
Recebido: 18-04-2024 | Aprovado: 22-07-2024 | DOI: <https://doi.org/10.23882/rmd.24230>

Prática de Planeamento Familiar em Mulheres de Baixa Renda: Caso do Município da Cidade de Cuamba entre 2019 e 2020

Family Planning Practice in low-Women: Case of the Municipality of the City Of Cuamba Between 2019 and 2020.

Juma António,
Universidade Católica de Moçambique
(jumaanto79@gmail.com)

Resumo: Este artigo aborda o tema do planeamento familiar, na perspectiva de avaliar a sua prática em mulheres de baixa renda no Município da Cidade de Cuamba, Moçambique. Reconheceu-se os direitos que as pessoas têm a partir do planeamento familiar, para determinar a constituição das suas famílias e o direito de escolher quanto ao número de crianças. O estudo baseou-se em entrevistas diretas com os utentes da unidade Sanitária de Sapura.

O estudo revela que 66 por cento das mulheres encontra-se em união de facto, onde o homem sempre tem sido dominador nos casais, como sendo a pessoa que pode decidir se a mulher pode fazer o planeamento familiar ou não, sendo que 74 por cento das mulheres fazem planeamento familiar sem o consentimento do seu parceiro. O método mais usado é o DEPO - método contraceptivo hormonal injetável de ação prolongada, composto por uma hormona sintética semelhante à progesterona.

Palavras-chave: Baixa renda, Mulheres, Planeamento familiar.

Abstract: This article addresses the issue of family planning, with a view to evaluating its practice among low-income women in the municipality of Cuamba City, Mozambique. It recognized the rights that people have through family planning, to determine the constitution of their families and the right to choose the number of children. The study was based on direct interviews with users of the Sapura health unit.

The study reveals that 66 percent of women are in a de facto union, where the man has always been dominant in couples, as the person who can decide whether the woman can have family planning or not, and 74 percent of women have family planning without their partner's consent. The most commonly used method is DEPO - a long-acting injectable hormonal contraceptive method made up of a synthetic hormone similar to progesterone.

Keywords: Low income; women; family planning

1. Introdução

O planeamento familiar é um conjunto de ações, levados acabo com a finalidade de contribuir para melhoria da saúde da mulher, permitindo que as mulheres e os homens, a escolha de número de filhos e quanto quero ter mesmo, isto é o espaçamento entre o nascimento dos filhos.

Como se deve notar, as dificuldades enfrentadas pelas mulheres, na prática de planeamento familiar fazem com que elas tenham um elevado número de filhos e gravidez precoce facto esse que constitui problema do trabalho em estudo.

A Conferência Internacional para Desenvolvimento da População (ICPD), realizada no Cairo em 1994, assinalou uma mudança significativa de paradigma no contexto da Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), na medida em que se alterou o foco da população para as pessoas, do macro para o micro e do crescimento e redução da fertilidade para os direitos, necessidades, expectativas e ambições dos indivíduos (COLLUMBIEN, 2000).

De acordo com ICPD, as pesquisas feitas sobre a saúde reprodutiva e sexualidade do adolescente, violência contra as mulheres, o aborto, as infecções reprodutivas e seu tratamento.

O estudos estão centralizados em mulheres. Ainda escasseiam estudos sobre os problemas de saúde reprodutiva na perspectiva dos homens, tal como eles percebem (HARDON et al., 2001).

O autor sustenta que o planeamento familiar ajuda na redução da mortalidade associada a gravidez indesejada, que podem terminar num aborto inseguro, parto e pós parto.

O uso eficaz de métodos contraceptivos reduz o número de mortalidade materna, sendo como oportunidade das mulheres de adiarem a gravidez e espaçamento de nascimento.

O planeamento Familiar (PF) pode ajudar na diminuição da mortalidade associada à gravidez, parto e pós-parto. O uso correto dos métodos de contracepção reduz a mortalidade materna por complicações, tanto a oportunidade as mulheres na prevenção de gravidez e espaçamento de nascimentos reduzindo assim o número de gravidez indesejado em podem terminar num aborto inseguro.

Planeamento Familiar na África Subsaariana

Na África Subsaariana, “somente 17% das mulheres casadas usam anticonceptivos. As taxas de prevalência de contraceptivos acima de 80% dos países Africanos situam-se abaixo dos 50%. Apenas em alguns países como a África do Sul, o Zimbabwe, o Botswana e o Quênia, existem programas de planeamento familiar bem-sucedidos, para aumentar o uso de contraceptivos para níveis mais elevados”.

Métodos Artificiais de controle de natalidade usados na África Subsaariana

Os métodos mais usados na Africa Subsaariana para a regularização dos nascimentos ou conhecido por planeamento familiar, são os métodos de barreira, a esterilização e o aborto.

Anticoncepção de Barreira, têm como a finalidade, bloquear a entrada ou a penetração dos espermatozoides no canal cervical da mulher. Usa-se também como preventivo das Doenças de Transmissão Sexual (DTS) e especialmente o HIV/SIDA. O método de barreira mais conhecido e mais usado é o preservativo masculino.

Esterilização Feminina é um dos métodos mais usados para os países do terceiro mundo sobretudo na África Subsaariana. A esterilização feminina pode ser temporal ou permanente e também moderna ou tradicional. A esterilização impede a reprodução e em muitos casos, a ação anticonceptiva pode ser irreversível até que se faça outra intervenção cirúrgica para reativar a fertilidade.

Planeamento Familiar em Moçambique

o Planeamento Familiar teve início em 1978, mas só em 1980 se desenvolveu como um programa nacional. Desde o seu início, o programa foi integrado no Programa de Saúde Materno-Infantil do Serviço Nacional de Saúde. A extensão a todos os distritos e à rede de Cuidados de Saúde Primários só foi possível com a introdução do Planeamento Familiar nos currículos de formação: das parteiras, técnicos de medicina e médicos. Os seus objectivos foram, desde o início: proteger e melhorar a saúde materna, em particular das mulheres com alto risco reprodutivo

e; melhorar a), saúde das crianças, promovendo um intervalo entre nascimentos sucessivos de, pelo menos, dois anos.

Os Serviços de Planeamento Familiar estão sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, através do Serviço Nacional de Saúde.

Quem é que se baseia? Baseiam-se nos seguintes princípios: Distribuição gratuita de métodos contraceptivos, incluindo a esterilização cirúrgica, sendo da livre escolha do utilizador.

Integração dos serviços de Planeamento Familiar nos Serviços de Saúde Materno-Infantil a nível da rede de Cuidados de Saúde Primários existente no País, não estando, portanto, constituído como um programa vertical. As actividades educativas e de divulgação são realizadas com as utilizadoras das Unidades Sanitárias, em particular no atendimento pré-natal e pós-parto *UNFPA (2012)*.

Em relação ao planeamento familiar por idade reprodutiva em Moçambique tem como: 15-19 anos de idade com uma percentagem de 16%, 20-24 com 32% de nível de planeamento familiar, 25-29 correspondente de 31%, 30-34 de idade com 32%, 35-39 anos de idade com 28%, de 40-44 anos de idade com 27% e de 45-49 anos de idade com 12%.

Tendências da fecundidade

Segundo Guttmacher (2012), “A taxa de fecundidade em Moçambique mudou pouco nos últimos 50 anos. De 1950 a 2007, a taxa de fecundidade reduziu em aproximadamente 24% (uma criança por mulher), tendo passado de 7,1 em 1950 para 5,9 em 2011. Verificam-se, também, disparidades entre as províncias, com as províncias do norte e centro a registarem os mais altos níveis de fecundidade. As razões que justificam estas disparidades são as diferenças existentes entre as províncias em termos de idade do primeiro casamento, nível de escolarização concluída, uso de contraceptivos e taxas de mortalidade em menores de cinco anos. Além disso, a ligeira redução verificada em Moçambique.

Em Moçambique, a taxa de prevalência de contraceptivos é ainda muito baixa, sem grandes melhorias ao longo dos últimos anos. A taxa de prevalência de contraceptivos para métodos modernos entre as mulheres casadas ou por união de facto aumentou de 5.3% em 1997 para 11.7% em 2003, tendo permanecido em

11.3% em 2011. Comparando com os países da África Austral, verifica-se que o nível de uso de contracepção em Moçambique é ainda um dos mais baixos da região (Relatório de 2012 do Instituto e UNFPA).

Métodos preferidos

Segundo Guttmacher (2012), entre as mulheres que usavam métodos contraceptivos modernos, os mais referidos eram os injetáveis, seguidos de contraceptivos orais. Há um uso muito reduzido de métodos de planeamento familiar de ação prolongada e apenas 1,1% se referiu ao uso do preservativo como método contraceptivo.

Necessidade não satisfeita de planeamento familiar

De acordo com o relatório de 2012 do Instituto e UNFPA, estima-se que 867 milhões de mulheres no mundo necessitam de contracepção, mas apenas 645 milhões estão usando métodos contraceptivos modernos. As restantes 222 milhões de mulheres, têm necessidades não satisfeitas de contracepção.

Em Moçambique, a necessidade não satisfeita de planeamento familiar permanece elevada em 22,3% (2011). Estima-se que aproximadamente que uma em cada dez mulheres usa contraceptivos e cerca de 2 em cada 10 estão com necessidades insatisfeitas por contracepção, ou seja, não têm meios para evitar gravidezes indesejadas.

As barreiras socioculturais e económicas

Segundo Guttmacher (2012), à saúde e aos direitos reprodutivos, persistem barreiras ao acesso e aos direitos. Algumas barreiras são relacionadas com as condições financeiras, outras com a fraca disponibilidade de serviços nas áreas remotas, e por fim, existem os obstáculos associados às normas culturais e desigualdade de género entre outros.

Em Moçambique, o acesso aos serviços de saúde continua muito baixo. Ao nível nacional, 56% da população ainda precisa de percorrer mais de uma hora para alcançar a unidade sanitária mais próxima. A Organização Mundial da Saúde em 2007 revelou que os factores socioeconómicos contribuem em 61% para a

desigualdade em obter atenção ao parto por pessoa qualificada enquanto que 39% destes factores estão diretamente relacionados com os serviços de saúde.

O impacto social e económico do planeamento familiar

Segundo Guttmacher (2012) “O maior acesso ao planeamento familiar pode aumentar o bem-estar de mulheres, homens, crianças, seus lares e comunidades, ao aumentar a expectativa de vida, diminuir a mobilidade e melhorar a saúde em termos mais amplos. Ele aumenta as oportunidades de investimento no ensino e em outras formas de capital humano e de participação nos mercados de trabalho, aumentando a produtividade e a renda, a poupança, o investimento e a acumulação de riqueza

2. Metodologia

A pesquisa foi conduzida numa unidade sanitária de Sapuara, localizada dentro da área urbana do município de Cuamba, e no bairro do mesmo nome, usou-se o critério de exclusão.

No critério de inclusão, foram parte do estudo as mulheres com idade fértil, as que fazem (planeamento familiar) em diferentes métodos. Foram excluídas todas as mulheres que não fazem PF, mulheres com menopausa e todas as mulheres que não fazem parte da idade compreendida entre 15 a 49 anos de idade.

O mesmo foi usado o método de observação direta, na coleta de dados por entrevista dos utentes e residentes do bairro.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO

Em relação à idade das mulheres, o estudo demonstra que o número das mulheres que tem feito o planeamento familiar é de 18 a 25 anos de idade com 47% e 24 à 28 de idade com 24%. Entre os 40 e os 49 anos de idade, não tem feito o planeamento familiar na aquela unidade sanitária.

Em relação ao estado civil das mulheres na aquela área de saúde, demonstra que maior número tem como estado civil união de facto, que corresponde 66% das mulheres e solteiras com 21% e número de viúvas naquela área de Saúde é 5%.

Sendo assim o número de mulheres casadas oficialmente que tem praticado o planeamento familiar é muito baixa, com 8%.

Em relação ao nível de escolaridades das mulheres inquiridas demonstra que, maior parte possui o nível básico do ensino secundário correspondendo 34% e de seguida do ensino Primário com um número de 10 mulheres correspondendo à 26%, na mesma área da unidade Sanitária com base demonstra 6 mulheres que corresponde 16% em que nunca passaram num estabelecimento de ensino, alegando que na área onde nasceram e cresceram não havia estabelecimento de ensino, e por último 4 mulheres tem ensino médio geral que corresponde 11% .

PF COM O CONHECIMENTO DO PARCEIRO/MARIDO

Em relação a questão colocada neste estudo, este demonstra que 74% das mulheres fazem PF sem conhecimento dos seus parceiros, porque o parceiro não tem aceitado os métodos de planeamento familiar, alegando-se que tem influenciado a impotência sexual nos homens. Outras mulheres não informam os parceiros, alegando que querem crianças para poder ajudar as actividades domésticas e tem influenciado negativamente, criando o desentendimento entre a mulher e a família do Parceiro por saber que está a fazer planeamento familiar. E 26% mulheres dizem que tem feito PF com conhecimento dos parceiros, de modo a evitar problemas no lar, ter crianças num espaço de dois em dois anos ou mais e facilitar a continuidade das actividades normais da mulher.

MÉTODOS PLANEAMENTO FAMILIAR

Em relação aos métodos PF, as mulheres declararam ter usado mais o **DEPO** (nome comercial usado em Moçambique – trata-se de um método contraceptivo hormonal injectável e reversível, composto por uma hormona sintética semelhante à progesterona), porque as facilita mais pelo tempo a qual leva que são 90 dias, não só para as mulheres que são proibidas com os parceiros não descobre que está a fazer PF, representa 50% das mulheres, 29% declararam de ter usado mais pílulas 21% das mulheres usam implante. Com desconhecimento de alguns métodos de longa duração como caso de DIU (Dispositivo IntraUterino).

Tabela 1. O USO DOS MÉTODOS DE ANTICONCEPTIVOS POR DISTRITO, nos anos de 2019 e 2020.

Ordem	2019	2020	Diferença 2019/2020	%
a) Pílula	1360	2829	1469	108%
b) Preservativo	747	2765	2018	270%
c) Injeção/Depo	549	842	293	53%
d) Diafragma	0	0	0	
e) Implantes	44	46	2	5%
f) DIU	1	1	0	0%
g) Laqueamento.	0	0	0	
Total	2701	6483	3782	140%

3. Análise interpretativa

As crenças e as práticas culturais sobre a contracepção constituem uma barreira e uma razão no enfraquecimento do aconselhamento das mulheres e serviços de PF, principalmente, no que se refere aos métodos de longa duração a que são oferecidas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Estes dados também são resultado de diversos mitos e algumas expressões usadas nas comunidades que podem perpetuar esta ausência/dificuldade de PF. As expressões seguintes são exemplos destes mitos:

- Ter muitos filhos é sinal de riqueza;
- As crianças são uma dádiva de Deus (pelo que não se deve evitar a gravidez);

O PF é para mulheres que tem muitos filhos, acima de 5;

Os novos métodos (modernos) provocam infertilidade e impotência sexual nos homens;

Os métodos tradicionais são os mais eficazes (uso da corta na cintura) e a fibra de arvore sendo fresca.

As mulheres procuram os métodos de PF, depois da sua primeira gravidez.

A religião, os valores culturais da comunidade e da família (sogra, tia, marido e mais membros da família) influenciam na decisão da mulher no uso dos métodos para o PF.

4. Considerações finais

O estudo revela que o planejamento familiar na área de saúde de que as mulheres têm feito sem conhecimentos dos seus parceiros; o métodos mais usado é o **DEPO**, visto que este método é difícil ser notado pelos parceiros. O maior número de mulheres que tem feito o PF é de uma faixa etária entre os 18 e os 23 anos de idade. Em relação ao nível de escolarização, as mulheres apresentam o nível básico do ensino Secundário (8^a a 10^a classe); as mulheres são camponesas e sobrevivem à custa dos parceiros.

Referências

- Belo, M., & Silva, J. (2004). Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev. Saúde Pública*, 38(4), 479-487. <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2004.v38n4/479-487/pt>
- Collumbien, M., & Hawkes, S. (2000). Missing men's messages: does the reproductive health approach respond to men's sexual health needs. *Culture, Health & Sexuality*.
- De la Torre, J. (2009). Anticonceptivos e Ética. Una historia, una realidad, una decisión moral. Madrid.
- Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção (2011) 2015/2020, Maputo.
- Fonseca, C., & Regina, S. (2000). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (5a ed). São Paulo: Atlas.
- Instituto Nacional de Estatística (1997). *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde*.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas do Distrito de Cuamba*.
- Ministério de Saúde. MISAU (2007). *Plano estratégico nacional de controlo da tuberculose em Moçambique*.
- Ministério da Saúde. (2002a). Área técnica de saúde da Mulher. Assistência em Planeamento Familiar. Brasília;
- Ministério da Saúde. (2002b). Secretaria de políticas de saúde, Área técnica de saúde da mulher.
- Ministério da Saúde. (2007). Manual dos Comitês Mortalidade Materna. (3.^a ed). Brasil.
- Ministério da Saúde. (2010). Direcção Nacional de Saúde Pública, *Estratégia de planeamento familiar e contraceção 2011 – 2015 (2020)*. Maputo.
- Moura, E.R.F., & Silva, R.M. (2007). *Dinâmica do atendimento em planeamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil*.

- Oliveira, F. (2006). *Plano de formação – Etapas e Metodologias da Elaboração*, (4ª ed). Edição: IEFP.
- Pereira, Q. (2007). Processo de (re) construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. Texto contexto – enferm. *Florianópolis*, 16(2).
- Prahalad, C. K., & Lieberthal, K. (2003). *The End of Corporate Imperialism*. Harvard Business Review.
- Planeamento Familiar em Moçambique: estudos temáticos do censo 2017-infográfico. Instituto de Estatística.
- Relatório da Avaliação Anual de Desempenho do Município da Cidade de Cuamba* Ano de 2020.
- The Guttmacher Institute. (2012). “Are you in the know?” New
- UNFPA (2012), Planeamento familiar, direitos humanos e desenvolvimento Mocambique.
- UNFPA (2003). State of World population 2003 - Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents’ Health and Rights. <http://www.unfpa.org/swp/2003/english.htm>
- União Africana (2013). Relatório Anual Sobre o Estado de Saúde Materno, Neonatal e Infantil de África. Intervenções de SMNI de elevado impacto e de baixo custo em África”. Adis Abeba.