os participantes não poderiam tirar fotos de pessoas que pudessem ser reconhecidas. Se quisessem fotografar uma fila de espera, por exemplo, só poderiam tirar uma fotografia a longa distância.
Os participantes do *photovoice* tiraram fotografias durante o período de 5 semanas relativamente à sua experiência com o envolvimento masculino na saúde materna, sua experiência com a gravidez, cuidados pré-natais e parto e particularmente na sua experiência com o sistema de saúde (acesso dos homens como acompanhantes durante a CPN/parto, interação com os provedores, entre outras informações que eles quisessem partilhar relacionado ao tópico de pesquisa) e potenciais barreiras para o seu envolvimento na comunidade e no centro de saúde.
Discussões participativas em grupos de discussão (DPGF) com os participantes foram realizadas a cada 1 semana, durante 4 semanas. A discussões participativas abordavam os problemas identificados ao longo da semana. Antes do início do DPGF, todas as fotografias eram impressas com uma impressora móvel. No total, foram realizadas quatro discussões comunitárias, com mulheres e homens em separado. (30–32].

- *. Discussão focal com provedores:*

Um guião semi-estruturado, baseado na análise SWOT (forças, fraquezas, oportunidades e ameaças) foi usado para orientar as discussões dos grupos focais com provedores[25].
A discussão dos grupos focais teve lugar nos respectivos centros de saúde onde os provedores prestam serviços, numa sala privada, identificada por estes. As discussões duraram cerca de 45-60 minutos.

- *Entrevistas individuais em profundidade com mulheres solteiras ou que não vivem com parceiro*

Uma amostra intencional de 9 mulheres gràvidas que na altura de recolha de dados não se encontravam a viver com o parceiro ou que não tinham parceiro, foi recrutada nos locais do estudo, a saìda do atendimento da CPN. As participantes foram entrevistadas sobre a sua experiência com a intervenção e para explorar potenciais sentimentos de discriminação por parte da comunidade/provedores. As entrevistas foram conduzidas atè ao momento da saturação (quando já não havia informações novas).

3.5 Tamanho da amostra e População do estudo

Uma estimativa, baseada nos relatòrios das DIRECTRIZES, 2018 e as prè visitas exploratórias realizadas no campo, indicam estimativas de cerca de 10% de mulheres que são acompanhadas pelo parceiro durante a CPN. Para esta pesquisa, estimou-se um aumento de 10% da presença do parceiro nas CPN, durante o período da intervenção. Um estudo realizado no Norte do país, constatou um aumento de quase 30% de acompanhantes homens nas CPN, após a implementação de uma intervenção comunitária a longo prazo e em larga escala [13]. A razão para estimarmos um aumento reduzido é devido aos seguintes factores:

1. *O envolvimento masculino é menos aceito no Sul em comparação com o Norte (devido ao sistema patrilinear versus matrilinear);*
2. *A natureza da nossa intervenção (pequena escala e curto prazo). A intervenção foi prevista para 11 meses em 2 Unidades sanitárias, contudo foi realizada em 3 meses.*

3.5.1 Amostra

O tamanho da amostra para presença do pareiro nas CPN e no parto, foi calculado com base em fórmulas de cálculo on-line (https://select-statistics.co.uk/calculators/sample-sizecalculator-two-proportions/). Os locais de recolha de dados foram contactados previamente, antes do início da intervenção para a recolha de dados, que permitissem explorar a variabilidade mensal da presença do parceiro nas CPN e parto.

3.5.1.1 Amostra da presença do parceiro nas CPN

Supondo um poder de 80% e 5% de erro tipo 1, estimamos um tamanho de amostra mínima de 197 CPN antes da intervenção e 197 durante a intervenção, para análise do aumento ou não da presença dos homens nas CPN. Estimamos um aumento de 10% durante a intervenção.

3.5.1.2 Amostra da presença do parceiro durante o parto

Assumimos um poder de 80% e 5% de erro tipo 1, estimamos um tamanho de amostra mínimo de 85 partos antes e 85 partos durante a intervenção. Estimamamos um aumento de 11% durante a intervenção.

3.6 Critérios de inclusão e recrutamento para pesquisa qualitativa

3.6.1 Participantes do photovoice

Durante os dois últimos meses de atividades de mobilização foram selecionados os participantes para a DPGF, com apoio do líder comunitário local e ativistas da saúde. Um assistente de pesquisa conduziu a recrutamento dos participantes seguindo os critérios de inclusão:

- *Estar grávida de pelo menos 6 meses ou ser parceiro de mulher grávida de 6 meses;*
- *Ter frequentado pelo menos uma CPN na US do estudo;*
- *Falar Changana ou português;*
- *Ter idade16 anos ou mais;*

Os critérios de exclusão foram:

- *Não poder ou não querer dar seu consentimento informado e impossibilidade de participar do projeto photovoice completo.*

A recolha de dados foi feita pelos antropólogos especialistas do método photovoice e pelos pesquisadores do ICRH-M. A discussão participativa do grupo focal envolveu um processo de 3 fases. *Primeiro*, os participantes selecionaram as fotografias que refletiam mais as suas barreiras percebidas e experiências com o envolvimento masculino. *Posteriormente*, contextualizaram-nas (contando histórias sobre o significado das fotografias) e, *finalmente*, codificaram (identificando as questões, as teorias temáticas que emergiram).

3.6.2 Provedores de Saúde

Todos os provedores que receberam a formação (12), e que prestavam serviço nos locais do estudo eram elegíveis para participar nas DFG. Os critérios de inclusão foram:

- *Ser fluente em português;*
- *Ter >16 anos;*
- *Ter recebido a formação.*

Os critérios de exclusão foram:

- *Não ser capaz ou não querer dar o seu consentimento esclarecido.*

A recolha de dados, e condução das DFG foi feita pela Pesquisadora do ICRH-M; com apoio de um assistente de pesquisa do ICRH-M, como observador e tomador de notas.

3.6.3 Inclusão de mulheres solteiras ou que não vivem com parceiro

As mulheres sem parceiro foram recrutadas após a saída da CPN. Uma amostra de conveniência de 9 mulheres, foram entrevistadas para compreender a experiência com as intervenções de envolvimento masculino e sobre como se sentiram durante as CPN. As entrevistas decorreram em lugar privado, identificado junto com as entrevistadas, dentro das unidades sanitárias e fora do recinto, de acordo com as preferências das entrevistadas. Os critérios de inclusão foram*:*

- *Ser fluente em português;*
- *Ter >16 anos;*
- *Ter recebido pelo menos 1 CPN durante a intervenção*

Os critérios de exclusão foram:

- *Não ser capaz ou não querer dar o seu consentimento esclarecido.*

3.7 Procedimentos de Recolha de dados quantitativos

3.7.1 Recolha de dados dos ficheiros hospitalares

Foi criada uma interface de introdução de dados em Excel para todos os dados quantitativos. Os dados foram recolhidos a partir dos livros de registo e relatórios mensais de dados e inseridos

diretamente na folha de excel em um tablet e depois importados para base de dados no excel-2019, onde foi feita a gestão e análise.

3.8 Questões éticas

3.8.1 Processo de consentimento, confidencialidade, privacidade e anonimato

Para as DPGF, homens e mulheres foram separados. A informação sobre o objetivo da DPGF e o estudo global foram fornecidas antes do início das discussões. A confidencialidade e o anonimato foram assegurados aos participantes, durate todas as fases e procedimentos de recoha de dados. Todos os participantes foram explicados sobre o estudo e sobre os métodos. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento antes de fornecerem informações.

Nenhum incentivo foi fornecido, além de pequenos lanches para os participantes da DPGF e das DFG. Participantes da DPGF, foram reembolsados valor equivalente pelos seus gastos com o transporte, para os locais onde decorreram as sessões. Os dados demográficos de cada participante foram anotados no formulário de resumo (sexo, idade, estado civil e ocupação). Os participantes do photovoice receberam uma câmera fotográfica para uso durante on estudo. Todos os participantes devolveram o equipamento depois do estudo.

Os dados recolhidos foram gravados por um gravador de voz (com consentimento dos participantes). Embora os participantes da DFG e da DPGF, tenham se apresentado e fossem referidos na discussão pelo seu primeiro nome, os seus nomes não foram utilizados para análises de modo a garantir seu anonimato. Cada participante doi atribuído um número para facilitar a identificação de diferentes vozes ao transcrever e referenciar citações. O Termo de consentimento livre e esclarecido pode ser encontrado em anexo.

3.8.2 Confidencialidade durante e após o trabalho de campo

Todas as fotos, notas, formulários resumidos e arquivos de áudio foram mantidos em local seguro pelo Pesquisador principal do ICRH-M, em sala trancada sem acesso a pessoas não autorizadas.

Resumos curtos das observações do trabalho de campo foram digitados no Word e compartilhados apenas com membros da equipe de pesquisa. Todas as cópias em papel e em formato digital das notas de campo, das fotografias, dos ficheiros áudio, do formulário de resumo, dos formulários de consentimento e de quaisquer outras notas foram guardadas de forma segura. A informação digital, foi guardada num computador protegido por palavra-passe, com cópia de segurança regular e apenas partilhadas com os membros da pesquisa incluindo fotografias. As fotos serão destruídas e excluídas um ano após o estudo.

3.8.3 Introdução de dados DPGF

Os dados de aúdio foram transcritos por um transcritor experiente e verificados pelo pesquisador. No processo de transcrição as gravações áudio foram ouvidas atentamente e, em seguida, transcritas por um transcritor experiente, para um documento de texto simples no Word. Posteriormente, os dados transcritos foram exportados para o RQDA, um software de gestão qualitativa de dados, para codificação e análise. Todos os registos digitados foram mantidos em discos rígidos do computador protegidos por palavra-passe e numa unidade de cópia de segurança protegida por palavra-passe. Foi aplicado um esquema normalizado a todas as transcrições, a fim de facilitar a comparação dos dados na fase de análise [26]. Isto incluiu um resumo de dados quantitativos para descrever as características demográficas dos participantes, a localização e outras informações-chave para situar a entrevista. Para este estudo, o método de transcrição refletiu a abordagem interpretativa subjacente à investigação qualitativa, procurando transmitir o mais plenamente possível as experiências e representações dos participantes. Portanto, seguiu-se um método de transcrição palavra por palavra, gravação de todas as hesitações, pausas, enunciados, conversas cruzadas e frases incompletas [27]. A transcrição foi revista em relação aos arquivos de áudio tanto pelo transcritor quanto pelo pesquisador e outros membros da equipa, para verificar a precisão, identificar quaisquer palavras perdidas ou mal-ouvidas e esclarecer quaisquer áreas de confusão ou terminologia pouco clara [26]. Todas as consultas e alterações foram feitas usando a ferramenta de controle de alterações do MSWord. No fim, foi acordada uma versão limpa da transcrição. Todas entrevistas e discussões foram conduzidas em português e, portanto, transcritas pra língua portuguesa, excepto uma entrevista da uma mulher solterira que foi realizada em Changana, transcrita diretamente de changana para português.

3.8.4 Tradução

Para a entrevista realizada em Shangana, foi traduzida para o português durante a transcrição. Na investigação qualitativa aplicada, é importante que o quadro temático utilizado para codificar ou indexar transcrições seja informado tanto pelos guias temáticos originais como pelos conceitos que emergem diretamente dos próprios participantes. Por conseguinte, a codificação foi feita em português.

3.8.5 Verificação cruzada

Cada transcrição foi verificada pelo pesquisador ouvindo secções das gravações e cruzando a transcrição, tanto nas entrevistas em português, assim como em Shangana. As transvrocoes finais foram partilhadas por todos os pesquisadores para efeitos de codificação e comparação.

3.8.6 Organização dos dados

Os ficheiros de dados foram importados para uma nova base de análise, RQDA, onde foram arquivadas todas as transcrições, resumos de dados demográficos e ficheiros áudio. Os dados qualitativos e os dados quantitativos (características sociodemográficas de cada participante) foram interligados.

3.9 Análises

A análise de dados foi realizada pelos pesquisadores principais de cada local (ICRH-M e Universidade de Ghent), com apoio dos estaticistas do ICRH-M. A análise dos dados da intervenção foi feita 3 meses depois do início da sua implementação.

3.9.1 Análise qualitativa

A análise qualitativa foi feita através dos dados do Photovoice dos casais; dados das entrevistas em profundidade a mulheres sem parceiro e dados das discussões focais de grupo de provedores.

Tal permitiu uma análise e reflexão contínuas sobre os objetivos e resultados da pesquisa. Os transcritos foram codificados, agrupando as descrições de observações e conversas informais em temas. Paralelamente a codificação, foi mantido um diário analítico reflexivo, para desenhar e justificar temas e linhas de investigação emergentes. As transcrições foram codificadas linha a linha, desenvolvendo-se posteriormente temas e construções teóricas agrupando a codificação de base [28]. Este método tornou a abordagem interativa para construção de teoria fundamentada. Um modelo de codificação foi inicialmente desenvolvido a partir de algumas das transcrições iniciais e foi usado para codificar transcrições posteriores em um processo contínuo à medida que os dados foram colectados. À medida que mais transcrições foram sendo codificadas, o modelo foi aperfeiçoado para refletir quaisquer novas ideias ou temas emergentes. A análise contínua caracterizou-se pelo regresso frequente às transcrições originais para garantir que o texto era codificado dentro do contexto. A codificação foi realizada utilizando o software de análise qualitativa de dados RQDA. Após o processo de codificação, os temas e construções teóricas foram desenvolvidos a partir das notas de campo e das transcrições. Este processo analítico procurou situar as práticas e perceções da intervenção nas redes mais amplas em que estão inseridas, dando atenção aos contextos culturais, históricos, políticos e económicos[29]. A análise foi realizada com referência a campos mais amplos de literatura e teoria sobre esses tipos particulares de intervenção, bem como teorias relacionadas ao trabalho cotidiano da saúde pública tal como promulgado pelos diferentes atores envolvidos nesta intervenção [28, 29]. Para as DPGF, DFG e EP, a análise já acontecia durante a discussão dos grupos e em conjunto com os participantes. Após cada discussão, os pesquisadores e o antropólogo visual resumiam os resultados que eram revistos na discussão seguinte. A transcrição dos dados ajudou a refinar e aprofundar as descobertas reflectidas no relatório.

3.9.2 Análise quantitativas

A análise dos dados quantitativos, incluiu o reporte de frequências da presença dos homens nas CPN e parto antes e depois da intervenção; reporte de estatística descritiva e teste z de duas proporções e testes de significância dos dados da presença do parceiro nas CPN e parto.

Para medir as diferenças entre proporções, um teste T de duas amostras foi usado para examinar se há diferença na proporção entre os indicadores da presença de parceiro nas CPN e no parto antes e durante a intervenção.

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

A tabela 1, apresenta as características dos participantes do método qualitativo. Nas discussões participativas do Photovoice, o estudo incluiu 8 participantes, sendo 4 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Todos os participantes eram casados ou viviam maritalmente com seus parceiros. A idade dos participantes variou entre 18 e 40 anos. Nas entrevistas em profundidade, o estudo incluiu 9 participantes gestantes sem parceiro ou solteiras. As idades das participantes variaram entre 16 e 40 anos de idade. Nas discussões focais de grupo partiparam 9 provedores de saúde, todas do sexo feminino. As suas idades variaram entre 21 e 52 anos.

Tabela 1: Dados sociodemográficos (abordagem qualitativa)

Participantes Photovoice	**Proveniência**	**Idade**	**Sexo**	**Nível de Educação**	**Profissão**
Total=8					
1	Ricathla	39	F	Secundário	Doméstica
2	Ricathla	38	F	Secundário	Doméstica
3	Ricathla	27	F	Primário	Doméstica
4	Ricathla	22	M	Secundário	Cabelerreira
5	Ricathla	18	F	Secundário	Estudante
6	Ricathla	27	F	Secundário	Doméstica
7	Ricathla	40	M	Primário	Pedreiro
8	Ricathla	21	M	Superior	Estudante
9	Ricathla	25	M	Secundário	Comerciante
Participantes Grupos de discussão focal	Unidade sanitária	Idade	Sexo	Nível educacional	Experiência de trabalho em saúde materna infantil
Total =9					
1	Maraccuene	47	F	Enfermeira de saúde materna infantil	15
2	Maraccuene	52	F	Enfermeira de saúde materna infantil	24
3	Maraccuene	36	F	Enfermeira de saúde materna Superior	13
4	Maraccuene	40	F	Enfermeira de saúde materna infantil	8
5	Ricatlha	36	F	Enfermeira de saúde materna infantil	6
6	Ricatlha	21	F	Enfermeira de saúde materna infantil	1
7	Ricatlha	31	F	Enfermeira de saúde	2

				materna infantil	
8	Ricatlha	33	F	Enfermeira de saúde materna infantil	2
9	Ricatlha	30	F	Enfermeira de saúde materna infantil	8
Participantes da Entrevista em profundidade	Proveniência	idade	sexo	Nível de educação	Idade gestacional
Total =9					
1	Maraccuene	33	F	Secundário	5
2	Maraccuene	34	F	Secundário	8
3	Maraccuene	40	F	Primário	8
4	Maraccuene	25	F	Secundário	7
5	Maraccuene	28	F	Secundário	5
6	Maraccuene	24	F	Secundário	7
7	Ricatlha	32	F	Secundário	8
8	Maraccuene	21	F	Secundário	8
9	Ricatlha	23	F	Superior	7
10	Ricatlha	16	F	Secundário	7

4.2 Resultados qualitativos (temas emergidos do estudo photovoice, discussão focal de grupos dos provedores, entrevistas em profundidade com gesntantes sem parceiro)

Dois temas gerais surgiram durante a análise dos dados sendo as experiências dos centros de saúde e as normas comunitárias sobre a gravidez. Dentro destes temas foram identificados vários subtemas:

Tema 1. ***Experiências em centros de saúde Reconhecimento de parceiros masculinos durante a gravidez***

Tanto os profissionais de saúde como os casais explicaram que o projeto causou mais recompensa e reconhecimento para os parceiros masculinos estarem plenamente presentes durante a gravidez, tanto física como emocionalmente. Os profissionais de saúde explicaram que, através de consultas de casal dedicadas, os parceiros masculinos ficaram mais convencidos da importância e sentiram que eram realmente necessários lá. Isso foi ecoado por uma mulher durante todo o projeto de fotovoz (veja abaixo), que fez uma foto sua com seu parceiro, participando das consultas do casal.

Figura 1 "*Ele ficou mais interessado na gravidez e nas consultas em si e compreendeu as minhas dificuldades."*



Além disso, outros participantes concordaram que as consultas de casal podem ter um forte impacto no papel geral do parceiro masculino para além da consulta. As consultas de casal tornaram os parceiros masculinos mais conscientes da importância da sua família e colocaram sempre a sua família em primeiro lugar. Na sessão de fotovoz final, isso foi expresso por uma coleção de fotos chamada "Importância da Família" (veja abaixo).



Processos de cuidados melhorados

Os profissionais de saúde acharam mais prático trabalhar diretamente com o casal do que apenas com as mulheres. A presença do parceiro masculino facilitou a ameaça de infeções, por exemplo.

"Para nós, enquanto fornecedores, as consultas de casal têm várias vantagens... falando de ISTs por exemplo, as consultas de casal diminuíram as ISTs recorrentes porque quando a esposa é apenas solicitada a trazer o parceiro e passar informações, o parceiro não vem e o resultado são infeções recorrentes, mas quando eles estão juntos como casal no ANC, podemos tratar imediatamente e o problema acabou".

Eles também explicaram que passar informações para o casal é vantajoso para a saúde da mulher e sua gravidez. As mulheres nem sempre são acreditadas quando passam a informação dos profissionais de saúde, por isso é necessário dar a informação diretamente ao parceiro.

"Se essa mulher tem hipertensão e ela sempre vem sozinha, recebe informações e volta para casa e dá feedback ao parceiro, ele vai contra ela. Mas quando ele também recebe a informação e vê que o que ela estava dizendo não era da boca dela, mas dos provedores, ele começa a dar

mais apoio e carinho para a esposa... Esta é uma vitória para nós, enquanto provedoras, porque conseguimos evitar muitos problemas para estas mulheres".

Possibilidade de ter companheiros do sexo masculino durante o parto

Nos locais de intervenção foi permitida e apoiada a presença do parceiro durante o parto, o que foi percebido como positivo tanto pela mulher quanto pelo parceiro masculino. Um parceiro masculino, participante do projeto fotovoz, assistiu ao parto e descreveu este como sendo um momento muito importante na paternidade e experiência positiva que ele quer que seus irmãos adotem. Os profissionais de saúde mostraram-se positivos em permitir parceiros do sexo masculino, mas explicaram que isso só era possível em determinadas circunstâncias.

... Sou o filho mais velho da minha mãe, como irmão mais velho quero passar estes bons exemplos aos meus irmãos mais novos, para que cuidem das suas famílias".

Participar sozinho nas consultas

As mulheres que compareceram sozinhas às consultas de pré-natal tinham razões muito diferentes para não trazer um parceiro. Algumas mulheres tinham um parceiro a trabalhar no estrangeiro, enquanto outras não mantinham uma relação. Uma mulher explicou que se sentia apoiada pelo parceiro, mas de outra forma que não as consultas com ela.



No geral, as mulheres sem parceiro presente não tiveram uma experiência negativa no centro de saúde. Frequentavam as consultas regulares de pré-natal e eram tratadas com respeito.

"Somos todas mulheres e tratam-nos todas da mesma forma, com ou sem parceiro".

Mas, uma mulher explicou que os homens em geral são atendidos antes das mulheres, o que foi percebido como uma injustiça.

"A única coisa que me incomoda é que os homens podem ir a qualquer momento para consultas, enquanto temos que esperar o dia inteiro."

Tema 2. Normas comunitárias que influenciam a gravidez

As mulheres cuidam da casa sozinhas

Apesar das mudanças positivas, os papéis tradicionais de gênero ainda estão impactando o comportamento de homens e mulheres durante a gravidez. Na comunidade existe a crença de que as grávidas devem ficar em casa e cuidar das tarefas domésticas e/ou de outras crianças. Durante a sessão de fotovoz com mulheres, ficou claro que as mulheres se sentem sozinhas ao gerenciar as tarefas domésticas e cuidar dos filhos. Os homens explicaram durante as sessões que tentam ajudar a parceira grávida, mas a responsabilidade geral continua a ser das mulheres.



Figura 1Quando estou a fazer estas tarefas sinto-me muitas vezes sozinha porque o meu marido não está lá ou não ajuda"

Grávidas ficam em casa

Se as grávidas continuarem a trabalhar fora de casa ou a estudar, uma participante explicou que a comunidade vai fofocar e considerar isso como algo negativo. Ela lutou com essas normas da comunidade e seu próprio desejo de continuar estudando. Enquanto ela tentava ignorar as crenças e comentários de outras pessoas, ela achava isso difícil. Além disso, vários outros participantes explicaram as crenças da comunidade de que as mulheres grávidas devem dedicar seu tempo à família e à administração da casa. A procura ativa de emprego ou o início de novas atividades (como estudar) durante a gravidez não é apoiada e considerada pouco saudável para o bebé.



Figura 2 "Para mim a minha gravidez não é uma barreira, quero continuar a estudar".

As fofocas na comunidade tornam muitas vezes difícil para as mulheres seguirem o seu próprio caminho. Especialmente quando estão grávidas, são confrontadas com normas fortemente enraizadas sobre a maternidade na comunidade, dificultando as suas próprias escolhas, esperando-se muitas vezes que dediquem a sua vida à educação dos filhos. À luz destas normas, é difícil para as mulheres continuarem a estudar ou a tentar construir uma carreira.



Figura 3"As pessoas devem cuidar do seu próprio negócio e manter a boca fechada."

A gravidez como impulso para a mudança

Todas as participantes viram a gravidez e o parto como um novo começo com novas possibilidades e caminhos. Eles criaram seus filhos pequenos como sendo recetivos e cuidando de sua família. Eles acreditavam fortemente nas gerações futuras, onde os homens estão mais envolvidos em cuidar dos filhos e fazer as tarefas domésticas. Eles também tentaram educar seus meninos para assumir um papel de cuidadores na família. Estes resultados foram agrupados num painel de fotografias na última sessão (ver abaixo).

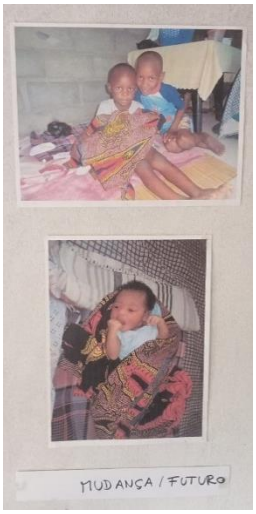


Figura 4 "Meus meninos crescem aprendendo a cuidar de sua irmã mais nova e eles adoram.

4.3 Dados quantitativos

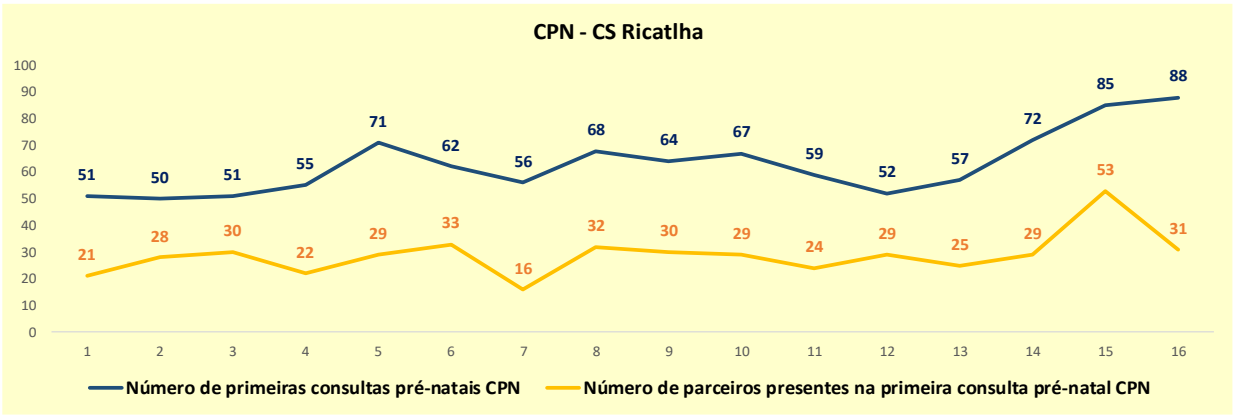
Análise das variáveis da presença do parceiro masculino nos dois centros de saúde de implementação (comparar e estimar o aumento da presença do parceiro nas CPN e parto antes e durante a intervenção)

Foram feitas análises da presença do parceiro nas CPN e no parto durante 3 meses. Os resultados reportados não mostram variações significativas quanto a presenca dos parceiros antes e durante as CPN e parto.

Os gráficos 1 e 2 representam as variações da presença do parceiro durante as CPN nos dois centros de implementação da intervenção, e os gráficos 3 e 4 a variação da presença do parceiro no Parto.

Grafico1. Variação presenca do parceiro nas CPN no CS Ricatla

											Antes			Durante		
Centro de Saúde de Ricatlha	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr
3 Número de primeiras consultas pré-natais CPN	51	50	51	55	71	62	56	68	64	67	59	52	57	72	85	88
4 Número de parceiros presentes na primeira consulta pré-n	21	28	30	22	29	33	16	32	30	29	24	29	25	29	53	31



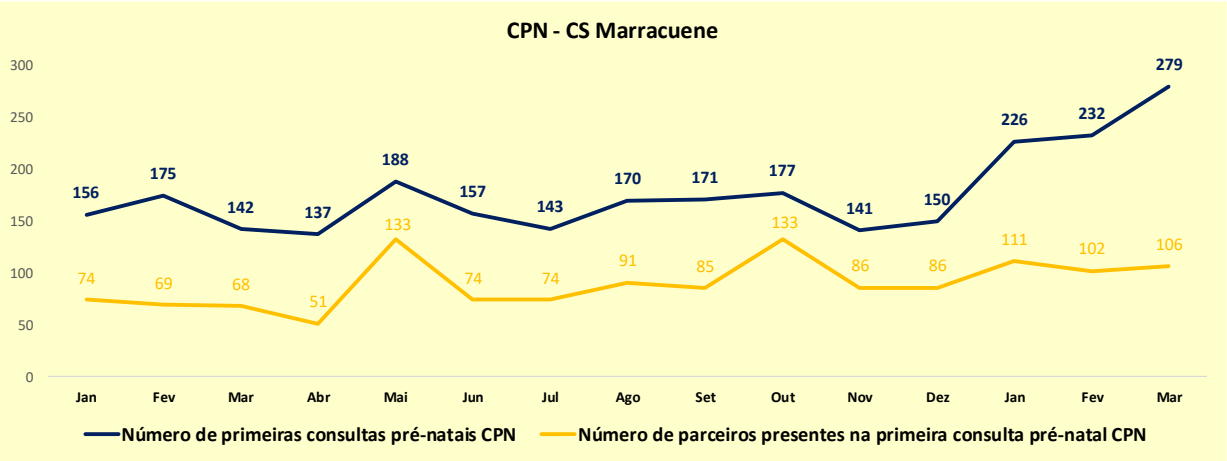
X^2	0.0038	**Proporção Antes:**	**46.4%**
df	1	**Proporção durante:**	**46.1%**
p-value	**0.951**	**variação %:**	**-0.3%**

Ho: As proporções do parceiro presente são iguais antes e durante a intervenção

H1: As proporções do parceiro presente são diferentes antes e durante a intervenção

Grafico 2. Variação da presença do parceiro nas CPN no CS Marracuene

		Antes										Durante					
	Centro de Saúde de Marracuene	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr
3	Número de primeiras consultas pré-natais CPN	192	156	175	142	137	188	157	143	170	171	177	141	150	226	232	279
4	Número de parceiros presentes na primeira consulta pré-natal CP	63	74	69	68	51	133	74	74	91	85	133	86	86	111	102	106



Proporção Antes	**65.2%**	X^2	54.9195
Proporção durante	**43.3%**	df	1
variação %	**-21.9%**	p-value	0.000

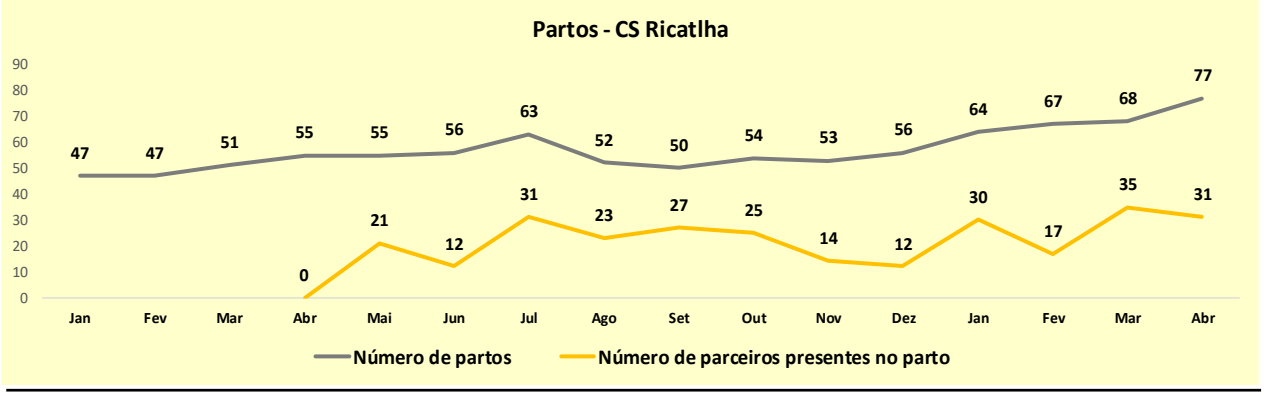
Teste Qui-Quadrado

Ho: As proporções do parceiro presente são iguais antes e durante a intervenção

H1: As proporções do parceiro presente são diferentes antes e durante a intervenção

Grafico 3. Variação presença do parceiro no parto no CS Ricatla

												Antes			Durante	
	Centro de Saúde de Ricatlha	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr
1	Número de partos	47	47	51	55	55	56	63	52	50	54	53	56	64	67	68	77
2	Número de parceiros presentes no parto				0	21	12	31	23	27	25	14	12	30	17	35	31



Proporção Antes:	**32.4%**
Proporção durante:	**39.2%**
variação %	**6.8%**

X^2	1.8988
df	1
p-value	**0.168**

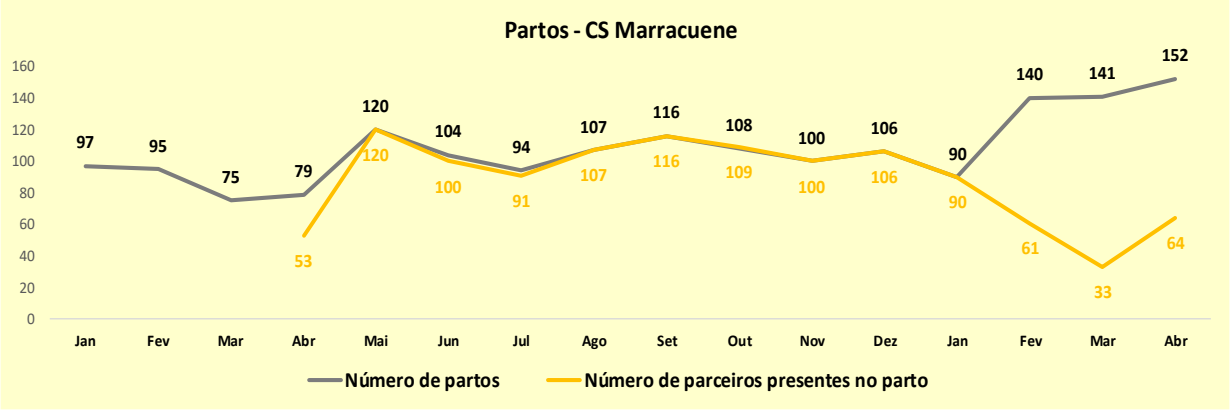
Teste Qui-Quadrado

Ho: As proporções do parceiro presente são iguais antes e durante a intervenção

H1: As proporções do parceiro presente são diferentes antes e durante a intervenção

Grafico 4. Variação presença do parceiro no parto no CS Marracuene

		Antes										Durante					
	Centro de Saúde de Marracuene	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr
1	Número de partos	97	95	75	79	120	104	94	107	116	108	100	106	90	140	141	152
2	Número de parceiros presentes no parto				53	120	100	91	107	116	109	100	106	90	61	33	64



Proporção Antes	**100.0%**	X^2	301.8618
Proporção durante	**36.5%**	df	1
variação %	-63.5%	p-value	0.000

Teste Qui-Quadrado

Ho: As proporções do parceiro presente são iguais antes e durante a intervenção

H1: As proporções do parceiro presente são diferentes antes e durante a intervenção

Pelo Teste Qui-Quadrado não se rejeita Ho. O que significa afirmar que a presença do parceiro nas CPN e no parto, não foi influenciada durante o período da intervenção.

5. DISCUSSÃO

A avaliação qualitativa deste estudo piloto mostrou resultados promissores para melhorar o envolvimento masculino na saúde materna através da organização de consultas de casal agendadas durante a gravidez na zona rural de Moçambique. Os resultados mostraram que as consultas de casal podem causar mais reconhecimento do parceiro masculino durante a gravidez, fazendo com que os parceiros masculinos se interessem mais pela gravidez e assumam um papel mais ativo. Também os profissionais de saúde relataram experiências positivas com as consultas de casal em termos de melhores processos de cuidados, como por exemplo, para prevenção e tratamento de ISTs.

Neste estudo, as crenças da comunidade parecem ser muito fortes na imposição de papéis tradicionais de gênero, apesar do desejo de mudança entre os participantes. Os resultados mostram uma mudança de atitude entre os homens em relação ao seu papel durante a gravidez, mas outras normas sobre as mulheres serem responsáveis pelas tarefas domésticas parecem persistir. Dentro deste projeto foram realizadas atividades de sensibilização da comunidade, mas de curto prazo e em pequena escala. Para questionar e potencialmente alterar as normas de género nestas comunidades, serão necessárias intervenções a mais longo prazo, envolvendo partes interessadas de diferentes níveis [30]. As evidências em torno das normas de gênero também mostram que as intervenções que começam em uma idade mais jovem têm resultados promissores para promover a igualdade de gênero [30, 31]Isto também se relaciona com os nossos resultados, onde os participantes preveem um futuro promissor para os seus filhos. Acreditam em papéis de género mais igualitários, em que os homens participam nas tarefas domésticas e criam os filhos. Ao passar esta mensagem aos seus filhos, têm um futuro positivo em mente com mais apoio em casa. Isso mostra que a gravidez pode ser considerada como uma janela de oportunidade para abordar normas de gênero nocivas dentro das comunidades.

Foram explorados potenciais efeitos secundários negativos da intervenção em mulheres solteiras. Embora a intervenção não tenha parecido afetar sua experiência com os cuidados da gravidez, um tempo de espera persistentemente maior para mulheres solteiras em geral foi relatado. Isto parece sinalizar que ainda existe uma prática de atender homens (ou mulheres acompanhadas por um parceiro) mais rapidamente do que as mulheres, embora este projeto quisesse eliminar essa prática agendando as consultas de casal em dias fixos (em vez de dar prioridade aos casais). Não temos provas concretas sobre os tempos de espera para as mulheres solteiras, mas estas formas de discriminação de género ao nível dos centros de saúde devem ser examinadas mais

aprofundadamente. Tempos de espera mais longos para mulheres solteiras sinalizam um problema mais enraizado, em que o gênero é um fator fundamental que molda a qualidade dos cuidados de saúde e os sistemas e resultados de saúde mais amplos[32].

5.1 Limitações

- Este projeto de investigação tem várias limitações. Foi um projeto de pequena escala com generalizabilidade limitada. A experiência dos casais com consultas de casal agendadas pode ser diferente noutros contextos, dependendo das normas socioculturais e dos fatores do sistema de saúde. Além disso, trata-se de uma avaliação qualitativa, sendo necessária uma análise quantitativa mais aprofundada para examinar o efeito na aceitação dos cuidados de saúde materna ao longo da continuidade dos cuidados. Por fim, nossos métodos de coleta de dados (fotovoz e entrevistas qualitativas) exigiram contato direto face a face com a equipe de pesquisa, o que poderia introduzir um viés de desejabilidade social.
- O método Photovoice tem potencial viés relacionado à seleção de participantes que concordam em participar do estudo, e quão bem esses indivíduos representam sua comunidade. A participação no photovoice requer muito tempo e os indivíduos que estão dispostos a gastar o seu tempo para participar num projeto comunitário tendem a ser os membros da comunidade que estão naturalmente mais envolvidos na comunidade, portanto, existe um potencial enviesamento dos resultados que pode limitar a transferibilidade dos resultados para outros contextos. Para minimizar este fenómeno, foi considerada a seleção dos participantes de diferentes origens sociodemográficas e o fornecimento de almoços durante as DPGFs (o que também pode atrair participantes com menos tempo).

6. CONCLUSÕES

Trata-se de uma intervenção piloto, cujo objectivo foi de testar a viabilidade e aceitabilidade de um pacote de intervenção para aumentar a presença masculina na saúde materna. A pesquisa recorreu a duas abordagens para avaliar a aceitabilidade da intervenção e examinar o aumento da presença do parceiro nos cuidados pré-natais e de parto.

Embora os dados quantitativos não mostraram diferenças estatisticamente significativas quanto ao aumento da presença do parceiro nas consultas prè natais, os dados qualitativos mostraram aceitabilidade da intervenção.

Os dados qualitativos, obtidos através do photovoice, mostraram aceitabilidade da intervenção tanto nas mulheres e homens, assim como pelos provedores;

A implementação de consultas de casal agendadas ao nível dos centros de saúde é uma estratégia promissora para estimular a participação ativa dos parceiros masculinos na saúde materna. No entanto, as normas de género profundamente enraizadas em torno da gravidez e das tarefas domésticas parecem persistir e necessitarão de mais intervenções a longo prazo a vários níveis.

6.1 Implicações

Intervenções para aumentar o envolvimento dos homens na saúde materna devem ter em conta ações de melhorias de condições dos serviços e atendimento para permitir o acesso e participação dos homens durante a gravidez e parto, isto é, serviços amigáveis para homens participarem nos cuidados maternos e acoes multissectoriais incluindo a nível comunitário para desconstrução das normas sociais de género que limitam a participação do homen na saúde materna.

Este estudo avaliou a viabilidade da implementação de intervenções de envolvimento masculino em uma área urbana semirrural na Província de Maputo. Os resultados desta pesquisa, descrevem as barreiras e facilitadores para a implementação de intervenções para o envolvimento masculino na saúde materna, através da recolha de dados qualitativas e quantitativas.

Localmente, o projeto tem potencial de estimular o envolvimento masculino na saúde materna. Isto pode levar a benefícios para a saúde de mulheres grávidas, seus parceiros e seus recém-nascidos, no distrito de Marracuene.

Os potenciais benefícios incluem: um melhor acesso aos serviços de saúde (através de apoio social e logístico do marido); melhoria da prevenção e do tratamento de doenças tanto para os cônjuges como para o recém-nascido (tais como HIV, ISTs e malária); melhores conhecimentos em matéria de saúde e preparação para a natalidade; e melhoria da comunicação entre cônjuges sobre questões de saúde materna.

Outros benefícios estão ligados aos papeis dos provedores.

Os provedores receberam formação sobre: papéis e estereótipos de género, com essa formação espera-se que conduzam a melhores práticas na prestação de cuidados aos casais durante os cuidados maternos e o manejo de situações por exemplo, da violência baseada no género.

De um modo mais geral, as evidências científicas geradas a partir deste estudo podem ser benéficas para as comunidades em Marracuene e em outros contextos. O estudo pode fornecer insights sobre o conceito complexo de envolvimento masculino na saúde materna no contexto local, o que pode permitir a concepção de programas que visam melhorar o envolvimento masculino na saúde materna;

Os resultados do estudo serão publicados em artigos científicos para revistas internacionais e um resumo político mais curto (policy brief) para Ministério da Saúde e outros intervenientes para advogacia e além disso, será organizada um simpósio de divulgação dos resultados e debater as lições aprendidas com os intervenientes chaves e outros interessados.

6.2 Recomendações

MISAU: Incorporação nas estratégias de envolvimento masculino na saúde materna de acções multissectoriais, para permitir o acesso e participação dos homens durante a CPN e parto (serviços amigáveis para homens participarem na gravidez e no parto);

Pesquisadores: Aumentar o tempo de implementação da intervenção para permitir uma avaliação de larga escala e medir o impacto da intervenção

6.3 Lições aprendidas

O envolvimento masculino na saúde materna é um processo complexo; estratégias com potencial de melhorar a participação do homem na saúde materna requerem ações desde a comunidade e criação de um ambiente intra-hospitalar amigável;

O envolvimento masculino na saúde materna tem potencial de melhorar o envolvimento do homem em outras actividades e cuidados gerais com a família;

Os homens tem maior interesse em participar na saúde materna, quando percebem a importância e necessidade dada ao seu envolvimento;

As consultas de casais são aceites e vistas numa perspectiva positivista por homens, mulheres e provedores, o que concorre para redução de normas sociais e maior engajamento masculino nos cuidados maternos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organization, W.H., *Trends in maternal mortality: 1990-2015: estimates from WHO, UNICEF, UNFPA, world bank group and the United Nations population division*. 2015: World Health Organization.
2. SAÚDE, M.D., *Relatório Anual de Auditoria de Mortes Maternas e Neonatais – 2017*. 2017, MISAU: Maputo- Mocambique.
3. David, E., et al., *Maternal near miss and maternal deaths in Mozambique: a cross-sectional, region-wide study of 635 consecutive cases assisted in health facilities of Maputo province.* BMC pregnancy and childbirth, 2014. **14**(1): p. 1-8.
4. Singh, K., et al., *Acknowledging HIV and malaria as major causes of maternal mortality in Mozambique.* International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2014. **127**(1): p. 35-40.
5. Påfs, J., et al., *'They would never receive you without a husband': paradoxical barriers to antenatal care scale-up in Rwanda.* Midwifery, 2015. **31**(12): p. 1149-1156.
6. De Schacht, C., *Factors influencing mother-to-child transmission of HIV during pregnancy and breastfeeding in Mozambique*. 2015, Ghent University.
7. MISAU, *MISAU C. Resposta Global à SIDA Relatório do Progresso, 2016 MOÇAMBIQUE. J Chem Inf Model. 2016;53:1689–99.* Ministerio da saúde, 2016.
8. Oyerinde, K., *Can antenatal care result in significant maternal mortality reduction in developing countries.* J Community Med Health Educ, 2013. **3**(2): p. 2-3.
9. Firoz, T., et al., *Community perspectives on the determinants of maternal health in rural southern Mozambique: a qualitative study.* Reproductive Health, 2016. **13**: p. 123-131.
10. Inácio, R.S., C. Corradi-Perini, and M. Gomes, *Saúde materna em Moçambique.* Revista Iberoamericana de Bioética, 2021(15): p. 01-10.

11. Haruna, U., G. Dandeebo, and S.Z. Galaa, *Improving access and utilization of maternal healthcare services through focused antenatal care in rural Ghana: a qualitative study.* Advances in Public Health, 2019. **2019**.
12. Comrie-Thomson, L., et al., *Challenging gender inequity through male involvement in maternal and newborn health: critical assessment of an emerging evidence base.* Culture, health & sexuality, 2015. **17**(sup2): p. 177-189.
13. Audet, C.M., et al., *Barriers to male involvement in antenatal care in rural Mozambique.* Qualitative health research, 2016. **26**(12): p. 1721-1731.
14. Mkandawire, E. and S.L. Hendriks, *A qualitative analysis of men's involvement in maternal and child health as a policy intervention in rural Central Malawi.* BMC pregnancy and childbirth, 2018. **18**(1): p. 1-12.
15. Kaye, D.K., et al., *Male involvement during pregnancy and childbirth: men's perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in Mulago Hospital, Uganda.* BMC pregnancy and childbirth, 2014. **14**(1): p. 1-8.
16. Jennings, L., et al., *Women's empowerment and male involvement in antenatal care: analyses of Demographic and Health Surveys (DHS) in selected African countries.* BMC pregnancy and childbirth, 2014. **14**: p. 1-11.
17. Mangeni, J.N., et al., *DHS Working Papers.* 2013.
18. Morfaw, F., et al., *Male involvement in prevention programs of mother to child transmission of HIV: a systematic review to identify barriers and facilitators.* Systematic reviews, 2013. **2**: p. 1-13.
19. MISAU, *romoting Respectful Maternity Care in Mozambique 1.* https://www.mchip.net/sites/default/files/Promoting_RMC_in_Mozambique.pdf, 26-10-2023.
20. SIDA, C.N.d.C.a., et al., *Inquérito de Indicadores de Imunização,*

Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA)

2015

Relatório de Indicadores Básicos de HIV

2017.

21. Bailey, P.E., et al., *The triple threat of pregnancy, HIV infection and malaria: reported causes of maternal mortality in two nationwide health facility assessments in Mozambique, 2007 and 2012.* BMC pregnancy and childbirth, 2015. **15**: p. 1-13.
22. August, F., *Effect of Home Based Life Saving Skills education on knowledge of obstetric danger signs, birth preparedness, utilization of skilled care and male involvement: A Community-based intervention study in rural Tanzania*. 2016, Acta Universitatis Upsaliensis.
23. Theuring, S., et al., *Increasing partner attendance in antenatal care and HIV testing services: comparable outcomes using written versus verbal invitations in an urban facility-based controlled intervention trial in Mbeya, Tanzania.* PloS one, 2016. **11**(4): p. e0152734.
24. MISAU, *Directrizes para Operacionalização da Integração do Planeamento Familiar em Outros Serviço.* https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KHQZ.pdf acessado a 26-10-2023, S/D.
25. Helms, M.M. and J. Nixon, *Exploring SWOT analysis–where are we now? A review of academic research from the last decade.* Journal of strategy and management, 2010. **3**(3): p. 215-251.
26. Guest, G., E.E. Namey, and M.L. Mitchell, *Collecting qualitative data: A field manual for applied research*. 2013: Sage.
27. Witcher, C.S., *Negotiating transcription as a relative insider: Implications for rigor.* International Journal of Qualitative Methods, 2010. **9**(2): p. 122-132.
28. Saldaña, J., *The coding manual for qualitative researchers*. 2021: sage.
29. Creswell, J.W. and C.N. Poth, *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. 2016: Sage publications.
30. Barker, G., et al., *Questioning gender norms with men to improve health outcomes: evidence of impact.* Global public health, 2010. **5**(5): p. 539-553.
31. Gayles, J., et al., *Balancing Quality, Intensity and scalability: Results of a Multi-level sexual and reproductive health intervention for very young adolescents in Kinshasa.* Journal of Adolescent Health, 2023. **73**(1): p. S33-S42.
32. Hay, K., et al., *Disrupting gender norms in health systems: making the case for change.* The Lancet, 2019. **393**(10190): p. 2535-2549.

Anexos

APPENDIX A: Guião de faciliatação de discussões focais com provedores

Seção de Consentimento informado

Antes de começarmos as discussões, eu gostaria de pedir seu consentimento informado por escrito,

seguindo a folha de informações que descreve o estudo em detalhes.

Discussão

Antes de iniciarmos as discussões, por favor, apresente-se dizendo seu nome, natureza do trabalho e por

quanto tempo você está trabalhando como prestador de cuidados de saúde.

Entrevista

Qual foi sua experiência com o treinamento sobre o envolvimento masculino?

O que era novo para você?

Qual foi a coisa mais importante que você aprendeu

Isso mudou sua opinião sobre o envolvimento masculino?

Isso mudou a maneira de trabalhar com casais / homens / mulheres?

26

Você achou isso útil para sua prática diária?

Você está (mais / menos) confiante na realização de consultas de casal?

Quais são os benefícios percebidos quando se atende casais durante o CPN?

Você acha que há uma importância adicional de convidar homens?

Por favor, descreva os benefícios percebidos para homens, mulheres, a comunidade, provedores,...

Quais são os desafios percebidos na condução de casais durante o ANC?

Os homens e mulheres recebem a mesma atenção durante o ANC?

Você vê mudanças na dinâmica da consulta quando os homens estão envolvidos?

Você encontra problemas ao convidar homens?

Isso muda o seu nível de estresse?

Você pode falar abertamente sobre todos os tópicos quando os homens estão presentes?

Quais são os riscos de convidar homens durante o CPN?

Poderia haver consequências negativas para os homens / mulheres? Poderia haver consequências para o relacionamento do casal? Isso influencia a carga de trabalho dos provedores? Existem mais benefícios do que consequências?

Fechamento

Obrigado pelo seu tempo. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa? Há alguma dúvida? Quaisquer preocupações?

APPENDIX B: Guião de facilitação das discussões focais participativas

Secção de Consentimento informado

Antes de começarmos as discussões, eu gostaria de pedir seu consentimento informado por escrito, seguindo a folha de informações que descreve o estudo em detalhes.

Discussão

Antes de iniciarmos as discussões, por favor, apresente-se dizendo seu nome, quantos filhos você tem, se você ou sua parceira está grávida (quantos meses)?

Entrevista

Qual foi sua experiência em tirar fotos?

Você achou difícil?

Você encontrou problemas?

Você recebeu reações positivas ou negativas de outras pessoas?

Você poderia explicar por que você tirou essa foto?

Quando a foto foi tirada?

Quem estava presente?

Onde foi levado?

Como você se sentiu quando tirou a foto?

Quais emoções você teve?

[Dependendo do conteúdo das imagens]

Você se sentiu confortável como parceiro/a / pai / mulher grávida?

Quais resistências / barreiras que você experimentou?

O que poderia ser melhorado para se sentir mais confortável / à vontade?

Foi uma experiência negativa ou positiva?

Você se sente orgulhoso como pai / mãe?

Como foi a interação com as outras pessoas (enfermeiros / outros pais / outras mães ...)?

[ENVOLVIMENTO DO GRUPO]

Os outros têm a mesma experiência?

Encerramento

Obrigado pelo seu tempo. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa? Há alguma dúvida? Quaisquer

preocupações? Número único do grupo focal _:_____

APPENDIX C

Indicadores quantitativos da presena do aprceiro masculine nas CPN e parto

Número de partos

Número de partos com presence de parceiro

Númenro das primeiras CPN

Númenro dos parceiros presentes na primeira CPN

Números de CPN de seguimento

Númenro de parceiros presentes nas CPN seguintes

Assinatura

Semana; data

APPENDIX D: Guião de Entrevist para gestantes sem parceiro presente

Você se sentiu confortável como mulher solteira grávida na CPN?

Quais problemas que você experimentou?

O que poderia ser melhorado para se sentir mais confortável / à vontade?

Você se sente orgulhoso como pai / mãe?

Como foi a interação com as outras pessoas (enfermeiros / outros pais / outras mães ...)?