



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Licenciatura em Administração Pública

IMPACTO DA COOPERAÇÃO NOS SERVIÇOS DE PLANEAMENTO FAMILIAR: *Uma análise a partir da Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e DKT Mozambique no Distrito Municipal KaMaxaquene (2015-2019)*

Licencianda: Abiba Issufo Juma

Supervisor: Professor Doutor Francisco Da Conceição

Maputo, Novembro de 2022

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Licenciatura em Administração Pública

Abiba Issufo Juma

IMPACTO DA COOPERAÇÃO NOS SERVIÇOS DE PLANEAMENTO FAMILIAR: *Uma análise a partir da Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e DKT Mozambique no Distrito Municipal KaMaxaquene (2015-2019)*

Trabalho de conclusão de curso apresentado para o cumprimento dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Licenciatura em Administração Pública na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane. Orientado pelo Professor Doutor Francisco Da Conceição.

Maputo, Novembro de 2022

Abiba Issufo Juma

Data de aprovação: ____/_____/2022

IMPACTO DA COOPERAÇÃO NOS SERVIÇOS DE PLANEAMENTO FAMILIAR: *Uma análise a partir da Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e DKT Mozambique no Distrito Municipal KaMaxaquene (2015-2019)*

JÚRI

O Presidente

(UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE)

O Supervisor

(UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE)

O Oponente

(UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE)

Maputo, Novembro de 2022

Sumário

DECLARAÇÃO DE HONRA.....	i
DEDICATÓRIA	ii
AGRADECIMENTOS	iii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	iv
RESUMO.....	vi
CAPÍTULO. I	1
1.1. INTRODUÇÃO	1
1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	2
1.3.1. Problematização	5
1.3.1. Objectivos	8
1.3.2. Hipótese do trabalho	8
<i>1.3.2.1. Variável dependente</i>	9
<i>1.3.2.2. Variável independente</i>	9
1.4. Justificativa	9
CAPÍTULO II.....	11
2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO CONCEPTUAL	11
2.2. Definição dos conceitos	11
2.3. Debate teórico sobre a Cooperação para o Desenvolvimento	13
2.4. Debate Teórico Sobre Avaliação do Impacto	18
2.5. Teoria de Base	19
CAPÍTULO III.....	22
3.1. METODOLOGIA	22
3.2. Métodos de abordagem	22
3.3. Métodos de procedimentos	23
3.4. Técnicas de Pesquisa	24
3.5. Tipo de Amostragem	24
3.6. Método de análise	25

CAPÍTULO IV.....	26
4.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4.2. Breve histórico da DKT Mozambique.....	26
4.3. Direcção de Saúde da Cidade de Maputo	27
4.4. Distrito Municipal KaMaxaquene	27
4.5. Actores da Cooperação nos serviços de Planeamento Familiar.....	27
4.6. Grau de participação das beneficiárias aos serviços de planeamento familiar no Distrito Municipal KaMaxaquene	29
4.7. Impacto da Cooperação entre DSCM e DKT nos serviços de planeamento familiar no Distrito Municipal KaMaxaquene	32
4.8. Os Principais Constrangimentos da Cooperação dos Serviços do Planeamento Familiar	34
CAPÍTULO. V.....	38
5.1. CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
APÊNDICES.....	45
Apêndice I: Formulário para as beneficiárias do Distrito Municipal KaMaxaquene ..	45
Apêndice II: Guião de Entrevista Para DKT Mozambique	47
Apêndice III: Guião de Entrevista Para Direcção Provincial de Saúde da Cidade de Maputo	48
Apêndice IV. Lista de entrevistados	49

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Gráfico 1 - Número de Filhos por Mulher	30
Gráfico 2 - Mulheres que usam métodos de planeamento familiar	31
Gráfico 3 - Frequência de Participação das Mulheres	32

DECLARAÇÃO DE HONRA

Declaro por minha honra que esta monografia nunca foi apresentada na sua essência para obtenção de qualquer grau académico e que ela constitui o resultado da minha investigação pessoal, estando citadas no texto e na referência bibliográfica as fontes utilizadas na concepção do mesmo.

A Licencianda

Abiba Issufo Juma

Maputo, Novembro de 2022

DEDICATÓRIA

A minha Mãe pelo esforço e por me amar desde o ventre!

AGRADECIMENTOS

Quero expressar profunda gratidão a Deus pelo dom da vida e por me ter fortalecido durante a minha jornada acadêmica.

Ao meu Docente supervisor, Doutor Francisco Da Conceição, meu muitíssimo obrigado pelas aulas, críticas e sugestões durante a emanação do presente trabalho para conclusão de curso.

Sou infinitamente grata a todo quadro do Departamento de Ciência Política e Administração Pública da Universidade Eduardo Mondlane por cada lição transmitida ao longo dos quatro anos da minha formação.

Deste modo quero também agradecer uma pessoa muito especial e importante em minha vida que tudo faz para mim e meus irmãos, a minha mãe Ana Paulo Tivane, meu muitíssimo obrigada por não me deixar faltar mantimentos e outros bens necessários para a construção da minha carreira como estudante e não só.

Ao meu Amado e Amigo António Bai Siteo Júnior, sou demasiadamente grata por ajudar-me no crescimento como uma futura pesquisadora, e ainda por ajudar-me sempre que necessário, desde os dias das aulas na academia até aos dias da realização do trabalho para a finalização do curso.

A minha Amada Tia Leopoldina meu muitíssimo obrigada, por deixar-me sempre linda e “fashion” pela ajuda que me tem oferecido, quer seja nos momentos de alegria ou de tristeza.

A minha amada irmã Aissa pelos conselhos, pela motivação, e por me ajudar com as tarefas diárias em casa. Por ser tão forte e transmitir essa força para mim no seu jeito de lidar com as dificuldades da vida. Meu muitíssimo obrigado.

Aos meus cunhados Moisés Muzazaila e Paulo Xirute meu muito obrigado, aos meus irmãos Constância, Ussene, Etelvina, Shirley e Vasco Muzazaila por longos dias de muita amizade e conversas construtivas. Aos meus Pastores Salomão Nhaca e Luísa Cumbe, pelos ensinamentos das demais refinadas bibliografias, que é *A Bíblia Sagrada*. Parte da minha força para continuar estudando foi devido ao encorajamento dos sermões que de vós ouvi e tenho ouvido. A minha amiga Marcela Cossa e Xavier Manuel pela companhia, pelas longas caminhadas durante a jornada estudantil, por apoiar-me sempre, sempre e pelas qualidades que muito aprecio.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP – Administração Pública

CID - Cooperação Internacional ao Desenvolvimento

CIRESP – Comissão Interministerial da Reforma do Sector Público

CMM – Conselho Municipal de Maputo

DKT – Dharmindra kumar Tyagi

DSCM – Direcção de Saúde da Cidade de Maputo

IDS – Inquéritos Demográficos de saúde

INE- Instituto Nacional de Estatística

FAO – Fundo das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura

IMASIDA – Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique

MISAU- Ministério da Saúde

OECE – Organização de Cooperação Económica Europeia

ONU – Organização das Nações Unidas

OCB- Organizações Comunitárias de Base

OLE – Órgãos Locais do Estado

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG's – Organizações Não Governamentais

PRE – Programa de Reabilitação Económica

PF – Planeamento Familiar

PMT – Praticantes de Medicina Tradicional

PSS – Plano do Sector de Saúde (2014-2019)

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UNFPA – Fundo das Nações Unidas para População

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância

RESUMO

A presente monografia estuda o impacto da cooperação nos serviços de planeamento familiar, a partir da colaboração entre a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e DKT Mozambique no Distrito Municipal KaMaxaquene (2015-2019). Para alcançar o objectivo do tema acima exposto, recorreremos aos métodos hipotético dedutivo e estudo de caso, e com base nas entrevistas, colectamos dados que explicam a coordenação entre a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e DKT Mozambique. Neste exercício, denotamos que as instituições em análise coordenam suas actividades tendo como base, um modelo de complementaridade mútua e respeito as metas do doador. Dados indicam que grande parte das beneficiárias dos serviços de PF no Distrito Municipal KaMaxaquene não participam dos serviços móveis de PF, pois estas têm contacto com o PF na unidade sanitária geralmente após a segunda gravidez, além disso, constatou-se que a cooperação entre a DSCM e a DKT Mozambique, não tem gerado um impacto significativo, olhando para os instrumentos que moldam a coordenação entre as instituições, e a falta de informação sobre os serviços móveis de planeamento familiar contribui para que mulheres beneficiárias não participem dos serviços móveis de planeamento familiar.

Palavras-chave: Cooperação, Participação, Planeamento Familiar.

ABSTRACT

This monograph studies the impact of cooperation on family planning services, based upon the collaboration between the Direcção de Saúde da Cidade de Maputo and DKT Mozambique in the KaMaxaquene Municipal District (2015-2019). To achieve the objectives of the above topic, we used the hypothetical deductive and case study methods, and based upon the interviews, we collected data that explain the coordination between the Direcção de Saúde da Cidade de Maputo and DKT Mozambique. In this exercise, we noted that the institutions under analysis coordinate their activities based upon a model of mutual complementarity and respect for the donor's goals. Data indicate that most of the beneficiaries of FP services in the KaMaxaquene Municipal District do not participate in mobile FP services, as they have contact with the FP at the health facility, usually after their second pregnancy. DSCM and DKT Mozambique, has not generated a significant impact, looking at the instruments that shape coordination between institutions, and the lack of information on mobile family planning services contributes to women beneficiaries not participating in mobile family planning services .

Keywords: Cooperation, Participation, Family Planning.

CAPÍTULO. I

1.1. INTRODUÇÃO

“Nos últimos trinta anos, muitos países da África subsaariana (incluindo Moçambique) embarcaram em programas de reformas do sector público, visando, entre outros objectivos, a melhoria da qualidade na oferta de serviços públicos” (FORQUILHA, 2013: 332). Sendo que, uma das componentes principais da Reforma do Sector Público é o fortalecimento do poder local, a descentralização administrativa e política tornaram-se a expressão mais elevada desse processo.

Após a independência em 1975, Moçambique deparou-se com severas mutações políticas, económicas e sociais (Brito, 2010; Lalá e Ostheimer 2003). Como lembra Chiziane (SD), uma das componentes principais da Reforma do Sector Público é o fortalecimento do Poder Local, sendo a descentralização a expressão mais elevada deste processo, o que pode tomar duas vertentes, a administrativa e a política.

Porém, neste estudo, o foco será para a descentralização dos serviços públicos, visto que tornou-se necessário à mudança de paradigma na oferta dos serviços de saúde em Moçambique, para um modelo mais descentralizado e baseado em mecanismos de controlo por resultados, onde o Estado já não se afigura como único provedor de bens ou serviços públicos, há múltiplos actores a actuarem em prol do bem-estar da sociedade.

Segundo Pereira (2008), com a nova gestão pública o Estado precisava terceirizar para outras empresas, quer sejam estaduais ou privados inúmeros tipos de serviços, que outrora estavam sob monopólio do Estado. Neste sentido, o actual contexto impele que os Estados cooperem entre si e com outros actores para o alcance da satisfação cabal das necessidades colectivas. Ademais o plano Estratégico do Sector de Saúde (2014-2019), menciona que o Sector de Saúde tem cooperado com vários actores nacionais e internacionais na oferta dos serviços de saúde em Moçambique.

Em relação a este contexto, o presente trabalho procura analisar o impacto da cooperação da Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e DKT¹ Mozambique, nos serviços de planeamento

¹DKT é a sigla é alusivo a indiano Dharmindra kumar Tyagi, pioneiro em projectos de planeamento familiar responsável pela motivação pública em aspectos educativos na Índia nos anos 60. E hoje é nome de uma Organização que cuida da saúde sexual e reprodutiva na Índia e nos países em via de desenvolvimento incluindo Moçambique.

familiar no Distrito Municipal KaMaxaquene, buscando aferir o Grau de participação das beneficiárias, pois apesar da existência de vários actores que cooperam com Estado no sector de saúde, estudos indicam que a provisão dos serviços de PF enfermam de vários constrangimentos, como mostra o Centro de Pesquisa em População e Saúde (CEPSA, 2017), apesar dos esforços para a disponibilização dos serviços de PF a todas mulheres e casais, o acesso e uso dos serviços de PF continua um grande desafio no país, pois prevalecem barreiras tanto do lado da procura, bem como da oferta dos serviços de PF.

Em termos de estrutura, o presente trabalho encontra-se organizado em cinco capítulos, no primeiro, apresenta-se a contextualização das três fases que marcam reformas do Estado, e ainda discute-se a problematização da pesquisa, assim como apresenta-se a pergunta de partida, os objetivos, a hipótese, as variáveis e a justificativa.

No segundo capítulo apresenta-se o enquadramento teórico e conceptual, neste capítulo discute-se os conceitos que norteiam a pesquisa, introduz-se o debate teórico sobre a cooperação, o debate teórico sobre a avaliação de impacto e a teoria de base. Por outro lado, no terceiro capítulo apresenta-se a metodologia, onde desenrolamos vários métodos usados para o alcance dos objetivos do trabalho.

No quarto capítulo, apresenta-se a discussão dos dados da pesquisa e a sua interpretação, no concreto este capítulo apresenta a estrutura e funcionamento dos dois actores que cooperam na provisão do planeamento Familiar, e ainda introduz a estrutura do Distrito Municipal onde habitam as beneficiárias do planeamento familiar e onde são montadas as brigadas móveis dos mesmos serviços. Por fim, no capítulo quinto apresenta-se as considerações finais do trabalho.

1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO

Moçambique tem sido um corredor da cooperação internacional, um mecanismo que não é desprovido de conflitos ou interesses. A dependência aos recursos externos foi uma realidade no país. Principalmente na década de 1990, com o escalonamento de tensões entre os principais partidos políticos e a persistência de corrupção no governo, na relação do governo com os principais doadores (DIAZ, 2018).

Após a independência e a consolidação do regime socialista, o país atraiu uma série de actores internacionais, motivados ideologicamente ou não, que tornaram-se importantes colaboradores no processo de construção do Estado Moçambicano (*Idem*).

Deste modo, segundo a MISAU (2011), Moçambique celebra o seu primeiro programa de Planeamento Familiar em 1977, porém somente em 1980 estabeleceu-se como um programa efectivo de âmbito nacional, com prestação de serviços nos diferentes níveis do sector público. Para além desta acção, Moçambique teria ratificado a maioria das declarações e plataformas de acção acordadas ao nível regional e internacional, relativos aos direitos sexuais reprodutivos (UNFPA, 2012).

Destes acordos, destaca-se a declaração do Milênio em 2000, onde o quinto objectivo preconiza a melhoria da saúde materna, através da redução da taxa de mortalidade materna e o alcance do acesso universal à Saúde Reprodutiva (MISAU, 2009). Ainda neste contexto foram criados vários documentos estratégicos, que buscavam mudar o cenário da prevalência do baixo uso do PF no país, tais como a Estratégia de Planeamento Familiar e Contracepção (2010-2015), que foi desenvolvida como resposta à necessidade de orientações nacionais para a implementação de acções de forma coordenada, e com vista a expandir o acesso e a utilização de serviços de planeamento para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil (MISAU, 2011).

Deste modo, Moçambique reconheceu a importância do Planeamento Familiar na cimeira do PF de Londres, que teve lugar em julho de 2012 com o objectivo de aumentar o acesso aos serviços de PF para as mulheres (UNFPA, 2012).

Neste contexto, denota-se que o Programa Nacional de Planeamento Familiar tem como meta primordial, melhorar as condições de saúde da mulher, porém, 11 mulheres morrem por dia e 3.840 por ano, devido a complicações relacionadas com a gravidez e o parto (MISAU, 2009). Estes dados sugerem que apesar dos serviços de planeamento familiar serem maioritariamente públicos, e sob a responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde, o uso de contraceptivos continua baixo, onde 83.8 por cento das mulheres casadas ou em união marital, não usam nenhum método contraceptivo (MISAU, 2011).

Por outro lado, a pesquisa da RAPID Moçambique (2015), sustenta que a população em Moçambique tem crescido a um ritmo acelerado, dados indicam um aumento de cerca de 5

milhões num período de 10 anos, este crescimento rápido é consequência da elevada taxa de fecundidade no país.

Comumente, os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), ditam que nos países em desenvolvimento incluindo Moçambique, cerca de 201 milhões de mulheres não fazem planeamento familiar, e 137 milhões de mulheres correm o risco de uma gravidez não desejada por não usarem nenhum método de PF e um adicional de 64 milhões de mulheres utilizam métodos de PF tradicionais que são pouco efectivos (MISAU, 2011).

Doravante, com a emergência de uma nova abordagem no seio do Sistema Nacional de Saúde e com o desenvolvimento humano no país, tornou-se necessário elevar a eficiência na oferta dos serviços de PF e mudar o paradigma de actuação, para um modelo mais descentralizado e baseado em mecanismos que promovam os objectivos traçados em vários documentos estratégicos do PF, neste cenário, o Estado já não se afigura como único provedor destes serviços, devido a existência de múltiplos actores a actuarem em prol do bem estar da sociedade.

Em relação ao sector de saúde e ao Sistema Nacional de Saúde, o Plano Estratégico do Sector de Saúde (2014-2019) estabelece, categoricamente, que o Sector de Saúde actua em coordenação com múltiplos parceiros nacionais e internacionais, deste modo, ocorrem no país várias iniciativas de prestação de serviços de saúde e do PF de base comunitária e não só.

Portanto, esta cooperação tem promovido a capacitação dos governos distritais na realização de projectos de âmbito social e de ajuda humanitária, em colaboração com as comunidades, ONGs e com o sector privado local. Como meio de beneficiar as comunidades, particularmente as mais desfavorecidas, por meio de investimentos nos sectores económico e social (FARIA; CHICHAVA, 1999).

É neste sentido, que surge na paisagem político-administrativa moçambicana vários actores que cooperam na oferta do Planeamento Familiar nos Distritos por meio de Brigadas móveis e não só, que de certa forma, junto as comunidades procuram trazer impacto positivo na prestação de bens e serviços públicos.

1.3.1. Problematização

De acordo com o Plano Estratégico do Sector de Saúde (2014-2019), a prestação de serviços de saúde em Moçambique, é feita por quatro actores, (1) O Sector Público, agrupado no Sistema Nacional de Saúde (SNS) que é o mais abrangente geograficamente e tecnicamente;(2) O Sector Privado que está subdividido em lucrativo e não-lucrativo, constituído por ONGs nacionais e internacionais com fortes ligações com o sector público; (3) Os prestadores de serviços ao nível da comunidade que cobrem parcialmente as necessidades básicas nas áreas, sem a presença do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Finalmente; e (4) os Praticantes de Medicina Tradicional (PMT), de grande aceitação pelas comunidades.

No caso concreto da provisão dos serviços de PF em Moçambique, especificamente na cidade de Maputo, verifica-se que o Estado tem actuado juntamente com outras entidades do sector privado, sociedade civil e/ou ONGs. Portanto, “o Sector de Saúde tem privilegiado as parcerias público-privadas com as agências internacionais, para a mobilização de recursos adicionais, com a Sociedade Civil e ONG’s para potenciar a provisão de serviços” (PSS, 2013:38)².

Ademais como mostram Faria e Chichava (1999), em algumas zonas do país, as ONGs substituíram o Estado, visto que este é demasiado fraco ou simplesmente ausente, assim algumas ONGs realizam funções mais “tradicionais” de ajuda de emergência e assistência técnica, outras procurando trazer um desenvolvimento a mais longo prazo prestando serviços básicos à comunidade (saúde, educação, apoio social, desenvolvimento de infraestruturas).

Portanto, de acordo com o Plano do Sector de Saúde (2013), o Estado para alcançar satisfação das necessidades dos indivíduos, estabelece e coordena as relações no sector de saúde com múltiplos parceiros do sector nacional, e ONGs internacionais, dentro e fora do governo por meio de Memorandos de Entendimento.

Desta forma, “a providência dos bens ou serviços públicos locais é feita com base na cooperação entre o Estado nas figuras dos OLEs e o Governo central, as ONGs, as beneficiárias e a comunidade envolvida” (PSS, 2013:38). Assim, é claramente notável a figura da cooperação na provisão de alguns bens e serviços públicos em Moçambique.

²Plano do Sector de Saúde (2014-2019)

O Estado por si só por demasiadas razões não se pode mostrar o único provedor dos serviços ou bens públicos, assim em muitas regiões de Moçambique temos inúmeros actores entrelaçados numa coordenação mútua na busca da satisfação das necessidades públicas.

Por outro lado, Bailey *apud* Ilal e Weimer (2017), afirmam que a função principal dos Estados na figura dos governos locais é a produção e distribuição de bens e serviços públicos, por via disso, na provisão dos bens públicos os governos locais tem bastante vantagem em comparação ao governo central, no que diz respeito aos serviços que requerem um conhecimento nítido dos interesses e necessidades dos cidadãos nas cidades e centros urbanos.

Assim, o Plano Estratégico do Sector da Saúde (2014-2019) assumiu a descentralização efectiva (transferência das unidades sanitárias para os municípios) como uma acção para o fortalecimento do sistema de saúde moçambicano com vista a melhoria do seu desempenho, através da preparação dos sistemas distritais de saúde.

Deste modo, várias ONGs internacionais e nacionais no Sector de Saúde, cooperam na oferta de serviços de PF em várias localidades do país, em Maputo destaca-se DKT Mozambique, que procura contribuir para o aumento de anos de protecção do casal, melhorar a qualidade de vida dos moçambicanos através da promoção do planeamento familiar, prevenir a gravidez indesejada e a prevenção do HIV/SIDA (DKT Mozambique)³.

Através da sua rede ÍNTIMO, a DKT Mozambique fornece serviços clínicos de planeamento familiar por meio das clínicas móveis instaladas ao redor da cidade, ou nos terminais dos transportes públicos e em outros pontos da cidade. (*Idem*).

Todavia, apesar dos avanços e desenvolvimento registados, no que diz respeito à instalação de brigadas móveis para a oferta dos serviços de planeamento familiar dados ilustram que, o número de filhos por mulher continua elevado (IMASIDA, 2015). Em média, uma mulher tem pelo menos cinco filhos. Uma em cada duas raparigas dos 15 aos 19 anos de idade é mãe ou está grávida pela primeira vez.⁴

Ademais, dados do Centro de Pesquisa em População e Saúde (2017), demonstram que dos esforços para a disponibilização dos serviços de planeamento familiar a todas as mulheres e

³DKT Mozambique. Disponível em: <http://www.dktmozambique.org/pt/sobre-nos> (acessado em 13/09/2019).

⁴MUSSANE, Yumana. Autoridades de Saúde preocupadas com elevada. **O PAÍS**, Maputo, 23 set. 2020. Disponível em: <http://opais.sapo.mz/autoridades-de-saude-preocupadas-com-elevada-taxa-de-gravidez-precoce> (acessado em 27/09/2020).

casais, o acesso e uso dos serviços de PF continua um grande desafio no país, pois está abaixo da média da região.

Estes dados sugerem que apesar do registo do envolvimento de vários actores na prestação dos serviços de planeamento familiar em Moçambique, especialmente nas comunidades, os resultados desejados ainda estão aquém do esperado, dado que muitas raparigas não conseguem evitar a gravidez não planeada.

Contudo, evidências científicas mostram que proporcionar o acesso à contracepção para as raparigas e mulheres que queiram adiar a gravidez ou parar de ter filhos, o planeamento familiar tem o potencial de reduzir as gravidezes não planeadas em 73%, as mortes maternas em 35% e o aborto provocado em 70% (*Idem*).

De acordo com a DKT Mozambique o PF é um direito humano ligado a vida, ligado ao direito de decidir o número e o espaçamento de filhos que se deseja ter⁵. Ademais, de acordo com a lei nº 3/84 de 24 de Março, compete ao Estado promover meios necessários para a divulgação dos métodos de PF, assegurar e organizar a estrutura jurídica e técnica que permita o exercício de uma maternidade consciente.

Portanto, promover meios necessários para a divulgação dos métodos PF, assegurar e organizar a estrutura jurídica e técnica que permita o exercício de uma maternidade consciente, constitui um objectivo fundamental da DSCM e outros agentes cooperativos, é o caso da DKT Mozambique. Nesse sentido, procura-se perceber a actuação destes actores na provisão dos serviços de planeamento familiar ao nível do Distrito Municipal KaMaxaquene, colocando desta forma a seguinte questão de partida:

Até que ponto a cooperação entre a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e a DKT Mozambique no Distrito Municipal KaMaxaquene tem um impacto melhorado na provisão dos métodos de Planeamento Familiar?

⁵DKT Mozambique. Disponível em: <http://www.dktmozambique.org/pt/sobre-nos> (acessado em 13/09/2019).

1.3.1. Objectivos

1.3.1.1. Objectivo geral

- Analisar o impacto da cooperação nos serviços de planeamento familiar entre a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e a DKT Mozambique no Distrito Municipal KaMaxaquene.

1.3.1.1. Objectivos específicos

- Descrever a cooperação entre actores envolvidos na prestação dos serviços de planeamento familiar, e em particular entre a DSCM e DKT;
- Identificar os principais constrangimentos no âmbito da cooperação entre a DSCM e DKT nos serviços de planeamento familiar;
- Aferir o grau de participação das beneficiárias aos serviços de planeamento familiar.

1.3.2. Hipótese do trabalho

A hipótese de um trabalho científico resulta de uma dada pergunta de partida levantada pelo pesquisador, a qual encontra uma resposta prévia que, ao longo do trabalho, poderá ser testada numa situação concreta.

Assim, nossa hipótese deriva das leituras feitas ao longo da realização do trabalho, onde várias perspectivas exploradas, ao exemplo do Fundo das Nações Unidas para População em Moçambique (2012), mostra que a África Subsaariana tem uma taxa global de fecundidade 5.1 filhos por mulher que é o dobro da média mundial e é três vezes maior que a média dos países desenvolvidos.

Por conseguinte, a nossa hipótese avança que a cooperação entre a DKT Mozambique e Direcção de Saúde da Cidade de Maputo no Distrito Municipal KaMaxaquene, não tem tido um impacto melhorado, pois apesar da disponibilização de brigadas móveis instaladas pela DKT no âmbito da cooperação com a DSCM, grande parte das mulheres não tem participado dos serviços de PF, e mostram-se apáticas quanto aos serviços móveis de PF.

1.3.2.1. Variável dependente

De acordo com Marconi e Lakatos (2003), variável dependente (*Y*) consiste naqueles valores fenómenos ou factores a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afectados pela variável independente. Assim para o presente trabalho, cujo objectivo desenrola-se em torno do impacto da cooperação nos serviços de Planeamento familiar em Moçambique a variável dependente é:

- Adesão das beneficiárias ao PF no Distrito Municipal KaMaxaquene.

1.3.2.2. Variável independente

Relativamente à variável independente, Marconi e Lakatos (2003), referem que é a que influencia, determina ou afecta outra variável, é factor determinante, condição ou causa para determinado resultado, efeito ou consequência. Desta forma, a variável independente do trabalho é que determina ou explica o impacto da cooperação do Planeamento Familiar no Distrito Municipal KaMaxaquene, desdobra-se na relação entre os actores envolvidos, ou seja, na seguinte variável:

- Cooperação entre a DKT Mozambique e Direcção de Saúde da Cidade de Maputo.

1.4. Justificativa

A cooperação mudou as formas de prestação dos serviços de planeamento familiar, ao possibilitar o envolvimento de outros autores, como as ONG's, e principalmente ao envolver as comunidades na oferta dos métodos de Planeamento familiar.

Assim, este trabalho tem por objectivo contribuir com o debate sobre a cooperação nos serviços públicos, a partir da análise dos serviços de planeamento familiar, olhando para a cooperação entre a DSCM e DKT Mozambique, e para o nível de participação das beneficiárias do Distrito Municipal KaMaxaquene no período de 2015-2019.

Neste sentido, a proposta teórico-metodológica deste estudo está relacionada com a busca de uma possível inovação sistemática nos debates sobre a cooperação dos serviços de PF.

É dentro deste contexto que se mostra pertinente fazer a reflexão teórico-prática sobre a dinâmica do planeamento familiar em Moçambique, dado que para garantir a plena efectivação dos compromissos internacionais e regionais, o governo de Moçambique tem colocado a saúde sexual reprodutiva como prioridades em diferentes planos e documentos estratégicos.

O universo temporal de 2015-2019 justifica-se nos diversos eventos ligados a cooperação dos serviços de planeamento familiar ocorridos no país. Ademais, escolhemos o ano de 2015, porque foi o ano que a DKT Mozambique iniciou suas actividades na área de saúde, junto a DSCM e foi o ano em que se reconheceu a importância do planeamento familiar na Cimeira do PF em Londres. Por outro lado, o universo temporal de 2015- 2019, é marcado pela aprovação de planos multi-sectoriais, isto é, o Plano Quinquenal do Governo (PQG) e o plano estratégico do Sector de saúde que introduz a descentralização dos serviços de saúde

Deste modo, a eleição destes dois órgãos é chancelado pelo nível de comprometimento com a saúde pública, a DSCM coordena, elabora e implementa planos sectoriais e provinciais, monitora o seu cumprimento, distribui recursos e ainda dá suporte técnico e logísticos aos serviços distritais de saúde. Por outro lado, a DKT tem operado nas suas clínicas privadas e também na comunidade, a DKT é pioneira na divulgação dos serviços de planeamento familiar no país. Elegemos esta organização por operar fora das unidades sanitárias em comparação com demais organizações do mesmo ramo.

Ademais, elegemos o Distrito Municipal KaMaxaquene dentre os sete Distritos Municipais da Cidade de Maputo, pelo facto de ser o quinto maior territorialmente, e também por ser um dos Distrito onde estão localizados alguns dos maiores mercados onde são montadas as brigadas móveis que prestam serviços do Planeamento Familiar e as unidades sanitárias onde os agentes da cooperação prestam os serviços de Planeamento Familiar.

CAPÍTULO II

2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO CONCEPTUAL

Neste capítulo iremos apresentar alguns conceitos importantes para a materialização da presente pesquisa, para além disso apresentar-se-á o debate teórico sobre a cooperação, para compreender o impacto da cooperação entre os agentes que colaboram na oferta do Planeamento Familiar, e ainda apresentar-se-á o debate teórico sobre a avaliação do impacto.

2.2. Definição dos conceitos

Segundo Sousa (2005), cooperação é agir conjuntamente com o outro, ou interagir em vista à realização de um fim comum. O sucesso na obtenção deste objectivo comum depende de determinadas condições que a cooperação implica, tais como um consenso em relação aos fins a atingir, a existência de interesses comuns, a confiança recíproca dos actores, a elaboração em comum de um conjunto de regras, um acordo sobre o modo de coordenação das acções, a participação activa de todos os elementos.

O conceito de cooperação que mais se enquadra no presente trabalho é do autor acima apresentado, visto que, compreende a cooperação como sendo o envolvimento ou o agir conjuntamente um com o outro, bem como a participação activa dos múltiplos actores com vista à realização de um fim comum.

No que tange a participação, Moreira Ulhoa (2012), afirma que a participação social ocorre em conferências de saúde, com o agente comunitário, na comunidade, ampliando assim o acesso à informação e orientações e cuidados de saúde.

Ademais, “a participação permite o alcance de melhores resultados sociais, resultados esses que reflectem o julgamento do povo como um todo, mas também os interesses de grupos específicos, de forma consistente com as normas democráticas” (SALM, RIBEIRO e MENEGASSO, 2007:233).

Por sua vez, Otayek (2007: 144), sustenta que a participação política e/ou social está no cerne do discurso descentralizador, que vê nela o vector apropriado de mobilização para o

desenvolvimento, de emergência de novos agentes e de construção de uma democracia de proximidade.

Ora, para a materialização deste estudo importa considerar a participação como sendo a mobilização a adesão das beneficiárias aos serviços móveis de planeamento familiar, prestados no Distrito Municipal KaMaxaquene por meio da cooperação entre a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e a DKT Mozambique.

No que se refere ao impacto, Cardoso Júnior e Cunha (2015), advogam que o impacto corresponde a todas as mudanças na realidade dos beneficiários directos que possam ser apropriados pelo programa. O impacto é a mudança que pode ser directamente associada ao alcance do resultado final do programa.

Sendo que, para Siteo e Lumbela (2013), impacto é o nível mais alto de mudanças ocorridas numa cadeia de resultados esperados. Isto é, são efeitos de longo prazo que podem ser positivos ou negativos. Estes efeitos são produzidos por uma intervenção de desenvolvimento numa cadeia que inclui os inputs, outputs e outcomes, sendo que se estabelece, entre eles, uma relação de causa-efeito.

De acordo com Lopes, Amaral e Caldas (2008), o impacto se refere aos efeitos que uma Política Pública provoca nas capacidades dos actores e grupos sociais, por meio da redistribuição de recursos e valores, afectando interesses e suas estruturas de preferências. A avaliação de impacto analisa as modificações na distribuição de recursos, a magnitude dessas modificações, os segmentos afectados, as contribuições dos componentes da política na consecução de seus objectivos.

No que diz respeito ao conceito de planeamento familiar, a DKT Mozambique (2019), entende como sendo, um conjunto variado de serviços, medicamentos e produtos essenciais que possibilitam pessoas, bem como casais, a planear o número de filhos desejados e o espaçamento de nascimentos.

Por sua vez, para o Centro de Pesquisa em População e Saúde (2017), planeamento familiar é um mecanismo seguro que permite às mulheres e aos casais em idade reprodutiva planificar a gravidez, ou seja, permite às mulheres e seus parceiros decidir quantos e quando ter os seus filhos, o que contribui para uma melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil.

Assim, Planeamento Familiar (PF) constitui uma intervenção chave para melhorar o estado de saúde da mulher e da criança, incluindo a saúde da família. A promoção do planeamento familiar em países com altas taxas de natalidade tem o potencial de reduzir em cerca de 32% a mortalidade materna e em 10% a mortalidade infantil (CLELAND *et al.*, 2006).

Para o presente trabalho o conceito que mais se adequa ao nosso estudo é do autor acima mencionado, na medida em que, planeamento familiar constitui uma intervenção chave para melhorar o estado de saúde da mulher, incluindo da sua família, portanto, entendemos que planeamento familiar é um serviço de saúde sexual reprodutivo básico, e um direito necessário para a sociedade Moçambicana, na medida em que por meio destes serviços, jovens, casais tem a possibilidade de determinar quando ter ou não filhos, assim, os serviços de planeamento familiar contribuem para evitar a gravidez indesejada, a mortalidade materno-infantil, a propagação de doenças sexualmente transmissíveis e por último contribui para o baixo crescimento demográfico.

2.3. Debate teórico sobre a Cooperação para o Desenvolvimento

Para Milando (2005), as teorias desenvolvimentistas surgiram nos anos 50, como alternativas as teorias da modernização, onde as sociedades ocidentais foram consideradas como estando no topo da civilização enquanto, outras são chamadas a emular esta mesma civilização.

De acordo com Milani (2014), num mundo formado por organizações bilaterais e multilaterais, gerou-se, a partir de então, uma clara divisão do trabalho, onde às primeiras organizações caberia a assistência técnica e ajuda orçamentária, ao passo que as agências multilaterais teriam a função de apoiar e gerir a implementação de projetos.

Portanto, Ayllón (2012) argumenta que a cooperação sul-sul nasce, não somente pelo aparente esgotamento da cooperação tradicional (NS), ou pelas críticas elaboradas, mas também pelo crescimento econômico, técnico e político dos países em desenvolvimento. Se nos anos 1950 e 1960 a cooperação sul-sul era mais um discurso que uma prática, agora ela é uma realidade importante da cooperação internacional.

Acrescentam Buss e Ferreira (2010), ao argumentarem que, a cooperação Sul-Sul é o processo de interação económica, comercial, social ou de outra natureza que se estabelece com vantagens mútuas entre parceiros de países em desenvolvimento, geralmente localizados no hemisfério sul. No entanto, para Diaz (2018) a cooperação pode ser entendida genericamente como uma modalidade de relação entre países que perseguem um benefício mútuo. Todavia, Keohane e Axelrod *apud* Diaz (2018), assumem que a cooperação não nasce da harmonia, mas da discórdia, porque pressupõe que há um todo conjunto de interesses conflituosos e complementares que precisam ser negociados. Para esses autores, a cooperação é um ajuste de comportamentos em relação à realidade por parte de um dos actores.

Ainda em defesa do argumento a cima, Ayllón (2014) sustentam que os países e as regiões em desenvolvimento não foram levados em consideração quando se desenhou a ordem económica internacional na conferência de Bretton Woods em 1944. Como reação a esta exclusão, estes países conseguiram introduzir o tema do desenvolvimento na agenda internacional e, nos anos 1950, arrancaram a concessão das potências ocidentais para criar o Fundo Especial das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNFED).

De acordo com Correa (2010), a prática da cooperação não é neutra, pelo contrário, nasce inserida dentro de um contexto histórico muito bem definido, a articulação entre interesses de governos dos países desenvolvidos e os interesses das elites do mundo subdesenvolvido. Nesse sentido, não há um conceito total ou completo, aplicável aos diferentes contextos sociais e históricos.

Por sua vez, Mello e Sousa (2014), argumentam que as origens da cooperação internacional para o desenvolvimento (CID) remontam a um mundo do pós-Guerra composto pelos países ocidentais capitalistas, os países do bloco comunista, e um conjunto de países que ficou conhecido como terceiro mundo, muitos dos quais ainda se encontravam em um contexto de descolonização e dependiam de assistência externa para sustentar suas economias e a construção de suas instituições nacionais.

Deste modo, Milando (2005) argumenta que uma das interpretações de desenvolvimento, enfatiza padrões de vida como redução de pobreza, distribuição equitativa de rendimentos, baixa mortalidade infantil, aumento de esperança de vida, acesso a habitação, acesso ao emprego e a educação, questões acima mencionadas constituem pontos focais para o desenvolvimento, portanto, na maioria dos casos, a intervenção dos países do norte aos dos sul,

visam cooperar nas áreas acima mencionadas, e essa intervenção na maioria é traduzida em ajuda humanitária.

Para Axelrod e Keohane *apud* Paulo (2014), a cooperação ocorre quando os actores ajustam seu comportamento às preferências reais ou previstas. Além disso, de acordo com Ayllón (2006), existe um recente dado, a aparição de uma nova agenda de cooperação para o desenvolvimento, que se estendeu a âmbitos como a liberalização e a reforma económica, a democracia e os direitos humanos, a gestão pública, a igualdade de género, o meio ambiente, a construção da paz e a gestão da crise.

Assim, de acordo com Milani (2014), em 1990 a cooperação internacional ao desenvolvimento encontrava-se claramente ampliada de projectos e intervenções pontuais, os principais doadores passaram a privilegiar programas, metas, estratégias e políticas, aumentando significativamente o raio de acção da cooperação para o desenvolvimento.

No princípio da sua institucionalização, a CID deu ênfase a diálogos técnicos sobre capital financeiro, tecnologia e organização de infraestruturas, porém nos anos de 1990, as agendas abrangeram políticas sociais, instituições e governos. De uma cooperação interestadual, passou-se gradualmente ao sistema de cooperação que envolve múltiplos atores (Estados, organizações internacionais, ONGs, e sector privado) (*Ibidem*).

Assim, “a partir dos anos 2000 se conseguiu firmar um conjunto de metas internacionais de desenvolvimento, que paulatinamente estão a constituir-se como próprias das agências bilaterais de cooperação e as organizações multilaterais” (AYLLÓN, 2006:13).

Ademais, as acções da cooperação ao desenvolvimento situam-se no quadro mais abrangente das relações internacionais, e constituem no específico a melhoria nas condições de vida da população dos países em via de desenvolvimento, assim, é no âmbito das relações internacionais que se pode explicar o nascimento da cooperação ao desenvolvimento, e sua estruturação no quadro da Guerra Fria e no processo de descolonização (*Idem*).

Por outro lado, para Fiani (2011), a coordenação das actividades económicas é central para a compreensão do funcionamento do sistema económico, para a promoção do desenvolvimento. Sem cooperação não é possível atingir este objectivo, pois o progresso exige uma série de mudanças e investimentos que alteram significativamente as actividades económicas, e com isso, vários agentes têm de tomar decisões que, por sua vez, têm de ser consistentes entre si.

Outrossim, investimentos em saúde, educação, saneamento, exigem coordenação entre agentes públicos e privados, pois para promover a cooperação é simultaneamente necessário reduzir a possibilidade de conflito. Esta ameaça está sempre presente quando duas partes têm de chegar a um acordo para actuar de forma cooperativa (*Ibidem*).

Assim, de acordo com Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (2005), actividades de dois ou mais parceiros do desenvolvimento que procuram mobilizar recursos de ajuda ou harmonizar as suas políticas, programas, procedimentos e práticas no sentido de maximizar a eficácia dos recursos da ajuda na promoção do desenvolvimento, a coordenação pode ocorrer a diferentes níveis, internacional, regional, nacional, sub-nacional e sectorial e também em diferentes contextos e variar na intensidade (consulta, cooperação, colaboração).

Ademais, no sentido restrito a cooperação significa uma acção descentralizada, quando realizada pelas administrações sub-estatais tais como municípios, regiões, entre outros, num sentido amplo, trata-se de uma nova abordagem da cooperação caracterizada pela descentralização das iniciativas e da relação com os países em desenvolvimento, pela inclusão de uma grande variedade de novos actores da sociedade civil e por uma verdadeira participação dos actores dos países beneficiários no seu próprio desenvolvimento. (*Ibidem*).

Segundo Milani (2014), estas acções emergiram na Europa com Plano Marshall, e com o avanço da descolonização. Neste período destaca-se o estabelecimento de organizações internacionais, tais como Organização de Cooperação Económica Europeia (OECE), e diferentes agências da Organização das Nações Unidas (ONU).

Por conta disso, Fiani sustenta (2011), que a cooperação é crucial para vender um bem, financiá-lo, trocar informações, realizar pesquisas de novos produtos ou processos, contratar mão-de-obra, pois há sempre a necessidade dos indivíduos e das organizações cooperarem entre si e adoptarem decisões consistentes. Sendo que qualquer sistema social moderno é baseado na interdependência entre empresas, indivíduos e organizações, onde a temática da cooperação é a questão central quando se discute desenvolvimento.

Para Mosca e Selemene (2012), em economias dependentes da cooperação e ajuda, e em contextos de ciclos políticos nas economias desenvolvidas do poder, onde as governações são asseguradas por partidos e a nova diplomacia económica, pode configurar-se uma tripla aliança de sustentação dos poderes nacionais, o governo, a cooperação e o capital externo.

A terceira Estratégia de cooperação da OMS com Moçambique (2018-2022), revela que a cooperação no sector de saúde, é relevante porque apresenta a forma como a OMS efectua o seu apoio, em colaboração com as agências das nações unidas e outros parceiros de desenvolvimento, e servir de base para a elaboração de orçamentos, programas e planos da OMS para a mobilização de recursos.

A Estratégia de Cooperação da OMS faz um trabalho complementar e toma em conta as parcerias existentes e as novas que vão se formando no país, assegurando a complementaridade entre os parceiros de desenvolvimento no sector de saúde (*Ibidem*).

Deste modo, a cooperação entre a DSCM e a DKT Mozambique é crucial para a melhoria da divulgação e acesso aos serviços de planeamento familiar fora das unidades sanitárias onde estão concentradas inúmeras organizações prestando os serviços de planeamento familiar. Por conseguinte, através da sua rede ÍNTIMO, a DKT Mozambique fornece serviços clínicos de planeamento familiar por meio das clínicas móveis instaladas ao redor da cidade, ou nos terminais dos transportes públicos e em outros pontos da cidade (DKT Mozambique)⁶.

Por via disso, em Moçambique, se não em toda África, agências da Organização das Nações Unidas (ONU), nomeadamente, Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), tem cooperado com Moçambique logo após a independência.

O objectivo é no geral melhorar a oferta de bens/serviços públicos e buscar de algum modo o desenvolvimento político, económico e social. Por conta disso, quase todos serviços são prestados na lógica de cooperação entre entidades públicas e privadas, e não só, a cooperação é claramente identificada na implementação de várias políticas públicas inerentes à saúde, ela existe e responde a incapacidade de governação de muitos Estados.

Por conseguinte, para os fins deste estudo importa analisar a cooperação como sendo o envolvimento de múltiplas organizações na prestação de serviços de planeamento familiar.

⁶DKT Mozambique. Disponível em: <http://www.dktmozambique.org/pt/sobre-nos> (acessado em 13/09/2019).

2.4. Debate Teórico Sobre Avaliação do Impacto

De acordo com Theodoulou (2012), a avaliação tem como objectivo central determinar se as políticas/programas/projectos implementados estão a alcançar os objectivos pré-determinados. Através da avaliação podemos determinar se os efeitos das políticas /programas /projectos são os intencionais ou não intencionais e se os resultados são positivos ou negativos para o grupo alvo e para a sociedade como um todo.

Ademais, Frey (2000), acrescenta que o controlo do impacto não tem que ser realizado exclusivamente no final do processo político, mas pode, ou até deve acompanhar as diversas fases do processo e conduzir as adaptações permanentes do programa e, com isso, propiciar uma reformulação contínua da política.

Conforme sustenta Carvalho *apud* Trevisan e Bellen (2008), é aquela que focaliza os efeitos ou impactos produzidos sobre a sociedade e, portanto, para além dos beneficiários directos da intervenção pública, avaliando-se sua efectividade social. Busca-se nessa avaliação detectar as mudanças que efectivamente ocorreram e em que medida as mudanças ocorreram.

Segundo Simões e outros (2008), o impacto refere-se ao efeito que uma Política Pública provoca nas capacidades dos actores e grupos sociais, por meio da redistribuição de recursos e valores, afectando interesses e suas estruturas de preferências. A avaliação de impacto analisa as modificações na distribuição de recursos, a magnitude dessas modificações, as contribuições das componentes da política na consecução de seus objectivos.

De acordo com Siteo e Lumbela (2013), a avaliação de impacto procura analisar até que ponto a população alvo está a ser afectada de algum modo pela implementação da política. Este tipo de avaliação (impacto) responde às preocupações dos gestores dos programas e dos elaboradores das políticas.

Para Amaral (2013), o impacto tem vindo a ser interpretado cada vez mais como uma relação, a relação causal entre as acções de uma determinada intervenção e as alterações provocadas por estas nos indicadores e nos comportamentos dos beneficiários finais. São estas relações causais que estão no centro da avaliação do impacto.

Avaliar o impacto de uma determinada intervenção de desenvolvimento não se limita a verificar o que aconteceu, mas também verificar porque é que isso aconteceu. Ao determinar

os efeitos de uma intervenção, a avaliação do impacto está a contribuir directamente para a responsabilização e prestação de contas, tanto na dimensão ascendente como na sua dimensão descendente, ou seja, tanto em relação aos financiadores, doadores e cidadãos, assegurando que as suas contribuições são aplicadas em intervenções eficazes, em relação aos beneficiários e as comunidades locais, ao informá-los se a intervenção está a beneficiá-los ou não (*Ibidem*).

Ao identificar os processos de mudança que levaram aos impactos observados, a avaliação do impacto contribui também para a aprendizagem e criação de conhecimento sobre a cooperação internacional e a avaliação. Nesta linha, potência igualmente a aprendizagem organizacional, já que permite que a organização tenha consciência daquilo que funciona, ou não, e porque (*Ibidem*).

Desta forma importa conhecer quais são as mudanças que ocorreram com a cooperação feita entre a DSCM e DKT Mozambique na provisão dos métodos de Planeamento Familiar às beneficiárias do Distrito Municipal kaMaxaquene.

2.5. Teoria de Base

Considerando que PF é uma política de saúde que emana de diferentes documentos estratégicos fruto da cooperação entre o governo de Moçambique e outros colaboradores internacionais tais como, ONG's, em actividade no país, urge a necessidade de descrever como ela é articulada no contexto Moçambicano, dentre várias perspectivas teóricas no quadro da cooperação, privilegiamos a teoria de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento.

A abordagem teórica eleita para a interpretação da presente pesquisa explica essencialmente porquê os programas emanados no âmbito da cooperação em qualquer área na esfera social, não geram um impacto ao longo prazo, ou, tem gerado um impacto aparente e unicamente visível aos olhos do doador e não da sociedade-alvo. O primeiro pressuposto teórico, assume que os governos africanos não tem autonomia na elaboração dos projectos, segundo as condicionalidades impostas pelos países ou agências doadoras, entram em conflito com os interesses, a cultura, as identidades, as preferências do país onde é canalizada a ajuda (MILANDO, 2005).

Para Milani (2012), a cooperação internacional para o desenvolvimento (CID) pode ser definida como um sistema que articula a política dos Estados e actores não governamentais. Cada actor apresenta identidade, preferências, interesses e objetivos próprios, podendo agir com base em motivações políticas de segurança nacional, por razões humanitárias ou morais, mas também por motivos económicos e ambientais.

Adicionalmente, Milando (2005) sustenta que os países do terceiro mundo, como em qualquer outro, a mudança social pode assumir as mais variadas formas. Daí que o reconhecimento dos valores culturais e das estruturas sociais de cada país sejam considerados como central em qualquer accção que visa a mudança social.

Assim, Milani (2012) sugere que a CID só é eficaz, quando dá prioridade ao desenvolvimento de capacidades nacionais, garantindo a apropriação pelos países em desenvolvimento de coordenar os programas e projetos dos diversos doadores, reforçando a responsabilidade mútua na implementação de ferramentas de gestão por resultados e, finalmente, harmonizar as práticas e estratégias dos Estados-doadores.

Dado que, Milando (2005) afere que na maioria dos países africanos os principais projectos de desenvolvimento, são planificados e implementados com o apoio técnico-financeiro externo, no quadro da cooperação internacional. Esta abordagem revela a incapacidade que os países da África Subsaariana têm tido para elaborar os próprios programas para o desenvolvimento.

Deste modo, os programas e projectos actuais parecem ter vantagens de concentrar os recursos em prioridades criteriosamente seleccionadas, contemplar áreas geográficas, envolver grupos populacionais específicos. Por outro lado, os programas e projectos são meros instrumentos de intervenção segmentaria e parcial que ignoram, com frequência as instituições e organizações sociais que constituem os contextos (*Idem*).

Para Sánchez Pérez *apud* Diaz (2018), as condicionalidades das ações de cooperação são aquelas que vinculam o desembolso de recursos à implementação de certas políticas acordadas. Na cooperação internacional, a condicionalidade é um rasgo estrutural, vinculada à promoção do interesse nacional.

Portanto de acordo com Milando (2005), estes programas criam enclaves que, desviam os recursos, onde as pequenas unidades de implementação dos projectos ao desenvolvimento podem ser enclaves muito mais prejudiciais ao benefício das sociedades alvo. Por outro lado,

os promotores dos projectos sofrem pressões da parte dos financiadores, no sentido de obterem êxitos a todo custo, sob pena de não poderem receber mais apoios, que constitui a base de sua própria sobrevivência. Por conseguinte, o limite temporal (de dois ou três anos em média) é insuficiente para estabelecer confiança entre o pessoal dos projectos e os grupos-alvo.

Neste sentido, como Abrahamsson (2001) demonstra, um dos primeiros países africanos a aderir aos programas de ajuda ao desenvolvimento foi Moçambique, ao implementar em 1987 o Plano de Reabilitação Económica (PRE), seguindo os padrões de estabilização económica e ajustamento estrutural desenvolvidos pelo FMI e pelo Banco Mundial.

Deste modo, a diplomacia moçambicana foi pródiga em buscar, na cooperação internacional, elementos para a construção e a sobrevivência do Estado. Não é exagero afirmar que o país tem sido, em menor ou maior grau, dependente de recursos externos em determinados períodos da cooperação internacional (DIAZ, 2018).

Neste contexto, é possível verificar que a prática da cooperação internacional está inserida dentro de um postulado epistemológico particular, que supõe a existência de duas partes distintas. Assim, temos um doador, e o sujeito (Estado ou instituição) que estão afastados por um estatuto que define a relação entre ambos: o primeiro está livre de condicionalidades e tem capacidade de realizar mudanças sociais em outros actores; o segundo está inevitavelmente condicionado por questões sociais e culturais (*Idem*).

Como mostra Lalá e Ostheimer (2003), a maioria das ONGs são provedoras de serviços e orientam as suas actividades de acordo com os interesses das agências doadoras, mesmo quando se encontram a desempenhar actividades complementares ao papel do Estado na prestação de serviços. Ao nível comunal persiste a limitação das bases sociais das ONGs, tornando-as vulneráveis a influências de certas personalidades proeminentes, sobretudo nas pequenas comunidades, por sua vez, a falta de informação adequada por intermédio dos meios de comunicação social e a inexistência de um público crítico cria um terreno fértil para rumores políticos.

Nestes termos, sugere-se que a cooperação dos serviços de Planeamento Familiar configura-se um modelo importado, que pouco-a-pouco é reajustado de acordo com as condicionalidades dos doadores e dos interesses dos implementadores do mesmo programa, traçado desde 2015, ano em que iniciou a cooperação entre a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e a DKT Mozambique. Da qual devido as condicionalidades conjugadas aos interesses das elites locais

e a luta pela sobrevivência dos implementadores, o grupo alvo do planeamento familiar acaba não se beneficiando do PF nas comunidades.

CAPÍTULO III

3.1. METODOLOGIA

É relevante referir que, “método é um caminho para se chegar a determinado fim. E método científico é o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adoptados para se atingir o conhecimento” (GIL, 2008:8).

Ademais, entende-se por “método científico o conjunto de processos ou operações mentais que devemos empregar na investigação. É a linha de raciocínio adoptada no processo de pesquisa” (PRODANOV; FREITAS, 2013:24).

Deste modo para aferir o impacto da cooperação nos serviços de planeamento familiar providos pela Direcção de Saúde da Cidade de Maputo, em colaboração com a DKT Mozambique no Distrito Municipal KaMaxaquene, importa-nos adoptar todos métodos necessários, tais como o método de procedimento, de abordagem, técnicas de pesquisa, tipo de amostragem e método de análise.

3.2. Métodos de abordagem

Adoptamos o método Hipotético-dedutivo o qual Marconi e Lakatos (2003) fazem alusão a Karl Popper, que indica que o método científico parte de um problema, ao qual se oferece uma espécie de solução provisória, uma teoria-tentativa, passando-se depois a criticar a solução, com vista à eliminação do erro, e tal como no caso da dialéctica, esse processo se renovaria a si mesmo, dando surgimento a novos problemas.

O método hipotético-dedutivo permitiu-nos descrever os resultados do nosso problema de pesquisa, que deriva da seguinte pergunta de partida: Até que ponto a cooperação entre a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo, e a DKT Mozambique no Distrito Municipal KaMaxaquene tem um impacto melhorado na provisão dos métodos de Planeamento Familiar?

Ora, em virtude disso, a nossa solução prévia (hipótese) , será testada por meio da técnica de documentação directa na sua primeira dimensão: observação Directa intensiva (entrevista padronizada ou estruturada) as instituições que cooperam no Distrito Municipal KaMaxaquene na oferta dos serviços de Planeamento Familiar e na sua segunda dimensão que é a observação Directa extensiva (formulário) que foi usada para colher dados inerentes às beneficiárias do Distrito, buscando aferir o seu nível de participação.

3.3. Métodos de procedimentos

Para garantir a objectividade do estudo em questão, recorreremos aos métodos de procedimento ou métodos que indicam os meios técnicos de investigação, na medida em que além de fornecer a objectividade visam fornecer, segundo Gil (2008), a orientação necessária à realização da pesquisa social, no que concerne à obtenção, processamento e validação dos dados pertinentes à problemática que está sendo analisada. Por conseguinte mobilizamos o método de estudo de caso.

De acordo com Gil (2008), o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo de um ou de poucos objectos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, Neste sentido, o método de estudo de caso permitiu-nos a orientação necessária à obtenção e validação dos dados pertinentes à problemática, Os dados que a pesquisa colectou estão relacionados à cooperação como sendo a interação ou o envolvimento colaborativo entre Direcção de Saúde da Cidade de Maputo, e DKT Mozambique, junto a participação das beneficiárias dos serviços de planeamento Familiar.

Colectamos dados de um grupo de beneficiárias do Distrito Municipal KaMaxaquene que estão em idade de reprodução, casadas ou não, para aferir o nível de participação destas na provisão dos métodos de planeamento familiar, pois as beneficiárias cooperam no seu papel secundário como consumidoras, ou seja, são beneficiárias finais na implementação do programa do planeamento familiar, que é fruto da cooperação entre a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e a DKT Mozambique, desta feita, importa-nos olhar para o nível de coordenação entre estes dois actores, e a participação das beneficiárias do Distrito em causa, para a aferir o impacto da cooperação.

3.4. Técnicas de Pesquisa

De acordo com Marconi e Lakatos (2003), as técnicas de pesquisa são um conjunto de preceitos ou processos de que se serve a ciência, são também, a habilidade para usar esses preceitos ou normas, na obtenção de seus propósitos.

Por esta via, adoptamos a técnica de documentação directa na sua primeira dimensão: observação Directa intensiva (entrevista padronizada ou estruturada) e observação Directa extensiva (formulário). Doravante, para complementar as entrevistas, recorreremos a pesquisa documental (fontes primárias) e Pesquisa Bibliográfica (fontes secundárias).

Segundo Gil (2008), essas fontes documentais são capazes de proporcionar ao pesquisador dados em quantidade e qualidade suficientes para evitar a perda de tempo e o constrangimento que caracterizam muitas das pesquisas em que os dados são obtidos directamente das pessoas.

No que concerne a fonte primária usamos vários documentos que versam sobre a saúde reprodutiva da mulher em Moçambique, e alguns documentos ministeriais da reforma no sector de saúde, que também introduzem a descentralização dos serviços de saúde dos órgãos centrais para os órgãos locais e as ONGs, por outro lado, quanto às fontes secundárias, recorreremos aos estudos cujo foco é a cooperação.

3.5. Tipo de Amostragem

Adoptamos a Amostragem por acessibilidade ou por conveniência para a determinação das pessoas que foram dirigidas as entrevistas. Segundo Gil (2008), neste tipo de amostragem, o pesquisador selecciona os elementos a que tem acesso, admitindo que essas possam, de alguma forma representar o universo. Esse tipo de amostragem é frequentemente usado em estudos exploratórios ou qualitativos, em que não é requerido elevado nível de precisão.

Por conseguinte, as entrevistas foram dirigidas aos profissionais da Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e os profissionais da DKT Mozambique. Os formulários foram dirigidos às mulheres residentes nos Bairros de Maxaquene “A”, “B” e “C” do Distrito Municipal KaMaxaquene, visto que o PF é um serviço oferecido nos Bairros por meio de brigadas móveis, nas unidades sanitárias, nos mercados e nos terminais dos transportes públicos.

Tendo em conta que o epicentro do estudo é o planeamento familiar, o nosso universo para a colecta de dados foi composto por 150 mulheres em idade de reprodução dos 18 anos aos 45 anos de idade, com a vida sexual activa, casadas e não casadas.

3.6. Método de análise

Para análise dos dados colectados, o estudo sustentou-se na análise qualitativa, e agregou alguns aspectos da análise quantitativa. Segundo Gil (2002), a análise qualitativa depende de muitos factores, tais como a natureza dos dados colectados, a extensão da amostra, os instrumentos de pesquisa e os pressupostos teóricos que nortearam a investigação.

Deste modo, para Pardal e Lopes (2011), a análise qualitativa está preocupada com a compreensão dos significados dos acontecimentos, valorizando a subjectividade como instrumento de apreensão destes. E por outro lado, a análise quantitativa requer uso de recursos e técnicas de estatística, procurando traduzir em números os conhecimentos gerados pelo pesquisador.

A análise qualitativa foi de maior incidência na interpretação de dados colhidos nas instituições que colaboram para oferta dos métodos de planeamento familiar por meio de brigadas móveis no interior do Distrito Municipal KaMaxaquene, por outro lado a abordagem quantitativa foi de grande incidência para os dados relativos à participação, envolvimento e conhecimento das beneficiárias sobre a oferta do PF fora das unidades sanitárias.

CAPÍTULO IV

4.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.2. Breve histórico da DKT Mozambique

A DKT Mozambique é uma organização sem fins lucrativos especializada na implementação e desenvolvimento de projectos de planeamento familiar e prevenção de ITS, incluindo o HIV/SIDA, foi estabelecida em Moçambique em 2009. A sigla DKT; é alusivo ao nome do indiano Dharindra Kumar Tyagi, pioneiro em projectos de planeamento familiar e responsável pela motivação pública em aspectos educativos na Índia nos anos 60⁷.

DKT Mozambique está preocupada com a melhoria da qualidade de vida e saúde sexual e reprodutiva, ela é representante das marcas *Prudence* e *Íntimo*, possuindo uma variedade de produtos para planeamento familiar (preservativos, Implantes, DIU, Injectáveis e pílulas) e abortivos (*Ibidem*).

A DKT Mozambique proporciona aos casais opções seguras e acessíveis de planeamento familiar e prevenção do HIV através do marketing social. Esta também actua como uma empresa inovadora e dinâmica que melhora a qualidade de vida das pessoas, contribuindo para o aumento de anos de protecção dos casais; melhorando a qualidade de vida dos Moçambicanos através da promoção do planeamento familiar e prevenção do HIV/SIDA (*Ibidem*).

Em termos de parceria para a provisão dos serviços, a DKT conta actualmente com 25 clínicas parceiras, mas com a pretensão de expandir a rede de atendimento móvel para 6 unidades móveis e 5 atrelados para oferta de serviços em zonas de difícil acesso. A rede *Íntimo* de serviços clínicos de planeamento familiar trabalha em parceria com o sector privado, mas de acordo com os objectivos determinados pelo programa nacional de saúde reprodutiva (*Ibidem*).

Para além da cooperação com outras entidades clínicas, a DKT Mozambique tem mantido relação com o Ministério da Saúde, e sempre que necessário, a DKT presta apoio na formação de profissionais da rede pública sobre a utilização de métodos de planeamento familiar (*Ibidem*).

⁷DKT Mozambique. Disponivelem: <http://www.dktmozambique.org/pt/sobre-nos> (acessado em 13/09/2019).

4.3. Direcção de Saúde da Cidade de Maputo

Segundo o Decreto n° 11/2005, de 10 de Junho no seu artigo número 27, o aparelho provincial do Estado é constituído por seguintes órgãos *a) Secretária Provincial; b) Gabinete do Governador Provincial; c) Direcções provinciais; e d) serviços provinciais*. Sendo que, a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo constitui um dos órgãos locais do aparelho do Estado, funcionando como instrumento para a planificação, implementação e controlo dos objectivos e funções atribuídas ao Ministério da Saúde. (DSCM, 2018).

A Direcção de Saúde da Cidade de Maputo possui 35 Unidades Sanitárias, sendo 4 Hospitais Gerais, 1 Hospital Especializado em Saúde Mental, 4 Centros de Saúde Urbano C, 15 Centros de Saúde Urbano A, 5 Centros de Saúde Urbano B, 2 Centros de Saúde Rural do tipo I, 4 Centros de Saúde Rural Tipo II, 14 Maternidades e 6 Bancos de Socorro (*Ibidem*).

4.4. Distrito Municipal KaMaxaquene

De acordo com o CMM (2015), o Distrito Municipal KaMaxaquene localiza-se no extremo este do Município de Maputo, limita-se ao norte com o Distrito Municipal KaMavota, a sul com o Distrito Municipal KaMpfumu e Distrito Municipal KaTembe, ao oeste com o Distrito Municipal KaMubukwana, a sudoeste com o Distrito Municipal Nihamankulo.

O Distrito em caracterização está dividido em oito Bairros, designadamente: Mafalala; Maxaquene A; B; C e D; Polana Caniço A e B; e Urbanização os quais por sua vez estão subdivididos em vários quarteirões.

Territorialmente, o Distrito é o quinto maior, depois do Distrito Municipal KaMavota, KaTembe, KaMubukwana e KaNyaca, com uma superfície de 12 Km². No último censo, o Distrito Municipal KaMaxaquene tinha uma população de 199 565 habitantes (INE: 2017).

4.5. Actores da Cooperação nos serviços de Planeamento Familiar

Na conjuntura actual, a oferta dos serviços de planeamento Familiar tem sido feita em cooperação e coordenação com diversos actores da sociedade, incluindo organizações da sector privado, ONGs e outras organizações formais e informais

Portanto, a DSCM coordena suas actividades junto a DKT na provisão de métodos de Planeamento Familiar através de um modelo que é dividido em três acções, nomeadamente, assinatura de um acordo anual, assinatura de um memorando de dois em dois anos e pela avaliação dos relatórios dos acordos assinados.

Por outro lado, convém assumir que a cooperação do PF entre a DSCM e DKT Mozambique é um programa internacional importado carregado de condicionalismos, que criam enclaves ao nível do espaço temporal, pois os financiadores destes programas, criam pressões quanto ao êxito no alcance das metas, que por hora são a condição para a canalização de novos apoios. Por conseguinte, os acordos entre a DSCM e a DKT são facilmente assinados a cada dois anos, onde também são igualmente assinados vários instrumentos num curto espaço de tempo, pois os itens em discussão consistem apenas em ajustes de interesses ou meras modificações dos acordos existentes.

Relativamente à provisão dos serviços de planeamento familiar na cidade de Maputo, a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo tem cooperado com diversas entidades, dentre elas a DKT. O marco do entrelaçamento das relações de cooperação entre a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e a DKT, iniciou em 2015 no âmbito da necessidade da DKT Mozambique licenciar as suas clínicas privadas em Maputo (DSCM. 2021)

Portanto, é com base neste contexto que se estabeleceram as relações de cooperação e de coordenação entre a DSCM e DKT Mozambique. Actualmente, de acordo com o representante da DSCM, a DKT tem cooperado junto a DSCM na lógica de complementaridade na provisão do PF, por meio de alocação de recursos ligados a publicidade, fazendo marketing social conforme ilustra o depoimento abaixo:

A DKT tem apoiado a DSCM em algumas supervisões, formações ou feiras de saúde, disponibilizando o trailer, para facilitar a oferta dos serviços de PF, mas nas suas actividades do dia-a-dia o pessoal da DKT trabalha nas suas clínicas privadas. Contudo, são obrigados no âmbito do nosso acordo de cooperação enviar os dados para direcção de saúde, de modo que estes sejam incluídos na estatística.⁸

Para além das actividades supracitadas, o Chefe de Cooperação dos Serviços de Saúde da Cidade de Maputo acrescentou que, a DKT tem montado suas brigadas com profissionais

⁸Entrevista com o Sector de Programação Direcção Provincial de Saúde da Cidade de Maputo. Maputo, 20 de Fevereiro de 2021.

especializados para prestar os serviços de planeamento familiar, assim como, tem mostrado seu apoio quanto a produção de instrumentos de Educação e Comunicação, nomeadamente: Panfletos, calendários, chaveiros entre outros, ”*sendo que sempre que solicitado o apoio para a realização de alguma actividade, a DKT disponibiliza o fundo, respeitando as metas do doador.*”⁹

Contudo, apesar da coordenação entre a DSCM e a DKT, envolver em algum momento fundos, a coordenação entre essas duas entidades está mais voltada para o Marketing social e a publicidade do PF. Sendo que, a distribuição dos métodos de contracepção só acontece no dia em que se agenda uma actividade.

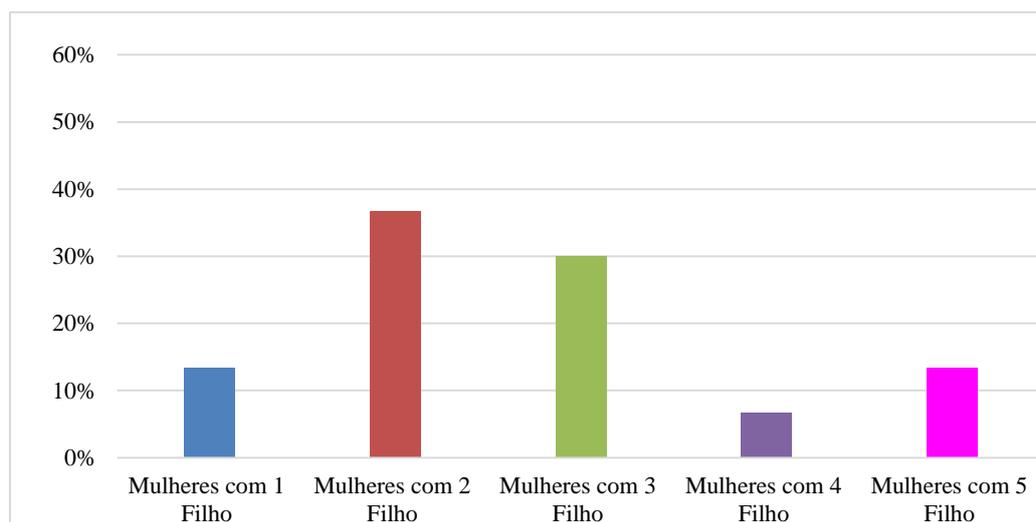
Como se pode constatar, existe uma relação de colaboração entre a DSCM e a DKT na provisão dos serviços de planeamento familiar, portanto, a DKT na sua componente pública tem cooperado com a DSCM no Distrito Municipal KaMaxaquene muito mais para a publicidade dos métodos de planeamento familiar, onde o acesso e uso dos métodos é obtido pelas beneficiárias apenas em alguns eventos que decorrem nas comunidades daquele Distrito.

4.6. Grau de participação das beneficiárias aos serviços de planeamento familiar no Distrito Municipal KaMaxaquene

No que concerne à participação das mulheres na aderência aos métodos de PF, verifica-se que na sua maioria estas têm o contacto com o PF depois da primeira ou da segunda gravidez e só mais tarde participam dos serviços. Numa amostra de 150 participantes em que todas as mulheres têm filhos, grande parte mostrou-se mais preocupada com o planeamento familiar, geralmente depois do segundo filho, como mostra o gráfico nº 1 abaixo.

⁹ Entrevista com Sector de cooperação dos Serviços de Saúde da Cidade de Maputo. Maputo, 20 de Fevereiro de 2021.

Gráfico 1 - Número de Filhos por Mulher



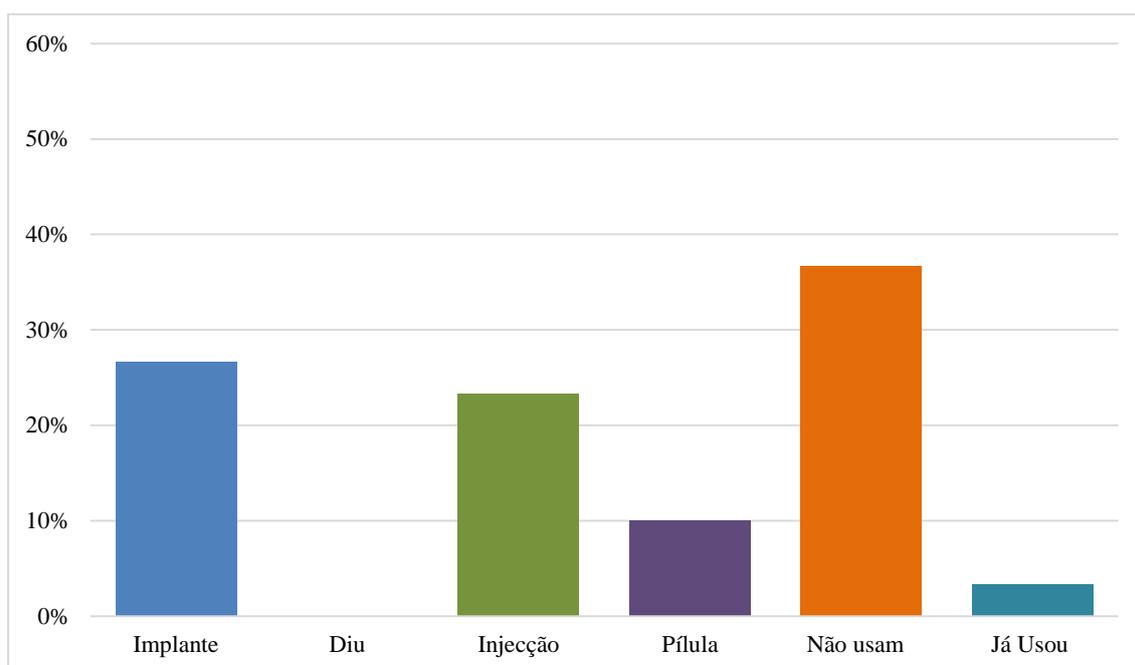
Fonte: Elaborado pela autora

No total das mulheres questionadas (150), grande parte das beneficiárias, isto é, 36,66% alegaram preocupar-se com os serviços de PF após a segunda gravidez. Sendo que 30% das beneficiárias com três filhos, 6,66% com 4 filhos e os 13,33 % com 5 filhos argumentaram desistência dos serviços de PF. Ademais, das mulheres que argumentaram desistência dos serviços de PF, 13% alude que a falta de informação e os efeitos colaterais tem sido variáveis explicativas da sua desistência aos serviços de planeamento familiar como ilustrado no gráfico acima

Olhando para o grau de participação das mulheres nos serviços de PF, dados sugerem que 36.66% das mulheres não participam do PF e as que participam o fazem em diversos métodos mais com baixa aderência como mostra o gráfico nº 2.

Ademais, dados do inquérito demográfico do MISAU (2011), revelam que tanto as mulheres como os homens têm mais conhecimento dos métodos modernos de planeamento familiar do que dos tradicionais. No geral os métodos mais conhecidos pelas mulheres são: o preservativo, a pílula, a injeção, o Diu, e a esterilização feminina, no que toca os homens a maioria tem conhecimento do preservativo, implante, esterilização masculina e o diafragma.

Gráfico 2 - Mulheres que usam métodos de planeamento familiar



Fonte: Elaborado pela autora

Além da baixa participação na aderência aos métodos de PF, as nossas entrevistadas, ou seja, 36% alegaram falta de conhecimento sobre a DKT Mozambique, mesmo com todos os mecanismos que tem disponibilizado para o Marketing social e a publicidade dos métodos de PF. Portanto, dessa situação percebe-se que, apesar dos esforços que têm vindo a ser feitos pela DKT Mozambique por meio dos instrumentos de publicidade e marketing social, as beneficiárias dos serviços de PF não têm conhecimento sobre DKT.

Ora, em linhas gerais, na tentativa de compreender os principais constrangimentos que levam as mulheres a não aderir com fluência aos métodos de PF, constatamos que, além da falta de informação, e dos efeitos colaterais, a DSCM tendencialmente, tem deixando parte do seu papel a DKT. O que constitui um desafio para o alcance da cooperação efectiva, uma vez que este como o principal agente da cooperação entre a DKT e as demais ONG's, foca-se grandemente nas unidades sanitárias que no final também estão revestidas de grandes constrangimentos no que concerne o fornecimento dos métodos de PF.

Por sua vez, a DKT apesar de coordenar com a DSCM em eventos de grande dimensão e ainda montar brigadas móveis e contribuir com o marketing social e a publicidade dos métodos modernos de PF, a DKT passa a ideia de que, o seu maior interesse está para os serviços

privados. Como resultado, as mulheres acabam pouco participando efectivamente desta cooperação.

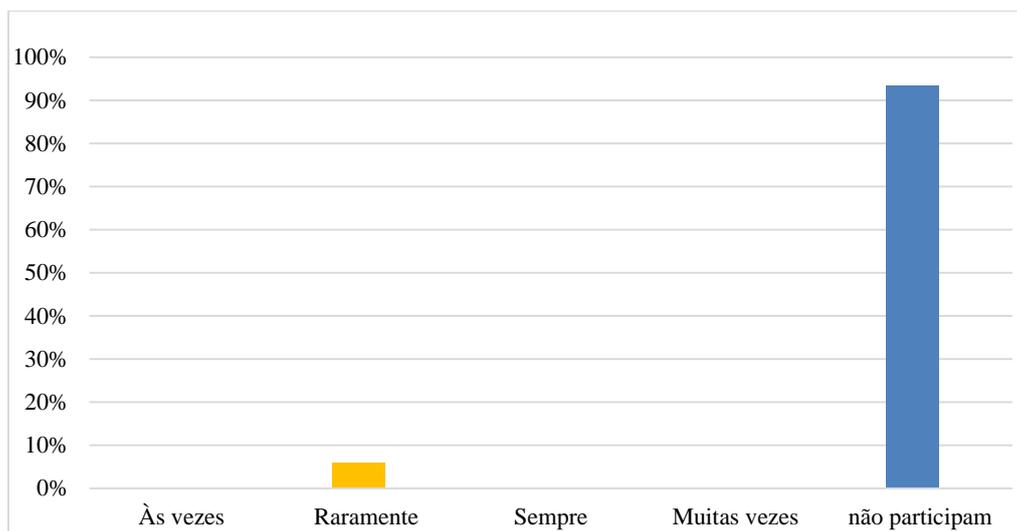
4.7. Impacto da Cooperação entre DSCM e DKT nos serviços de planeamento familiar no Distrito Municipal KaMaxaquene

Com base nos depoimentos das entrevistas realizadas junto da DSCM e DKT, foi possível, igualmente, aferir que a colaboração entre a DSCM e DKT apresenta alguns desafios, no que diz respeito às orientações e metas a atingir. Contudo, ainda de acordo com os depoimentos colhidos nas entrevistas, assume-se que, com o início da cooperação entre a DSCM e DKT, registaram-se algumas mudanças consideráveis no que toca à publicidade e divulgação dos métodos modernos de planeamento familiar na cidade de Maputo.

Actualmente com a cooperação, os serviços de PF podem ser prestados fora das unidades sanitárias por meio de brigadas móveis, onde a DKT oferece trelas e outros recursos necessários para a distribuição dos métodos modernos de PF nos terminais dos transportes rodoviários dentro da cidade de Maputo.

Por outro lado, olhando para o nível de participação das mulheres nos serviços móveis de Planeamento Familiar dentro do Distrito Municipal KaMaxaquene, dados ilustram que 93% das beneficiárias não participam dos serviços de planeamento familiar prestados nos bairros por meio das brigadas móveis, ou feiras de saúde, organizados com a colaboração da DKT Mozambique. A luz da teoria da CID é notório que a falta de capacidade dos governos africanos em elaborar seus próprios programas é um enclave que dificulta a participação das beneficiárias finais dos programas, bem como o tempo de vida destes mesmos programas, não criam espaço para grandes impactos. Como ilustra o gráfico número 3.

Gráfico 3 - *Frequência de Participação das Mulheres*



Fonte: Elaborado pela autora

Portanto, com o gráfico acima, pode-se depreender que, de facto, as mulheres não aderem aos serviços móveis de planeamento familiar providos no Distrito Municipal KaMaxaquene. Grande parte das mulheres entrevistadas alegaram usar métodos de planeamento familiar provenientes das unidades sanitárias.

Questionando o sector de programação da Direcção Provincial de Saúde da Cidade de Maputo sobre o impacto da colaboração existente entre a DSCM e a DKT, sustentou que a fraca aderência das mulheres as brigadas móveis da DKT pode ser explicada pela existência de várias alternativas:

“Além da DKT, têm outras ONG’s tais como a PECIMO, que levam os anticoncepcionais do governo e vão até as comunidades entregando de porta em porta e posteriormente levam os dados até a DSCM. .”¹⁰

Ora, no que toca a cooperação dos serviços de PF, os tomadores de decisão ao nível dos acordos assinados, não identificam os reais objectivos societários, na medida em que, são assinados acordos que os esforços destes não chegam a ser conhecidos pelas mulheres, visando que outros planos pouco eficazes no processo sejam considerados.

¹⁰Entrevista com o Sector de Programação da Direcção Provincial de Saúde da Cidade de Maputo. Maputo, 20 Fevereiro de 2021.

Segundo a RAPID Moçambique (2015), Moçambique fez grandes avanços nos últimos 10 anos para melhorar os serviços de saúde, no entanto, ainda existem desafios ligados ao acesso aos serviços de saúde, a falta de profissionais na rede de saúde e fracas infraestruturas.

Portanto, a colaboração entre a DSCM e DKT na provisão dos serviços de PF ainda não tem tido impactos significativos no Distrito Municipal KaMaxaquene, pois grande parte das mulheres não têm aderido aos serviços móveis de PF, oferecidos nos mercados e nos terminais rodoviários.

Por outro lado, sugere-se que a DSCM acaba deixando a responsabilidade da provisão dos serviços do PF para as ONGs, confiando que na ineficácia de uma das organizações as demais poderão responder às necessidades locais. Esta sobreposição de organizações traduz-se num ambiente confuso, e de difícil exploração da complementaridade na provisão do Planeamento Familiar.

4.8. Os Principais Constrangimentos da Cooperação dos Serviços do Planeamento Familiar

No âmbito da cooperação dos serviços de PF a DKT Mozambique recebe um fundo do seu doador, que por sua vez, se necessário reparte com a DSCM, para a realização de actividades de grande dimensão, como feiras e reuniões, onde por essa ocasião são ofertados os anti-conceptivos modernos numa abordagem gratuita por meio de brigadas móveis.

Todavia, diante de vários instrumentos celebrados constata-se que no processo de coordenação ao nível dos acordos entre as instituições em análise, prevalece a falta de datas para a actuação conjunta no Distrito Municipal KaMaxaquene.

Ademais, nota-se que as mulheres do Distrito não tem informação suficiente sobre as feiras e reuniões realizadas dentro das suas comunidades. O que sugere a ideia de que a DSCM e a DKT só buscam conjugar seus interesses particulares, e que por consequência suas agendas não chegam a ser apropriados pelas beneficiárias do mesmo, por conta disso as beneficiárias acabam pouco participando.

Ao abrigo dos postulados do modelo da CID, pode se perceber que, de facto o planeamento familiar é um programa que articula interesses do governo e do financiador, visto que há um

respeito recíproco das metas do doador dispostos (no caso particular da DSCM e DKT nos planos anuais, memorandos e avaliação dos acordos assinados) e por parte do governo os objectivos ou interesses estão articulados em vários documentos do governo, nomeadamente, o Plano Quinquenal do Governo e planos sectoriais, portanto, é revisto em cada dois anos e são feitas algumas alterações com o objectivo de evitar barganhas políticas e manter a estabilidade e preservar o próprio sistema político.

Segundo Gironés e outros (2018), uma quantidade significativa de recursos no sector de saúde é canalizada através de projectos financiados por doadores fora do quadro de planificação nacional. Assim alguns dos elementos constrangedores são enumerados pelo coordenador dos Serviços de Saúde da Cidade de Maputo:

“O maior desafio é que a DKT como parceiro da cidade deve aderir aquilo que é o programa do governo (plano económico e social), e o outro desafio é a liberalização do fundo para apoiar as populações, e a liberalização deste fundo não é compulsório.”¹¹

Na coordenação entre a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e a DKT Mozambique há muitos factores que constringem à prestação dos serviços de PF. A questão financeira, que é de importância para a realização deste programa, depende dos doadores que por sua vez, podem impor metas que não se ajustam à realidade.

Ademais, importa salientar que, por meio das entrevistas feitas as mulheres do Distrito Municipal KaMaxaquene, percebe-se que os serviços de publicidade e o Marketing social ainda continuam um desafio que urge ultrapassar na cooperação entre DSCM e DKT Mozambique.

Portanto, a maioria das mulheres entrevistadas não têm conhecimento profundo dos métodos modernos de planeamento familiar, além disso, em termos gerais, dados ilustram que ainda prevalecem taxas de gravidezes indesejadas em 25% (IMASIDA, 2015). Ademais, das mulheres entrevistadas ficou evidente que na sua maioria usam os métodos de PF distribuídos por várias unidades sanitárias, e não pelas brigadas móveis da DKT Mozambique.

¹¹Entrevista com o Sector de Cooperação dos Serviços de Saúde da Cidade de Maputo. Maputo, 20 de Fevereiro de 2021.

Estes dados sugerem que apesar do registo do envolvimento de vários actores na prestação dos serviços de planeamento familiar em Moçambique, especialmente nas comunidades, os resultados desejados ainda estão aquém do esperado, dado que muitas raparigas não conseguem evitar a gravidez não planeada e determinar quando e quantos filhos ter.

Assim as beneficiárias do Distrito Municipal KaMaxaquene, mostram-se apáticas e pouco informadas sobre o programa do PF, oferecido pela DKT. Para além deste facto, devido aos factores socioculturais, algumas mulheres não têm aderido ao PF pelo facto de muitas famílias continuam a associar o número de filhos a riqueza, na crença de que filhos consolidam os laços conjugais e também pelo facto de existir mulheres que acreditam no mito de que os métodos modernos do PF prejudicam a reprodução. Este facto é agravado pelos factores socioculturais, e a incapacidade da rede de saúde. Como refere Wate, chefe do Departamento de Saúde da Mulher e Criança.¹²

Ainda neste contexto, segundo a MISAU (2011), de acordo com o director nacional adjunto de saúde pública, Leonardo Chavane, os mitos e concepções sócio-culturais sobre uso de métodos contraceptivos contribuem de forma negativa na saúde materna e infantil, assim como para a adesão e utilização dos serviços de saúde.

Adicionalmente, Chavane sustenta que estas crenças não são adoptadas apenas pelas mulheres, mas por toda a comunidade. Por outro lado, o limitado envolvimento dos homens, por não serem adequadamente informados sobre os riscos que as mulheres enfrentam durante a sua vida sexual e reprodutiva, entre outras causas, torna difícil resolver os problemas de saúde das mulheres.

De acordo com Booth (2011), o bom entrelaçamento entre as organizações é que determina a qualidade do resultado de uma verdadeira coordenação/colaboração de esforços entre actores. Em contrapartida verificamos que o entrelaçamento pouco desordenado entre a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e as várias ONG's a actuarem na prestação dos serviços do PF é um elemento constrangedor.

¹²BAIXO uso de contraceptivos em Moçambique deve-se a factores socioculturais e fraca rede de saúde. **Lusa**, Maputo, 05 set. 2017. Disponível em: <https://www.dn.pt/lusa/baixo-uso-de-contracetivos-em-mocambique-deve-se-a-fatores-socioculturais-e-fraca-rede-de-saude-8749016.html&grqid=nZVZuAIS&hl=pt-PT> (acessado em 09/03/2021).

Portanto, de acordo com Gironés e outros (2018), verifica-se um fraco controlo na formulação e no envolvimento entre parceiros de saúde, ligados aos desafios na capacidade de planificação estratégica, ou seja, existência de vários sistemas paralelos de dados.

Deste modo, colaboradores de políticas públicas em saúde, aceitam a legitimidade de políticas anteriores por causa da incerteza quanto às consequências de políticas completamente novas ou diferentes. Assim, é mais seguro manter programas já conhecidos, tenham eles provado ou não sua eficácia. Daí que mesmo tendo muitas ONG's prestando o mesmo serviço ainda prevalece grande número de mulheres que não usam os métodos devido à falta de agendas inclusivas e claras por parte dos actores da cooperação do PF.

CAPÍTULO. V

5.1. CONCLUSÃO

O trabalho desenvolvido nos capítulos acima tinha como objectivo compreender o impacto da cooperação nos serviços de planeamento familiar em Moçambique tendo como caso a colaboração entre a DKT Moçambique e Direcção de Saúde da Cidade de Maputo, no período de 2015-2019.

Neste sentido, partiu-se da hipótese segundo a qual a cooperação nos serviços de Planeamento Familiar entre a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e a DKT Moçambique, no Distrito Municipal KaMaxaquene não tem tido impacto significativo. Pois grande parte das mulheres não têm aderido aos serviços de PF ofertados por meio de brigadas móveis, montadas no interior do Distrito.

Também constatou-se que, a cooperação entre a DSCM, a DKT Moçambique, não tem gerado impacto significativo devido aos constrangimentos, ligados aos acordos assinados. Outra ilacção que é tirada é de que a cooperação entre a DSCM e DKT Moçambique está mais voltada para o marketing social e a publicidade do que para oferta dos métodos de planeamento familiar, no entanto, apesar da cooperação estar mais voltada ao marketing social e a publicidade, constatamos que as beneficiárias dos serviços de PF, tem falta de informação sobre os serviços de Planeamento Familiar prestados fora das unidades sanitárias.

Para além disso, constatamos que a DSCM como principal agente da cooperação tem tendência de transferir suas competências no fornecimento dos serviços de PF as comunidades, a DKT e outras ONGs, focando-se grandemente nas unidades sanitárias que por sinal também estão revestidas de grandes constrangimentos no fornecimento dos métodos de PF. Por sua vez, a DKT Moçambique tem como o seu maior interesse os serviços privados.

Desta forma, concluímos que os resultados constatados corroboram com a nossa hipótese, na medida em que a cooperação dos serviços de Planeamento Familiar apesar de constituir um programa conveniente, deparam-se ainda grandes desafios ligados ao acesso aos serviços de saúde, a falta de profissionais na rede do planeamento familiar, fracas infraestruturas, e ao nível dos acordos assinados entre os parceiros, onde a DKT como parceiro tem o dever de aderir ao plano social e económico do governo.

Por outro lado, a falta de datas na organização das agendas entre os parceiros da cooperação é um enclive que acaba resultando no baixo nível de participação das beneficiárias. Esta situação é também justificada pelos factores socioculturais ligados a crença de que quanto maior número de filhos a mulher tiver, isto é sinónimo de riqueza, e há ainda, muitas mulheres que acreditam que os métodos de planeamento familiar são prejudiciais à sua saúde.

Em suma o entrelaçamento pouco desordenado de várias organizações que seguem actuando dentro das comunidades em colaboração com Estado também é um factor que influencia o impacto da cooperação do planeamento familiar, pois existem várias ONGs prestando mesmo serviço dentro e fora das unidades sanitárias contudo ainda prevalece o elevado índice de mulheres que não participam do PF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAMSSON, Hans. *Aproveitando a Oportunidade: Espaço de manobra numa ordem Mundial em transformação - o caso de Moçambique*. 2001

AMARAL, Pedro. *Avaliação do Impacto: Breve Introdução*. Camões Instituto da Cooperação e da Língua, I.P. Gabinete de Avaliação e Auditoria Fevereiro, 2013.

AYLLÓN, Bruno. *O Sistema Internacional de Cooperação ao Desenvolvimento e seu estudo nas Relações Internacionais: A evolução histórica e as dimensões teóricas*. in: *Revista de Economia e Relações Internacionais*. São Paulo. vol. 5, pp. 5-23, Janeiro. 2006.

AYLLÓN, Bruno. *Transformações Globais, Potências Emergentes e Cooperação Sul-Sul: Desafios para a Cooperação Europeia*. Caderno CRH. 25(65):233-249. 2012.

AYLLÓN, Bruno. *Evolução Histórica da Cooperação Sul-Sul*. IPEA. 2014.

BOLETIM INFORMATIVO DE JUNHO DA DIRECÇÃO DE SAÚDE DA CIDADE DE MAPUTO, 2018.

BOOTH, David. *Towards a Theory of Local Governance and Public Goods Provision*. Blackwell Publishing Ltd, 2011.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *Reformas do Estado e Administração Pública Gerencial*. 5ª ed., 1998.

BUSS, Paulo Marchiori. FERREIRA, José Roberto. *A Diplomacia da Saúde e Cooperação Sul-Sul: As experiências da UNASUL Saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da comunidade de Países de Língua portuguesa CPLP*. RECIIS, Rio de Janeiro, 4 (1):106-118. 2010.

CHIZIANE, Eduardo. *O Diagnóstico do Processo de Transferência de Competências no Âmbito da Descentralização em Moçambique*. Ministério da Administração Estatal, (SD).

CLELAND, J. *et al. Family planning: the unfinished agenda*, Lancet. 2006.

CENTRO DE PESQUISA EM POPULAÇÃO E SAÚDE, 2017.

CARDOSO, José Celso. CUNHA, Alexandre dos Santos. *Planejamento e avaliação de políticas públicas*: Brasília: Ipea, 2015.

COMISSÃO INTERMINISTERIAL DA REFORMA DO SECTOR PÚBLICO. *ESTRATÉGIA GLOBAL DA REFORMA DO SECTOR PÚBLICO 2001 – 2011*. Maputo.

CONSELHO MUNICIPAL DE MAPUTO. *Plano director de saúde e acção social do Município de Maputo*. Pelouro de Saúde e Acção Social, 2015.

CORREA, Marcio L. *Prática Comentada da Cooperação Internacional: Entre a hegemonia e a busca de autonomia*. Brasília: Edição do Autor, 2010.

DE BRITO, Luís. O sistema Eleitoral: Uma Dimensão Crítica da Representação Política em Moçambique. *In Desafios para Moçambique*, 2010. IESE, pp 17-28.

De MELLO, André e SOUZA. *Repensando a Cooperação Internacional para desenvolvimento*. IPEA. 2014

DIAZ. José Alejandro Sebastian Barrios. *Limites da Cooperação Internacional: O Caso de Moçambique*. UNIEURO, Brasília. 2018.

FARIA, Fernanda. CHICHAVA, Ana. *Descentralização e Cooperação Descentralizada em Moçambique*. 1999.

FIANI, Ronaldo. *Cooperação e conflitos: instituições e desenvolvimento económico*. Rio de Janeiro. Elsevier. 2011.

FORQUILHA, Salvador. “*Não basta introduzir reformas para se ter melhores serviços públicos: Subsídio para uma Análise dos Resultados das Reformas no Sub-sector de Água Rural em Moçambique*”. *In Desafios para Moçambique*, 2013. IESE, pp 331-355.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA POPULAÇÃO. *Por Uma Escolha, Não Por Acaso: Planeamento Familiar, Direitos Humanos e Desenvolvimento*, 2012.

FREY, Klaus. *Políticas Públicas: Um Debate Conceitual e Reflexões Referentes à Práticas da Análise de Políticas Públicas no Brasil*, 2000.

ILAL, Abdul; WEIMER, Bernhard. *Urbanização, serviços públicos e recursos fiscais O desafios principais para as autarquias moçambicanas: Uma análise com enfoque às transferências fiscais inter-governamentais*. Maputo, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Anuário Estatístico-Cidade de Maputo*. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. Maputo, 2013

INSTITUTO PORTUGUÊS DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO. *Glossário de Cooperação para o Desenvolvimento*. Lisboa. Ministério dos Negócios Estrangeiros. 2005

GIL, António Carlos. *Como elaborar projectos de pesquisa*. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. *Métodos e técnicas de pesquisa*. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRONÉS, Alba Llop; BELVIS, Francesc; JULIÁ, Mireia; BENACH, Joan. *Desigualdades em Saúde em Moçambique: necessidades, acesso, barreiras e qualidades de atendimento*. Abril.2018.

LALÁ, Anícia; OSTHEIMER, Andrea. E. *Como limpar as nódoas do processo democrático? Os desafios da transição e democratização em Moçambique (1990–2003)*, 2003.

LOPES, Brenner. AMARAL, Ney. CALDAS, Ricardo. *Políticas Públicas: Conceitos e Práticas*. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª. ed. - São Paulo: Atlas, 2003.

MILANI, Carlos R.S. *Evolução Histórica da Cooperação Norte-sul*. In *Repensando a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento*. Brasília. 2014. IPEA, pp. 33-56.

MILANI, Carlos R. S. *Apreendendo com a História: Crítica à experiência da Cooperação Norte-Sul e atuais desafios à Cooperação Sul Sul*. [s.l.]. Caderno CRH, vol. 25, no. 65, Agosto, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MISAU). Direcção Nacional de Saúde Pública; Departamento de Saúde Sexual e Reprodutiva. *Aconselhamento e Serviços em Planeamento Familiar &*

Integração do Planeamento Familiar com Serviços de Saúde Primária e HIV. Maputo: MISAU/DNSP; 2011.

Ministério da Saúde (MISAU). *Plano Integrado para o Alcance dos objectivos 4 e 5 do Desenvolvimento do Milénio 2009-2012* (2015). Maputo. 2009.

MILANDO, João. *Cooperação sem Desenvolvimento*. Lisboa: ICS, 2005

RAPID Moçambique População em Desenvolvimento. 2015.

MOSCA, João. SELEMANE, Tomás. *Mega-projectos no Meio rural, Desenvolvimento do Território e Pobreza: O caso de Tete*. In *Desafios para Moçambique*, 2012. IESE, pp 231-255.

MOREIRA ULHOA, Diana Aparecida. *Importância da Participação Popular nas Ações de Saúde*. Minas Gerais. 2012.

OTAYEK, René. «A descentralização como modo de redefinição do poder autoritário? Algumas reflexões a partir de realidades africanas », *Revista Crítica de Ciências Sociais*. vol. 77, 2007.

PARDAL, Luís; LOPES, Eugénia Soares. *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Areal Editores, 2011.

PAULO, Sebastian. *International Cooperation and Development: A Conceptual Overview*. 2014.

PEREIRA, José Matias. *Curso de Administração Pública: Foco nas Instituições e Acções*. 2ªed. São Paulo: Atlas, 2008.

PLANO ESTRATÉGICO DO SECTOR DE SAÚDE (2014-2019). Maputo, 2013.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho*. 2ª ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SIMÕES *et al.* *Políticas Públicas: conceitos e práticas*. Belo Horizonte, 2008.

SALM, José Francisco; RIBEIRO, Rebeca de Moraes; MENEGASSO, Maria Ester. *Co-Produção do Bem Público e o Desenvolvimento da Cidadania: O Caso do PROERD em Santa Catarina*. Alcance - UNIVALI - Vol. 14, 2007.

SITOE, Eduardo; LUMBELA, Sécia. *Módulo de Planificação, Análise e Avaliação de Políticas Públicas*. Maputo: UEM, 2013.

SOUSA, Fernando. *Dicionário de Relações Internacionais*. Edições Afrontamento, 2005.

THEODOULOU, Stella Z. *Et al. Public Policy “The Essential Readings”* PEARSON, 2ªed. 2012.

TREVISAN, Andrei Pittol. BELLEN, Hans Michael Van. *Avaliação de Políticas Públicas: Uma Revisão Teórica de um Campo em Construção*. Rio de Janeiro, Junho, 2008.

Documentos da Imprensa

BAIXO uso de contraceptivos em Moçambique deve-se a factores socioculturais e fraca rede de saúde. **Lusa**, Maputo, 05 set. 2017. Disponível em: <https://www.dn.pt/lusa/baixo-uso-de-contracetivos-em-mocambique-deve-se-a-fatores-socioculturais-e-fraca-rede-de-asude-8749016.html&grqid=nZVZuAIS&hl=pt-PT> (acessado em 09/03/2021).

MUSSANE, Yumana. Autoridades de Saúde preocupadas com elevada. **O PAÍS**, Maputo, 23 set. 2020. Disponível em: <http://opais.sapo.mz/autoridades-de-saude-preocupadas-com-elevada-taxa-de-gravidez-precoce> (acessado em 27/09/2020).

WEBSITES

DKTMOZAMBIQUE.Maputo20/04/2016.Disponívelem:<http://www.dktmozambique.org/pt/sobre-nos> (acessado em 13/09/2019)

Legislação

Decreto n° 11/2005 de 10 de Junho. *Aprova o Regulamento da Lei dos Órgãos Locais do Estado*. Maputo: Imprensa Nacional de Moçambique.

APÊNDICES

Apêndice I: **Formulário para as beneficiárias do Distrito Municipal KaMaxaquene**

Data: ____/____/____

Idade _____

1. Tens filhos? se sim, quantos são?

2. Já ouviu falar da DKT Mozambique?

Sim

Não

3. Usa os Métodos do Planeamento Familiar?

Sim

Não

4. Tem frequentado alguma Brigada Móvel da DKT Mozambique no seu bairro ou no terminal de transportes?

Sim

Não

Às vezes

Nunca

5. Conhece os métodos de Planeamento familiar oferecidos pela DKT Mozambique, e a Direcção de Saúde no seu Bairro?

Sim

Não

Alguns

6. Se sim, qual método tem usado?

Diu

Implante

Pílula

Injecção

7. Quando iniciou o uso dos métodos de Planeamento Familiar

Há mais de um ano;

Há mais de dois anos;

Há mais de três anos;

Há mais de quatro anos ou mais.

8. Com que frequência da semana são montadas as Brigadas Móveis no interior do Bairro onde vive?

Às vezes;

Muitas vezes;

Sempre;

Raramente.

9. Quantas vezes participou das consultas feitas pelas brigadas no interior do Bairro?

Às vezes;

Muitas vezes;

Sempre;

(). Raramente.

10. Como avalia os serviços prestados pelas Brigadas Móveis no interior do bairro onde vive?

(). Muito bom;

(). Bom;

(). Mau;

(). Muito Mau.

Apêndice II: **Guião de Entrevista Para DKT Mozambique**

1. De que modo é feita a cooperação entre a DKT e o Estado?

2. Com a cooperação há redução dos custos na provisão dos serviços de planeamento familiar?

3. A relação de cooperação entre a DKT e o Estado tem gerado resultados?

4. Quais são os resultados alcançados dentro da cooperação feita entre a DKT Mozambique e o Estado na figura da Direcção de Saúde da Cidade de Maputo na provisão dos serviços de Planeamento familiar?

5. As beneficiárias mostram confiança no suporte e aconselhamento profissional no Distrito Municipal KaMaxaquene”?

6. Quais são os riscos que ambas partes estão sujeitas no âmbito da prestação dos serviços de planeamento familiar?

Na maioria dos países hoje o acesso à assistência à saúde sexual e reprodutiva é geralmente menor entre os domicílios dos 20% mais pobres, e mais alto entre os 20% mais ricos.

7. Em comparação com as demais províncias, Maputo está numa situação favorável quanto ao uso dos métodos de PF, contudo ainda regista-se maior número de Mulheres com prevalência de contraceptivos na região. Porquê?

8. No âmbito da Cooperação entre a DKT Mozambique e o Estado na pessoa da Direcção Provincial de Saúde, que mecanismos se tem desenvolvidos para a redução dessa prevalência?
9. Analisando o grau de necessidades atendidas em termos de serviços de planeamento Familiar, quantas mulheres já foram atendidas a nível do Distrito KaMaxaquene?
10. As beneficiárias têm aderido os serviços de PF providos no Distrito Municipal KaMaxaquene?
11. Quais são os maiores desafios da DKT na provisão dos serviços de planeamento familiar no Distrito Municipal KaMaxaquene?

Apêndice III: Guião de Entrevista Para Direcção Provincial de Saúde da Cidade de Maputo

1. Quando iniciou a cooperação entre o Estado e a DKT Mozambique
2. Que recursos o Estado disponibiliza para a efectividade dos serviços de PF?
3. Quais são os maiores desafios de cooperação feita entre o Estado e a DKT Mozambique na provisão dos serviços de planeamento familiar?
4. A relação de cooperação entre a DKT e o Estado tem gerado resultados?
5. Quais são os resultados alcançados dentro da cooperação feita entre o Estado e a DKT Mozambique na provisão dos serviços de Planeamento familiar?
6. Quais são os riscos que estão sujeitos no âmbito da prestação dos serviços de planeamento familiar?

Apêndice IV. Lista de entrevistados

Nomes dos entrevistados	Instituições	Funções	Data
Eugenia Tsowo	DSCM	Chefe de programação da DSCM	20/02/2021.
Francisco Chicamisse	DKT Mozambique	Coordenador	20/02/2021
Arlindo Muchanga	DSCM	Chefe de Cooperação dos Serviços de Saúde da Cidade de Maputo	31/01/2021