



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título da Dissertação

**Análise da implementação da intervenção “S-NICE”
para a melhoria de serviços de saúde amigáveis para
adolescentes dos 15 aos 19 anos: Estudo de caso da
província de Sofala**

Nome do estudante: Laura Da Graça Julião Ernesto Xinavane

Maputo, 30 de Março de 2025

Versão de 30/03/25



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título da Dissertação

Análise da implementação da intervenção “S-NICE” para a melhoria de serviços de saúde amigáveis para adolescentes dos 15 aos 19 anos: Estudo de caso da província de Sofala

Nome da estudante: Laura Da Graça Julião Ernesto Xinavane

Nome e título do Supervisor: Prof. Doutor Baltazar Chilundo

Nome e título do Co-Supervisor: Dra Fátima Abacassamo, Prof.^a Doutora Cláudia Marques De Abreu Lopes

Maputo, 30 de Março de 2025

Declaração de originalidade do projecto

Eu, Laura Da Graça Julião Ernesto Xinavane, declaro que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu esforço individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública da Universidade Eduardo Mondlane.

Maputo Cidade, aos 30 de Março de 2025

Assinatura

Laura Xinavane

Dedicatória

Dedico este trabalho a Deus, o criador e maior orientador da minha vida. Ele nunca me abandonou nos momentos de necessidade pelos quais passei no último ano, e ao meu professor orientador, **Baltazar Chilundo** que me manteve focada e na trilha certa para a conclusão satisfatória deste projeto. Grata pela sua orientação preciosa.

Agradecimentos

Em primeiro lugar os meus agradecimentos vão ao Professor Doutor Baltazar Chilundo, a professora Cláudia Lopes de Abreu e a Dra Fátima Abacassamo, meus supervisores, e a dra Luisa Huo, pelo acompanhamento, ensinamentos, correções e comentários críticos e construtivos prestados desde a concepção, desenvolvimento e finalização da presente dissertação e ainda pela oportunidade de fazer parte do projecto CPIA (Catalizando a Melhoria de Políticas em África).

Gostaria igualmente de agradecer ao meu esposo, Gildo Samuel Uaisse e aos meus filhos, Héctor Da Graça Uaisse e Khenssany Da Graça Uaisse, pela paciência e por compreenderem a minha ausência em alguns momentos desta caminhada.

À United Nation University-Centro Internacional para Saúde Reprodutiva (UNU-ICRH) e ao Projecto CPIA, um Consórcio entre a Universidade Eduardo Mondlane e a Direcção de Saúde Pública do Ministério da Saúde, por me ter concedido os fundos e apoio para a realização do trabalho de campo. Reconhecimento especial endereço à Faculdade de Medicina, Departamento da Saúde da Comunidade pelo acolhimento.

Sou igualmente grata aos Serviços Provinciais de Saúde de Sofala, na pessoa da Directora, a dra Priscilla Filimone, do dr Assane Abdala, Médico Chefe Provincial, do dr. Edgai Itai Meque, Chefe do Departamento de Saúde Pública e à dra Eurídce Heliotrope, Chefe do departamento de assistência Médica pelo apoio incondicional.

Reconheço também o apoio do pessoal IFPI (Iniciativa Melhorada do Planeamento Familiar), na pessoa da dra Maria Amélia Manjate, responsável da intervenção S-NICE, dos oficiais da Juventude do IFPI, responsáveis pela implementação da intervenção S-NICE nos distritos de Buzi, Caia, Gorongosa e Nhamatanda, aos Médicos chefes e responsáveis do SAAJ destes distritos.

Agradeço ainda a todos os participantes desta pesquisa pela colaboração, desde chefes dos postos, professores, líderes comunitários, praticantes de Medicina tradicional e profissionais de Saúde. Por fim, aos meus colegas de Mestrado, coorte de 2023 pela partilha de conhecimentos e experiências longo do curso.

Índice

Declaração de originalidade do projecto.....	3
Dedicatória.....	4
Agradecimentos	5
Abreviaturas e Acrónimos	11
Resumo	13
1. INTRODUÇÃO	15
1.1. Contextualização	15
1.2. Descrição da Intervenção	17
1.3. Justificativa.....	18
1.4. Motivação.....	19
2. PERGUNTAS DE PESQUISA.....	20
3. OBJECTIVOS.....	20
3.1. Objectivo gerais.....	20
3.2. Objectivos específicos.....	20
4. CONTRIBUIÇÃO	21
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
4. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	27
5. MATERIAL E MÉTODOS	28
5.1. Tipo/desenho de estudo.....	28
5.1.1. Pesquisa de Viabilidade	28
5.1.2. Pesquisa da Efectividade.....	28
5.2. Local do Estudo.....	29
5.3. Período de estudo	30
5.4. População do estudo.....	30
5.5. Selecção dos participantes, amostra e amostragem.....	31

5.5.1. Modo de selecção dos participantes, amostra e amostragem na componente Qualitativa (pesquisa de viabilidade).....	31
5.5.2. Critérios de Inclusão e Exclusão.....	32
5.6. Modo de selecção dos participantes, amostra e amostragem na componente Quantitativa (pesquisa de efectividade).....	33
5.6.1. Procedimentos de Colecta de Dados, Plano de Gestão e Análise de Dados da Componente Qualitativa	34
5.6.2. Análise dos dados:	35
5.6.3. Procedimentos de Colecta de Dados, Plano de Gestão e Análise de Dados da Componente Quantitativa	35
5.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	37
5.7.1. Riscos e benefícios.....	37
5.7.2. Consentimento Informado	38
5.7.3. Confidencialidade	38
5.8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	39
6. RESULTADOS.....	41
6.1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo.....	41
6.2. Fidelidade da implementação da iniciativa S-NICE	42
6.3. Aceitabilidade da iniciativa S-NICE	43
6.4. Adequação/Apropriação da iniciativa S-NICE	47
6.5. Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva pelos adolescentes através dos SAAJ nas US de estudo	50
6.5.1. Diferenças entre as taxas de cobertura de novas usuárias de PF entre adolescentes dos 15-19 anos que frequentaram a primeira consulta de SAAJ nas US, seis meses antes e depois da intervenção “S-NICE” nas US com e sem intervenção no período de estudo.....	51
6.5.2. Diferenças entre as taxas de raparigas Adolescentes grávidas observadas na primeira CPN na US, seis meses antes e 6 meses depois da intervenção “S-NICE” nas US com e sem intervenção S-NICE.....	54
7. DISCUSSÃO	55

8.	CONCLUSÃO	59
9.	Recomendações.....	61
9.1.	Recomendações para Decisores Políticos	61
9.2.	Recomendações para Implementadores	61
9.3.	Recomendações para Pesquisadores	62
10.	REFERÊNCIAS.....	63
11.	APÊNDICES.....	67

Índice de Tabelas

Tabela 1: Relação das US sujeitas à intervenção S-NICE e US de comparação incluindo o número de adolescentes dos 15-19 anos, 6 (seis) meses antes e 6 meses depois da intervenção, em Sofala	<u>30</u>
Tabela 2: Distribuição dos adolescentes participantes das Entrevistas Individuais	<u>31</u>
Tabela 3: Número de DGF realizadas por distrito e província e por tipo de respondente.	<u>32</u>
Tabela 4: Critérios de Inclusão e exclusão aos informantes chave da pesquisa qualitativa	<u>32</u>
Tabela 5. Cálculo de amostra para as US com a intervenção S-NICE e sem intervenção	<u>34</u>
Tabela 6. Características demográficas das informantes chave adolescentes, participantes de entrevistas individuais	<u>41</u>
Tabela 7. Características demográficas dos informantes chave adolescentes, participantes de discussões em grupos focais	<u>41</u>
Tabela 8. Avaliação da fidelidade da implementação da intervenção S-NICE através da revisão dos relatórios dos workshops	<u>42</u>
Tabela 9. Número de Adolescentes e forma de adesão aos que acederam aos serviços de SSR através do SAAJ pela primeira vez nas US em estudo (intervenção e de comparação)	<u>50</u>
Tabela 10. Número de novas usuárias de PF entre adolescentes dos 15-19 anos no período I, correspondente a 6 meses antes da intervenção e no período II, após intervenção em US's com e sem intervenção	<u>51</u>
Tabela 11. Número de novas usuárias de PF por tipo de método entre adolescentes dos 15-19 anos nos períodos I (6 meses antes da intervenção) e II (depois da intervenção), em todas US de estudo	<u>52</u>
Tabela 12. Número e cobertura de novas usuárias de métodos contraceptivos modernos nas US de intervenção versus de comparação	<u>52</u>
Tabela 13. Quadro Resumo da diferença em diferença na Percentagem de Cobertura de novas usuárias de métodos contraceptivos modernos nas US de intervenção versus de comparação antes e depois da mesma	<u>53</u>
Tabela 14. Variação de número de adolescentes grávidas dos 15-19 anos, nas US de intervenção versus de comparação antes e depois da mesma de acordo com o grupo-alvo.	<u>54</u>
Tabela 15. Taxas de gravidezes entre adolescentes dos 15-19anos, nas US de intervenção versus de comparação antes e depois da intervenção de acordo com o grupo-alvo	<u>54</u>
Tabela 16. Quadro Resumo da DiD na taxa de gravidezes em adolescentes dos 15-19anos nas US de Intervenção versus Comparação	<u>55</u>

Índice de Figuras

Figura 1: Domínios e Principais constructos para a implementação bem-sucedida da “S-NICE” (modelo CFIR). Este diagrama foi adaptado do “ <i>The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)</i> ” (Damschroder et al., 2009).	17
Figura 2. Resumo dos Facilitadores da Intervenção S-NICE para melhoria do acesso e Utilização dos SAAJ em locais alvo.	49
Figura 3. Figura 3:Distribuição de novas usuárias por tipo de método contraceptivo moderno nas US de estudo.	51

Abreviaturas e Acrónimos

AJ	Adolescentes e Jovens
APS	Agentes Polivalentes de Saúde
AS	Área de Saúde
CFIR	<i>Consolidated Framework for Implementation Research</i> (Quadro Conceptual Consolidado para Pesquisa de Implementação)
CPIA	Catalisando a Melhoria de Políticas em África
CPID	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CPN	Consulta Pré-natal
CS	Centro de Saúde
DGF	Discussões em Grupos Focais
DiD	<i>Difference-in-Difference</i> (Diferença-em-Diferença)
DIU	Dispositivo Intra Uterino
EIC	Entrevistas individuais com Informantes chaves
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HR	Hospital Rural
HD	Hospital Distrital
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
IFPI	Iniciativa Melhorada do Planeamento Familiar
INE	Instituto Nacional de Estatística
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
MIF	Mulher em Idade Fértil
MINEDH	Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano
MISAU	Ministério da Saúde
ODS	Objectivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde/ <i>World Health Organization</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
PESS	Plano Estratégico do Sector Saúde
PF	Planeamento Familiar
PMT	Praticantes de Medicina Tradicional
PS	Posto de Saúde

SAAJ	Serviço Amigo do Adolescente e Jovem
SDSR	Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos
SMI	Saúde Materna e Infantil
SMN SSR	Saúde Materna, Neonatal, Saúde Sexual e Reprodutiva
S-NICE	Intervenção de facilitação de workshops para aumento da utilização SAAJ diferenciados com base no contexto local
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SSSR	Serviço de Saúde Sexual e Reprodutiva
TOSS	<i>Thinking Outside Separate Space</i> (Pensando Fora da Caixa)
UNFPA	United Nation Fund Population Agency
US	Unidade Sanitária
USAID	United States Agency for International Developments
ZIPs	Zonas de Influência Pedagógica

Resumo

Contexto: Em Moçambique, os elevados níveis de fecundidade na adolescência refletem desafios significativos relacionados ao acesso limitado aos serviços de saúde e informações adequadas. Para enfrentar esses desafios, a Iniciativa Melhorada de Planeamento Familiar (IFPI) introduziu o S-NICE – uma ferramenta de tomada de decisão que orienta gestores de saúde na selecção e adaptação de modelos de provisão dos Serviços Amigáveis de Saúde do Adolescente e Jovem (SAAJ), ajustados ao contexto local. Este estudo teve como objectivo identificar as barreiras e facilitadores na implementação da iniciativa S-NICE e avaliar seus efeitos na população-alvo.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa de implementação com abordagem mista (qualitativa e quantitativa), utilizando os cinco domínios do CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research). O estudo incluiu um estudo de caso no contexto rural da província de Sofala, com 68 entrevistas individuais e 21 discussões em grupo focal (DGF). Além disso, foi conduzida uma análise quase-experimental de Diferença-em-Diferença (DiD) para avaliar o impacto da intervenção, comparando as mudanças na adesão aos métodos contraceptivos e na eventual redução de gravidezes em adolescentes 15-19 anos de idade 6 meses antes e depois da intervenção, em 7 Unidades Sanitárias (US) de intervenção e 8 US de comparação, utilizando dados dos livros de registo específicos.

Resultados: A implementação da intervenção S-NICE demonstrou alta-fidelidade, evidenciada pela participação activa dos intervenientes-chave nos workshops, regularidade das reuniões, elaboração de planos de acção aprovados pela liderança local e alinhamento com os objectivos da intervenção. Facilitadores identificados incluem: simplicidade da intervenção, envolvimento das escolas, comunidades, adolescentes, provedores dos SAAJ e lideranças locais, conhecimento das leis de protecção do adolescente, uso de dados reais das US para tomada de decisões, a planificação, avaliação devolutiva da intervenção e a priorização das necessidades e recursos próprios dos adolescentes. Por outro lado, foram observadas barreiras importantes, tais como: infraestrutura inadequada para garantir privacidade, falta de espaços funcionais para os SAAJ escolares, alta rotatividade de provedores, inflexibilidade nos horários de atendimento e baixa participação de adolescentes nos workshops. A intervenção resultou num aumento na adesão aos SAAJ, maior cobertura de novos usuários de métodos contraceptivos modernos e uma redução na taxa de gravidez indesejada entre adolescentes do sexo feminino de 15 a 19 anos nas unidades de intervenção ($p\text{-value} = 0,02$], relativo aos períodos antes e depois que é estatisticamente significativa), em comparação às unidades de comparação. No entanto, os resultados DiD não apresentaram significância estatística.

Conclusão: Com base no CFIR, este estudo revelou que os facilitadores superaram as barreiras, contribuindo para o sucesso e implementação eficaz do S-NICE e sugerindo potencial para sua expansão em outros contextos. Foi observada uma diferença positiva entre a cobertura de novos usuários de métodos contraceptivos modernos antes e após a intervenção S-NICE, bem como uma redução nas taxas de gravidez indesejada entre adolescentes de 15 a 19 anos. Assim, a intervenção mostrou um impacto positivo nesses indicadores, reforçando sua relevância como estratégia eficaz para melhorar os resultados em saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes.

Palavras-chave: Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente, SAAJ, S-NICE, Pesquisa de Implementação, Moçambique, CFIR, Uso de Contraceptivos, DiD, Adolescentes.

Abstract

Background: In Mozambique, high levels of adolescent fertility reflect significant challenges related to limited access to health services and adequate information. To address these challenges, the Improved Family Planning Initiative (IFPI) introduced S-NICE – a decision-making tool designed to guide health managers in selecting and adapting models for Adolescent and Youth-Friendly Health Services (SAAJ) tailored to the local context. While various strategies have been adopted to improve adolescent use of SAAJ, some have not achieved the expected results due to implementation barriers. This study aimed to identify barriers and facilitators in the implementation of the S-NICE initiative and evaluate its effects on the target population.

Methods: An implementation research study was conducted using a mixed-methods approach (qualitative and quantitative), guided by the five domains of the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). The study included a case study in the rural context of Sofala Province, involving 68 individual interviews and 21 focus group discussions (FGDs). Additionally, a quasi-experimental Difference-in-Differences (DiD) analysis was carried out to assess the intervention's impact by comparing changes in adherence to contraceptive methods and the reduction in adolescent pregnancies among girls aged 15–19 years over six months before and after the intervention in 7 intervention health facilities and 8 comparison facilities, using data from specific logbooks.

Results: The implementation of the S-NICE intervention demonstrated high fidelity, evidenced by active participation of key stakeholders in workshops, regular meetings, development of action plans approved by local leadership, and alignment with intervention objectives. Key facilitators included: the simplicity of the intervention, engagement of schools, communities, adolescents, SAAJ providers, and local leadership, knowledge of adolescent protection laws, use of real-time health facility data for decision-making, structured planning, participatory evaluation, and prioritisation of adolescents' needs and resources. However, significant barriers were identified, including inadequate infrastructure to ensure privacy, lack of functional school-based SAAJ corners, high turnover of SAAJ providers, inflexible service hours, and low adolescent participation in workshops. The intervention resulted in an increase in adolescent adherence to SAAJ services, greater coverage of new users of modern contraceptive methods, and a statistically significant reduction in the rate of unwanted pregnancies among adolescent girls aged 15–19 years (p -value = 0.02) in intervention facilities compared to comparison facilities. However, the DiD analysis did not yield statistically significant results.

Conclusion: Using the CFIR framework, this study revealed that facilitators outweighed barriers, contributing to the successful and effective implementation of S-NICE, with potential for scalability in other contexts. A positive difference was observed in the coverage of new users of modern contraceptive methods before and after the S-NICE intervention, as well as a reduction in unwanted pregnancy rates among adolescent girls aged 15–19 years. Therefore, the intervention demonstrated a positive impact on these indicators, reinforcing its relevance as an effective strategy for improving adolescent sexual and reproductive health outcomes.

Keywords: Adolescent Sexual and Reproductive Health, SAAJ, S-NICE, Implementation Research, Mozambique, CFIR, Contraceptive Use, DiD, Adolescents.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização

Os adolescentes têm representado uma porção significativa da população em particular nos países de baixo índice de desenvolvimento humano (George *et al.*, 2021). Em Moçambique, por exemplo, segundo o Censo de 2017, os 53% dos pouco mais de 32 milhões da população são menores de 18 anos e cerca de 25,8% da população é constituída por adolescentes de 10 a 19 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

A Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) dos adolescentes ganhou força nos últimos anos, particularmente através dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Como parte integrante do ODS 3 (assegurar vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades), foi definida uma meta específica para garantir o acesso universal à SSR, incluindo o planeamento familiar (PF), informação e educação, e a integração da SSR em estratégias e programas nacionais, para além da meta que visa reduzir o rácio de mortalidade materna global abaixo de 70 por 100.000 nados vivos em 2030. Assim, os ODS reconhecem os desafios únicos de saúde enfrentados pelos adolescentes e seu papel fundamental, ao lado de mulheres e crianças, como principais impulsionadores da mudança na era pós-2015, chamando por uma implementação equitativa e inclusiva para todas populações mais difíceis de alcançar e mais vulneráveis (United Nations, 2021).

Faltam 6 anos para o prazo determinado para o alcance dos ODS, e há apelos políticos ao mais alto nível dos sistemas da Organização das Nações Unidas (ONU) e dos estados-membros pedindo uma acção urgente. Enquanto o tempo está se esgotando para todos, o progresso está ficando para trás para alguns grupos mais do que para outros. Apesar de ser uma proporção crescente de populações de países de baixa e média renda, os adolescentes continuam sendo um grupo negligenciado (George *et al.*, 2021).

Moçambique enfrenta enormes desafios para reduzir o avanço de vários problemas de saúde pública especificamente para a área de SSR nos adolescentes. Níveis elevados de fecundidade na adolescência podem ser indicativos de desafios relacionados com limitado acesso a serviços de saúde e sobretudo acesso limitado à informação e meios diversificados de contracepção. Práticas socioculturais discriminatórias contra a rapariga que podem levar ao abandono precoce da educação e entrada precoce na união marital também contribuem para elevada incidência da fecundidade na adolescência (MISAU, 2021).

Esta fecundidade na adolescência sugere que a situação é um dos maiores desafios do país. Em 2007 cerca de 22,1% das adolescentes já eram mães de pelo menos um filho, em 2017 a percentagem situava-se em torno de 20,9% (INE, 2017), e em 2022-23 foi mais alta (28.8%) (INE e ICF, 2023). É no contexto rural que o problema parece ser ainda mais preocupante 36.3% contra 18.1% no contexto urbano. Segundo o último IDS 2022-23 (INE e ICF, 2023), a percentagem de mulheres de 15–19 anos que

alguma vez ficaram grávidas, era de trinta e seis por cento, e cerca de 29% das mulheres de 15–19 havia tido pelo menos um nado vivo e a percentagem de mulheres de 15–19 que teve gravidez que terminou em perda foi de 3% e cerca de 8% das mulheres de 15–19anos encontravam-se grávidas à data da entrevista (INE e ICF, 2023).

De acordo com o plano estratégico do sector da saúde (PESS 2014-2024) (MISAU, 2021), o acesso a cuidados de saúde de qualidade contribui para reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida, mas menos de metade das famílias têm acesso a uma unidade sanitária (US) em menos de 45 minutos. A nível nacional, cerca de dois terços das mulheres (61,7%) declararam dificuldade para acessar os serviços de saúde pelo menos uma vez, e a proporção foi maior na zona rural (76,0%) em comparação com a zona urbana (35,0%). O maior problema que contribui para o mau acesso aos serviços de saúde referido por 52,5% das mulheres é a distância até à US mais próxima (INE, 2017).

Desde 1977 as áreas de Saúde Materna e Infantil, têm sido uma prioridade do governo Moçambicano, entretanto, nota-se uma falta de progressos na redução da mortalidade materna apesar dos esforços que o governo tem feito, priorizando ao longo dos últimos anos esta área da saúde, com um forte compromisso ao mais alto nível político entre o governo e os parceiros de desenvolvimento. Para ajudar a resolver este desafio, o PESS 2014/2019 (2024) definiu como 1º objectivo do sector da saúde a necessidade de “acelerar o progresso na redução da mortalidade materna e neonatal, incluindo a redução da taxa global de fecundidade”. A Política de Saúde (2021) evidencia este enorme desafio da mortalidade materna e visa promover a melhoria das condições e modos de vida das populações, reforçando a implementação de medidas que visem a melhoria da saúde individual e coletiva e a redução das vulnerabilidades e riscos para a saúde decorrentes dos determinantes sociais da saúde (MISAU, 2023).

As estratégias ou directrizes específicas para SMNSSR são bastante diversas e orientam a prestação de serviços de SSR para reduzir o peso de doenças nesta área, onde o principal documento é a Política Nacional de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (SDSR) de 2011 (MISAU, 2023). Esta estratégia está alinhada com os compromissos assumidos pelo Governo a nível internacional, regional bem como nacional. A nível internacional existe o Compromisso Ministerial sobre Educação Sexual Abrangente 2013, a Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável através dos ODS. A nível Regional: o Protocolo da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (2003), a Estratégia da Saúde Reprodutiva para a Região Africana (1999-2007), e a nível Nacional a Política Nacional de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos de 2011, o Plano Estratégico do Programa Geração Biz 2014-2017, o PESS 2014 -2019, o Despacho Ministerial de Agosto de 2015: renovado o compromisso de revitalizar os SAAJs, a Aprovação da despenalização do aborto através da revisão do Código Penal em 2014 que entrou em vigor em Julho de 2015, o início da oferta de serviços de planeamento familiar nas escolas (autorizada pelo Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano em 2016), a Estratégia Nacional para a

Prevenção e Combate dos Casamentos Prematuros – 2016-2019, o Programa Nacional de Saúde Escolar, do Adolescente e Jovem e a Directriz Nacional do SAAJ e contracepção entre outros.

Apesar dos acordos globais e compromissos, políticas nacionais e internacionais sobre a saúde dos adolescentes e estratégias específicas sendo implementadas, o acesso e a utilização destes ainda é insatisfatório em países de baixo índice de desenvolvimento humano e isto constitui um desafio especialmente na África subsaariana e em Moçambique em particular (WHO, 2018).

Uma das soluções encontradas pelo governo foi a elaboração duma Directriz para a implementação dos SAAJ na US, escola e comunidade em linha com as estratégias vigentes de modo a implementar vários modelos diferenciados com a finalidade de melhorar a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade de serviços de saúde providenciados aos adolescentes (MISAU, 2023). No sentido de galvanizar a implementação da Directriz SAAJ, o projecto financiado pela USAID, Iniciativa Melhorada de Planeamento Familiar, IFPI, adaptou a ferramenta global TOSS (*Thinking Outside Separate Space*) (USAID-IFPI, 2023) e apelidou-a com o nome S-NICE. “S-NICE” é uma ferramenta de tomada de decisão para orientar os gestores de saúde na aposta em melhores abordagens de selecção e adaptação de modelos de provisão de SAAJ baseados no contexto/área de saúde, população-alvo, resultados de saúde e de comportamentos de adolescentes.

Neste estudo, exploramos as barreiras e facilitadores da implementação da intervenção S-NICE mais bem descrita na secção seguinte, e seus efeitos para os adolescentes que usam os SAAJ abrangidos.

1.2. Descrição da Intervenção

No contexto das áreas cobertas pelo projecto USAID-IFPI em 41 distritos (23 Nampula, 13 Sofala e 5 Zambézia), a população adolescente e jovem (AJ) dos 10 aos 24 anos de idade é de 3.6 milhões e representa 35% da população total da área e 32% dos AJ a nível nacional, tendo influência importante nas tendências de saúde. Existem vários problemas de AJ ligados a riscos de SSR que o projecto procura colmatar, através de intervenções compreensivas desde a criação da demanda passando pela oferta de SSR até ao reforço do sistema em vários níveis.

O Projecto USAID-IFPI, está a implementar a intervenção “S-NICE” desde Outubro de 2021. A intervenção “S-NICE” foi desenhada para apoiar os gestores de US na selecção e adaptação do modelo de prestação de SAAJ mais adequado para adolescentes que vivem na área de abrangência dessa US, com a finalidade de estimular o seu pleno uso em prol da SSR dos adolescentes. S-NICE também procura ganhar suporte dos Líderes Comunitários para servirem de âncora na oferta de serviços de SSR e contracepção aos adolescentes pelos provedores, reduzindo eventuais barreiras socioculturais e aquelas impostas pelos provedores. Os diferentes modelos de SAAJ são: i) SAAJ específico, vertical ou de referência que tem um espaço separado de outros pontos de provisão de serviços; ii) SAAJ integrado em outros pontos de provisão de serviços existentes; iii) SAAJ oferecido através de serviços

móveis direccionados às escolas e comunidades específicas; iv) SAAJ oferecido por trabalhadores de saúde comunitários como Agentes Polivalentes de Saúde (APS) e Promotoras de Saúde Comunitária.

Assim, a intervenção S-NICE combina diferentes abordagens locais para que os modelos de SAAJ existentes estejam ao alcance dos adolescentes tomando em conta os constrangimentos locais existentes e por isso, S-NICE aposta por melhoria, na prática local da coordenação dos diferentes actores na comunidade para oferta dos serviços aos adolescentes.

A S-NICE é implementada na forma de workshops de lançamento e de seguimento. Cada workshop é habitualmente composto por até 45 membros como participantes: Chefe da Localidade; Secretário da Localidade, Líderes Comunitários (cerca de 20), APS (cerca de 5), Praticantes de Medicina Tradicional (cerca de 5), Provedores de Saúde (Responsável da US, Chefe de SMI da US e ponto focal de envolvimento comunitário), Professores (pontos focais das escolas secundárias), Coordenadores das Zona de Influência Pedagógica (2) e Adolescentes (campeões, etc.). Geralmente participam cerca de 45 pessoas.

Os participantes são organizados em 4 grupos: i) Provedores de Saúde: reflectir sobre como aumentar a oferta de serviços amigáveis de SSR para AJ; ii) Específico dos adolescentes: Identificar Barreiras; iii) Professores do ensino secundário e ZIPs: Criar Ambiente favorável para maior acesso à serviços amigáveis para os Adolescentes; iv) Líderes Comunitários, Chefe da Localidade: Criar ambiente favorável para maior acesso aos serviços amigáveis para os Adolescentes (10-19 anos de idade).

O ponto de partida de todos os quatro grupos é efectuar análise da situação actual usando evidência/dados existentes e depois responder a um conjunto de 4 a 5 perguntas, para depois apresentar em plenária. Como corolário, em plenária faz-se discussão ordeira e concisa, ajusta-se os resultados dos Grupos de trabalho mediante consensos e consolida-se um Plano de Acção que é aprovado pelo Chefe da Localidade. O Plano de Acção serve de base para melhorar o acesso aos SAAJ e é seguido ao longo do tempo.

Os resultados esperados com a implementação da intervenção S-NICE incluem: a combinação da demanda para comportamentos reprodutivos saudáveis e prestação de serviços de qualidade e equitativos associados a um forte compromisso da liderança local e o fortalecimento da gestão do programa de PF.

É esperado um aumento de proporção de adolescentes com comportamentos sexuais saudáveis, aumento na taxa de prevalência de uso de método contraceptivos modernos e redução de taxa de gravidezes indesejadas no seio das adolescentes.

1.3. Justificativa

Com a presente pesquisa de implementação, pretende-se identificar as barreiras e facilitadores para a implementação bem-sucedida da intervenção S-NICE e sua contribuição na melhoria do acesso e

utilização de modelos diferenciados de Serviços Amigáveis para Adolescentes e Jovens, pois apesar de existirem intervenções bem desenhadas, a efectividade dessas intervenções muitas vezes não se traduz em resultados mensuráveis e impactantes devido a problemas de implementação.

Um dos principais desafios enfrentados na implementação de programas de saúde é a complexidade do ambiente em que operam. Factores como a aceitação cultural, a formação e capacitação de profissionais, a adequação dos serviços às realidades locais e a comunicação efectiva com os jovens pode influenciar significativamente na eficácia das intervenções. A pesquisa busca entender melhor esses factores, identificando barreiras e facilitadores que podem estar impactando a implementação e a utilização dos serviços.

Além disso, a análise das lacunas entre a teoria e a prática é crucial para aprimorar a abordagem de implementação. Compreender por que, mesmo com recursos adequados, os resultados não são alcançados, permitirá a formulação de estratégias mais eficazes e adaptadas ao contexto local. Essa investigação não apenas contribuirá para a melhoria contínua do modelo S-NICE, mas também fornecerá experiências valiosas para outras iniciativas voltadas à saúde dos adolescentes, promovendo um sistema de saúde mais responsivo e acessível.

Em última análise, esta pesquisa de implementação será essencial para garantir que os investimentos em recursos e programas de Saúde se traduzam em benefícios reais para os adolescentes e jovens, promovendo sua Saúde e bem-estar de maneira efectiva e sustentável.

1.4. Motivação

O interesse que influenciou a proponente a escolher o tema do estudo, está relacionado com dois motivos primordiais. Primeiro, durante o tempo de trabalho como médica num dos distritos da província de Sofala, a proponente notou fraca adesão dos adolescentes aos Serviços de Saúde Amigáveis para Adolescentes e Jovens, vulgo SAAJ, sendo estes visitados principalmente em situações de doença ou perturbação de saúde.

Mais recentemente, no início da residência na especialidade de Saúde Pública, a proponente foi integrada numa equipa de pesquisadores dum projecto designado por CPIA (*Catalysing Policy Improvement in Africa*) cuja finalidade é promover a melhoria e o desenvolvimento de “Políticas” de Saúde Materna Neonatal, Sexual e Reprodutiva em Burkina Faso, **Moçambique**, Senegal, Tanzânia e Uganda, através de um consórcio liderado em Moçambique pela Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane. O projecto CPIA em Moçambique focaliza-se nas pesquisas de implementação para a melhoria da Saúde do Adolescente. Assim, a escolha de políticas e modelos diferenciados de serviços de saúde amigáveis para adolescentes é vista como crucial para melhorar o acesso e a qualidade da oferta de serviços para essa população vulnerável.

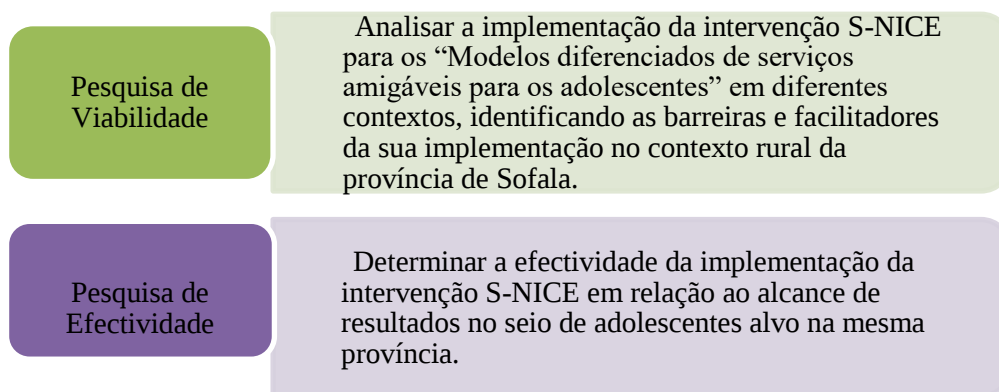
2. PERGUNTAS DE PESQUISA

As principais perguntas de pesquisa de implementação que se pretendiam responder foram:

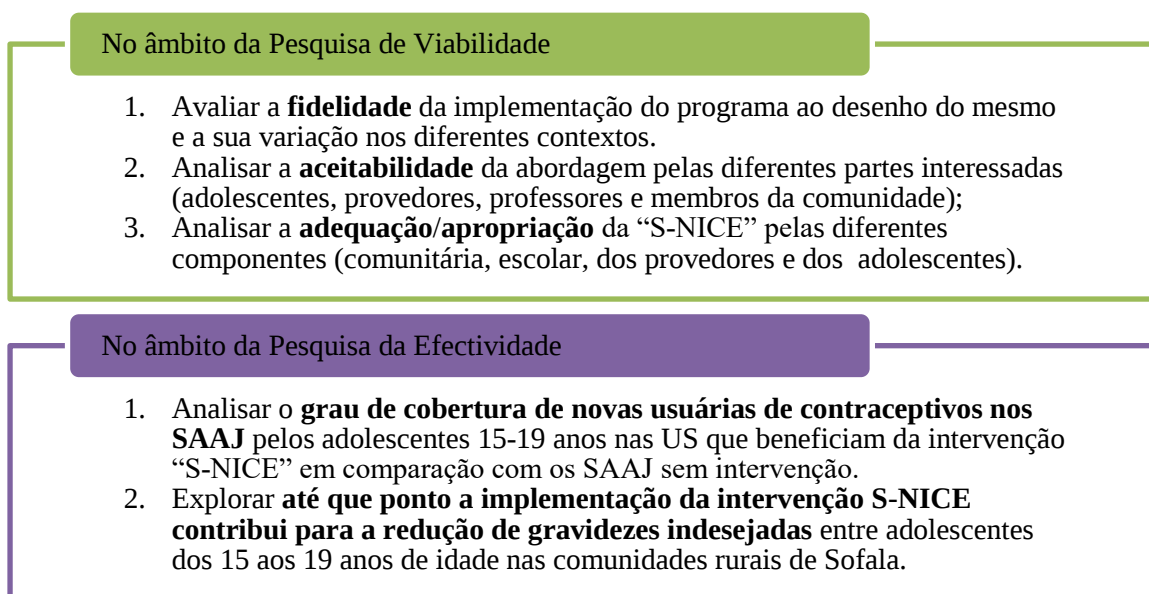
- Que facilitadores e barreiras determinam o sucesso ou fracasso da implementação da Intervenção “S-NICE” para melhoria do acesso e utilização de SAAJ para adolescentes?
- Qual é a efectividade da intervenção S-NICE, na melhoria da utilização dos SAAJ nos locais alvo?

3. OBJECTIVOS

3.1. Objectivo gerais



3.2. Objectivos específicos



4. CONTRIBUIÇÃO

Esta pesquisa poderá gerar evidências sólidas sobre os factores para implementação bem-sucedida da intervenção S-NICE, como um contributo para a melhoria da política de modelos diferenciados de SAAJ para adolescentes no contexto específico das US que se beneficiam da intervenção, e orientar a tomada de decisões e formulação de políticas a fim de melhorar o acesso, a qualidade e os resultados dos serviços de saúde para adolescentes. Além disso, como parte do projeto CPIA, existe o compromisso de impulsionar a melhoria das políticas de saúde em Moçambique. A análise de implementação que se propõe contribuirá significativamente para esse objectivo, proporcionando percepções e perspectivas valiosas.

Os resultados deste estudo poderão ser úteis a vários níveis, social, político, profissional, programático e principalmente para a população alvo.

Ao identificar facilitadores e barreiras específicas da implementação da abordagem S-NICE, isto poderá orientar para a criação de possíveis estratégias para a sua superação e para que sejam feitas adaptações e melhorias na ferramenta S-NICE, tornando-a mais eficaz e adequada às necessidades dos adolescentes e dos implementadores.

As evidências geradas poderão ainda ser usadas para apoiar na decisão sobre alocação de recursos adequados, no desenvolvimento de programas de saúde direccionados aos adolescentes, e estratégias de implementação de iniciativas para melhorar os resultados de SSR nessa população, podendo ser adaptadas a diferentes contextos.

Por último, um contributo no avanço do conhecimento científico e preenchimento de uma lacuna existente em pesquisas de implementação em intervenções que visam melhorar o acesso aos serviços de Saúde pelos adolescentes.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define “adolescentes” como indivíduos de 10 a 19 anos de idade e “jovens” aos indivíduos de 15 a 24 anos de idade. Juntos, AJ são referidos como gente jovem, abrangendo as idades de 10 a 24 anos, sendo estes os constituintes do grupo-alvo do SAAJ em Moçambique (WHO, 2018).

Globalmente, existem cerca de 1,2 bilhão de adolescentes de 10 a 19 anos, representando cerca de 16% da população mundial. Cerca de 789 por 100.000 adolescentes sofreram desfechos maternos adversos em 2015, e quase 3.000 adolescentes morrem todos os dias de causas evitáveis relacionadas à saúde sexual e reprodutiva (OMS, 2011).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) no Cairo, em 1994, instou os governos a tornar os serviços de saúde reprodutiva disponíveis, acessíveis, aceitáveis e baratos para os jovens (UNFPA., 2021). Nesta conferência, muitos países incluindo Moçambique, subscreveram ao programa de Acção da CIPD que dentre vários aspectos, reconhecia que os adolescentes têm direito à informação correcta e honesta vinda de uma fonte fidedigna sobre todos os aspectos relacionados a SSR para que possa compreender melhor a sua sexualidade e tomar decisões correctas e responsáveis sobre a sua vida sexual e reprodutiva. Durante esta reunião, ficou claro que as necessidades de saúde reprodutiva dos AJ têm sido amplamente ignoradas pelas US existentes, segmentos educacionais e outros programas sociais (WHO, 2017).

Apesar desses esforços, adolescentes da África Subsaariana ainda estão sendo afectados por graves problemas de SSR. O acesso dos adolescentes aos serviços de SSR ainda não existe em muitos países da África Subsaariana e isso se deve às inúmeras barreiras de acesso que eles enfrentam mesmo quando presentes. As barreiras enfrentadas pelos adolescentes incluem a falta de serviços de SSR adequados e abrangentes em muitas US, falta de pessoal qualificado, ambiente propício para atendimento de adolescentes, falta de informações sobre os serviços prestados e atitudes dos provedores que não são amigáveis para AJ, incluindo preconceitos e julgamentos (WHO, 2017; MISAU, 2023).

Em Moçambique, um problema comum enfrentado pela maioria das US é a falta de utilização de serviço de saúde por adolescentes por vários motivos, a destacar a falta de conhecimento por parte dos adolescentes, barreiras legal, cultural e logística, altos custos, e mais predominantemente, a má qualidade dos serviços clínicos e serviços hostis (OMS, 2009).

O acesso universal a serviços de SSR exige um sistema de saúde que funcione bem, com recursos humanos e financeiros adequados, que responda às necessidades de todos os sectores da população. Além dos factores legais e socioculturais dos maus resultados de saúde, as lacunas do sistema de saúde em Moçambique incluem: escassez e alta rotatividade de provedores treinados; limitações na partilha ou delegação de tarefas; disponibilidade limitada periódica de insumos médicos; sistemas de supervisão inadequados; fraca formação pré-serviço e em serviço. Essas lacunas são ainda piores nas comunidades rurais. O financiamento inadequado do sector da saúde é identificado pelo MISAU como o maior impasse para melhorar os resultados da saúde (MISAU, 2009).

Para melhorar o acesso e utilização do SAAJ, é importante ter em conta a percepção das necessidades de saúde dos próprios adolescentes, para que programas específicos sejam desenhados de acordo com contextos e necessidades específicas. Um estudo transversal qualitativo realizado no estado de Ebonyi, sudeste da Nigéria em 2020, intitulado *Stakeholders' perceptions of adolescents' sexual and reproductive health needs in Southeast Nigeria*, explorou as percepções sobre as necessidades de adolescentes em SSR e sua variação em relação a sexo, estado civil e escolaridade, sob perspectivas das diferentes partes interessadas, incluindo líderes comunitários, meninos e meninas adolescentes de 13 a

18 anos, formuladores de políticas, gestores de programas de SSR, profissionais de saúde, líderes religiosos e pais, e concluiu que as percepções das necessidades de SSR dos adolescentes convergem entre as partes interessadas e variam de acordo com o gênero, a escolaridade e o estado civil, e é importante compreendê-las pois evidenciam a necessidade de intervenções sensíveis ao gênero bem projetadas que levem em consideração outros estratificadores sociais (Okeke *et al.*, 2022).

Os profissionais de saúde, são uma peça chave na implementação bem-sucedida de qualquer abordagem. É importante munir esta camada de conhecimento adequado sobre qualquer directriz a ser implementada e garantir a disponibilidade de instrumentos para consulta. Com objectivo de explorar as perspectivas dos profissionais de saúde sobre o uso da directriz nacional para serviços de planeamento familiar numa região específica, um estudo qualitativo foi realizado na Etiópia em 2021, e este revelou mais barreiras do que facilitadores. Estas barreiras incluem: conhecimento inadequado sobre o objectivo da directriz; irrelevância da directriz para algumas necessidades específicas e práticas dos profissionais de saúde; factores pessoais, como crenças e tradições e factores organizacionais, como recursos inadequados incluindo tempo e pessoal, para além da falta de supervisão e apoio. As descobertas de que a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a existência de directrizes nacionais de PF e a indisponibilidade de cópias destas constituem barreiras, apoiam as descobertas de um estudo anterior dos mesmos autores, que mostrou que mais da metade das US na Etiópia não possuía a directriz de PF disponível para uso. A indisponibilidade da directriz nas US revela a falta de planificação para distribuir tal recurso às US para uso pelos profissionais de saúde (Tessema *et al.*, 2018).

Questões relacionadas a recursos, como falta de tempo, falta de provedores treinados e alta carga de trabalho, também representam barreiras ao uso dos SAAJ. A incapacidade das unidades organizacionais de reter os funcionários ou provedores que receberam treinamento relacionado aos serviços e directrizes de SSR, constitui outra barreira. Muitos provedores receberam a formação, mas se mudaram para outros locais por motivos diferentes. A rotatividade de provedores pode constituir um grande desafio. Vários estudos relataram que a restrição de tempo era uma barreira para a implementação de directrizes de prática clínica (MISAU, 2001; UNFPA, 2004).

A necessidade de formação e aprimoramento de habilidades é observada em muitos outros estudos, em uma variedade de questões de saúde e prestação de serviços de saúde. Por exemplo, estudos multipaíses, realizados em países de baixa e média renda, como Uganda, Malawi, Tanzânia e Etiópia, conduzidos para identificar as barreiras e facilitadores para a implementação de várias directrizes de serviços de saúde, incluindo serviços de saúde materna e serviços de saúde mental mostraram que a falta ou insuficiência de formação foi uma barreira para a implementação de directrizes clínicas. Uma revisão sistemática realizada com o objectivo de sintetizar evidências sobre barreiras e facilitadores que afectam o acesso e a utilização de Serviços de SSR do adolescente, e propor recomendações para melhorar e ampliar esses serviços para jovens/adolescentes na África Subsariana, concluiu que as barreiras mais

comuns foram as estruturais, incluindo a atitude negativa dos profissionais de saúde, horários inconvenientes, qualidade dos serviços e profissionais de saúde não qualificados. Foi relatado que os profissionais de saúde que atendem os jovens usavam linguagens abusivas, enquanto outros não eram suficientemente compreensivos para prestar serviços como PF e contraceptivos. Além disso, alguns não receberam formação adequada/nenhuma formação sobre como prestar os serviços aos jovens, o que representa um grande desafio. Uma observação semelhante foi encontrada numa análise de contexto que avaliou a experiência dos jovens em matéria de SSR na África Subsaariana (Ninsiima, *et al.*, 2021).

Os adolescentes têm acesso limitado e, em alguns casos, nenhum acesso à educação sobre SSR e contracepção, tornando as meninas adolescentes mais propensas a gravidezes precoces e indesejadas. A falta de conhecimento dos adolescentes sobre questões de SSR influencia negativamente no acesso e utilização destes serviços. O acesso à informação sobre saúde reprodutiva é muitas vezes dificultado por muitos factores diferentes, incluindo o estigma relacionado com a idade jovem, o consentimento dos pais, e ainda o acesso aos serviços e produtos de saúde reprodutiva é um desafio devido à distância e aos custos. Portanto, uma barreira também proeminente para o acesso limitado aos SSSR pelos AJ, encontra-se a nível dos indivíduos. Aspectos individuais, incluindo conhecimento e sensibilização entre os adolescentes/jovens sobre os serviços devem ser tomados em conta ao analisar as barreiras ao SAAJ como foi concluído na revisão sistemática sobre os factores e barreiras para o acesso e utilização dos SSSR pelos AJ na África Subsaariana (Ninsiima *et al.*, 2021).

Compreender e considerar as perspectivas dos cuidadores ao projetar e dimensionar modelos integrados de oferta de serviços juvenis, é deveras importante embora os cuidadores tenham uma diversidade de preferências. Portanto devem ser exploradas as preferências do cuidador na concepção de serviços aos quais os AJ terão acesso e dos quais se beneficiarão. O estudo “*Don’t Forget the Caregivers, A Discrete Choice Experiment Examining Caregiver Views of Integrated Youth Services* Lisa” realizado em 2020, concluiu que os projectistas de sistemas e provedores de serviços devem ser encorajados a tomar as prioridades relativas dos cuidadores em consideração, juntamente com as prioridades dos AJ, ao projetar modelos de prestação de serviços e ao desenvolver planos de serviços para um jovem individual. Ainda neste estudo, os cuidadores afirmavam que os serviços de saúde para os AJ devem ser “amigáveis” de acesso rápido, localizados em um ambiente acessível a jovens, fornecer serviços holísticos, reduzir transições com base na idade e oferecer horários convenientes (Hawke, 2021).

O envolvimento é um componente central e é considerado fundamental para o desenvolvimento de serviços que atendam às necessidades dos jovens e das famílias, entretanto este estudo parece pouco robusto uma vez que foram inquiridas apenas cuidadores com acesso a internet. Os criadores de sistemas e os prestadores de serviços são incentivados a ter em conta as prioridades relativas dos cuidadores, juntamente com as prioridades dos jovens, ao conceberem modelos de prestação de serviços e ao desenvolverem planos de serviços para um jovem individual.

Fatores organizacionais, incluindo planificação, papel do suporte de gestão para os prestadores de cuidados de saúde para usar as directrizes, actualização e capacidade de mudança organizacional também podem constituir barreiras na implementação eficaz de certas estratégias. Evidências mostram que o apoio é importante para melhorar o uso das directrizes de prática clínica, como descrito no estudo *“Addressing Organizational Barriers to Adolescent Access to High-Quality, Low-Cost, Confidential Sexual and Reproductive Health Services in a Community Health Center”* que concluiu que (1) a colaboração intersectorial e o foco na comunidade ajudam a obter apoio inicial e sustentado para iniciativas de mudança, (2) a formação aumenta o conhecimento do pessoal sobre tópicos de SSR dos adolescentes e também galvaniza o apoio para a implementação de mudanças adicionais nas operações clínicas, (3) informar melhor o projeto e aplicar melhorias na prática gerando investimento da equipe na implementação de mudanças e necessário, (4) a pilotagem em pequena escala de estratégias de mudança com maior envolvimento e confiança na implementação de mudanças e, ao mesmo tempo, na descoberta de possíveis problemas com novos protocolos antes da implementação em uma escala mais ampla, e (5) um defensor clínico que inclui uma equipa de melhoria dedicada a realizar regularmente trabalhos de melhoria de qualidade facilitados, formações de equipas e progresso em direcção às estratégias delineadas são essenciais para sucesso de intervenções novas em prol da saúde do adolescente. Isso alerta para a necessidade de um foco nas visitas de suporte e supervisão pelos gestores de serviços de saúde no nível regional e no nível da US em implementação de estratégias novas (Brandt *et al.*, 2022).

Conforme argumentado por Starrs *et al.* (2018, p.16) *“os escassos recursos humanos e financeiros e, em alguns casos, a falta de compromisso político impediam que os sistemas de saúde em países de baixa e média renda oferecessem serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva”*. É necessário aumentar o financiamento público nacional e internacional para uma gama abrangente de serviços de SSR. Esse financiamento deve ser estável e sustentado por um período. É necessária a defesa de maior prioridade para os serviços de SSR nos orçamentos de saúde do governo, incluindo, entre outros, saúde materna e planeamento familiar (Starrs *et al.*, 2018).

Uma outra revisão sistemática, com o objectivo de sintetizar literaturas qualitativas para compreender as perspectivas e experiências dos adolescentes relativamente às barreiras ao acesso aos serviços de SSR na África Subsariana, concluiu que as principais barreiras no acesso aos serviços de SSR para os adolescentes que vivem na África Sub-Saariana incluem a percepção errada sobre os serviços, as restrições financeiras, as famílias sem apoio, o estigma comunitário e normas sociais, os ambientes sem apoio nas US, comportamento do profissional de saúde, baixa competência, atitude crítica e quebra de privacidade e confidencialidade. Entretanto, este estudo recomenda uma nova abordagem multifacetada

que trabalhe com os prestadores de serviços, com a comunidade, com as famílias e com os adolescentes para melhorar a utilização dos serviços de SSR pelos adolescentes (Sidamo *et al.*, 2023).

No que diz respeito aos facilitadores da utilização dos Serviços de SSR aos adolescentes, os resultados de uma revisão sistemática mostraram que com o envolvimento e extensão sustentados da comunidade, a educação para a saúde escolar, as actividades recreativas e a prestação de Serviços de SSR gratuitos ou a custo reduzido à aqueles com restrições financeiras, conduzem a um aumento na utilização dos Serviços, proporcionando aos jovens acesso aos serviços de saúde, promovendo assim a sustentabilidade. As directrizes globais sobre a normalização dos serviços de saúde incentivam que os prestadores de serviços aos adolescentes priorizem a qualidade. A revisão enfatiza a necessidade de educar e formar em saúde os jovens/adolescentes para saberem mais sobre os serviços de saúde reprodutiva prestados em centros amigos dos jovens e o seu envolvimento na concepção e implementação de intervenções dirigidas a eles. As intervenções das partes interessadas centradas na implementação de Serviços de SSR para AJ devem visar a formação intensiva dos profissionais de saúde e implementar directrizes padrão de implementação de qualidade nas clínicas para oferecer serviços de acordo com as necessidades e preferências dos jovens (Ninssiima *et al.*, 2021).

Outro facilitador descrito na literatura para a melhoria do acesso e utilização do Serviços de SSR, é a aprendizagem colaborativa. Esta abordagem tem sido cada vez mais implementada em ambientes de saúde nos últimos anos. Definida como uma abordagem de ensino e aprendizagem em que grupos de alunos trabalham juntos, a aprendizagem colaborativa normalmente envolve discussões em grupo, com os participantes cooperando para resolver um problema, concluir uma tarefa ou avançar na aprendizagem. Esta abordagem parece ser eficaz na melhoria do desempenho dos profissionais de saúde, com uma ampla revisão sistemática realizada em ambientes de poucos recursos mostrando maior efeito dos processos de grupo, especialmente quando combinado com outras abordagens. Na pesquisa *“The feasibility and acceptability of collaborative learning in improving health worker performance on adolescent health: findings from implementation research in Moldova”* de 2016, concluiu-se que a que a aprendizagem colaborativa dentro dos Serviços para AJ, é viável e aceitável, e oferece benefícios tanto para os participantes quanto para os AJ. Entretanto este estudo citou algumas limitações na confirmação dos resultados, recomendando mais pesquisas em outras configurações para examinar os efeitos da aprendizagem colaborativa no nível de resultado e impacto (Lesco *et al.*, 2019).

Segundo foi concluído num estudo intitulado *“Desafios para gerar priorização política para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes no Quênia: um estudo qualitativo”* há uma necessidade urgente de se ir além da descrição, com estudos exploratórios e explanatórios, e sugere uma pesquisa explicativa que fornece insights sobre "como?" e "porquê?" dos factores contextuais próprios dos indivíduos, das organizações do processo de implementação das diferentes abordagens que ajudariam um país a avançar em direcção à cobertura universal de saúde e acesso universal a serviços de SSR – para auxiliar na

planificação e implementação de políticas e programas, (Onono *et al.*, 2019) e esta pesquisa tem como propósito reduzir esta lacuna.

4. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Para explicar os possíveis factores que influenciam na implementação bem-sucedida ou não, da “S-NICE” e identificar barreiras e facilitadores, foi usado o “*Consolidated Framework for Implementation Research*” (CFIR), o Quadro Conceptual Consolidado para Pesquisa de Implementação. Esta Estrutura, reúne num único quadro conceptual, constructos organizados em cinco domínios principais que interagem entre si e podem influenciar na implementação e na eficácia. Desenvolvido por DAMSCHRODER e seus colaboradores em 2009, no CFIR, os constructos são organizados em cinco domínios, a saber: características da intervenção, o contexto externo, o contexto interno, as características dos indivíduos e o processo de implementação, sendo o CFIR um quadro abrangente que fornece uma estrutura para entender e analisar factores contextuais e estudar barreiras e facilitadores para a implementação bem-sucedida de uma intervenção como a “S-NICE”, conforme descrito na Figura 1 (Damschroder et al., 2009).

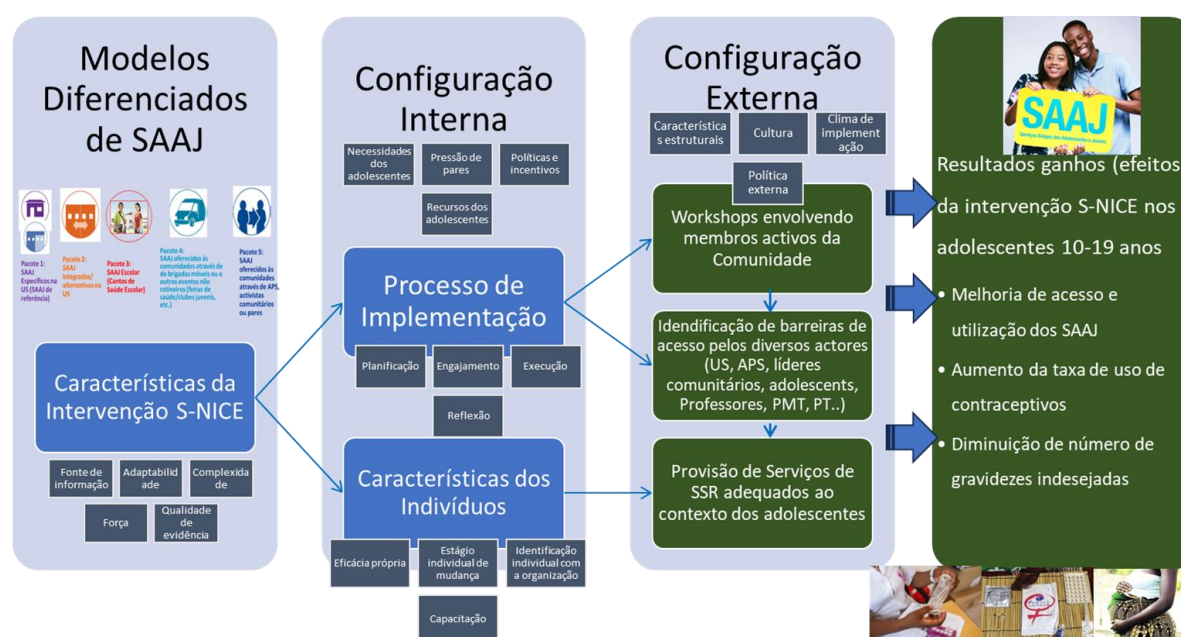


Figura 1: Domínios e Principais constructos para a implementação bem-sucedida da “S-NICE” (modelo CFIR). Este diagrama foi adaptado do “*The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)*” (Damschroder et al., 2009).

No estudo da efectividade, não foram investigados todos os constructos, apenas a contribuição do projecto na melhoria e utilização dos SAAJ e o aumento da taxa de uso de contraceptivos modernos pelos adolescentes no SAAJ.

5. MATERIAL E MÉTODOS

De modo a alcançar os objectivos do estudo e combinar tanto as percepções e experiências dos informantes chave quanto o impacto da intervenção S-NICE nos locais alvo, uma metodologia de pesquisa mista foi usada, consistindo em coletar, analisar e integrar dados quantitativos e qualitativos, permitindo assim analisar melhor a implementação, algo que não pode ser fornecido por cada um desses métodos separadamente.

5.1. Tipo/desenho de estudo

O estudo compreendeu dois tipos de pesquisa: Pesquisa de Viabilidade e Pesquisa da Efectividade.

5.1.1. *Pesquisa de Viabilidade*

Para o alcance dos objectivos da pesquisa de viabilidade, foi usada uma abordagem qualitativa através de um estudo de caso (Yin, 2015), permitindo uma exploração aprofundada das barreiras e facilitadores da implementação bem-sucedida ou não da intervenção S-NICE em seu contexto natural e real.

Desta forma, foi possível contextualizar a implementação da S-NICE num ambiente específico, considerando as características únicas desse contexto e como elas influenciam a implementação. Isso ajudou a compreender como a intervenção se encaixa nas práticas existentes, nas crenças e nos valores dos profissionais de saúde, dos adolescentes, e membros da comunidade. A flexibilidade deste tipo de estudo, foi útil para adaptar a colecta de dados e a análise às necessidades emergentes da pesquisa (Yin, 2015).

5.1.2. *Pesquisa da Efectividade*

Para responder aos objectivos relacionados aos eventuais efeitos da intervenção S-NICE, foi utilizada uma abordagem quantitativa remetendo ao estudo quasi-experimental com análise de **Diferença-em-Diferença** (DiD) comparando os resultados do acesso e uso dos serviços de SSR antes e depois da intervenção, em locais com e sem intervenção, estimando assim o efeito causal específico da iniciativa S-NICE, na implementação de modelos diferenciados do SAAJ, fornecendo evidências mais robustas sobre sua contribuição.

O “estimador” DiD é definido como a diferença nos resultados no grupo de intervenção antes e depois desta, menos a diferença nos resultados no grupo de comparação antes e depois da intervenção. O método DiD permite comparar resultados alcançados no grupo de intervenção e os do grupo de comparação, antes e depois da intervenção, identificando assim o quão robusto é o efeito de uma intervenção específica. (Fredriksson and Oliveira, 2019).

Neste estudo de efectividade, a estimativa DiD, permitiu comparar as diferenças nos resultados entre as proporções de indicadores específicos de saúde do adolescente, previamente seleccionados, entre as raparigas adolescentes dos 15-19 anos, que procuraram e usaram os serviços de SSR antes e depois da

intervenção no grupo de intervenção comparando com os efeitos no grupo de comparação, produzindo assim o efeito ou contribuição da intervenção S-NICE.

Os dados foram colhidos nos livros de registo das US em estudo a partir de uma ficha de extração de dados elaborada para esta pesquisa.

5.2. Local do Estudo

Os locais do estudo foram seleccionados a partir de um universo de 117 US que reportam dados de SAAJ no SISMA, apoiadas pelo projecto IFPI na província de Sofala. Destas, 28 tiveram início da implementação da intervenção S-NICE, no período compreendido entre Julho 2022 a Setembro de 2023. Para detalhes nominais das US com SAAJ específico e dentre estas aquelas que tiveram início da intervenção S-NICE, por favor consulte a **Error! Reference source not found..** A selecção das US do estudo foi feita na base de amostragem objectiva tendo como referência as US que reportam dados administrativos de SAAJ através do Sistema de Informação de Saúde para Monitoria e Avaliação (SISMA).

Para permitir melhor optimização dos resultados combinada com o uso racional de recursos materiais e humanos, a parte qualitativa (implementação/viabilidade) foi realizada apenas em distritos que efectuaram o workshop de lançamento entre Agosto e Setembro de 2022. Assim, foram abrangidas 8 US oriundas de 4 distritos, 2 US em cada distrito de Búzi, Caia, Gorongosa e Nhamatanda, que tiveram pelo menos 6 meses de implementação, que pode ser um período razoável para documentar melhor as barreiras e facilitadores de implementação de S-NICE (**Error! Reference source not found.**).

A parte quantitativa (efectividade) abrangiu todos distritos e US com intervenção S-NICE abrangidos pela pesquisa qualitativa, ou seja: Distritos de Búzi (2), Caia (2), Gorongosa (2) e Nhamatanda (2) perfazendo 7 US de intervenção S-NICE. Um número correspondente a 8 US (MAchanga 4 e Muanza 4) foi seleccionado em locais sem intervenção S-NICE para servir de comparação, conforme apresentado na Tabela 1. Devido a constrangimentos na obtenção de dados do Hospital Rural de Nhamatanda, esta US foi excluída do estudo quantitativo, ficando 7. Os constrangimentos incluem:

- Falta de livros de registo do SAAJ dos meses de Janeiro a Março de 2022, correspondente ao período antes da intervenção;
- Desorganização no fluxo de atendimento, levando a atendimento não em paragem única conforme recomendado pelo MISAU para o SAAJ, possibilitando duplicação de dados; E como não havia nenhuma outra US que preenchia os critérios de inclusão, esta não foi substituída.

E em relação às US sem intervenção, foram substituídas 2 destas, o CS de Marrupanhe e o CS de Beia-Peia, pelos CS de Chinguque e Chiloane, por não conter informação de SAAJ nos livros de registo

específicos para o período em análise, e por se tratar de US sem intervenção foi possível substituí-las por US do mesmo distrito, com as mesmas características.

Tabela 1: Relação das US's sujeitas à intervenção S-NICE e US de comparação incluindo o número de adolescentes dos 15-19 anos, seis meses antes e seis meses depois da intervenção, em Sofala

DISTRITO	US	Área de estudo	Pop. 2022	MIF 15-19 Anos 2022	Pop. 2023	MIF 15-19Anos 2023
BÚZI	CS Bandua	Intervenção	31,026	1,831	31,909	1,884
BÚZI	CS Estaquinha	Intervenção	20,294	1,198	20,871	1,232
CAIA	CS Murraça	Intervenção	21,735	1,271	22,354	1,308
CAIA	HD CAIA	Intervenção	51,135	2,991	52,591	3,076
GORONGOSA	CS Canda	Intervenção	7,208	421	7,413	433
GORONGOSA	CS Vunduzi	Intervenção	13,328	779	13,707	802
NHAMATANDA	CS Siluvo	Intervenção	19,176	1,103	19,722	1,135
NHAMATANDA	HR Nhamatanda	Intervenção	41,601	2,393	42,786	2,462
MACHANGA	CS Nhamachire	Comparação	2,954	176	3,038	181
MACHANGA	CS Chiloane	Comparação	1,926	114	1,981	118
MACHANGA	CS Chinhue	Comparação	3,724	221	3,830	228
MACHANGA	CS Divine	Comparação	6,613	393	6,801	404
MUANZA	CS Galinha	Comparação	3,398	188	3,495	194
MUANZA	CS Muanza	Comparação	7,379	409	7,589	421
MUANZA	CS Muanza-Baixa	Comparação	7,424	411	7,635	423
MUANZA	CS Sanguze-Muana	Comparação	7,203	399	7,409	411

Fonte: Núcleo de Estatística Distrital de Búzi, Caia, Gorongosa, Nhamatanda, Machanga e Muanza.

5.3. Período de estudo

O estudo decorreu entre Abril e Outubro de 2024, depois das aprovações científica, ética e administrativa. A recolha de dados foi realizada entre 27 de Abril a 16 de Maio de 2024, abrangendo dados retrospectivos recolhidos nos livros de registo do SAAJ e CPN das US em estudo, correspondentes a dados acumulados de 6 meses antes, isto é, de 21 de Dezembro 2022 a 20 de Junho de 2022 (período I) e 6 meses depois da intervenção, sendo este de 21 de Março de 2023 a 20 de Setembro de 2023 (período II), em cada US seleccionada.

5.4. População do estudo

A população do estudo incluiu os beneficiários e implementadores da S-NICE, incluindo todos os membros do workshop e gestores do SAAJ e das US nos distritos alvo da S-NICE:

- Adolescentes e Jovens dos 15 a 19 anos, que fazem parte do grupo-alvo do SAAJ, em unidades com abordagem S-NICE
- Provedores de saúde afectos aos serviços de SSR nas US de estudo.
- Profissionais de Saúde (Responsável do CS/US, SMI responsável da US ou Ponto focal para o envolvimento comunitário) em US S-NICE.

- Chefe da Localidade ou seu Secretário.
- Líderes comunitários; Secretários dos bairros ou régulos residentes nas áreas de saúde servidas pela US onde foram recolhidos os dados sobre o atendimento das raparigas adolescentes.
- Agentes Polivalentes de Saúde (APS).
- Praticantes de Medicina Tradicional (PMT) e matronas residentes na comunidade servida pela US do estudo.
- Professores/Pontos Focais das Escolas; Professores responsáveis pela saúde escolar ligados a uma escola primária/secundária mais próxima e localizada numa das comunidades servidas pelo centro de saúde de estudo.
- Gestores da intervenção S-NICE.
- Responsáveis distritais de saúde escolar/saúde do adolescente.

5.5. Selecção dos participantes, amostra e amostragem

5.5.1. Modo de selecção dos participantes, amostra e amostragem na componente Qualitativa (pesquisa de viabilidade)

A componente qualitativa do estudo foi sobretudo informada pelos participantes através de entrevistas individuais com Informantes chave (EIC) e Discussões em Grupos Focais (DGF), por área de pesquisa, discriminados por categorias de grupos que participaram das sessões do workshop de lançamento da intervenção S-NICE e estes foram seleccionados por conveniência. A Tabela 2 e a Tabela 3 apresentam o número de EIC e de DGF realizadas por distrito e província e por tipo de respondente, respectivamente. Foram conduzidas 68 EIC e 21 DGF (participantes) e o número de entrevistados foi determinado pela saturação teórica da informação fornecida.

Tabela 2: Distribuição dos participantes das Entrevistas Individuais

Tipo de respondente de EIC	Sofala				Total
	Búzi	Caia	Gorongosa	Nhamatanda	
Meninas adolescentes (15 a 19 anos) da Área de Saúde (AS) de intervenção S-NICE	3	4	3	3	13
Rapazes adolescentes (15 a 19 anos) da AS com intervenção S-NICE	3	3	2	2	10
Provedores do SAAJ/ SMI responsável da US, Ponto focal para o envolvimento comunitário) da AS com intervenção S-NICE	4	2	2	2	10
Directores da US da AS com intervenção S-NICE	2	2	1	1	6
Professores Pontos Focais das Escolas Secundárias da AS com intervenção S-NICE	2	2	1	2	7
Coordenadores das ZIPs (Zona de Influência Pedagógica) da AS com intervenção S-NICE	0	0	1	0	1
Líderes Comunitários da AS com intervenção S-NICE	1	1	0	1	3
Praticantes de Medicina Tradicional da AS com intervenção S-NICE	1	1	0	0	2
Parteiras Tradicionais da AS com intervenção S-NICE	0	2	0	0	2
Agentes Polivalentes de Saúde (APS) da AS com intervenção S-NICE	0	0	0	2	2
Chefe do posto/ Secretário da Localidade ou Chefe da Localidade da AS com intervenção S-NICE	2	1	2	2	7
Implementadores	1	1	2	1	5
Total	19	19	14	16	68

Tabela 3: Número de DGF realizadas por distrito e província e por tipo de respondente.

Tipo de respondente de DGF - 8 a 10 pessoas por DGF	Sofala				Total
	Buzi	Caia	Gorongosa	Nhamatanda	
Adolescentes (15 a 19 anos, meninas) usuárias ou beneficiárias de SAAJ nos locais S-NICE	1	2	2	1	6
Adolescentes (15 a 19 anos, meninos) usuários ou beneficiários da US S-NICE	1	2	2	1	6
Grupo de adolescentes misto (raparigas e rapazes, 15-19 anos) da área de saúde S-NICE	1	0	-	1	2
Líderes comunitários residentes da área de saúde de intervenção S-NICE	2	2	2	1	7
Total de DGF	5	6	6	4	21
Número de participantes nas DGF	46	54	54	36	188

5.5.2. Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão usados para a selecção dos informantes chave do estudo estão resumidos na Tabela 4.

Tabela 4: Critérios de Inclusão e Exclusão aos informantes chave da pesquisa qualitativa

Tipo de Informante	Critérios de Inclusão	Critério de Exclusão
Raparigas ou Rapazes adolescentes	- Ter entre 15 e 19 anos de idade até a data da entrevista ou recolha de dados. - Ser residente da comunidade do centro de saúde alvo do estudo; - Dar o consentimento informado para participar do estudo livremente.	- Ter capacidade limitada de participar do estudo por enfermidade ou incapacidade - Desistir de participar do estudo ao longo das entrevistas. - Estar sob efeito de substâncias como álcool ou droga observável durante as entrevistas.
Provedores e gestores de saúde e APS	- Provedores de saúde afectos ou não aos SS&R para adolescentes na US, local do estudo. - Estar afecto no SAAJ. - Aceitar participar do estudo voluntariamente; - Assinar o consentimento informado.	- Desistir de participar do estudo ao longo das entrevistas. - Limitada capacidade de participar do estudo por motivos de doença. - Estar sob efeito de substâncias, álcool ou droga (observável).
Chefe da localidade/Secretários ou régulos/líderes comunitários	- Secretário do bairro ou régulo/representante da comunidade servida pelo centro de saúde em estudo há pelo menos 2 anos. - Residir na comunidade/área de saúde de centro de saúde em estudo há pelo menos 2 anos. - Aceitar participar do estudo voluntariamente; - Ter participado dos workshops S-NICE - Assinar o consentimento informado.	- Desistir de participar do estudo ao longo das entrevistas. - Limitada capacidade de participar do estudo por motivos de doença. - Estar sob efeito de substâncias como álcool ou droga (observável).
Professores/directores de escola/responsáveis pela saúde escolar/saúde do adolescente e responsáveis de ZIP	- Responsável pela saúde escolar numa das escolas localizadas na comunidade servida pelo centro de saúde local do estudo, há pelo menos 2 anos. - Consentir voluntariamente em participar.	- Desistir de participar do estudo ao longo das entrevistas. - Limitada capacidade de participar do estudo por motivos de doença. - Estar sob efeito de substâncias como álcool ou droga).
	Representante de associação de praticantes de medicina tradicional ou praticante, que reside na comunidade servida pelo centro de saúde, local do estudo, há pelo menos 2 anos.	- Desistir de participar do estudo ao longo das entrevistas. - Ter capacidade limitada de participar do estudo doença.

Tipo de Informante	CrITÉrios de Inclusão	CrITÉrio de Exclusão
Praticantes de medicina tradicional/Matronas	Aceitar participar do estudo voluntariamente.	Estar sob efeito de álcool ou droga (observável).

5.6. Modo de selecção dos participantes, amostra e amostragem na componente Quantitativa (pesquisa de efectividade)

O tamanho da amostra foi calculado pela seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

n = Tamanho da amostra;

N = Universo das adolescentes que usam serviços de SAAJ e SMI-CPN - Mulheres grávidas 15-19 anos;

Z = Valor crítico da Tabela de distribuição normal ($Z = 1.96$), correspondente a um nível de significância de 5%;

e = É a margem de erro máximo que queremos admitir (5%);

p = É a proporção que esperávamos encontrar e não tendo nenhuma informação sobre o valor que esperamos encontrar vamos considerar $p=50\%$ e $q=50\%$.

A partir da fórmula do cálculo do tamanho da amostra obteve-se os seguintes resultados: **1300** novas usuárias do SAAJ, e **1060** adolescentes grávidas 15-19 anos nas USs com intervenção S-NICE, e, **713** novas usuárias de SAAJ e **534** adolescentes grávidas 15-19 anos, para as US de comparação respectivamente, tendo sido calculada apenas para questões de representatividade estatística.

O estudo abrangeu US com intervenção S-NICE, que tiveram o workshop de lançamento da implementação ocorrido há pelo um ano e US sem intervenção. Em todas as US foram colhidos todos os dados do período, analisados e comparados seus resultados num período de 6 meses antes e 6 meses depois. Para que sejam alcançados bons resultados dessa comparação foi necessário reduzir o risco de contaminação entre adolescentes que procuram SAAJ de intervenção e SAAJ habitual (sem intervenção), e estes grupos foram seleccionados tendo como base as US das áreas que distam a pelo menos 10km da US de intervenção, perfazendo um total de 15 US, das quais 7 com intervenção e 8 sem intervenção. As US com intervenção estão distribuídas em distritos de Búzi (2), Nhamatanda (2), Gorongosa (2) Caia (2) e as US sem intervenção em Machanga (4) e Muanza (4), todos os distritos mencionados são da província de Sofala.

Foi definido um período de seis meses para fazer uma análise de intervenção S-NICE (antes e após a implementação), e tratando-se de uma avaliação da intervenção foram analisados todos os dados neste período. Segundo ilustra a Tabela 5, uma amostra foi calculada e a mesma servirá para fazer a análise inferencial. Dado que um é estudo quantitativo retrospectivo, foram analisados dados secundários do período em análise especificamente dos indicadores de cobertura de novas usuárias de contraceptivos) e de adolescentes grávidas observadas na 1ª CPN, entre os 15-19 anos.

Em primeiro lugar foram identificados os livros de registo de SAAJ específico e livros de registo de CPN em cada US com intervenção S-NICE e US sem a intervenção, sendo que estes constituem a fonte primária de dados. Os dados foram extraídos através de uma ficha específica elaborada para o estudo.

Tabela 5. Cálculo de amostra para as US com a intervenção S-NICE e sem intervenção.

	Distrito	US	Data de workshop de Lançamento	SAAJ novas usuárias		SMI-CPN - Mulheres grávidas 15-19 anos	
				Total (N)	Amostra (n)	Total (N)	Amostra (n)
Áreas de Intervenção	BUZI	CS de Bandua	Setembro 2022	313	173	318	174
		CS de Estaquinha	Setembro 2022	133	99	199	131
	NHAMATANDA	HR Nhamatanda	Setembro 2022	305	170	547	226
		CS de Siluvo	Setembro 2022	151	109	334	179
	GORONGOSA	CS de Vunduzi	Agosto 2022	55	48	190	127
		CS de Canda	Agosto 2022	43	39	422	201
	CAIA	HD de Caia	Agosto 2022	780	258	295	167
		CS de Murraça	Agosto 2022	300	164	126	95
Total áreas de Intervenção				2,080	1,060	2,431	1,300
Áreas de Comparação	MACHANGA	CS Beia-Peia	Sem intervenção	15	14	26	24
		CS Divine	Sem intervenção	373	189	96	77
		CS Maropanche	Sem intervenção	17	16	24	23
		CS Nhamachire	Sem intervenção	59	51	149	49
		CS Galinha	Sem intervenção	27	26	143	108
	MUANZA	CS Muanza	Sem intervenção	460	210	172	119
		CS Muanza-Baixa	Sem intervenção	102	82	52	46
		CS Sanguze-Muana	Sem intervenção	185	125	114	88
Total áreas de Comparação				1,238	713	776	534
Total geral				3,318	1,773	3,207	1,834

5.6.1. Procedimentos de Colecta de Dados, Plano de Gestão e Análise de Dados da Componente Qualitativa

Procedimentos de Colecta de Dados e Plano de Gestão de Dados

Por meio de **entrevistas semi-estruturadas e Discussões em Grupos focais** com as diferentes partes interessadas envolvidas na implementação, desde o nível comunitário, escolar, organizacional, foram

obtidas percepções detalhadas sobre a implementação da S-NICE, compreendidas as perspectivas e experiências dos diferentes actores envolvidos e capturadas nuances e complexidades que podiam não ser evidentes em abordagens quantitativas, com recurso a guiões específicos para cada grupo de indivíduos (**vide os Apêndices C a K**). Este tipo de estudo permitiu uma exploração das perspectivas de diferentes actores envolvidos na implementação da S-NICE, como profissionais de saúde, adolescentes, gestores de saúde e outros *intervenientes-chave*. Isso ajudou a obter uma compreensão abrangente dos facilitadores e das barreiras encontradas, bem como a identificação de pontos de convergência e divergência entre as perspectivas dos participantes.

As transcrições das entrevistas em Word foram importadas para o programa *Atlas.ti*, para efeito de análise de conteúdo e temático. Para o efeito, foi criada uma estrutura inicial de codificação de acordo com os objectivos específicos do estudo e dimensões de análise do modelo conceptual CFIR. A estrutura de codificação foi melhorada e expandida durante o processo de leitura e codificação das entrevistas, a medida que foram surgindo novos conteúdos e temas das entrevistas transcritas para avaliar a viabilidade da intervenção.

5.6.2. Análise dos dados:

A análise de dados compreendeu as três fases da análise de conteúdo da pesquisa qualitativa.

Uma pré-análise foi feita à medida que os dados iam sendo colhidos nos locais de estudo, buscando compreender os significados subjacentes aos temas e conceitos identificados, explorando as relações entre as categorias e subcategorias e buscando explicações para os padrões encontrados nos dados, e por fim construir as categorias com base nos objectivos do estudo e os tópicos abordados nas entrevistas.

Foram lidas as transcrições a procura passagens que reflectem categorias pré-determinadas e enquadradas as passagens encontradas nas respectivas categorias.

Foi feita uma codificação dos dados, identificados temas, conceitos e padrões emergentes nos dados coletados, através de técnicas de codificação aberta, atribuindo rótulos descritivos aos trechos relevantes dos dados, ou técnicas de codificação axial, relacionando os códigos a categorias e subcategorias.

As transcrições foram importadas para *Atlas.ti*, um software que facilita a gestão e codificação de dados qualitativos.

Foram organizados os dados coletados por meio das observações e da análise de documentos, transformando o conteúdo das entrevistas em texto escrito, agrupando os códigos em categorias e subcategorias, organizando os dados de acordo com os temas e conceitos identificados o que ajudou na criação de uma estrutura e identificação de relações entre os diferentes elementos dos dados.

Para fortalecer a validade e a confiabilidade dos resultados, foi realizada uma triangulação dos dados, comparando e contrastando informações coletadas de diferentes fontes e métodos (entrevistas, observações, revisão de documentos, e discussões em grupos).

Avaliação dos resultados contou com o apoio de um expert em estatística, consistindo da combinação de métodos para permitir **triangulação**, e também foram revisados alguns relatórios administrativos dos principais indicadores do SAAJ.

5.6.3. *Procedimentos de Colecta de Dados, Plano de Gestão e Análise de Dados da Componente Quantitativa*

Por meio de um formulário de extração de dados (**Apêndice L para SAAJ e Apêndice M para CPN**), foram colectados dados de adolescentes durante o período do estudo registados nos livros de registo de SAAJ específico e de CPN.

Foi feita primeiramente uma análise exploratória dos dados para entender as características das Unidades Sanitárias, e as distribuições das variáveis entre os grupos (US de intervenção e sem intervenção);

Foi feita a estimativa do efeito causal da iniciativa S-NICE, comparando as mudanças médias ao longo do tempo entre o grupo de intervenção e o grupo sem intervenção;

Teste de robustez: foi realizado para verificar a validade dos resultados através da inclusão de variáveis de controle adicionais como características demográficas;

A descrição e interpretação dos resultados foi obtida através de dois métodos: Análise descritiva e a inferencial. A descritiva com a finalidade de apresentar/comunicar os resultados de forma clara e objectiva através de tabelas de frequências, gráficos e com recurso às medidas de tendência central, e a inferencial visando testar as relações entre os constructos sobre a efectividade causal da iniciativa S-NICE na utilização do SAAJ e na cobertura de novas usuárias de contraceptivos entre adolescentes dos 15-19 anos e consequente redução de gravidez entre as adolescentes da mesma faixa etária.

Para avaliar a efectividade da intervenção também foi feita a estatística analítica baseada no modelo de DiD com vista a avaliar os efeitos da intervenção “S-NICE”, calculando as seguintes estimativas:

- Diferenças entre as percentagens de cobertura de raparigas adolescentes novas usuárias de métodos contraceptivos modernos nos SAAJ, seis meses antes (período I) e 6 meses depois da intervenção “S-NICE” (período II) nas US’s de intervenção em relação às US de Comparação no período em referência.
- Diferenças entre as percentagens de cobertura de raparigas adolescentes grávidas observadas na primeira CPN nas US’s, seis meses antes e 6 meses depois da intervenção “S-NICE” nas US com e sem intervenção no período em referência.
- Para além da análise DiD outras análises comparativas para avaliar o efeito da intervenção S-NICE, se houve a variação do número médio das adolescentes dos 15 a 19 que procuram pelos serviços de SAAJ antes e depois da intervenção no período descrito para o estudo, estabelecendo testes de hipóteses.

Para a contracepção em adolescentes dos 15-19 anos:

Hipótese nula Ho: A percentagem da cobertura da média de adolescentes novas usuárias de PF no período I (antes da implementação) é igual à percentagem de cobertura da média de adolescentes novas usuárias de PF no período II (após a implementação) nas US de estudo.

Hipótese alternativa H1: A percentagem de cobertura da média de adolescentes novas usuárias de PF no período I (antes da implementação) é menor que a percentagem da cobertura da média de adolescentes novas usuárias de PF no período II (após a implementação).

E para a cobertura de primeira CPN em adolescentes dos 15-19 anos:

Hipótese nula Ho: A percentagem da cobertura da média de adolescentes grávidas que tiveram a primeira CPN no período I (antes da implementação) é igual à percentagem de cobertura da média de

adolescentes grávidas que tiveram a primeira CPN no período II (após a implementação) nas US de estudo.

Hipótese alternativa H1: A percentagem da cobertura da média de adolescentes grávidas que tiveram a primeira CPN no período I (antes da implementação) é maior que a percentagem de cobertura da média de adolescentes grávidas que tiveram a primeira CPN no período II (após a implementação) nas US de estudo.

Para determinar a significância estatística dos achados do estudo e a associação dos resultados alcançados à intervenção foi feito o teste T-student.

A análise de dados quantitativos foi feita com recurso ao software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 28, a um nível de significância de 5%.

5.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A materialização do presente projecto de pesquisa observou os princípios éticos na Declaração de Helsínquia 2009, no regulamento de ciências e tecnologia de Moçambique de 2007, (ref) assim como nos demais regulamentos e deliberações do Comité Nacional de Bioética em Saúde de Moçambique para salvaguardar os direitos dos participantes do estudo. A Investigadora Principal junto ao seu supervisor foram responsáveis por salvaguardar o cumprimento estrito dos princípios acima referenciados no processo da condução da pesquisa. O supervisor possui várias formações sobre condução de pesquisa em seres humanos na área de saúde, boas práticas clínicas e já possui experiência que lhe permite estar apto para cumprir com rigor na observância dos aspectos éticos de pesquisa em seres humanos. A investigadora principal também possui formação em boas práticas clínicas. Todos os colectores de dados qualitativos, fizeram o curso de boas práticas clínicas antes de se fazerem ao Campo.

De acordo com os princípios que regem a pesquisa envolvendo humanos, este estudo garantiu que os direitos dos entrevistados fossem respeitados. Todos os participantes forneceram um consentimento informado por escrito antes de participar do estudo e um assentimento foi instituído aos adolescentes dos 12 aos 17 anos, depois que os cuidadores dos mesmos consentiram. Para participantes que não sabiam escrever ou ler, este foi instituído com apoio de uma testemunha à sua escolha, através de sua impressão digital (vide Apêndices A e B).

Além disso, os colectores de dados e pesquisadores qualitativos foram pessoas treinadas, com educação pós-secundária e que passaram por um treinamento sobre ética de pesquisa básica e procedimentos de estudo, incluindo a manutenção da confidencialidade.

5.7.1. *Riscos e benefícios*

Riscos

Tratando-se de uma pesquisa de natureza observacional e não invasiva, se considera de risco mínimo. Entretanto, dado o tipo de assuntos discutidos, ligados a SS&R no contexto de adolescentes, algum desconforto para falar abertamente sobretudo em raparigas adolescentes pode surgir, uma vez que se apela à partilha de opiniões pessoais que pode ser vinculada a sua intimidade pessoal principalmente quando a rapariga adolescente tiver que partilhar as suas opiniões nas discussões em grupos focais, o que resultou no fechamento e limitar ao aprofundamento da informação, seja em entrevistas individuais assim como nas discussões em grupos focais. Outro desconforto foi causado pela falta de domínio da

língua portuguesa, limitou de alguma maneira a abertura e aprofundamento por parte das adolescentes para discutir os assuntos em causa.

Este desconforto por parte das raparigas adolescentes foi minimizado através de uma explicação profunda prévia às adolescentes sobre os objectivos do estudo, a importância de participação voluntária e abertura das adolescentes para discutir os assuntos em alusão, usando a sua língua de preferência, quando necessário. Foram privilegiadas as discussões em grupos focais de tipo grupos naturais constituídos por membros da mesma escola e as vezes, da mesma turma, reduzindo assim o desconforto e facilitando a fluidez das discussões em adolescentes. Todo esforço foi envidado para capitalizar ao máximo o tempo que as adolescentes estiverem disponíveis e confortáveis para entrevista ou discussões em grupos focais, focando nos tópicos mais essenciais, que de outra forma, não podem ser obtidos sem a opinião das mesmas.

Benefícios

Não tendo sido previsto nenhum benefício monetário aos participantes pela participação no estudo, o acesso à informação sobre a saúde reprodutiva poderá permitir às raparigas adolescentes tomarem decisões informadas sobre o seu comportamento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Os participantes beneficiaram-se de um subsídio de transporte simbólico de 100 mts por pessoa, para permitir a sua deslocação até ao local das entrevistas ou discussões em grupos focais, de uma recarga de 50 mts para facilitar a comunicação com os pesquisadores e colectores de dados e um lanche durante as actividades.

As discussões em grupos focais constituíram uma oportunidade de troca de experiências, opiniões e criação de consciência sobre as barreiras e facilitadores que as raparigas adolescentes enfrentam para aceder e usar os serviços de SSR. Essa consciência constituiu uma oportunidade para os participantes definirem em conjunto, num processo, mecanismos para remover as barreiras e ligar as raparigas adolescentes aos serviços de SSR nas US e aproveitar melhor os SAAJ.

5.7.2. Consentimento Informado

Todos os participantes do estudo foram informados sobre os objectivos e a finalidade do mesmo antes de consentir, através das folhas de informação ao participante que constam do arquivo do estudo, para adolescentes, líderes comunitários e provedores de saúde. Para o caso de adolescentes, bastou a autorização de um dos cuidadores ou tutor, muitas vezes tendo sido o professor uma vez que estes foram solicitados a partir de escolas. Somente adolescentes (15-17 Anos), cujos pais ou tutores consentiram para sua participação foram solicitados para o assentimento e somente para adolescentes que consentiram mediante autorização dos seus cuidadores foram envolvidas no estudo.

Em relação ao consentimento dos adultos e assentimento dos adolescentes a participar do estudo, foram obtidos num local isolado e privado, longe de aglomerações ou concentrações de pessoas. Cada participante teve tempo necessário e suficiente para ler ou consultar alguém da sua confiança e esclarecidas todas as dúvidas de modo a permitir que os participantes tomassem decisões informadas. Depois de lido, esclarecido e compreendidos os objectivos da pesquisa, foi solicitado aos participantes para consentir ou assentir em participar ou não da pesquisa por escrito, onde foi solicitado para os que consentiram ou assentiram uma assinatura sobre a declaração do consentimento ou declaração do assentimento informado. No que diz respeito aos potenciais participantes que não sabiam ler ou escrever, foi lhes solicitado um testemunho da confiança do participante a nível local para ler quantas

vezes for necessário ainda para traduzir fielmente a folha de informação para a língua do participante, de modo a garantir compreensão dos objectivos e finalidade do estudo, e tendo depois assinado no lugar do testemunho e colocado o nome do participante no respectivo campo. Para o participante do estudo que não sabiam ler ou assinar, foi solicitada uma assinatura em impressão digital, cuja almofada e tinta previamente providenciada pelo investigador, (vide Apêndices A e B).

Os participantes, foram também informados sobre a sua liberdade de decidir em participar ou não do estudo, continuar ou desistir dele, e que a qualquer momento, mesmo depois de consentir ou assentir, poderiam desistir ou sair do estudo sem necessidade de justificar os motivos para a retirada e sem represália nenhuma.

5.7.3. Confidencialidade

A investigadora Principal, garantiu a confidencialidade, a privacidade e a protecção dos participantes do estudo. Todos os dados dos participantes foram anonimizados e codificados para protecção da identificação dos participantes. As entrevistas individuais decorreram em lugar privado, isolado, longe de concentrações ou aglomerações de pessoas, tendo decorrido no local do serviço de acordo com a preferência dos informantes chave, dentro da US (provedores de saúde), na comunidade, na escola, e em casa dos participantes (adolescentes, e líderes comunitários). As entrevistas individuais com adolescentes decorreram na presença de mais um testemunho de preferência da confiança do/a adolescente para preservação da relação e ambiente de harmonia entre investigador e o (a) adolescente. Por vontade dos participantes, este testemunho esteve a uma distância segura para qualquer intervenção caso fosse necessário. Os dados dos participantes serão mantidos em anonimato e a confidencialidade durante todo o processo mesmo após a divulgação.

5.8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Tratando-se de uma pesquisa de abordagem mista, realizada em algumas áreas de saúde específicas, o nosso estudo teve limitações potenciais. Reconhecemos que a representatividade de 6 distritos, num país de 154 distritos pode ser limitada, e deve ser tomado cuidado na interpretação da generalização das nossas conclusões. Podem existir diferenças sistemáticas entre as US que receberam a intervenção S-NICE e as US sem intervenção, e isto pode ter afectado os resultados.

O período de implementação da intervenção S-NICE e o avaliado pode não ter sido suficientemente longo para observar mudanças significativas na cobertura de métodos contraceptivos, na utilização dos SAAJ e principalmente da redução de adolescentes grávidas. Mudanças de comportamento e acesso aos serviços podem levar tempo para ocorrer.

Devido à falta de instrumento de registo específicos como estava previsto, algumas US, tiveram que ser substituídas por outras nas US de comparação, sendo estas o CS de Marrupanhe, pelo CS de Chiloane, que fica numa ilha, e que por indisponibilidade de recursos e tempo, não foi possível também colher os dados directa e presencialmente da fonte primária, tendo se recorrido a extração destes a partir de fotografias dos livros de registo e o CS de Beia-Peia, substituído pelo CS de Chinguque. Estas 2 US foram substituídas porque chegaram aos locais, a equipa de colecta de dados deparou-se com a situação de que estas US não continham os dados de consultas SAAJ e CPN de forma separada para o período em análise, sendo que estas US só começaram a separar os registos de consultas dos adolescentes em 2023, portando não tendo dados correspondentes ao período antes ou Fase 1 da intervenção e não permitindo comparação.

Uma US, o Hospital Rural de Nhamatanda teve que ser excluída do estudo, devido a constrangimentos na obtenção de dados, especificamente a falta de livros de registo do SAAJ dos meses de Janeiro a

Março de 2022, correspondente ao período antes da intervenção e a desorganização no fluxo de atendimento, levando a um atendimento não em paragem única conforme recomendado pelo MISAU para o SAAJ, possibilitando duplicação de dados. Uma vez que não havia nenhuma outra US que preenchesse os critérios de inclusão, esta não foi substituída.

Os instrumentos de colecta de dados foram elaborados pelo autor, e isto pode impor alguma limitação;

O estudo não envolveu análise de custos da implementação, incluindo recursos necessários de modo a se prever a sustentabilidade em caso de escalabilidade da iniciativa S-NICE.

Reconhecendo essas possíveis limitações do estudo, e para fortalecer a qualidade e a confiabilidade desta pesquisa e mitigar algumas das limitações inerentes a ela, estratégias para ajudar a ultrapassar as limitações mencionadas anteriormente foram levadas a cabo, de entre elas:

- A triangulação de métodos, ao combinar diferentes formas de coleta de dados, como descrito acima, (entrevistas semiestruturadas, observações, discussões em grupos focais e análise de documentos), esperando-se obter uma visão mais abrangente e confiável das barreiras e facilitadores da implementação da “S-NICE” e isso pode ajudar a fortalecer a validade e a confiabilidade dos resultados;
- Análise de dados rigorosa: Foram utilizadas abordagens de análise de dados qualitativos bem estabelecidas, como codificação e análise de conteúdo, para garantir a consistência e a confiabilidade na interpretação dos dados. Além disso, foram envolvidos outros pesquisadores para revisar e validar as análises, aumentando a confiabilidade dos mesmos.

6. RESULTADOS

Nesta secção, apresentam-se as características sociodemográficas dos participantes do estudo seguido dos achados da pesquisa em linha com os objectivos específicos. O sumário dos achados segue os constructos do quadro conceptual.

6.1. Características sociodemográficas dos adolescentes participantes do estudo

Segundo mostra a Tabela 6, no que diz respeito às características dos adolescentes participantes das entrevistas individuais, mais da metade foram do sexo feminino, com 56.5% do total de 23 respondentes. Em relação à idade, 52.2% tinham entre 15 e 17 anos e os restantes entre 18 e 19 anos, sendo a idade mediana de 17 anos. No que diz respeito à educação, mais da metade frequentava entre a oitava e a décima classes e o resto a décima primeira e a décima segunda classes. E quanto ao estado civil das adolescentes, mais de 90% destes eram solteiros.

Tabela 6. Características demográficas dos informantes chave adolescentes, participantes de entrevistas individuais

Características dos adolescentes participantes das Entrevistas individuais	n=23	Percentagem
Idade		
15-17 anos	12	52.2
18 e 19 anos	11	47.8
Idade Mediana		17 anos
Sexo		
Feminino	13	56.5
Masculino	10	43.5
Educação (classe em que frequenta)		
8ª a 10ª classe	12	52.2
11ª e 12ª	11	47.8
Estado civil		
Casado	2	8.7
Solteiro	21	91.3

Em relação às características das adolescentes respondentes de DGF's, e como mostra a Tabela 7, mais da metade foram do sexo feminino, com 55.6% do total de 126 respondentes. Em relação à idade, 46% tinham entre 15 e 17 anos e os restantes 54.8% entre 18 e 19 anos. No que diz respeito à educação, mais da metade dos adolescentes frequentava entre a décima primeira a décima segunda classes, e os restantes 43.75 entre a oitava e a décima segunda classes. E quanto ao estado civil das adolescentes, mais de 80% destes eram solteiros, 15% casados ou vivendo em união e 5% não deram essa informação.

Tabela 7. Características demográficas dos informantes chave adolescentes, participantes de discussões em grupos focais

Características dos adolescentes participantes das DGFs	n=126	Percentagem
Idade		
15-17 anos	58	46.0
18 e 19 anos	69	54.8
Sexo		
Feminino	70	55.6
Masculino	56	44.4
Educação (classe em que frequenta)		
8ª a 10ª	55	43.7
11ª e 12ª	71	56.3
Estado civil		
Casado/União	19	15
Solteiro	101	80
Sem Informação	6	5

6.2. Fidelidade da implementação da iniciativa S-NICE

A fidelidade à intervenção refere-se ao grau em que a iniciativa é implementada conforme o planejado no protocolo inicial, e esta foi avaliada através de um Checklist (lista de verificação) de revisão de relatórios dos workshops elaborada para esta pesquisa, nas dimensões de adesão e qualidade de entrega. Foram analisados os seguintes aspectos (Tabela 8):

- Frequência da realização dos workshops;
- Conteúdos programáticos apresentados no encontro;
- Participação dos diferentes stakeholders (intervenientes-chave) envolvidos;
- Disponibilidade dos planos de acção assinados pela liderança local; e
- Alinhamento dos planos de acção aos objectivos da intervenção.

No que diz respeito à disponibilidade de relatórios, dos 16 esperados, foram encontrados apenas 12, e em 83% os workshops foram realizados conforme planificado, em 75% dos workshops todos os tópicos (apresentações da componente escolar e da US) foram apresentados e discutidos. No que concerne à participação dos intervenientes-chave nos encontros, estes estiveram todos presentes em pelo menos 50% dos workshops avaliados e em mais da metade destes encontros os planos de acção foram elaborados e assinados pela autoridade local. Por fim, em todos os relatórios avaliados, os planos de acção estavam alinhados com os objectivos da intervenção, mostrando desta forma uma certa fidelidade ao protocolo da intervenção.

Tabela 8. Avaliação da fidelidade da implementação da intervenção S-NICE através da revisão dos relatórios dos workshops

Revisão de Relatórios dos workshops S-NICE	Número		Porcentagem
Workshops realizados conforme a frequência planejada? (n=12)			
	Sim	10	83%
	Não	2	17%
Todos os tópicos do conteúdo programático foram abordados?			
	Sim	9	75%
	Não	3	25%
Houve participação de todos intervenientes esperados (Adolescentes, Comunidade, Escola, US, Liderança local)			
	Sim	6	50%
	Não	6	50%
Disponibilidade de planos de acção assinados pela autoridade local			
	Sim	8	67%
	Não	4	33%
As acções planeadas estão alinhados com os objectivos da Intervenção (n=10)			
	Sim	12	100%
	Não	0	0

Fonte: Relatórios dos Workshops S-NICE

No que diz respeito à disponibilidade de planos de acção conforme prevê o protocolo da intervenção S-NICE, 60% dos 10 relatórios avaliados estavam disponíveis e tinham sido assinados pela autoridade local.

6.3. Aceitabilidade da iniciativa S-NICE

A descrição dos achados da aceitabilidade da iniciativa S-NICE seguem os constructos do quadro consolidado da pesquisa de implementação (CFIR) que consta da Figura 1 (Secção 4). Para este estudo, Aceitabilidade nesta pesquisa, refere-se à percepção entre as partes interessadas do quão agradável é a intervenção.

a) Características da intervenção

Adaptabilidade

A iniciativa S-NICE foi concebida a nível central pelo parceiro de implementação, Pathfinder, para ser implementada em áreas de saúde rurais das províncias. Houve esclarecimento sobre o papel das diferentes componentes da intervenção.

Em relação às características da intervenção, destaca-se o envolvimento de várias componentes cruciais para o sucesso de uma intervenção de saúde virada para os adolescentes, neste caso, o facto dos workshops S-NICE reunirem no mesmo local a componente comunitária, escolar, liderança local, profissionais de saúde e os adolescentes e a adaptabilidade, como demonstram os trechos a seguir:

“Assim que chamam pessoas grandes da zona e pessoas da saúde na reunião é muito importante, porque todos ouvem da mesma pessoa, não somos nós só a ir falar com nossos pais sobre esse planeamento” (Adolescente Rapariga); “Outro ponto interessante nesse programa S-NICE, é o facto de sentarmos na mesma sala com os que atendem as raparigas no hospital e os influentes da comunidade, porque assim quando as raparigas se dirigem ao hospital, são bem atendidas e os líderes transmitem aos pais, porque falamos todos a mesma língua durante os encontros” (Professor); “Assim também é mais bom, porque tudo o que se fala aí na reunião, nós vamos falar com a comunidade e sabemos qual situação estamos e discutimos tudo juntos para combater juntos esse mal de grávida nas meninas e parar de ir a escola” (Líder Comunitário).

A frequência dos workshops e a participação de apenas 3 adolescentes nas mesmas, foram citadas como barreiras na implementação efectiva de S-NICE pelos participantes, especificamente os adolescentes e profissionais de saúde, que tendo estes relatado que as reuniões eram bastante espaçadas, para além da participação de apenas um adolescente masculino nos encontros.

A substituição frequente de profissionais ou provedores treinados e a escassez de transporte para áreas remotas dificulta a plena implementação da intervenção S-NICE, como é possível contactar nos relatos de 3 das 5 categorias de respondentes chaves (adolescentes, profissionais de saúde e implementadores).

“Uma das coisas que dificulta o seguimento pleno dessa estratégia, e a substituição dos provedores do SAAJ, por diferentes motivos, fazendo com que tenhamos de começar do zero várias vezes. Aqui por exemplo a enfermeira que participou do lançamento já não é a mesma que estará no próximo workshop porque aquela foi estudar” (Implementador); “Lá no SAAJ também as pessoas mudam muito, toda hora, toda hora, hiiii, hoje uma amanhã outra, como vou confiar e me abrir assim” (Adolescente Rapaz).

“Temos falta de transporte para alcançar as áreas mais distantes, o que afecta a disseminação da informação (Profissional de Saúde); Estamos com apenas uma enfermeira para cuidar de todos os serviços, o que torna impossível gerir o SAAJ adequadamente; (Director de US); “Aqui na escola devia ter um técnico ou enfermeira para atender, mas não tem, os adolescentes na mesma têm que ir ao hospital, e isso é um atraso no processo (Professor). Temos uma sala sem nada, mas é cantinho do SAAJ, só é sala só, não fica ninguém, quando queremos conversar com professor responsável ele vem lá, mas depois temos de ir ao Hospital, seria fácil se estivesse aqui (Adolescente Rapariga).

b) Características dos indivíduos

Existem lacunas no que diz respeito ao conhecimento da intervenção pelas diferentes partes envolvidas na implementação da intervenção S-NICE, e isto constitui uma barreira.

“Eu não sei bem o que é S-NICE, mas é sobre ir no SAAJ, um programa lá do Hospital” (Adolescente); S-NICE, é um programa da saúde, que se calhar ainda vai ser implementado, sobre SAAJ” (Profissional de Saúde); Eu nunca ouvi falar de S o quê? Aqui no distrito? Não tem outro nome? (Adolescente Rapariga).

A percepção positiva e uma vantagem relativa de implementar o S-NICE, em relação às outras iniciativas, é um facilitador que também foi identificado, pois os participantes relataram que: *“O papel do professor é preponderante... Sem ele nada poderia acontecer, porque é o professor que orienta os jovens.” (Professor); “Esse S-NICE veio mudar a vida das nossas crianças. Agora elas focam na escola e não nos casamentos precoces” (Líder Comunitário); “Desde que o S-Nice foi implementado, temos visto grandes melhorias na comunidade e nas escolas, especialmente na prevenção de gravidezes precoces.” (Profissional de Saúde).*

Algumas crenças dos envolvidos na implementação, podem estar a influenciar na implementação eficaz da intervenção S-NICE. Um dos provedores de saúde referiu que *“Desde que o S-NICE foi implementado, temos visto grandes melhorias na comunidade e nas escolas, especialmente na prevenção de gravidezes precoces”*. Um outro líder comunitário destacou que *“Esse S-Nice veio mudar a vida das nossas crianças. Agora elas focam na escola e não nos casamentos precoces”*.

Os indivíduos envolvidos consideram-se capazes de executar as acções necessárias para alcançar os objectivos da implementação S-NICE e individualmente identificam-se com a organização. Isto foi destacado pelas categorias de profissional de saúde, dos adolescentes e dos líderes comunitários.

“Como o próprio nome diz, S-NICE, é maningue nice, facilita a todos nós adolescentes a entender que SAAJ é bom, temos de ir ao SAAJ, o que é o SAAJ, eu por exemplo nem sabia que o SAAJ foi feito para nós” (Adolescente Rapaz); O S-NICE tem sido implementado através de palestras e Brigadas Móveis aqui na Escola, apesar de não haver um técnico fixo cá, para além das reuniões com todo o elenco, então não tem nada de complicado aí, é fácil implementar e nós nos sentimos dentro” (Professor); A Pathfinder dessa vez acertou, esse projecto é muito bom, e esse projecto está dentro das nossas coisas de cada dia” (Líder Comunitário).

Há que destacar ainda o acesso à informação sobre os métodos contraceptivos referido pelos adolescentes, bem como a simplicidade e empatia no atendimento, sobretudo o acolhimento e sigilo por parte dos profissionais de saúde provedores do SAAJ, como essenciais para que estes se sintam confortáveis ao utilizar os serviços de saúde agora com a implementação da intervenção S-NICE, como mostram os relatos abaixo:

“Sim já participei de algum encontro. Sim o S-NICE transmitiu-nos o conhecimento e conselhos e ensinou-nos como usar contraceptivos como implantes, DIUs, preservativos e pílulas” (Adolescente Feminino); “O atendimento é muito importante porque lá eles deixam pessoas que têm aquele conhecimento... você se sente muito à vontade em se abrir com aquela pessoa [...] quando eles continuarem assim nós vamos continuar mais aí no SAAJ porque estamos a nos sentir mais a vontade lá ” (Adolescente Rapaz).

c) Processo da Implementação

Os diferentes intervenientes mostraram vantagem na implementação da intervenção S-NICE, no que diz respeito a não complexidade da intervenção, ao afirmar por exemplo que: *“Os instrumentos orientadores são muito claros e de fácil percepção [...]. e o facto de não haver novos livros de registo, ou novos indicadores a ser avaliados, e a discussão nos workshops se singir nos mesmos relatórios da Unidade Sanitária, facilita o processo porque não temos que aprender novas coisas e não temos um monte de novos livros para registar”* (Profissional de saúde). O S-Nice tem sido implementado através de palestras, e brigadas móveis em escolas e comunidades, e o encontro aconteceu na sala de conferência aqui perto, com fácil acesso (Professor), tendo este sido outro facilitador identificado.

Como foi mencionado, a planificação é feita regularmente e com antecedência a diferentes níveis, e isso tem contribuído para o sucesso dos workshops. Os participantes expressaram isto como um facilitador ao afirmar por exemplo que *“[...] Obviamente, isso envolve uma planificação atempada, para garantir que todos envolvidos estejam no workshop e não haja falhas de execução (Implementador); Eles tem tudo organizado, lanche, água, e enviam cartas para as diferentes instituições envolvidas comunicando, a tempo, isso permite que nós como liderança local, possamos incluir estes encontros nas nossas agendas, e esta causa é nossa (Liderança local);*

A avaliação devolutiva quantitativa e qualitativa sobre o andamento e a qualidade da implementação, acompanhada de uma discussão em grupo ou individualmente, feita regularmente sobre o processo, constituem um facilitador fundamental para a implementação bem-sucedida da intervenção S-NICE. Isto foi demonstrado pelos líderes comunitários e implementares ao relatar que: *“Nós fazemos avaliações regulares nas nossas reuniões com os ODJ’s, os Oficiais Distritais da Juventude), damos feedback do nível central, tal como traçamos planos de acção para seguimento, e obviamente elogiamos o que estiver bem e damos incentivos através de trocas de experiências (Implementadores); E o nosso chefe aqui da intervenção S-NICE, nos respeita muito, ele falou na reunião, até falou meu nome na reunião com chefe de posto, porque ouviu que estamos a fazer nossa parte lá nos bairros sobre essa causa das meninas”* (Líder Comunitário).

Como Líderes de opinião, o envolvimento de muitos líderes comunitários e do chefe do posto, servem como âncora para a implementação, à medida em que estes são influenciadores a nível das comunidades, sendo um facilitador como se pode constatar nos trechos abaixo:

“Os líderes comunitários e o chefe do posto tem sido muito importantes neste processo, porque eles são como líderes de opinião nas nossas comunidades e são muito ouvidos, e eles têm se envolvido muito e nos dando suporte” (Implementadores); *“Sim, esses grandes que participam na reunião depois falam pra nossos pais e são ouvidos, meu pai por exemplo queria me mandar casar, mas quando o régulo ouviu, veio pra minha casa falar com e ele e minha mãe e lhe falar sobre leis e que ele podia ir preso, ele recuou, até me mandou ir ao hospital ouvir sobre planeamento e essas coisas”* (Adolescente Rapariga). *Isso facilita muito o processo, o nosso chefe do posto até dá seguimento, quando nos encontra pergunta, que tal, nosso plano de acção está a ser cumprido? Há quantas andamos? Aumentamos o Planeamento familiar nas meninas?* (Profissional de Saúde).

d) Contexto interno

O contexto onde está ocorrendo a intervenção S-NICE, foi citado como um dos factores que tem contribuído para o sucesso da implementação, uma vez que as necessidades e recursos próprios do adolescente, bem como barreiras e facilitadores para atender a essas necessidades, são priorizadas pela

organização, como demonstrado por exemplo por uma rapariga que relatou que: “...*Sim, eles se preocupam com nossas necessidades, e levam em conta o que nós falamos nas reuniões, porque esse projecto é para nós, mesmo esse SAAJ*” (Adolescente Rapariga);

Existem outras organizações levando a cabo acções para a melhoria do acesso e utilização do SAAJ, e estas organizações não estão conectadas umas às outras. Os implementadores identificaram isto como barreira: “*Existem sim outras organizações que trabalham em prol da saúde dos adolescentes, mas cada um parece estar a trabalhar por si, se nos uníssemos, com certeza o impacto seria maior*” (Implementador).

A existência de políticas viradas à saúde e protecção do adolescente, como por exemplo a lei número **19/2019** também constitui um facilitador na implementação da ferramenta S-NICE. Os líderes comunitários, professores e adolescentes demonstraram conhecê-la e expressaram o quanto esta contribui para a prevenção de unioes prematuras.

A pressão de pares e um ambiente de trabalho saudável na organização que implementa o S-NICE, têm de alguma forma contribuído para um esforço na qualidade de entrega da intervenção S-NICE, como foi citado por quatro das 5 categorias de participantes. “*A comunicação é boa, eles costumam a vir sempre aqui na escola e quando nos, o s campeões temos uma preocupação apresentamos e resolve-se, eles estão preocupados com nossa saúde* (Adolescente rapariga); “*O ambiente de trabalho é muito bom, não posso reclamar de nada* “*O ambiente é saudável e tranquilo*” (Profissional de saúde); “*Todos os recursos necessários para a realização dos workshops estão disponíveis. E Isto é vez, vez, então é importante fazer o seu melhor, para continuarmos aqui nos próximos anos e quiçá expandir a iniciativa para o país*” (Implementador).

Em relação às Redes e comunicações os entrevistados citaram a comunicação transparente entre os gestores e as diferentes componentes da iniciativa como fcailitadores da intervenção. E sobre a cultura organizacional, que neste estudo se refere à cultura e práticas das diferentes informantes chaves da intervenção, o ambiente de trabalho na organização implementadora, tem sido um factor que fortemente influencia na implementação de forma positiva. Os profissionais de Saúde e implementadores inquiridos de todos os locais afirmaram que se esforçaram ao máximo para garantir que a iniciativa seja implementada segundo planeado e afirmaram explicar aos líderes comunitários e professores que a sua selecção como distritos e US de intervenção deve ser considerada uma honra.

No construto de Incentivos e recompensas organizacionais, a falta de incentivos aos professores e actores comunitários, foi citada como uma barreira na implementação efectiva da intervenção S-NICE, tendo estes relatado que: “*A falta de algum subsídio para nós, desincentiva um pouco, porque o professor já tem seu papel como professor e não faz parte da área de Saúde, e agora tem isso, mas não há nadinha para incentivar, se tivesse, se calhar estaríamos mais longe nos dados*”. (Professor); “*Sim, podiam dar pelo menos sabão, outras coisas para nos apoiar como nós ajudamos também*” (PMT).

Em relação ao construto de Recursos disponíveis, as informantes chave citaram que a entidade implementadora tem disponibilizado os recursos necessários para a implementação e o facto de a intervenção ser simples e não exigir muitos recursos para a própria implementação com o tem sido um facilitador. Entretanto, como barreira foi citada a falta de transporte para disseminação da informação e alcance de adolescentes em zonas remotas pelos profissionais de Saúde.

e) Contexto Externo

A falta de infraestrutura adequada para atender os adolescentes no SAAJ, é uma questão pertinente e constitui uma barreira. Os participantes solicitam melhorias como por exemplo a existência de gabinetes

separados para o atendimento de rapazes e raparigas, além de gabinetes com maior privacidade, como mostram os relatos abaixo:

“Temos o SAAJ, mas o espaço é pequeno e não oferece a privacidade necessária. Precisamos melhorar isso” (Profissional de saúde); *“Eu acho que deveriam separar os rapazes e as meninas, e ter uma área exclusiva para cada sexo”* (Adolescente Feminina). *“O primeiro... tipo lá no SAAJ é muito pequeno aquele espaço... deveriam aumentar mais aquele lugar e dividirem cada sala”* (Adolescente Masculino); *“E como o atendimento é na mesma sala, temos de esperar muito, e as vezes estão a te atender assim, está a entrar uma enfermeira, amiga dela, etc etc, eipah* (Adolescente Masculino); *Precisamos de mais infraestrutura e de mais profissionais treinados para lidar com os adolescentes”* (Profissional de Saúde).

A colaboração entre professores, líderes comunitários, profissionais de saúde e famílias é um ponto positivo e essencial para o sucesso da intervenção S-NICE. A inclusão de líderes comunitários nas discussões facilita a aceitação do programa nas comunidades e os informantes relataram que *“O ambiente de trabalho é bom e estamos em constante colaboração com professores e líderes comunitários para garantir que os adolescentes sejam bem informados;* (Provedor de Saúde); *“Os líderes comunitários têm ajudado a disseminar a mensagem sobre o S-NICE, o que tem melhorado a adesão dos adolescentes ao SAAJ;* (Líder Comunitário); *A colaboração com a escola e os pais tem sido fundamental para garantir o sucesso do programa;* (Profissional de Saúde).

As crenças culturais e os mitos sobre métodos contraceptivos são os maiores desafios enfrentados para a implementação efectiva da intervenção S-NICE. Muitos pais e encarregados vêm no uso de contraceptivos algo prejudicial, o que reduz a adesão dos adolescentes aos serviços, como mostram os relatos de alguns entrevistados: *“Os nossos pais acham que, se usarmos DIU, não poderemos ter filhos no futuro. Isso nos impede de usá-lo porque temos medo.* (Adolescente Feminino); *Alguns pais dizem se fores ao SAAJ, não voltes para minha casa, porque se usares planeamento vais se entregar para muitos homens;* (Adolescente Rapaz); *Existem alguns aspectos culturais nas comunidades que ainda impedem muitos adolescentes de usar os métodos de planeamento familiar;* (Liderança local).

No que diz respeito às necessidades e recursos daqueles atendidos pela organização, este construto, que descreve até que ponto as necessidades dos beneficiários da iniciativa são conhecidas e priorizadas com precisão, bem como as barreiras para alcançá-las, distingue fortemente o desempenho, e isto foi demonstrado por relatos dos estudantes adolescentes dando conta que durante os workshops suas inquietações só expressas e conseguem ver mudanças no atendimento a nível das US, constituindo portanto um facilitado.

6.4. Adequação/Apropriação da iniciativa S-NICE

Para esta pesquisa adequação/apropriação é a percepção da relevância ou compatibilidade da iniciativa S-NICE para o seu contexto específico ou ainda à adequação percebida da intervenção S-NICE para abordar questões ou problema específicos da comunidade.

a) Características da Intervenção (Vantagem relativa, Adaptabilidade)

Neste Domínio, foi avaliada a Percepção dos principais interessados sobre a vantagem de implementar a intervenção versus uma solução alternativa, em que medida a intervenção S-

NICE pode ser adaptada, moldada, refinada, ou reinventada para atender as necessidades locais.

Os informantes chave, foram na sua maioria unânimes em afirmar em entrevistas o quanto a ferramenta S-NICE é relevante e alinhada aos seus valores e às necessidades da sua população e isto faz com que todos os envolvidos na implementação da iniciativa se esforcem para que os resultados esperados sejam alcançados, como citado por exemplo pela liderança local, e pelos profissionais de saúde: “[...] *completamente, esta S-NICE veio mesmo a calhar, porque o problema de gravidez na adolescência é muito sério neste distrito, então com certeza essa iniciativa é muito importante e relevante para nós*” (Liderança Local); “*Essa iniciativa na verdade nos ajuda a fazer o nosso trabalho, porque já não somos só nós as enfermeiras ou profissionais de saúde a ir falar com a população sobre PF ou SAAJ e assim fica mais provável dos adolescentes aderirem*” (Profissional de Saúde); “*Estamos a ver porque já não temos aquela rapariga grávida já não temos aquela rapariga a desistir a ir ao casamento todas estão a ir à escola, isso tudo é culpa da intervenção S-NICE isso*” (Líderes comunitários);

b) Contexto Interno (Tensão para mudanças, Compatibilidade, Prioridade relativa)

Os principais interessados na SSR dos adolescentes nas áreas de implementação, compreendem que a situação da SSR do adolescente no seu distrito, não é adequada, apesar de tender a melhorar, e a ferramenta S-NICE, vem como uma alavanca para galvanizar o acesso e utilização dos SAAJ através dos diferentes modelos de provisão dos mesmos. O facto da iniciativa S-NICE ser facilmente implementada e permitir adaptação de acordo com o contexto local, ao se usar os dados da US para a discussão e geração de planos de acção que orientam as actividades nos diferentes sectores que trabalham em prol da saúde dos adolescentes, e vista como um facilitador da Intervenção, como se pode constatar nos trechos abaixo:

“Eu acredito que sim, é muito relevante, uma vez que vai de encontro a aquilo que são os serviços para adolescentes já existentes, incluindo o nosso cantinho, essas palestras que eles dão criam demanda, depois dos alunos participarem nas palestras vem com muitas dúvidas e falam de sexualidade mais abertamente e nos enviamos para o centro de saúde” (Professor);

“Sim, nessa reunião falam de tudo e se discute junto com os chefes da comunidade, régulos, líderes de vários escalões, e estes falam pra nossos país e nossos pais lhes ouvem, e isso era necessário aqui pra mudar nossos encarregados e no deixar ir ao SAAJ, meu tio por exemplo queria mandar casar minha irmã que vive em casa dele, como nos não temos pai, eu contei pra director da escola, director falou com regulo, hiii, regulo mandou chamar meu tio, falou com ele, e começou a falar dessa coisa de S-NICE, planeamento, essas reuniões, lei, e que ele podia ir preso, ele recuou, ela fez planeamento e ate data hoje minha irmã já esta na decima segunda e não tem filho” (Adolescente Rapaz);

“De verdade, nossos indicadores não estão bem, e isso está a mudar com S-NICE, pouco pouco nem, então era mesmo necessário um programa assim, porque esse é diferente dos outros que são implementados a nível do centro de saúde directamente (Profissional de Saúde)”;

c) Características dos indivíduos envolvidos (Autoeficácia, Estado individual de mudança e Identificação Individual com a organização)

Em relação à crença individual das partes interessadas na sua própria capacidade para executar as acções necessárias para alcançar as metas da intervenção S-NICE e por conseguinte do SAAJ, a maioria

dos respondentes afirmou estar pronto, pois o S-NICE era simples de se implementar e seguir e afirmou ainda acreditar que o S-NICE é sim uma iniciativa adequada para responder a actual situação da saúde do adolescente no distrito e contribuir para mudanças, à medida em que os implementadores usam exemplos locais para mostrar um desfecho diferente do habitual para a área de saúde. Como se pode constatar nos trechos abaixo: |

“Sim já participei de algum encontro. Sim o S-NICE transmitiu-nos o conhecimento e conselhos e ensinou-nos como usar contraceptivos como implantes, DIUs, preservativos e pílulas. Há muitos adolescentes que não sabiam, e isso veio a calhar” (Adolescente Feminina). Claro que estamos confiantes, esse programa é muito simples e envolvente, e a formação que deram no primeiro dia ajudou. Somos capazes sim” (Chefe do Posto).

Para nós adolescentes é mais fácil porque é um projecto para nós, então com certeza esta S-NICE nos identifica. E essa S-NICE veio mudar muito a forma como nos atendem lá no SAAJ, antes, você chegava para pedir preservativo e a enfermeira te criticava, falava muito, você tua idade quer preservativo para o quê tua idade? Sabe que eu conheço tua mãe? E isso não ajudava nada” (Adolescente Masculino).

“Bem, nós conseguimos tudo seguir como escrevem no plano que chefe do posto manda para todos, aí cada um sabe o que fazer, por exemplo nós matronas, nosso papel é explicar as meninas que não deve fazer grávida, deve ir ao hospital fazer planeamento essas coisas” (PMT).

A sustentabilidade do programa não foi avaliada. Entretanto, há um forte apelo por parte dos participantes para que a intervenção S-NICE seja continuada e expandida para áreas remotas e comunidades mais isoladas, de modo que o impacto seja ainda maior. Além disso, os entrevistados pedem apoio logístico, como transporte e materiais educativos, como mostram os trechos abaixo:

“Esse programa tem que continuar e expandir para outras áreas, porque está a dar resultados bons e positivos (Liderança local); “Nós pedimos alguma forma de incentivo, como bicicletas, para facilitar a locomoção e identificação adequada, como camisetas; (Líder comunitário).

“Seria bom isso, levar S-NICE para outras meninas se beneficiarem também, noutras sítios” (Adolescente rapariga). “Minha recomendação é que o S-Nice seja expandido para outras unidades sanitárias e escolas secundárias, com cantinhos e uma enfermeira jovem para atender os adolescentes; (Provedor do SAAJ).

“Seria um ganho para o país implementar o S-NICE como um programa” (Implementador).

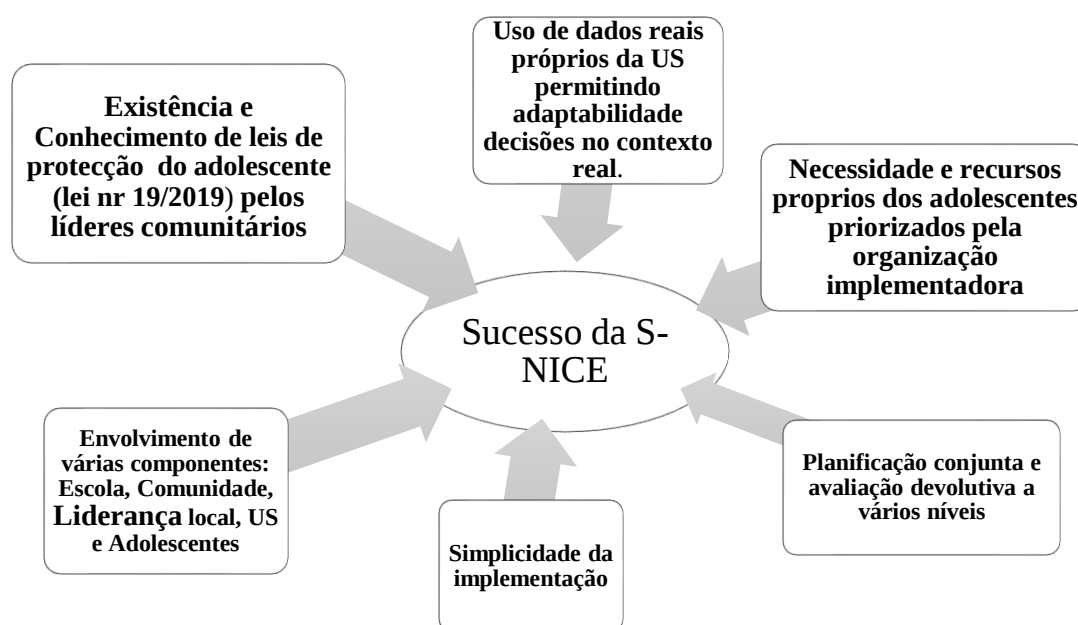


Figura 2. Resumo dos Facilitadores da Intervenção S-NICE para melhoria do acesso e Utilização dos SAAJ em locais alvo.

Resumo das barreiras na Implementação da Intervenção S-NICE:

- Frequência reduzida dos workshops;
- Participação reduzida de adolescentes;
- Substituição frequente de profissionais/provedores treinados;
- Cantinhos do SAAJ nas escolas sem pessoal de Saúde e funcionando com deficiências;
- Falta de infraestrutura adequada/separada para atender aos adolescentes no SAAJ; e
- Inflexibilidade no horário de atendimento no SAAJ das US.

6.5. Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva pelos adolescentes através dos SAAJ nas US de estudo

Foram colhidos dados dos livros de SAAJ de **4.110 adolescentes** dos 15 a 19 anos que frequentaram a primeira consulta do SAAJ, através dos diferentes modelos diferenciados, no período compreendido entre Janeiro e Junho de 2022 (6 meses antes) e Abril a Setembro de 2023, (6 meses depois da intervenção S-NICE), em US com e sem intervenção, dos quais a maioria corresponde a utentes do sexo feminino (65.2%; n-**2.681**). Foi constatado que **2.013 (49%)** destes adolescentes, aderiram de forma livre expontânea à consulta, e cerca de 90% (n-**3.886**) encontravam-se frequentando uma escola na altura da Consulta (Tabela 9). Ainda segundo a Tabela 9, no que diz respeito ao uso dos métodos de PF, das **2.685** adolescentes do sexo feminino que aderiram aos SAAJ, **74% (n-1.984)** eram novas usuárias de métodos contraceptivos modernos.

Tabela 9. Número de Adolescentes e forma de adesão aos que acederam aos serviços de SSR através do SAAJ pela primeira vez nas US em estudo (intervenção e de comparação)

Variáveis	N=4.110	Percentagem
-----------	---------	-------------

Sexo			
	Masculino	1.429	34.8
	Feminino	2.681	65.2
Como aderiu ao SAAJ			
	Encaminhado por outros	34	0.8
	Encaminhado por professor da escola	278	6.8
	Encaminhados por activistas	263	6.4
	Encaminhados por profissionais de saúde	60	1.5
	Livre espontânea	2.013	49.0
	Sem Informação	1.462	35.6
Situação escolar			
	Dentro	3.886	89,7
	Fora	424	10.3

Fonte: Livros de registo do SAAJ, US de estudo, 2022 e 2023

Do total de 2.681 adolescentes do sexo feminino, 1.984 são novas usuárias dos métodos contraceptivos e o método mais aderido foi em primeiro lugar a Pílula com 892 usuárias (45%), seguida do Implante com 451 usuárias (22,7%), o método injetável com 258 (13%) e por último o Dispositivo Intra Uterino (DIU) com 2%, segundo ilustrado na Figura 3.

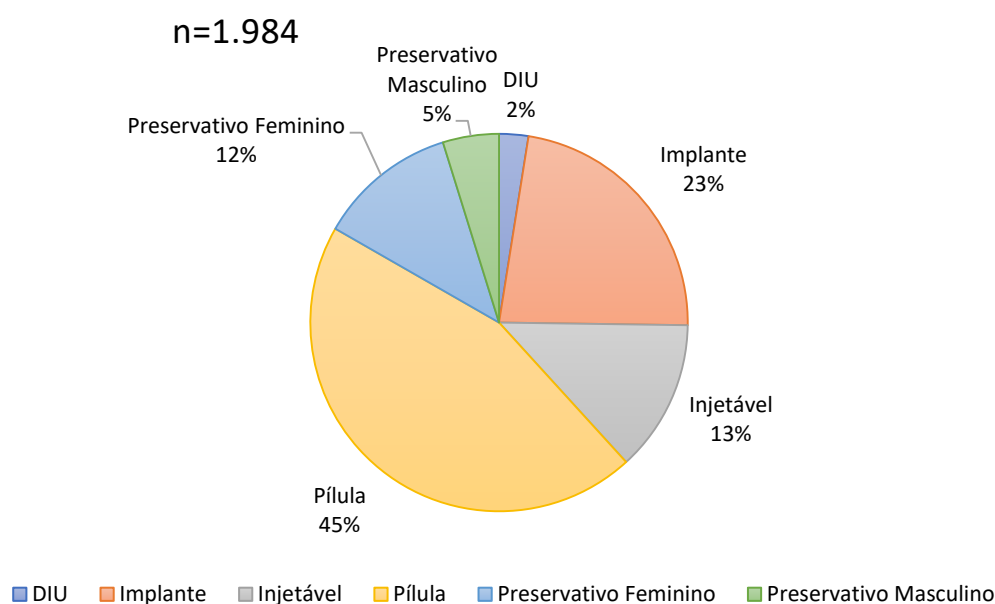


Figura 3:Distribuição de novas usuárias por tipo de método contraceptivo moderno nas US de estudo.

6.5.1. Diferenças entre as taxas de cobertura de novas usuárias de PF entre adolescentes dos 15-19 anos que frequentaram a primeira consulta de SAAJ nas US, seis meses antes e depois da intervenção “S-NICE” nas US com e sem intervenção no período de estudo

No que concerne aos resultados de cobertura de novas usuárias de PF nas US de estudo entre as adolescentes que tiveram a primeira consulta SAAJ, segundo ilustra a Tabela 10, foram avaliados dados correspondentes a um total de 1.984 Adolescentes entre os 15-19 anos que aderiram aos métodos contraceptivos modernos nas US em estudo como novas usuárias, sendo destas 1.522 das US de intervenção (523 antes e 999 depois) e 462 das US de comparação (234 no período I e 228 no período II).

Tabela 10. Número de novas usuárias de PF entre adolescentes dos 15-19 anos no período I, correspondente a 6 meses antes da intervenção e no período II, após intervenção em US's com e sem intervenção

Áreas de Estudo	Período I (Antes)	Período II (Depois)	Total
US de Comparação	234	228	462
US de Intervenção	523	999	1.522
Total	757	1.227	1.984

Fonte: Livro de registo do SAAJ das US de comparação 2022 e 2023

No que diz respeito ao número de novas usuárias de PF, um total de 234 adolescentes dos 15 aos 19 anos aderiu pela primeira vez aos métodos de PF nas US de comparação no período I, comparadas às 228 do período II, revelando um decréscimo em cerca de 6 adolescentes, com a pílula sendo o método mais oferecido seguido do implante nem ambos períodos de avaliação (Tabela 11). Não foi avaliada a disponibilidade de métodos.

Relativamente às US de intervenção, os resultados mostram um crescimento no número de novas usuárias de PF nos diferentes métodos em 47%, tendo saído dos **523** adolescentes jovens no período I, a fase antes da intervenção para **999** no período II, após a intervenção, tendo igualmente a pílula sido o método mais oferecido seguido do preservativo feminino e do implante, conforme ilustra a Tabela 11. Como denominador para o cálculo das percentagens de Cobertura foi usado o número da população adolescente de sexo feminino dos 15-19 anos segundo as projecções do Censo INE 2017.

Tabela 11. Número de novas usuárias de PF por tipo de método entre adolescentes dos 15-19 anos nos períodos I (6 meses antes da intervenção) e II (depois da intervenção) em todas US de estudo

		Novas usuárias por tipo de Métodos Contraceptivos							Total
		Contraceção de Emergência	DIU	Implante	Injectável	Pílula	Preserv. Fem.	Preserv. Masc.	
US Comparação	Período I	1 (0,4%)	6 (2,6%)	60 (25,6%)	16 (6,8%)	95 (40,6%)	34 (14,5%)	22 (9,4%)	234 (100%)
	Período II	0 (0,0%)	6 (2,6%)	97 (42,5%)	11 (4,8%)	101 (44,3%)	5 (2,2%)	8 (3,5%)	228 (100%)
US Intervenção	Período I	0 (0,0%)	18 (3,4%)	124 (23,7%)	89 (17,0%)	237 (45,3%)	29 (5,5%)	26 (5,0%)	523 (100%)
	Período II	0 (0,0%)	21 (2,1%)	166 (16,6%)	136 (13,6%)	443 (44,3%)	193 (19,3%)	40 (4,0)	999 (100%)

Fonte: Livro de registo do SAAJ das US do estudo 2022 e 2023

No que diz respeito à percentagem de Cobertura de novas usuárias de métodos contraceptivos modernos nas US de intervenção versus de comparação, a Tabela 12, ilustra que houve um aumento na percentagem de cobertura na área de intervenção tendo saído dos **5,450%** no período I, para **10,122%** no período II, diferentemente da baixa variação que ocorreu em US de Comparação ao sair de **10,125%** no período I para **9,587%** no período II.

Tabela 12. Número e cobertura de novas usuárias de métodos contraceptivos modernos nas US de intervenção versus de comparação.

		Período I			Período II		
US	Área de Estudo	# MIF 15-19A 2022	# novas usuárias	Cobertura novas usuárias (%)	# MIF 15-19A 2023	# novas usuárias	Cobertura novas usuárias (%)
CS Bandua	Intervenção	1.831	98	5,4%	1.884	131	7,0%
CS Canda	Intervenção	421	17	4,0%	433	32	7,4%
CS Estaquinha	Intervenção	1.198	19	1,6%	1.232	71	5,8%

CS Murraça	Intervenção	1.271	193	15,2%	1.308	290	22,2%
CS Siluvo	Intervenção	1.103	12	1,1%	1.135	22	1,9%
CS Vunduzi	Intervenção	779	5	0,6%	802	8	1,0%
HD CAIA	Intervenção	2.991	179	6,0%	3.076	445	14,5%
Áreas de Intervenção		9.594	523	5,450	9.870	999	10,122
CS Chiloane	Comparação	114	8	7,0%	118	20	16,9%
CS Chinhuque	Comparação	221	26	11,8%	228	39	17,1%
CS Divine	Comparação	393	38	9,7%	404	36	8,9%
CS Galinha	Comparação	188	9	4,8%	194	12	6,2%
CS Muanza	Comparação	409	48	11,7%	421	49	11,6%
CS Muanza-Baixa	Comparação	411	43	10,5%	423	14	3,3%
CS Nhamachire	Comparação	176	6	3,4%	181	1	0,6%
CS Sanguze-Muana	Comparação	399	56	14,0%	411	57	13,9%
Áreas de Comparação		2.311	234	10,125	2.380	228	9,587

Fonte: Livro de registo do SAAJ das US de Intervenção versus de comparação 2022 e 2023.

No que concerne à Diferença em Diferença nas 2 áreas de estudo, a Tabela 13 ilustra através de um quadro geral, que existe uma diferença positiva de 3,0% entre a diferença da percentagem de Cobertura de novas usuárias de métodos contraceptivos modernos entre as US de Intervenção e a diferença de cobertura de novas usuárias de métodos contraceptivos modernos nas US de comparação, o que sugere um impacto positivo da ferramenta S-NICE para a melhoria do acesso e utilização dos SAAJ nos sites alvo da intervenção.

H0: A diferença na percentagem de cobertura de novas usuárias de métodos contraceptivos modernos em US de comparação nos períodos I e II = A diferença na percentagem de cobertura de novas usuárias de métodos contraceptivos modernos nas US de Intervenção nos 2 períodos.

H1: A diferença na percentagem de cobertura de novas usuárias de métodos contraceptivos modernos em US de comparação nos períodos I e II $\neq$ Da diferença na percentagem de cobertura de novas usuárias de métodos contraceptivos modernos nas US de Intervenção nos 2 períodos.

Os níveis de significância associados a cada teste de normalidade são 0,054 e 0,278. Assim, conclui-se para qualquer erro tipo I do analista, que ambas as distribuições das pontuações de coberturas antes e depois da intervenção são normais. Estamos dentro das condições impostas pelo teste T, pelo que podemos prosseguir com o objectivo de comparar as médias das duas amostras emparelhadas.

O resultado do teste t nas US de intervenção mostrou que a diferença média da **avaliação foi de [4,7= (10,12-5,45); pvalue = 0,029]**, relativo aos períodos antes e depois da intervenção, **é estatisticamente significativa**, (0,029 <5%), indicando que a intervenção teve resultados positivos pois houve um aumento percentual de 4,7 de novas usuárias dos métodos contraceptivos modernos entre adolescentes dos 15-19 anos nestas US.

Nas US de comparação, o resultado mostrou que a diferença média de avaliação relativamente aos 2 períodos de avaliação (antes e depois da intervenção), foi de **[-0,5= (9,58-10,13); pvalue = 0,59]**, de acordo com o valor de p.value conclui-se que não há evidências estatísticas suficientes para afirmar que os resultados no período antes e depois é diferente de zero, (0,59 >5%), portanto houve uma ligeira redução na utilização dos métodos contraceptivos modernos e a mesma não é estatisticamente significativa.

Na análise de Diferença-em-Diferença (DiD) dos 2 grupos de estudo **[5,2% = (4,7-(-0,5); pvalue=0,121]**, **o resultado não é estatisticamente significativo** (0,121 >5%), concluímos que não há evidências estatísticas suficientes para rejeitar a hipótese de que a diferença em diferença é igual a zero.

Tabela 13. Quadro Resumo da diferença em diferença na Percentagem de Cobertura de novas usuárias de métodos contraceptivos modernos nas US de intervenção versus de comparação antes e depois da mesma.

	Intervenção	Comparação	Diferença
Período I (Pré-intervenção)	5,45	10,13	-4,7
Período II (Pós-Intervenção)	10,12	9,59	0,5
Diferença	4,7	-0,5	5,2
Valor P	0,029	0,59	0,121

6.5.2. Diferenças entre as taxas de raparigas Adolescentes grávidas observadas na primeira CPN na US, seis meses antes e 6 meses depois da intervenção “S-NICE” nas US com e sem intervenção S-NICE.

No que concerne às taxas de gravidez em adolescentes 15-19 anos, foi colhido o numerador que corresponde a 3.086 de raparigas grávidas que tiveram a primeira CPN nas US no período em estudo, como ilustrado na Tabela 14. Este total provém de 3.086 raparigas grávidas que tiveram CPN nas **US de intervenção (1.650 no período I e 1.436 no período II)**, com uma redução de 13%, e **1.002 adolescentes grávidas nas US de Comparação (490 no período I e 512 no período II)** com um aumento em 4.5% de adolescentes grávidas (Tabela 14).

Tabela 14. Variação de número de adolescentes grávidas dos 15-19 anos, nas US de intervenção versus de comparação antes e depois da mesma de acordo com o grupo-alvo.

Área de Estudo	Período I	Período II	Total	Variação
US de Comparação	490	512	1.002	+4.5%
US de Intervenção	1.650	1.436	3.086	-13%
Total	2.140	1.948	4.088	

Fonte: Fonte: Livro de registo da CPN para o SAAJ das US de Intervenção versus de comparação 2022 e 2023

Como denominador para o cálculo das taxas de gravidez em adolescentes 15-19 anos foi usado o número da população adolescente de sexo feminino dos 15-19 anos segundo as projecções do Censo INE 2017.

Olhando para as variações nas taxas de adolescentes grávidas entre os dois períodos em cada área de estudo, **na área de intervenção S-NICE**, a pontuação média das gravidezes em adolescentes dos 15-19 anos nos 2 períodos em análise é respectivamente igual a **138 por 1000 adolescentes para o período I e 116 por 1000 para o período II**. **Na área de comparação**, as taxas variaram de **212 por 1000 raparigas** para o período I e **215 por 1000 raparigas** dos 15-19 anos para o período II (Tabela 15).

Tabela 15. Taxas de gravidezes indesejadas entre adolescentes dos 15-19anos, nas US de intervenção versus de comparação antes e depois da intervenção de acordo com o grupo-alvo.

US	Área de Estudo	Período I			Período II		
		MIF 15-19 A 2022	Nº de adolescentes grávidas	Taxa de adolescentes grávidas (/1000)	MIF 15-19 A 2023	Nº de Adolescentes grávidas	Taxa de adolescentes grávidas (/1000)
CS Bândua	Intervenção	1.831«	157	85,7	1884	180	95,5
CS Canda	Intervenção	421	225	534,4	433	168	388,0
CS Estaquinha	Intervenção	1.198	118	98,5	1.232	123	99,8
CS Murraça	Intervenção	1.271	254	199,8	1.308	237	181,2
CS Siluvo	Intervenção	1.103	176	159,6	1.135	135	119
CS Vunduzi	Intervenção	779	78	100,1	802	118	147,1
HD CAIA	Intervenção	2.991	261	87,3	3.076	222	72,1

HR Nhamatanda	Intervenção	2.393	381	159,2	2462	253	102,8
Áreas de Intervenção		11.987	1.650	137,6	12.335	1.436	116,4
CS Chiloane	Comparação	114	85	745,6	118	44	372,9
CS Chínhuque	Comparação	221	58	262,4	228	67	232,6
CS Divine	Comparação	393	51	129,8	404	41	101,5
CS Galinha	Comparação	188	88	468,1	194	47	242,3
CS Muanza	Comparação	409	87	212,7	421	140	332,5
CS Muanza-Baixa	Comparação	411	28	68,1	423	27	63,8
CS Nhamachire	Comparação	176	45	255,7	181	83	458,6
CS Sanguze-Muana	Comparação	399	48	120,3	411	63	153,3
Áreas de Comparação		2.311	490	212,0	2.380	512	215,1

Fonte: Livro de registo da CPN para o SAAJ das US de Intervenção versus de comparação 2022 e 2023

No que concerne aos resultados da Diferença em Diferença (Tabela 16), houve uma redução em **21 por 1000** raparigas na taxa de gravidezes em adolescentes em áreas de intervenção antes e depois da mesma, significando uma redução significativa em termos estatísticos (**Valor de P de 0,0220**). E para a área de comparação houve aumento em 3 por 1000 raparigas porém uma variação não significativa em termos estatísticos (**valor de P de 0.576**). O resultado de diferença em diferença nas duas áreas foi **de +24** que prova que a redução da taxa de gravidezes de adolescentes dos 15-19 anos, que fizeram a sua primeira CPN nas US em estudo teve influência da intervenção (Valor de P de 0,09)

Tabela 16. Quadro Resumo da DiD na taxa de gravidezes indesejadas em adolescentes dos 15-19anos nas US de Intervenção versus Comparação

	Intervenção	Comparação	Diferença
Período I (Pré Intervenção)	137.6	212.0	74
Período II (Pós-intervenção)	116.4	215.1	99
Diferença	(-21)	+3	+24
Valor P	0,022	0,576	0,09

7. DISCUSSÃO

O modelo CFIR forneceu uma estrutura valiosa para a identificação em 5 domínios dos facilitadores inter-relacionados e das barreiras para a implementação efectiva da iniciativa S-NICE no seu contributo para os SAAJ nas zonas rurais da província de Sofala.

Ao aplicar esta estrutura à análise, foi possível analisar a intervenção em diferentes vertentes e de uma forma profunda. Os resultados da parte 1 deste estudo (pesquisa de viabilidade) revelaram vários facilitadores potenciais à implementação bem-sucedida da intervenção S-NICE, e estas vão desde a não complexidade da intervenção, o uso de dados reais próprios da US para a discussão nos workshops permitindo aos envolvidos perceber a real situação dos indicadores de SSR do Adolescente em sua área de Saúde e a tomada de decisão no contexto real das áreas de intervenção, a interacção directa e envolvimento de todos os intervenientes-chave importantes para a Saúde do adolescente, de entre eles os líderes comunitários e liderança local que servem como âncora para que a intervenção ganhe força a nível das comunidades, ajudando a superar as barreiras socioculturais, os profissionais de Saúde que são os provedores e peças chave da implementação e que de alguma forma impõem alguma barreira na

prestação dos serviços, a componente escolar que contribui através da disseminação da informação sobre SSR do Adolescente e os próprios adolescentes que contribuem não só identificando as barreiras de acesso aos serviços de Saúde pelos diferentes modelos diferenciados de oferta dos mesmos mas também colocam suas necessidades próprias para priorização.

Este estudo revelou que, tal como em várias pesquisas relacionadas ao acesso e utilização de Serviços de SSR dos Adolescentes em países de baixa e média renda, o quanto é importante ter em conta a percepção das necessidades de Saúde dos próprios adolescentes, para que programas específicos sejam desenhados e implementados de acordo com contextos e necessidades específicas. O estudo transversal qualitativo realizado no Ebonyi, sudeste da Nigéria em 2022, intitulado *Intervenientes-chave' perceptions of adolescents' sexual and reproductive health needs in Southeast Nigeria*”, demonstrou que as percepções sobre as necessidades de adolescentes em SSR e sua variação em relação a sexo, sob perspectivas das diferentes partes interessadas, incluindo líderes comunitários, meninos e meninas adolescentes de 13 a 18 anos, formuladores de políticas, gestores de programas de SSR, profissionais de saúde, líderes religiosos e pais, e concluiu que as percepções das necessidades de SSR dos adolescentes convergem entre as partes interessadas e variam de acordo com o gênero, a escolaridade e o estado civil, e é importante compreendê-las e priorizadas pois evidenciam a necessidade de intervenções sensíveis ao gênero bem projetadas que levem em consideração outros estratificadores sociais (Okeke *et al.*, 2021) e estes achados são semelhantes aos resultados qualitativos desta pesquisa.

Os profissionais de saúde, são uma peça chave na implementação bem-sucedida de qualquer abordagem. O estudo evidenciou que o facto da iniciativa S-NICE envolver os profissionais de Saúde desde provedores até responsáveis das US e dos programas de Saúde do adolescente, facilita a implementação da mesma, entretanto é importante munir esta camada de conhecimento adequado sobre qualquer directriz a ser implementada e garantir a disponibilidade de instrumentos para consulta para garantir a fidelidade ao protocolo e o alcance dos resultados segundo o desenho. Com objectivo de explorar as perspectivas dos profissionais de saúde sobre o uso da directriz nacional para serviços de planeamento familiar numa região específica, o estudo qualitativo realizado na Etiópia em 2021, revelou mais barreiras do que facilitadores, diferentemente dos achados desta pesquisa. Estas barreiras incluíam: o conhecimento inadequado sobre o objectivo da directriz; irrelevância da directriz para algumas necessidades específicas e práticas dos profissionais de saúde; factores pessoais, como crenças e tradições e factores organizacionais, como recursos inadequados incluindo tempo e pessoal, para além da falta de supervisão e apoio. As descobertas de que a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a existência de directrizes nacionais de PF e a indisponibilidade de cópias delas para os profissionais de saúde, apoiam as descobertas de um estudo anterior dos mesmos autores, que mostrou que mais da metade das US na Etiópia não possuía a directriz de PF disponível para uso e isto constituía uma barreira para a implementação (Tessema *et al.*, 2018), e para esta pesquisa, a disponibilidade da directriz orientadora, a simplicidade da ferramenta e a formação e treinamento das componentes envolvidas revelou-se ser um facilitador.

E para este estudo, a revisão dos relatórios evidenciou que o workshop de lançamento funciona como uma secção de indução aos participantes dando a conhecer a intervenção aos intervenientes-chave e apresentando as directrizes da mesma e os implementadores trabalham directamente com os provedores para dar resposta à demanda criada pelos outros intervenientes-chave envolvidos na intervenção. Portanto, existe uma enfermeira contratada pela organização implementadora alocada no SAAJ da área de Saúde e isto facilita de alguma forma o seguimento das adolescentes, levando os autores a assumir que as características próprias da intervenção S-NICE facilitam a implementação da mesma.

Apesar do entusiasmo pela intervenção, alguns profissionais provedores levantaram preocupações sobre prioridades concorrentes que são determinados pelo governo local e outros programas e não apenas a compatibilidade de adicionar um novo programa a uma carga de trabalho já pesada, especialmente uma que pode requerer interações mais complexas e demoradas com os pacientes do que suas actuais prioridades.

Esta pesquisa evidenciou também que o professor tem um papel preponderante na implementação de iniciativas relacionadas com a Saúde do adolescente porque além dos serviços de Saúde, a Escola constitui um locus privilegiado para a circulação das informações relacionadas à SSR do adolescente, sendo um espaço importante para a sua reflexão, discussão e oferta de serviços através dos cantinhos de SAAJ. Entretanto, a ausência de provedores nos locais identificados como Cantinhos escolares, constitui uma barreira. Uma pesquisa realizada na Índia, acerca do envolvimento de estudantes e professores na educação sexual do adolescente, sugere que esta necessita ser introduzida no currículo escolar e os professores devem ser utilizados como informantes chaves. Esta pesquisa concluiu ainda que os Adolescentes precisam se empoderar do cuidado com a sua SSR, e para tanto é necessário o auxílio dos serviços de Saúde, das instituições educacionais e da interação entre adolescente, a escola e a família. Este estudo apresentou algumas implicações para a prática, e recomendou pesquisas que envolvessem escolas, serviços de Saúde, famílias e adolescentes. O estudo sugeriu também que para garantir que necessidades de SSR dos adolescentes sejam atendidas, instituições e estruturas específicas devem ser criadas, equipadas e frequentemente supervisionado para abordar os adolescentes identificados necessidades de SSR. E um dos achados desta pesquisa foi a identificação de que o envolvimento dos próprios adolescentes e da comunidade nos workshops, a planificação conjunta e avaliação devolutiva a vários níveis tem sido facilitadores.

O estudo de viabilidade destacou também que no que diz respeito ao contexto externo da intervenção (políticas externas), a existência e conhecimento de leis de protecção do adolescente (lei nr 19/2019) pelos líderes comunitários tem sido um facilitador.

As evidências apresentadas pelos resultados do estudo indicam que é importante que as intervenções sejam realizadas de forma fiel ao que foi planejado para que as mesmas tenham sucesso. Políticas e programas bem elaborados devem ser adaptados especificamente para adolescentes, colocando em consideração a intervenção percebida.

Este estudo, evidenciou ainda que questões relacionadas a recursos, como falta de provedores treinados e alta rotatividade ou substituição de provedores treinados para a intervenção por outros, também representam barreiras ao uso efectivo dos SAAJ. Este achado, coincide com o de alguns estudos que relataram que a incapacidade das unidades organizacionais de reter os funcionários ou provedores que receberam treinamento relacionado aos serviços e directrizes de SSR, constitui outra barreira, pois muitos provedores receberam a formação, mas se mudaram para outros locais por motivos diferentes. E, portanto, a rotatividade de provedores pode constituir um grande desafio. Vários estudos relataram que a restrição de tempo era uma barreira para a implementação de directrizes de prática clínica (MISAU, 2001; UNFPA, 2004). Neste, os adolescentes relataram a inflexibilidade do horário de atendimento no SAAJ, como uma barreira. O uso de abordagem qualitativa na pesquisa permitiu uma exploração mais aprofundada das necessidades percebidas da iniciativa pelos adolescentes e outros intervenientes-chave e a identificação de estratégias sugeridas para atender a essas necessidades. A Identificação e envolvimento de guias locais durante o processo da coleta de dados preencheu a lacuna de comunicação que podia existir, permitindo uma exploração aprofundada de informações entre os participantes das comunidades.

A pesquisa constatou ainda que a frequência reduzida dos workshops e a participação de apenas 3 adolescentes nas mesmas, constituem barreiras na implementação efectiva da intervenção S-NICE, (no domínio do processo da implementação) a medida em que os workshops acontecem semestralmente nalgumas situações, dificultando o seguimento do plano de acção traçado. O envolvimento de menos adolescentes nos workshops, foi citado como uma barreira porque impede a disseminação mais ampla das decisões e informações partilhadas nos workshops.

A necessidade de formação e aprimoramento de habilidades é observada em muitos outros estudos, em uma variedade de questões de saúde e prestação de serviços de saúde. Por exemplo, estudos multipaíses, realizados em países de baixa e média renda, como Uganda, Malawi, Tanzânia e Etiópia, conduzidos para identificar as barreiras e facilitadores para a implementação de várias directrizes de serviços de saúde, incluindo serviços de saúde materna e serviços de saúde mental e que a falta ou insuficiência de formação foi uma barreira para a implementação da intervenção. Esta pesquisa evidenciou ainda que a formação dos indivíduos envolvidos e a disponibilidade dos implementadores durante permitindo interação e orientação sempre que necessária.

No domínio do contexto interno, barreiras relacionadas à infraestrutura, inflexibilidade de horário de atendimento também foram identificadas neste estudo, e isto coincide com os resultados de uma revisão sistemática realizada com o objectivo de sintetizar evidências sobre barreiras e facilitadores que afectam o acesso e a utilização de Serviços de SSR do adolescente, e propor recomendações para melhorar e ampliar esses serviços para jovens/adolescentes na África Subsaariana, que concluiu que as barreiras mais comuns foram as estruturais, incluindo a atitude negativa dos profissionais de saúde, horários inconvenientes, qualidade dos serviços e profissionais de saúde não qualificados. Uma observação semelhante foi encontrada numa análise de contexto que avaliou a experiência dos jovens em matéria de SSR na África Subsaariana (Ninsiima, *et al.*, 2021).

No domínio de ambiente interno do CFIR, foram identificados factores que influenciaram o desempenho da implementação, mas também algumas barreiras. Em dois construtos principais como, características estruturais, incentivos e recompensas organizacionais, foram identificadas barreiras que tinham a ver com a ausência de incentivos para os professores e componente comunitária,

Factores organizacionais, incluindo planificação, papel do suporte de gestão para os prestadores de cuidados de Saúde para usar a directrizes, actualização, capacidade de mudança organizacional também podem constituir barreiras na implementação eficaz de certas estratégias. Entretanto este estudo revelou que o apoio gerencial é importante para melhorar a implementação, e as supervisões regulares durante a implementação são um facilitador para a mesma. Tal como descrito no estudo “*Addressing Organizational Barriers to Adolescent Access to High-Quality, Low-Cost, Confidential Sexual and Reproductive Health Services in a Community Health Center*” que concluiu que (1) a colaboração intersectorial e o foco na comunidade ajudam a obter apoio inicial e sustentado para iniciativas de mudança, (2) a formação aumenta o conhecimento do pessoal sobre tópicos de SSR dos adolescentes e também galvaniza o apoio para a implementação de mudanças adicionais nas operações clínicas (Brandt *et al.*, 2022).

Os valores e a ética de trabalho dos profissionais de Saúde e dos implementadores, foram avaliados pelos construtos de cultura e prioridade relativa do ambiente interno e estes influenciam fortemente a implementação em todos os locais avaliados. Estes impulsionadores positivos do sucesso da implementação devem ser aproveitados. Outro construto significativo do domínio do ambiente interno foi o acesso ao conhecimento e à informação.

Fazendo uma conexão com os achados identificados a partir dos constructos e domínios do CFIR, o estudo revelou que a intervenção S-NICE tem contribuído para o aumento de Adolescentes que aderem ao SAAJ e por conseguinte na percentagem de Adolescentes que adoptam comportamentos sexuais positivos incluindo adesão aos métodos de planeamento familiar e redução de gravidezes indesejadas em Adolescentes da área de intervenção comparativamente às áreas sem intervenção.

Este estudo teve limitações potenciais. Dado que as entrevistas e DGF's estavam a ser gravadas em áudio e a sensibilidade de alguns dos conteúdos das entrevistas, havia a possibilidade de viés de desejabilidade social. Esta deficiência foi abordada apresentando aos participantes informações escritas detalhando como o anonimato dos dados seria mantido. Além disso, os entrevistadores foram bem treinados e assinaram acordos de confidencialidade antes da realização das entrevistas. Reconhecemos que a representatividade de seis distritos num país de mais de 150 distritos pode ser limitada, e deve ser tomado cuidado na interpretação da generalização das nossas conclusões. A não significância estatística dos resultados de DiD pode estar associada ao tamanho reduzido da amostra, e ao período de estudo relativamente curto para a análise da robustez de uma intervenção, recomendando-se pesquisas maiores e mais abrangentes. A triangulação dos resultados qualitativos com os da parte quantitativa ajudou a reduzir esta limitação. Outra limitação está associada ao facto da pesquisa e a própria intervenção ter sido realizada apenas em áreas rurais da província de Sofala, e a pesquisa ter envolvido adolescentes maioritariamente dentro da escola, o que pode não reflectir as diferenças entre outras regiões do país. Apesar do estudo relatar dados apenas de adolescentes de 15 a 19 anos, exigindo cautela na generalização dos resultados, este estudo possibilitou melhor representação de dados de meninos e meninas adolescentes.

8. CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa de implementação revelam que existem mais facilitadores do que barreiras contribuindo para a implementação eficaz da intervenção S-NICE, sugerindo que a mesma possui potencial para ser escalada. Os principais facilitadores identificados incluem: i) Envolvimento de múltiplos intervenientes-chave, tais como a comunidade, adolescentes, profissionais de saúde, o setor escolar e a liderança local; ii) Simplicidade da intervenção, permitindo fácil adaptação aos diferentes contextos; iii) Conhecimento e aplicação da Lei de Protecção do Adolescente (Lei nº 19/2019) por líderes comunitários e adolescentes; iv) Uso de dados reais das US para a tomada de decisões informadas, facilitando a adaptabilidade na provisão dos serviços; e v) Planificação conjunta e avaliação participativa, com ênfase na priorização das necessidades específicas dos adolescentes.

Esses factores foram cruciais para melhorar o acesso e a utilização dos SAAJ, no entanto, algumas barreiras foram identificadas, incluindo: i) Baixa frequência dos workshops e a participação limitada de apenas 3 adolescentes em algumas sessões; ii) Alta rotatividade de profissionais/provedores treinados, afectando a continuidade do serviço; iii) Falta de pessoal de saúde nos cantinhos escolares do SAAJ, comprometendo o suporte adequado; iv)

Infraestrutura inadequada ou insuficiente para garantir a privacidade dos adolescentes; e; v) Fraca flexibilidade nos horários de atendimento, dificultando o acesso regular aos serviços.

A intervenção resultou num aumento no número de adolescentes que aderiram aos serviços SAAJ nas unidades de intervenção, com um consequente aumento na cobertura de novas usuárias de métodos contraceptivos modernos entre adolescentes do sexo feminino de 15 a 19 anos. Esses resultados foram estatisticamente significativos ($p\text{-value} = 0,029$). Além disso, observou-se uma redução na taxa de gravidez indesejada entre adolescentes nas unidades de intervenção em comparação com as unidades de comparação. Igualmente, esses resultados apresentaram significância estatística ($p\text{-value} = 0,022$).

Porém, a análise de DiD para os serviços de SAAJ e CPN não revelou significância estatística, apesar de a intervenção ter demonstrado um impacto positivo em ambos os indicadores analisados.

Dois elementos importantes não foram avaliados nesta pesquisa: i) O custo da implementação da intervenção; ii) A sustentabilidade a longo prazo da iniciativa.

Portanto, barreiras críticas precisam ser abordadas para permitir a expansão da intervenção em locais com contextos heterogêneos. Se essas barreiras forem adequadamente minimizadas, será possível ampliar o impacto positivo da S-NICE, promovendo: i) A adoção de comportamentos sexuais mais saudáveis por adolescentes; ii) A oferta de serviços de saúde de qualidade e equitativos; e iii) A redução de casos de gravidezes não planeadas em adolescentes.

A intervenção S-NICE demonstrou ser uma ferramenta robusta e promissora, com potencial para transformar o acesso e utilização dos modelos diferenciados dos SAAJ, contribuindo, assim, para melhores resultados em saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes.

A implementação bem-sucedida do S-NICE requer uma abordagem colaborativa, com o envolvimento activo de decisores políticos, implementadores, pesquisadores, profissionais de saúde, educadores, comunidades e adolescentes. A minimização das barreiras identificadas e o fortalecimento dos facilitadores apresentados podem resultar em uma intervenção mais robusta, sustentável e eficaz, contribuindo significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes em Moçambique.

9. Recomendações

Com base nos achados deste estudo, são apresentadas recomendações específicas para decisores políticos, implementadores e pesquisadores, visando fortalecer a implementação da intervenção S-NICE e ampliar opções de políticas viáveis baseadas em evidência na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

9.1. Recomendações para Decisores Políticos

- Expandir a implementação da intervenção S-NICE com forte abordagem de análise de custo-efectividade: Que a intervenção seja levada à escala e implementada em outras áreas rurais do país depois de estudos sobre custos e recursos necessários para a implementação.
- Garantir recursos financeiros contínuos para a implementação, monitoria e expansão da intervenção S-NICE, com alocação adequada nos orçamentos de saúde pública.
- Criar ou reforçar políticas públicas que abordem as necessidades específicas dos adolescentes, com foco na saúde sexual e reprodutiva.
- Investir na melhoria da infraestrutura dos SAAJ, garantindo espaços privados e adequados para atendimento.
- Implementar horários flexíveis para o funcionamento dos serviços SAAJ, permitindo maior acessibilidade aos adolescentes.
- Adotar políticas que reduzam a rotatividade de profissionais treinados, oferecendo incentivos para permanecerem nos locais de intervenção.
- Operacionalização plena dos cantinhos de SAAJ escolar, incluindo alocação de material e de um profissional de Saúde na escola.

9.2. Recomendações para Implementadores

- Intensificar a Capacitação de Profissionais: Realizar formações regulares para profissionais de saúde e educadores, com foco na aplicação eficaz das diretrizes S-NICE e no atendimento às necessidades específicas dos adolescentes.
- Aprimorar a Participação dos Adolescentes: Incentivar uma maior participação dos adolescentes nos workshops e actividades comunitárias, garantindo que suas vozes sejam ouvidas e suas necessidades priorizadas.
- Monitorar e Avaliar Regularmente a Intervenção: Implementar mecanismos contínuos de monitorio e avaliação participativa, garantindo a identificação precoce de falhas e ajustes necessários.
- Fortalecer a Colaboração Multissetorial: Promover parcerias entre US, escolas, comunidades e organizações locais para fortalecer a abordagem integrada da intervenção.
- Melhorar a implementação do S-NICE, com realizar workshops S-NICE com maior frequência e menos espaçamento entre uma e outra.

9.3. Recomendações para Pesquisadores

- Analisar o Custo-Efectividade da Intervenção: Realizar estudos adicionais para avaliar o custo da implementação do S-NICE e sua viabilidade económica para expansão nacional.
- Investigar a Sustentabilidade da Intervenção: Explorar estratégias para garantir a sustentabilidade a longo prazo da intervenção, especialmente em áreas com recursos limitados.
- Ampliar o Escopo Geográfico das Pesquisas: Conduzir estudos comparativos em outras províncias de Moçambique que estejam implementando o S-NICE para avaliar variações contextuais na implementação.
- Explorar Determinantes Sociais de Saúde: Investigar como factores sociais, económicos e culturais influenciam a adesão e os resultados da intervenção.
- Aprofundar a Análise de Indicadores Específicos: Realizar análises mais detalhadas sobre indicadores específicos, como adesão a métodos contraceptivos e redução de gravidezes não planeadas, para melhor compreensão dos impactos.

10. REFERÊNCIAS

Bernard H, Ryan G. Analyzing qualitative data: systematic approaches. 4th ed. Thousand Oaks: Sage; 2014. p. 451.

Brandt, C.M.A., Shire, M.A., Wilson, G., Ito K. (2022). Addressing Organizational Barriers to Adolescent Access to High-Quality, Low-Cost, Confidential Sexual and Reproductive Health Services in a Community Health Center. *Health Promotion Practice*, 23(3):361-366, © 2021 Society for Public Health Education, Article Reuse Guidelines <https://doi.org/10.1177/1524839920985505>. Acesso em 20/07/2023

Damschroder, L. J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh. S. R., Alexander. J. A.,& Lowery. J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci.* 2009;4(1): 50.<https://login.research4life.org/tacsgr1> doi [org/10.1186/1748-5908-4-50](https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50). Acessado em 10/06/2023

Damschroder LJ, Lowery JC. Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR). *Implement Sci.* 2013;8(1):51. doi:[10.1186/1748-5908-8-51](https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-51). pmid:23663819CrossRefPubMedGoogle Scholar. Acessado em 13.11.2024

Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Kraus, J., Musila, N. R., Wensing, M., Goddycki-Cwirko, M., Baker, R., & Eccles, M. P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science* 8, (35). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35> <https://rdcu.be/dhkuQ>. Acessado em 27/07/2023

Fredriksson, A., Oliveira, G. M., (2019), Impact evaluation using Difference-in-Differences, a Center for Organization Studies (CORS), School of Economics, Business and Accounting (FEA), University of São Paulo (USP), São Paulo, Brazil, <https://doi.org/10.1108/RAUSP-05-2019-0112> Acessado em 1/07/2023.

George, A., Jacobs, T., Ved, R., Jacobs, T., Rasanathan, K., Zaidi, S.A., (2021). Adolescent health in the Sustainable Development Goal era: are we aligned for multisectoral action? *BMJ Glob Health*. 6 (3): e004448. doi: [10.1136/bmjgh-2020-004448](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004448). Acessado em 18/09/2023

Hawke, L.D., Thabane, L., Wilkins, L. Lisa D., Mathias, S., Iyer, S., Henderson, J. (2021). Don't Forget the Caregivers! A Discrete Choice Experiment Examining Caregiver Views of Integrated Youth Services. *Patient* (14), 791–802. <https://doi.org/10.1007/s40271-021-00510-6>. Acessado em 13/06/2023

Inguane C, Sawadogo-Lewis T, Chaquisse E, et al. Challenges and facilitators to evidence-based decision-making for maternal and child health in Mozambique: district, municipal and national case studies. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):598. doi:[10.1186/s12913-020-05408-x](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05408-x). pmid:32605564CrossRefPubMedGoogle Scholar.

Inguane C, Soi C, Guimbel S, Manaca N, Ramiro I, Floriano F, De Castro G, Augusto O, Tembe S, Pfeiffer J, Fernandes Q, Sherr K., (2022). Applying the Consolidated Framework for Implementation Research to Identify Implementation Determinants for the Integrated District Evidence-to-Action Program, Mozambique. *Global Health, Science and Practice*, 10 (Supplement 1) e2100714; DOI: [10.9745/GHSP-D-21-00714](https://doi.org/10.9745/GHSP-D-21-00714). Acessado a 14 de Novembro de 2024.

Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF (2023). “Inquérito Demográfico e de Saúde 2022-23: Relatório de Indicadores-Chave,” Rockville, Maryland, EUA: INE e ICF., Maputo. Moçambique.

Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MISAU), USAID. Moçambique (2003).” Inquérito Demográfico e de Saúde. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde e USAID com Assessoria da MEASURE DHS +/ORC Macro, 2005. Maputo. Moçambique.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2019). Resultados Definitivos CENSO 2017. IV Recenseamento Geral da População e Habitação. Instituto Nacional de Estatística. Maputo. Moçambique.

Varsi C, Ekstedt M, Gammon D, Ruland CM. Using the Consolidated Framework for Implementation Research to identify barriers and facilitators for the implementation of an internet-based patient-provider communication service in five settings: a qualitative study. *J Med Internet Res*. 2015;17(11): e262.

Lesco, G., Squires, F., Babii, V. Bordian, N., Cernetchi, O., Hilber, A. M. Chandra-Mouli V., (2019). The feasibility and acceptability of collaborative learning in improving health worker performance on adolescent health: findings from implementation research in Moldova. *BMC Health Serv Res* (19), 339. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4158-2>. Acessado em 19/09/2023

Mac-Seing. M., Ochola. E., Ogwang. M., Zinszer, K., Zarowsky. C., (2022). Policy implementation challenges and barriers to access sexual and reproductive health services faced by people with disabilities: an intersectional analysis of policy actors’ perspectives in post-conflict Northern Uganda. *Int J Health Policy Manag. Social and Preventive Medicine Department, School of Public Health, Université de Montréal, Montreal, QC, Canada Centre de recherche en santé publique (CReSP), UC, Canada*. 11(7):1187–1196 doi: [10.34172/IJHPM.2021.28](https://doi.org/10.34172/IJHPM.2021.28). Acessado em 17/10/2024.

Means AR, Kemp CG, Gwayi-Chore MC, et al. Evaluating and optimizing the consolidated framework for implementation research (CFIR) for use in low- and middle-income countries: a systematic review. *Implement Sci*. 2020;15(1):17. doi:[10.1186/s13012-020-0977-0](https://doi.org/10.1186/s13012-020-0977-0). pmid:32164692

Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*. 3rd ed. Los Angeles: SAGE; 2014. p. 381

Ministério da Saúde (2021). Plano Estratégico do Sector da Saúde - PESS 2014-2019 (2024). Maputo. Ministério da Saúde - Direcção Nacional de Planificação e Cooperação.

Ministério da Saúde (MISAU), (2023). “Directriz para a implementação do Serviço Amigo do Adolescente e Jovem (SAAJ) na Unidade Sanitária, Escola e Comunidade,” Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Saúde Pública. Maputo. Moçambique.

Ninsiima, L. R., Chiumia, I. K., & Ndejjo, R. (2021). Factors influencing access to and utilization of youth-friendly sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health* (18), 135. https://login.research4life.org/tacsgr1doi_org/10.1186/s12978-021-01183-y. Acessado em 18/09/2023.

Okeke, C. C., Mbachu, C. O., Agu, I. C., Ezenwak, U., Arize, I., Agu, C., Obayi, C., Onwujekwe. O., (2022). Stakeholders’ perceptions of adolescents’ sexual and reproductive health needs in Southeast Nigeria: a qualitative study. *BMJ Open*.12: e051389. doi:[10.1136/bmjopen-2021-051389](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051389). Acessado em 24/09/2023

Onono, M.A., Brandis, C.D., White, J.S., Goosby, E., Okoro, D.O., Bukusi, E.A., Rutherford, G.W., (2019) Challenges to generating political prioritization for adolescent sexual and reproductive health in Kenya: A qualitative study. PLoS ONE 14(12): e0226426. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226426>. Acessado em 23/09/2023

Sidamo, N. B., Kerbo, A. A., Gidebo, K. D., & Wado, Y. D. (2023). Socio-Ecological Analysis of Barriers to Access and Utilization of Adolescent Sexual and Reproductive Health Services in Sub-Saharan Africa: A Qualitative Systematic Review. *Open Access Journal of Contraception, Volume 14*, 103–118. <https://doi.org/10.2147/oajc.s411924>, Acessado em 12/10/2023.

Soi C, Gimbel S, Chilundo B, Muchanga V, Matsinhe L, Sherr K. Human papillomavirus vaccine delivery in Mozambique: identification of implementation performance drivers using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). *Implement Sci.* 2018;13(1):151. doi:10.1186/s13012-018-0846-2. pmid:30545391 CrossRef PubMed Google Scholar

Starrs, A.M., Ezech, A.C., Barke, G., Basu, A., Bertrand, J.T., Blum, R., Coll-Seck, M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z.A., Say, L., Serour, G.I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., Ashford, L.S., (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet.* 2018 Jun 30;391(10140): 2642–2692. doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30293-9). Acessado em 12/10/2023.

Tessema, G. A., Gomersall, J. S., Laurence, C. O., Mahmood, M. A. (2018). Healthcare providers' perspectives on use of the national guideline for family planning services in Amhara Region, Ethiopia: a qualitative study. *BMJ Open* 2019;9: e023403. doi: [10.1136/2018-02340](https://doi.org/10.1136/2018-02340). Acessado em 27/09/2023.

Uetela, D. M., Gimbel, S., Inguane, C., Uetela, O., Dinis, A., Couto, A., Gaspar, I., Gudo, E.S., Chicumbe, S., Gaveta, S., Augusto, O., Sherr, K.. (2023). Managers' and providers' perspectives on barriers and facilitators for the implementation of differentiated service delivery models for HIV treatment in Mozambique: a qualitative study. *J Int AIDS Soc.* 2023 Mar;26(3):e26076. <https://doi.org/10.1002/jia2.26076>. Acessado em 17/09/2023

UNICEF. (2011). Situação Mundial da Infância e Adolescência: uma fase de oportunidades, New York, NY 10017, USA, email: pubdoc@unicef.org, www.unicef.org

United Nations (2015). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2015 Revision, DVD Edition. <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population>.

United Nations, (2021). Transforming our World: The 2030 agenda for sustainable development. [Online] Available at: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>. Acessado em 17/12/2023.

UNFPA, Relatório anual do Fundo das Nações Unidas, Moçambique, Alcançando os que estão mais para trás; 2021

USAID-IFPI (2023). Quarterly Report October to December 2022 Project Year 2 – Quarter 1 (PY2Q1). Pathfinder International, N'weti, Abt Associates, PSI, Muleide & Coalizão. Maputo, Mozambique.

VanDevanter, N., Kumar, P., Nguyen, N., Nguyen, L., Nguyen, T., Stillman, F., et al. Application of the Consolidated Framework for Implementation Research to assess factors that may influence implementation of tobacco use treatment guidelines in the Viet Nam public health care delivery

system. Implement Sci. 2017;12(1) Available
from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0558-z>.
acesado em Novembro de 2024

WHO (2017). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation, https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/ acessado em 18/10/2023.

WHO, (2018). From inception to Large Scale: The Geração BIZ Programme in Mozambique Initiative to increase the use of Health Services by Adolescents –Analytical Case Study. Geneva 27, Switzerland: WHO;

World Health Organization (2018). Adolescents: health risks and solutions. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Acessado em 23/10/2023

Yin, R. (2015). Case Study Research Design and Methods (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage
Zolfaghari, E., Armaghanian, N., Waller. D.M., Sharon. H. A., Perry. L. N., Katie. S. K. (2022). Implementation science in adolescent healthcare research: an integrative review. BMC Health Serv Res 22, 59. <https://login.research4life.org/tacsgr1 doi org/10.1186/s12913-022-07941-3>. Acessado em 23/10/2023

11. APÊNDICES

Apêndice A: Folha de Informação ao Participante e Consentimento Informado

Parte I: Folha de informação ao participante

Investigadora Principal: Laura da Graça Julião Ernesto Xinavane, Filha de Julião Ernesto Xinavane e de Luísa Huo Guvane.

Nome do Promotor: United Nations University Institute for Global Health Initiative (UNU-IIGH).

Nome do Financiador: Internacional Development Research Centre (IDRC) do Canadá, CPIA project.

Bom dia/Boa tarde, meu nome é Laura Xinavane, sou estudante da Faculdade de Medicina da UEM, mestranda em saúde pública, sou investigadora principal nesta pesquisa. Eu e meus colegas (colaboradores), estamos aqui para desenvolver uma actividade que consiste em “Avaliar a Intervenção da S-NICE, na implementação de modelos diferenciados de serviços de saúde amigáveis para adolescentes e jovens nas províncias de Sofala e Zambézia,” analisando os factores que facilitam ou impedem a implementação bem-sucedida desta iniciativa.

Com este tipo de estudos, pretende-se também avaliar as percepções, experiências, a qualidade com que a intervenção “S-NICE” é oferecida e as vossas opiniões em relação a esta iniciativa S-NICE, a relevância desta iniciativa para vocês, de modo que intervenções como estas sejam expandidas para mais províncias e distritos e mais jovens se beneficiem deles para melhoria do acesso e utilização dos serviços de saúde amigáveis para os adolescentes e jovens de acordo com o contexto de cada lugar, e ainda ao identificar barreiras para a implementação bem sucedida, poderão ser desenhadas estratégias para melhoria das mesmas.

Em caso de dúvida, pode pedir esclarecimento a qualquer momento.

O senhor (a) não deve tomar uma decisão precipitada sobre sua participação no estudo e pode consultar alguém da sua confiança se precisar.

Para a presente pesquisa serão feitas entrevistas semi-estruturadas, onde perguntas simples serão apresentadas e vocês poderão responder e desenvolver de acordo com elas, discussões em grupos com adolescentes e líderes comunitários. Alguns membros da oficina de trabalho da “S-NICE”, estarão envolvidos uma vez que não conseguiremos incluir a todos, porém a escolha dos mesmos será por conveniência e disponibilidade dos participantes para participar, desde que não tenha alguma doença aguda ou incapacidade mental para responder às nossas questões. Serão envolvidos também adolescentes a partir dos 12 anos. Esses dados serão analisados e utilizados para a elaboração de relatórios e publicações científicas. Todas as informações coletadas serão tratadas de forma confidencial e anônima.

As respostas serão mantidas em anonimato, e todos os princípios éticos como direito, autonomia, beneficência serão respeitados e tentaremos não causar danos. As suas respostas serão confidenciais, e apenas a equipe de pesquisa terá acesso ao questionário. A sua participação é voluntária, isto é, o senhor (a) não é obrigado a participar dela, e sua eventual recusa não influenciará na prestação de qualquer serviço habitual do qual tenha direito. Pode desistir quando lhe apeter, sem nenhum prejuízo.

A colecta de dados será através de entrevistas individuais Semi-estruturadas, reunião com um grupo de 8 a 10 pessoas, separadas por sexo e por faixas etárias onde possível, em dias e horas combinadas, para discutir sobre algum tema em específico para que os participantes possam se expressar livremente. Serão abordados tópicos relacionados a acessibilidade, apropriação da intervenção S-NICE, a capacidade de adoptar esta iniciativa de acordo com as vossas necessidades e as barreiras e facilitadores que tem sido identificado durante a implementação.

Não há riscos significativos associados à participação nesta pesquisa. No entanto, algum desconforto emocional mínimo e perda de tempo poderão acontecer. Os benefícios potenciais incluem a contribuição para o avanço do conhecimento na área de serviços de saúde amigáveis para adolescentes e jovens a nível colectivo, a medida em que os resultados do mesmo poderão influenciar na geração de políticas para melhoria do SAAJ e das intervenções ligadas a estes serviços.

Não haverá nenhum custo de participação incorrido uma vez que as entrevistas irão decorrer no local de trabalho dos provedores, professores, e outros participantes chaves ou em salas alugadas à redor. E as discussões em grupo serão nos locais onde habitualmente realizam a oficina de trabalho (comunidade).

Todas as informações fornecidas durante a pesquisa serão mantidas em sigilo e serão usadas apenas para fins acadêmicos e científicos. Nenhum dado pessoal será divulgado ou identificado publicamente.

Não está prevista nenhuma recompensa aos participantes do estudo.

Com objetivo de informar ao público participante, influenciar políticas e práticas e ainda promover a consciencialização, a divulgação dos resultados, será feita mediante relatórios técnicos, apresentado numa das secções de oficina de trabalho da S-NICE, partilhados por escrito para as instituições relevantes para o estudo incluindo o MISAU e ainda em publicações académicas.

Em caso de dúvida ou alguma ocorrência, pode contactar o investigador principal (**Laura da Graça Julião Ernesto Xinavane**) através dos seguintes contactos: **845676972/879996728**. Caso tenha dificuldades em contactar ou por preferência, pode contactar o Comitê Institucional de Bioética em Saúde: (CIBS FM & HCM 82588110). Uma cópia deste documento ser-me-á entregue.

Parte II: DECLARAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O PARTICIPANTE

“Declaro que _____, li e compreendi este documento bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s (nome do entrevistador). Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo, sem qualquer tipo de consequência. Tive a oportunidade de esclarecer devidamente todas as minhas dúvidas. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiante de que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

_____; _____

Assinatura do Participante Data e hora

Nome do Participante

_____; _____

Assinatura do Representante legal (se aplicável) Data e hora

Nome do Representante (em maiúsculas)

Assinatura da pessoa que realizou a explicação do consentimento Data

Nome (em maiúsculas) da pessoa que realizou a explicação do consentimento Data

Se o participante ou representante legal não souber ler, uma testemunha imparcial deve também assinar este formulário:

Assinatura da testemunha imparcial Data

Nome em Maiúscula da testemunha

Impressão digital do representante legal que não possa assinar

Impressão digital do representante legal que não possa assinar

Apêndice B: DECLARAÇÃO DO ASSENTIMENTO INFORMADO PARA O PARTICIPANTE MENOR

Análise da implementação da intervenção “S-NICE” de serviços de saúde amigáveis para adolescentes dos 15 aos 19 anos: Estudo de caso da província de Sofala

“Eu _____ declaro que li e compreendi este documento bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s (nome do entrevistador). Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo, sem qualquer tipo de consequência. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiante de que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura do Participante Data e hora

Nome do Participante

Assinatura do representantel egal (se aplicável) Data e hora

Nome do representante legal (em maiúsculas)

Se o participante ou representante legal não souber ler, uma testemunha imparcial deve também assinar este formulário:

Assinatura da testemunha imparcial Data

Nome em Maiúscula da testemunha

Assinatura da pessoa que realizou a explicação do consentimento Data

Nome em Maiúscula da pessoa que realizou a explicação do consentimento

Impressão digital do
representante legal que
não possa assinar

Impressão digital do
representante legal que
não possa assinar

Apêndice C: Guião de discussões em grupos focais com adolescentes, 15-19 Anos, em áreas de saúde com Intervenção S-NICE

Análise da implementação da intervenção “S-NICE” de serviços de saúde amigáveis para adolescentes dos 15 aos 19 anos: Estudo de caso da província de Sofala

Versão 002, de 20 de Abril de 2024

Introdução

Este guião de discussão é dirigido à discussão em grupos focais com adolescentes rapazes, dos 15-19 anos, residentes nas comunidades servidas pelos centros de saúde de estudo onde a intervenção S-NICE está sendo implementada. As perguntas estão organizadas por tópicos. Não é necessário que as perguntas sejam feitas exactamente como estão e na mesma ordem em que são apresentadas no guião. Haverá flexibilidade em seguir o fluxo da conversa de acordo com as respostas do participante. Queremos pedir para que cada um se sinta à vontade e vamos respeitar as opiniões de cada um. Todas as opiniões são válidas. Não há uma opinião certa ou errada. Vamos respeitar uns aos outros e não interromper o outro quando este estiver a falar. Quando precisar de falar, vai levantar a mão e de forma organizada, cada um vai tomar a palavra.

Local da DGF: Data e Hora de início: Número de participantes:

I. Nível de Escolaridade dos participantes

a). Nível básico (1^a /10^a classe) b). Ensino secundário Geral (11/12^a)

II. Estado civil

a). Solteiro b). Casado c). Divorciado

Previsão de duração: 1hora e 30 minutos

É importante garantir um ambiente seguro e inclusivo, encorajando todos os participantes a compartilharem suas opiniões e experiências.

(Uma pergunta ou brincadeira para quebrar o gelo)

A S-NICE, é uma iniciativa que tem como objetivos combinar diferentes abordagens locais para o alcance dos Adolescentes e Jovens com os serviços de SSR, melhorar a coordenação dos diferentes actores na comunidade para oferta dos serviços aos AJ e, por conseguinte garantir Provisão de serviços de SSR adequados ao contexto para o AJ. Como adolescentes e jovens, sois a peça-chave para a implementação bem-sucedida desta iniciativa, e ao compartilhar experiências, expressar opiniões e gerar ideias em grupo, estarão a contribuir para a compreensão aprofundada da S-NICE, e assim influenciar políticas, práticas, e acções futuras para a área de SSR Promovendo uma abordagem mais inclusiva e colaborativa.

III. Conhecimento da iniciativa pelos participantes, aceitabilidade e percepção da ferramenta S-NICE.

Avaliar o conhecimento dos participantes sobre a ferramenta S-NICE. Eles já ouviram falar? O que eles sabem a respeito?

Ja participaram de algum encontro? O que aconteceu lá? Quem eram os participantes?

Perguntar sobre a percepção dos participantes em relação à ferramenta. Eles acreditam que ela pode ser útil na melhoria dos serviços de saúde para adolescentes e jovens?

Perguntar sobre as experiências dos participantes em relação ao S-NICE e aos serviços de saúde.

Quais foram as suas experiências positivas e negativas? Explore as necessidades específicas que os adolescentes e jovens têm ao buscar serviços de saúde. Quais são os principais desafios que enfrentam?

Quais serviços ou recursos eles consideram mais importantes na implementação da intervenção S-NICE?

IV. A Intervenção

Como tem sido quando você precisa ir aos Serviços Amigáveis para Adolescentes e Jovens (SAAJ) quando necessitas? É fácil ou difícil? Se sente bem? Fica nervoso ou tem medo? Mudou alguma coisa?

O que você mais gosta no lugar onde você vai para cuidar da sua saúde, o que é mais importante?

Como você acha que a intervenção S-NICE e os SAAJ poderiam ainda ser melhorados para você?

Vantagens de implementar o S-NICE, para melhor acesso e utilização do SAAJ.

Como percebem o facto dos adolescentes, líderes comunitários, professores e profissionais de saúde serem envolvidos na implementação da intervenção S-NICE para melhoria do acesso e utilização dos Serviços Amigáveis para Adolescentes e Jovens (SAAJ)?

O que torna o S-NICE diferente?

V. Características dos Indivíduos:

Você acha que as preocupações dos adolescentes são consideradas quando as pessoas planificam e, fazem e implementação da intervenção S-NICE para a melhoria do acesso e uso dos serviços de saúde para os adolescentes?

Como o S-NICE e os SAAJ's podem ser mais eficazes em abordar essas preocupações?

Quais os teus conhecimentos e crenças sobre a intervenção S-NICE, a autoeficácia relacionada ao grau em que um indivíduo se considera capaz de executar as acções necessárias para alcançar os objectivos da implementação.

IV. Apropriação:

- Você sente que os profissionais de saúde estão prestando os serviços aos adolescentes de acordo com o que discutem nos encontros S-NICE?

Alguma mudança na comunidade, nos professores e profissionais de saúde com a implementação da intervenção S-NICE. Quais?

- Quais são as mudanças que vocês observaram na forma como os profissionais de saúde interagem com você desde a implementação da S-NICE?

Encerramento: Sugestões e recomendações, incentivar os participantes a compartilharem suas sugestões e recomendações para a implementação da ferramenta S-NICE. O que eles consideram importante para garantir o sucesso da ferramenta? Quais melhorias ou ajustes eles sugerem?

INFORMAÇÕES DE CONTACTO: Importa-se que a contactemos novamente se tivermos perguntas de seguimento? Se tiverem qualquer pergunta, o nosso contacto está disponível na folha de informação ao participante/formulário de consentimento que partilhamos cada um de vocês antes de iniciarmos com esta conversa. Chegamos ao fim da discussão. Obrigado pela vossa atenção, tempo e as vossas valiosas contribuições! FIM

Apêndice D: Guião de discussões em grupos focais com líderes comunitários, em áreas de saúde com Intervenção S-NICE

Versão 002, de 20 de Abril de 2024

Introdução

Este guião é destinado à discussão em grupos focais com líderes comunitários, residentes nas comunidades servidas pelos centros de saúde de estudo onde a intervenção S-NICE está sendo implementada. As questões estão organizadas por tópicos. Não é necessário que sejam feitos exactamente na mesma ordem em que são apresentadas no guião. Haverá flexibilidade em seguir o fluxo da conversa de acordo com as respostas do participante.

Instrução: Queremos pedir para que cada um se sinta à vontade e vamos respeitar as opiniões de cada um. Todas as opiniões são válidas. Não há uma opinião certa ou errada. Vamos respeitar uns aos outros e não interromper o outro quando este estiver a falar. Quando precisar de falar, vai levantar a mão e de forma organizada, cada um vai tomar a palavra.

(Previsão de duração: 1 hora e 30 minutos)

É importante garantir um ambiente seguro e inclusivo, encorajando todos os participantes compartilharem suas opiniões e experiências.

Local da DGF: Data e Hora de início: Número de participantes:

(Uma pergunta ou brincadeira para quebrar o gelo)

A S-NICE, é uma iniciativa que tem como objetivos combinar diferentes abordagens locais para o alcance dos Adolescentes e Jovens com os serviços de SSR, melhorar a coordenação dos diferentes actores na comunidade para oferta dos serviços aos AJ e, por conseguinte garantir Provisão de serviços de SSR adequados ao contexto para o AJ. Como adolescentes e jovens, sois a peça chave para a implementação bem-sucedida desta iniciativa, e ao compartilhar experiências, expressar opiniões e gerar ideias em grupo, estarão a contribuir para a compreensão aprofundada da S-NICE, e assim influenciar políticas, práticas, e acções futuras para a área de SSR Promovendo uma abordagem mais inclusiva e colaborativa.

1. Conhecimento da iniciativa pelos participantes, aceitabilidade e percepção da ferramenta S-NICE.

Avaliar o conhecimento dos participantes sobre a ferramenta S-NICE. Eles já ouviram falar? O que eles sabem a respeito?

Ja participaram de algum encontro? O que aconteceu lá? Quem eram os participantes?

Perguntar sobre a percepção dos participantes em relação à ferramenta. Eles acreditam que ela pode ser útil na melhoria dos serviços de saúde para adolescentes e jovens? Por quê?

Perguntar sobre as experiências dos participantes em relação ao S-NICE para o acesso e utilização do SAAJ pelas adolescentes.

Quais foram as suas experiências positivas e negativas? Principais barreiras? Facilitadores?

Quais serviços ou recursos consideram mais importantes na implementação da intervenção S-NICE?

Como percebem o facto dos líderes comunitários serem envolvidos na implementação da intervenção S-NICE para melhoria do acesso e utilização dos Serviços Amigáveis para Adolescentes e Jovens (SAAJ)?

O que torna o S-NICE diferente?

Como as leis e políticas existentes influenciam na implementação da intervenção S-NICE?

Principais factores que influenciam a implementação bem-sucedida da intervenção S-NICE na comunidade?

Principais desafios enfrentados na promoção e utilização dos SAAJ pelos adolescentes da sua comunidade através da intervenção S-NICE?

Como os líderes comunitários têm apoiado a implementação da intervenção S-NICE para o SAAJ?

Que sugestões você tem para melhorar a colaboração entre os líderes comunitários e o projeto S-NICE na melhoria dos SAAJ? Como é a interação com os implementadores? O que pode melhorar no S-NICE?

INFORMAÇÕES DE CONTACTO: Importa-se que a contactemos novamente se tivermos perguntas de seguimento? Se tiverem qualquer pergunta, o nosso contacto está disponível na folha de informação ao participante/formulário de consentimento que partilhamos cada um de vocês antes de iniciarmos com esta conversa. FIM.

Apêndice E: Guião de entrevistas Semi-estruturadas com adolescentes, Raparigas e Rapazes, dos 15-19 anos em áreas de saúde com Intervenção S-NICE

Versão 002, de 20 de Abril de 2024

Introdução

Este guião de entrevista é dirigido as adolescentes raparigas, residentes nas comunidades servidas pelos centros de saúde de estudo onde a intervenção S-NICE está sendo implementada. As perguntas estão organizadas por tópicos. Não é necessário que as perguntas sejam feitas exactamente na mesma ordem em que são apresentadas no guião. Haverá flexibilidade em seguir o fluxo da conversa de acordo com as respostas do participante. Queremos pedir para que cada um se sinta à vontade e vamos respeitar as opiniões de cada um. Todas as opiniões são válidas. Não há uma opinião certa ou errada. Vamos respeitar uns aos outros e não interromper o outro quando este estiver a falar. Quando precisar de falar, vai levantar a mão e de forma organizada, cada um vai tomar a palavra.

INSTRUÇÕES:

Por favor, responda às seguintes questões com a maior franqueza possível.

Local da entrevista: Data e Hora de início: Idade:

Nível de Escolaridade dos participantes

a). Nível básico (1^a /10^a classe) b). Ensino secundário Geral (11/12^a)

Estado civil

a). Solteiro b). Casado c). Divorciado

Previsão de duração: 1hora e 30 minutos

II- Informação Básica sobre o “S-NICE”

É importante garantir um ambiente seguro e inclusivo, encorajando todos os participantes a partilharem suas opiniões e experiências.

Avaliar o conhecimento dos participantes sobre a ferramenta S-NICE. Eles já ouviram falar? O que eles sabem a respeito?

Ja participaram de algum encontro? O que aconteceu lá? Quem eram os participantes?

Perguntar sobre a percepção dos participantes em relação à ferramenta. Eles acreditam que ela pode ser útil na melhoria dos serviços de saúde para adolescentes e jovens?

Perguntar sobre as experiências dos participantes em relação ao S-NICE e aos serviços de saúde.

Quais foram as suas experiências positivas e negativas? Explore as necessidades específicas que os adolescentes e jovens têm ao buscar serviços de saúde. Quais são os principais desafios que enfrentam?

Quais serviços ou recursos eles consideram mais importantes na implementação da intervenção S-NICE?

VI. A Intervenção

Como tem sido quando você precisa ir aos Serviços Amigáveis para Adolescentes e Jovens (SAAJ) quando necessitas? É fácil ou difícil? Se sente bem? Fica nervoso ou tem medo? Mudou alguma coisa?

O que você mais gosta no lugar onde você vai para cuidar da sua saúde, o que é mais importante?

Como você acha que a intervenção S-NICE e os SAAJ poderiam ainda ser melhorados para você?

Vantagens de implementar o S-NICE, para melhor acesso e utilização do SAAJ.

Como percebem o facto dos adolescentes, líderes comunitários, professores e profissionais de saúde serem envolvidos na implementação da intervenção S-NICE para melhoria do acesso e utilização dos Serviços Amigáveis para Adolescentes e Jovens (SAAJ)?

O que torna o S-NICE diferente?

VII. Características dos Indivíduos:

Você acha que as preocupações dos adolescentes são consideradas quando as pessoas planificam e, fazem e implementação da intervenção S-NICE para a melhoria do acesso e uso dos serviços de saúde para os adolescentes?

Como o S-NICE e os SAAJ's podem ser mais eficazes em abordar essas preocupações?

Quais os teus conhecimentos e crenças sobre a intervenção S-NICE, a autoeficácia relacionada ao grau em que um indivíduo se considera capaz de executar as acções necessárias para alcançar os objectivos da implementação.

IV. Apropriação:

- Você sente que os profissionais de saúde estão prestando os serviços aos adolescentes de acordo com o que discutem nos encontros S-NICE?

Alguma mudança na comunidade, nos professores e profissionais de saúde com a implementação da intervenção S-NICE. Quais?

- . Quais são as mudanças que vocês observaram na forma como os profissionais de saúde interagem com você desde a implementação da S-NICE?

Encerramento: Sugestões e recomendações, incentivar os participantes a compartilharem suas sugestões e recomendações para a implementação da ferramenta S-NICE. O que eles consideram importante para garantir o sucesso da ferramenta? Quais melhorias ou ajustes eles sugerem?

INFORMAÇÕES DE CONTACTO: Importa-se que a contactemos novamente se tivermos perguntas de seguimento? Se tiverem qualquer pergunta, o nosso contacto está disponível na folha de informação ao participante/formulário de consentimento que partilhamos cada um de vocês antes de iniciarmos com esta conversa!

FIM

Apêndice F: Guião de Entrevistas Semi estruturadas com os profissionais de saúde (provedores do SAAJ) nas Áreas de intervenção S-NICE

Versão 002, de 20 de Abril de 2024

Código do participante _____ Distrito/US _____

Data da entrevista: _____

- Dados sociodemográficos:

Sexo a. Masculino b. Feminino

Idade em anos completos _____

Formação académica: ESMI _____ TMG _____ Outros _____

Tempo de Serviço no SAAJ

Domínio da Intervenção:

- Conhecimento da intervenção S-NICE. Como você descreveria a iniciativa S-NICE?
- Quais são os principais objetivos e propósitos da intervenção S-NICE na sua perspectiva como provedor do SAAJ?
- Você acredita que o S-NICE é relevante para a prática clínica no SAAJ?

Domínio do Contexto:

- Quais são os factores contextuais que podem influenciar na aceitação e implementação da intervenção S-NICE para a melhoria do uso do SAAJ na tua área de saúde?
- Como as características do SAAJ e o ambiente de trabalho entre os envolvidos podem afetar a implementação da intervenção S-NICE?
- Quais são os recursos disponíveis que podem facilitar ou dificultar a implementação da intervenção S-NICE no SAAJ?

Domínio dos Participantes:

- Como os profissionais de saúde provedores do SAAJ percebem a iniciativa S-NICE?
- O que o S-NICE tem de diferente em relação às outras iniciativas que trabalham em prol da saúde do adolescente? Como é a relação entre estas iniciativas? Como é a relação com os implementadores.
- Como os profissionais de saúde avaliam sua própria capacidade de implementar o S-NICE?

- Você acredita que as suas preocupações são levadas em conta na planificação, execução e implementação da intervenção S-NICE para a melhoria do acesso e uso dos serviços de saúde para os adolescentes?

Domínio do Processo:

- Quais são os principais desafios encontrados pelos profissionais de saúde durante a implementação da intervenção S-NICE?
- Quais são as percepções dos profissionais de saúde sobre a apropriação e utilidade da intervenção S-NICE para a melhoria do uso do SAAJ pelas adolescentes?
- Como o S-NICE tem impactado no alcance e na eficácia dos cuidados de saúde no SAAJ, na perspectiva dos profissionais de saúde?
- Como você, como profissional de Saúde, percebe a intervenção da S-NICE em relação aos Serviços de Saúde para Adolescentes?
- Quais são os principais pontos positivos e negativos da S-NICE na sua opinião?
- Você acredita que a S-NICE é uma abordagem eficaz para melhorar os serviços de saúde para adolescentes? Por quê?

Quais foram as principais estratégias utilizadas para promover a apropriação da S-NICE entre os provedores de Saúde?

c) Quais foram os facilitadores identificados para a apropriação da iniciativa?

Acessibilidade da iniciativa:

Como você avalia a acessibilidade aos SAAJ's com a implementação da intervenção S-NICE??

Quais foram as principais ações implementadas para aumentar a acessibilidade da iniciativa?

Quais foram as principais barreiras enfrentadas em relação à acessibilidade da S-NICE e como foram superadas?

Identificação de barreiras e facilitadores da implementação da S-NICE no SAAJ:

a) Quais foram as principais barreiras enfrentadas pelos provedores de saúde do SAAJ durante a implementação da S-NICE?

b) Quais foram os principais facilitadores identificados que contribuíram para o sucesso da implementação da iniciativa no SAAJ?

c) Como essas barreiras foram superadas e como os facilitadores foram utilizados para impulsionar a implementação da S-NICE para melhoria do acesso e uso do SAAJ?

Considerações finais:

a) Existe algo mais que você gostaria de acrescentar sobre a implementação da iniciativa S-NICE no SAAJ?

b) Com base na sua experiência, quais recomendações você daria para melhorar a implementação da S-NICE no SAAJ e em outros serviços de saúde amigáveis para adolescentes?

Agradecer pela entrevista.

INFORMAÇÕES DE CONTACTO: Importa-se que a contactemos novamente se tivermos perguntas de seguimento? Se tiverem qualquer pergunta, o nosso contacto está disponível na folha de informação ao participante/formulário de consentimento que partilhamos cada um de vocês antes de iniciarmos com esta conversa. FIM

Apêndice G: Guião de entrevistas semi-estruturadas para os Implementadores da “S-NICE ”

Versão 001, de 27 de Fevereiro de 2024

Código do participante _____ Distrito _____ Data da
entrevista: _____ Função / Ocupação: _____

Introdução

Este guião é dirigido aos gestores e implementadores da S-NICE. Após o processo de consentimento informado e uma vez obtido o consentimento escrito ou oral gravado, a entrevista pode começar. As perguntas estão organizadas por tópicos. Inicie pelas perguntas fechadas relacionadas com as características sociodemográficas do participante e continue com as principais perguntas abertas.

Para as perguntas abertas, não é necessário que as perguntas sejam feitas exactamente na mesma ordem em que são apresentadas no guião. Haverá flexibilidade em seguir o fluxo da conversa de acordo com as respostas do participante. As questões específicas de investigação que esta entrevista abordará são:

1. Informações pessoais:

a) Cargo/Posição: b). Organização/Instituição: c) Tempo de serviço na organização:

2. Experiência na implementação da iniciativa S-NICE:

- a) Há quanto tempo você está envolvido na implementação da S-NICE?
- b) Quais são as suas principais responsabilidades nesse processo?
- c) Quais foram os principais desafios enfrentados durante a implementação da iniciativa?

3. Conhecimento, e o processo da implementação:

- a) Como você descreve a adesão dos profissionais de saúde aos princípios e diretrizes da S-NICE?
- b) Quais estratégias foram utilizadas para garantir a fidelidade na implementação da iniciativa?
- c) Quais foram as principais barreiras encontradas em relação à fidelidade da S-NICE e como foram superadas?
- d) Quais os Recursos disponíveis para a implementação da S-NICE (financeiros, tecnológicos, humanos).

4. Apropriação da iniciativa:

- a) Como você descreve a apropriação da iniciativa pelos diferentes intervenientes (profissionais de saúde, pela comunidade, adolescentes, professores)?
- b) Quais foram as principais estratégias utilizadas para promover a apropriação da S-NICE?
- c) Quais foram os facilitadores identificados para a apropriação da iniciativa?

5. Acessibilidade da iniciativa:

- a) Como você avalia a acessibilidade dos serviços de saúde amigáveis para adolescentes na província de Sofala após a implementação da intervenção S-NICE?
- b) Quais foram as principais ações realizadas para aumentar a acessibilidade da iniciativa?
- c) Quais foram as principais barreiras enfrentadas em relação à acessibilidade da S-NICE e como foram superadas?

6. Contribuição da iniciativa para a melhoria da política de modelos diferenciados de serviços de saúde amigáveis para adolescentes:

a) Como você percebe a contribuição da S-NICE para a melhoria da política de serviços de saúde amigáveis para adolescentes?

7. Identificação de barreiras e facilitadores da implementação da S-NICE:

a) Quais foram as principais barreiras enfrentadas durante a implementação da S-NICE?

b) Quais foram os principais facilitadores identificados que contribuíram para o sucesso da implementação da iniciativa?

c) Como essas barreiras foram superadas e como os facilitadores foram utilizados para impulsionar a implementação da S-NICE?

8. Apoio da liderança e engajamento dos gestores de saúde e do parceiro;

e) Capacidade de treinamento e suporte para os profissionais;

Cultura organizacional e clima de trabalho favoráveis à implementação da S-NICE;

f) Comunicação efetiva entre os diferentes atores envolvidos na implementação da S-NICE/SAAJ

g). Como têm sido afetados pelos fatores externos (políticos, económicos, sociais) na implementação da intervenção S-NICE?

9. Considerações finais:

a) Existe algo mais que você gostaria de acrescentar sobre a implementação da iniciativa S-NICE?

b) Com base na sua experiência, quais recomendações você daria para melhorar a implementação da S-NICE em outras regiões/províncias? FIM

Apêndice H: Guião de entrevista para gestores de saúde do adolescente de nível distrital e da US (Responsável do CS/US, SMI responsável da US, Ponto focal para o envolvimento comunitário) da área de intervenção S-NICE

Versão 002, de 20 de Abril de 2024

Código do participante _____ Distrito _____ Data da entrevista _____

Introdução

Este guião é dirigido aos gestores de nível Distrital dos serviços de SSR e das US. Após o processo de consentimento informado e uma vez obtido o consentimento escrito ou oral gravado, a entrevista pode começar. As perguntas estão organizadas por tópicos. Inicie pelas perguntas fechadas relacionadas com as características sociodemográficas do participante e continue com as principais perguntas abertas.

Para as perguntas abertas, não é necessário que as perguntas sejam feitas exactamente na mesma ordem em que são apresentadas no guião. Haverá flexibilidade em seguir o fluxo da conversa de acordo com as respostas do participante. As questões específicas de investigação que esta entrevista abordará são:

1. Conhecimento da iniciativa pelos participantes, aceitabilidade e percepção da ferramenta S-NICE.

Avaliar o conhecimento dos participantes sobre a ferramenta S-NICE. Eles já ouviram falar? O que eles sabem a respeito?

Ja participaram de algum encontro? O que aconteceu lá? Quem eram os participantes?

Perguntar sobre a percepção dos participantes em relação à ferramenta. Eles acreditam que ela pode ser útil na melhoria dos serviços de saúde para adolescentes e jovens? Por quê?

Perguntar sobre as experiências dos participantes em relação ao S-NICE para o acesso e utilização do SAAJ pelas adolescentes.

Quais foram as suas experiências positivas e negativas? Principais barreiras? Facilitadores?

Quais serviços ou recursos consideram mais importantes na implementação da intervenção S-NICE?

Como percebem o facto dos líderes comunitários serem envolvidos na implementação da intervenção S-NICE para melhoria do acesso e utilização dos Serviços Amigáveis para Adolescentes e Jovens (SAAJ)?

O que torna o S-NICE diferente?

Como as leis e Políticas existentes influenciam na implementação da intervenção S-NICE?

Principais factores que influenciam a implementação bem-sucedida da intervenção S-NICE na comunidade?

Principais desafios enfrentados na promoção e utilização dos SAAJ pelos adolescentes da sua comunidade através da intervenção S-NICE?

Como os líderes comunitários têm apoiado na implementação da intervenção S-NICE para o SAAJ?

Como é a interação com os implementadores? O que pode melhorar no S-NICE?

Que sugestões você tem para melhorar a colaboração entre a componente da US e os diferentes intervenientes da intervenção S-NICE para melhoria do acesso e utilização dos SAAJ?

Domínio do Contexto:

- Quais são os factores contextuais que têm influenciado na aceitação e implementação da intervenção S-NICE para a melhoria do uso do SAAJ na tua área de Saúde?
- Como as características do SAAJ e o ambiente de trabalho entre os envolvidos têm influenciado na implementação da intervenção S-NICE?
- Quais recursos disponíveis facilitam a implementação da intervenção S-NICE no SAAJ?

Domínio dos Participantes:

- Como os profissionais de saúde provedores do SAAJ percebem a iniciativa S-NICE?
- O que o S-NICE tem de diferente em relação às outras iniciativas que trabalham em prol da saúde do adolescente? Como é a relação entre estas iniciativas? Como é a relação com os implementadores.
- Como os profissionais de Saúde avaliam sua própria capacidade de implementar o S-NICE?

Como você percebe a intervenção da S-NICE em relação aos serviços de saúde para adolescentes?

- Quais são os principais pontos positivos e negativos da S-NICE na sua opinião?
- Você acredita que a S-NICE é uma abordagem eficaz para melhoria do acesso e utilização dos SAAJ?
- Você acredita que a S-NICE está sendo implementada de acordo com as diretrizes e protocolos estabelecidos? Por quê?
- O que o S-NICE tem de diferente comparado as outras intervenções que trabalham em prol da saúde do adolescente neste distrito/área de Saúde?

3. Barreiras e Facilitadores:

- Quais são as principais barreiras encontradas na implementação bem-sucedida da S-NICE?
- Quais são os factores que facilitam a implementação da S-NICE em sua opinião?
- Quais são as estratégias que têm usado para superar as barreiras identificadas?

INFORMAÇÕES DE CONTACTO: Importa-se que a contactemos novamente se tivermos perguntas de seguimento? Se tiver quaisquer perguntas, o nosso contacto está disponível na folha de informação

ao participante/formulário de consentimento que partilhamos consigo antes de iniciarmos com esta entrevista.

Chegamos ao fim da entrevista. Obrigado pela sua atenção, o seu tempo e as suas valiosas contribuições!

FIM

Apêndice I: Guião de Entrevista Semiestruturada para Professores, Pontos Focais de Saúde Escolar nas Escolas da Área de Intervenção da intervenção S-NICE

Versão 002, de 20 de Abril de 2024

Código do participante _____ Distrito _____ Data da entrevista: _____
Ocupação _____

Introdução

Apresentação do entrevistador e do objectivo da entrevista

Consentimento para participação e gravação da entrevista

Perfil do Entrevistado

Função na escola e responsabilidades na Saúde do Adolescente:

Tempo de actuação na escola, área de intervenção da intervenção S-NICE:

Conhecimento da Intervenção/Experiência na Implementação da intervenção S-NICE na Escola

Ja ouviu falar? Participou de alguma reunião? Como é implementado o S-NICE na sua Escola? Como descreveria a sua experiência na implementação da intervenção S-NICE na escola como ponto focal de Saúde do adolescente?

Quais são os principais desafios enfrentados na integração da intervenção S-NICE às práticas de Saúde da Escola?

Em que o S-NICE difere das outras intervenções ligadas à Saúde do adolescente?

Envolvimento dos Professores

Qual é o papel dos professores na promoção da Saúde do Adolescente e na implementação do SAAJ através da intervenção S-NICE na Escola?

Como têm sido abordadas as questões de formação e capacitação dos professores para a implementação eficaz da intervenção S-NICE?

Características da Organização:

Como a Escola apoia na implementação da intervenção S-NICE para melhoria do acesso e utilização dos SAAJ com as actividades Escolares?

Características Individuais: Qual é a percepção dos professores em relação aos benefícios dos SAAJ para os adolescentes?

Como você percebe a intervenção da S-NICE em relação aos serviços de saúde para adolescentes?

- Quais são os principais pontos positivos e negativos da S-NICE na sua opinião?
- Você acredita que a S-NICE é uma abordagem eficaz para melhoria do acesso e utilização dos SAAJ?
- O que o S-NICE tem de diferente comparado as outras intervenções que trabalham em prol da Saúde do adolescente neste distrito/área de Saúde?

Que recursos estão disponíveis para a implementação da intervenção S-NICE? O que considera indispensável para a implementação bem-sucedida da intervenção S-NICE?

Que recomendações daria para melhoria da intervenção S-NICE e seu contributo para melhoria do acesso e utilização do SAAJ?

Apêndice J: Guião de entrevistas semi estruturadas para a componente comunitária (líderes comunitários e chefes das localidades ou Secretários das localidades)

Versão 002, de 27 de Abril de 2024

Código do participante _____ Distrito/US _____ Data da entrevista: _____

Função / Ocupação _____

Introdução

Este guião de entrevistas semi estruturadas é dirigido aos líderes comunitários, residentes nas comunidades servidas pelos centros de saúde de estudo e que façam parte do workshop “S-NICE”. As perguntas estão organizadas por tópicos. Não é necessário que as perguntas sejam feitas exactamente na mesma ordem em que são apresentadas no guião. Haverá flexibilidade em seguir o fluxo da conversa de acordo com as respostas do participante. Queremos pedir que se sinta à vontade e vamos respeitar as suas opiniões. Todas as opiniões são válidas. Não há uma opinião certa ou errada.

I- Dados sociodemográficos :

1. Sexo a). Masculino b). Feminino

2. Idade em anos completos _____

2. Conhecimento da iniciativa pelos participantes, aceitabilidade e percepção da ferramenta S-NICE.

Avaliar o conhecimento dos participantes sobre a ferramenta S-NICE. Eles já ouviram falar? O que eles sabem a respeito?

Ja participaram de algum encontro? O que aconteceu lá? Quem eram os participantes?

Perguntar sobre a percepção dos participantes em relação à ferramenta. Eles acreditam que ela pode ser útil na melhoria dos serviços de saúde para adolescentes e jovens? Por quê?

Perguntar sobre as experiências dos participantes em relação ao S-NICE para o acesso e utilização do SAAJ pelas adolescentes.

Quais foram as suas experiências positivas e negativas? Principais barreiras? Facilitadores?

Quais serviços ou recursos consideram mais importantes na implementação da intervenção S-NICE?

O que torna o S-NICE diferente?

Como as leis e políticas existentes influenciam na implementação da intervenção S-NICE?

Principais factores que influenciam a implementação bem-sucedida da intervenção S-NICE na comunidade?

Principais desafios enfrentados na promoção e utilização dos SAAJ pelos adolescentes da sua comunidade através da intervenção S-NICE?

Como os líderes comunitários e a liderança local têm apoiado a implementação da intervenção S-NICE para o SAAJ?

Que sugestões você tem para melhorar a colaboração entre os líderes comunitários ou a liderança local e o projeto S-NICE na melhoria dos SAAJ?

Como é a interação com os implementadores? O que pode melhorar no S-NICE?

Apropriação:

Quais são as mudanças percebidas na sua actuação como líder comunitário após a implementação da intervenção S-NICE?

Intervenção:

a). Como é que os líderes comunitários e chefes das localidades têm sido envolvidos no S-NICE e na promoção dos SAAJ na comunidade?

7. Características da Organização:

a). Como têm sido apoiados pelos gestores na sua participação ativa no programa S-NICE?

a). Que medidas têm sido implementadas para promover a colaboração dos líderes comunitários com o programa?

8. Contexto Externo:

a). Até que ponto as necessidades dos envolvidos, bem como barreiras e facilitadores para atender a essas necessidades, são priorizadas pelos gestores da intervenção S-NICE organização?

Que estratégias têm sido utilizadas para lidar com os desafios externos na promoção do uso e acesso do SAAJ na comunidade?

Barreiras e facilitadores:

Como avalia a Capacidade de treinamento e suporte.

Acredita que a Cultura organizacional e clima de trabalho dos implementadores da S-NICE são favoráveis à sua implementação?

Como descreve a Comunicação entre os diferentes actores envolvidos na implementação da S-NICE?

Que aspectos da cultura, da tradição ou ensinamento ligados às mulheres ou homens, que acham que pode dificultar a rapariga quando ela pretende ir ao centro de saúde tratar o assunto da saúde dela como mulher?

O que pensam sobre a iniciativa S-NICE para melhorar o acesso e usar os serviços de saúde?

O que é preciso ter em consideração para a iniciativa “S-NICE” ser bem implementada?

O que é necessário ter em consideração para a iniciativa não falhar?

INFORMAÇÕES DE CONTACTO: Importa-se que a contactemos novamente se tivermos perguntas de seguimento? Se tiverem qualquer pergunta, o nosso contacto está disponível na folha de informação ao participante/formulário de consentimento que partilhamos cada um de vocês antes de iniciarmos com esta conversa.

Chegamos ao fim da discussão. Obrigado pela vossa atenção, tempo e as vossas valiosas contribuições!

FIM

Apêndice K: Guião de entrevistas semi-estruturadas para os praticantes de Medicina tradicional e APS's, área de intervenção S-NICE

Versão 002, de 20 de Abril de 2024

Código do participante _____ Distrito _____ Data da entrevista: _____

Introdução

Este guião de entrevistas semi estruturadas é dirigido aos praticantes de Medicina tradicional, residentes nas comunidades servidas pelos centros de saúde de estudo e que façam parte do workshop “S-NICE”. As perguntas estão organizadas por tópicos. Não é necessário que as perguntas sejam feitas exactamente na mesma ordem em que são apresentadas no guião. Haverá flexibilidade em seguir o fluxo da conversa de acordo com as respostas do participante. Queremos pedir para que se sinta à vontade. Todas as opiniões são válidas. Não há uma opinião certa ou errada.

A Intervenção:

a). Ja ouviu falar da intervenção S-NICE? Participou de alguma reunião? Quais são as suas percepções sobre a eficácia do programa para a melhoria do acesso aos serviços de saúde pelas adolescentes da sua comunidade?

Características da Organização:

a). A estrutura organizacional da intervenção S-NICE permite a colaboração com os praticantes de medicina tradicional para melhoria do acesso e uso dos SAAJ pelos adolescentes da sua área de saúde?

b). Que medidas têm sido tomadas para promover a participação activa dos praticantes de medicina tradicional no programa?

c). Como tem sido a relação com os colaboradores e gestores da intervenção S-NICE?

d). Quais desafios têm enfrentado na adesão e colaboração com a intervenção da intervenção S-NICE?

e). Como têm sido envolvidos no S-NICE e na utilização dos SAAJ?

f). Quais são os principais benefícios percebidos na integração dos serviços de medicina tradicional no S-NICE para melhoria do acesso e uso do SAAJ?

Contexto Externo:

Que estratégias têm sido utilizadas para lidar com as barreiras externas na sua participação da intervenção S-NICE?

Processo de Implementação:

a). Como têm sido as etapas e procedimentos seguidos para integrar os praticantes de medicina tradicional no S-NICE e nos SAAJ?

b). Que sugestões têm para melhorar a colaboração e comunicação com os outros colaboradores da intervenção?

Encerramento

INFORMAÇÕES DE CONTACTO: Importa-se que a contactemos novamente se tivermos perguntas de seguimento? Se tiverem qualquer pergunta, o nosso contacto está disponível na folha de informação.

FIM

Apêndice L: formulário de recolha de dados secundários do SAAJ para as Unidades Sanitárias do estudo (Intervenção e Comparação)

Versão 002 de 27 de Abril de 2024

Este formulário deve ser usado para colecta de dados da primeira visita no livro de registos do SAAJ das US do estudo

US de Intervenção_____ US de Comparação_____Nome do colector de dados:_____

Dados do mês de:_____Sofala, Distrito de:_____Unidade Sanitária:_____	
Dados do adolescente Idade em anos:_____ Sexo:_____ Local de residência:_____ Situação escolar: Dentro_____ Fora_____	Como aderiu ao SAAJ Livre espontânea_____ Encaminhado por: Professor:_____ Profissional de saúde:_____ Activista_____Outro:_____
Contracepção Sim:_____ Não:_____ Se Sim: Novo:_____Continua com o método:_____ Mudança do método:_____	Método contraceptivo Pílula:_____DIU:_____Injectável:_____ Implante:_____Contracepção de emergência:_____Preservativo Masculino:_____ Preservativo Feminino:_____ Geolocalização:

Apêndice M: formulário de recolha de dados secundários da CPN para as unidades sanitárias do estudo (Intervenção e Comparação)

Versão 002 de 27 de Abril de 2024

Este formulário deve ser usado para colecta de dados da primeira visita no livro de registos da CPN/SAAJ das US do estudo

US de Intervenção_____ US de Comparação_____Nome do colector de dados:_____

Dados do mês de:_____Sofala, Distrito de:_____Unidade Sanitária:_____	
Dados do adolescente Idade em anos:_____ Local de residência:_____	Situação escolar: Dentro_____ Fora_____ Estado _____ civil: Solteira____ Casada____ Outros____ Primeira consulta Sim_____ Não_____ IG Menor ou Igual a 12 semanas_____ Maior ou Igual a 12 semanas_____ Geolocalização:

FIM