USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

PESQUISA FORMATIVA SOBRE GÉNERO E HIGIENE EM MOÇAMBIQUE

RELATÓRIO FINAL

AGOSTO 2021
Este documento foi produzido para revisão pela Agência dos Estados Unidos da América para o Desenvolvimento Internacional. Foi preparado pelo Iris Group no âmbito do subcontrato da Tetra Tech.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer à USAID Washington, DC e Moçambique pelo seu apoio a este trabalho. Gostaríamos também de reconhecer o apoio da UNICEF e da ADPP na planificação e condução de discussões de grupos focais e entrevistas com informantes-chave, bem como as contribuições de representantes de outros parceiros de execução que participaram em entrevistas e reuniões de partes interessadas. Esta pesquisa exigiu a aprovação e apoio da Direção Nacional de Abastecimento de Água e Saneamento (DNAAS) do Governo de Moçambique, bem como o apoio e participação de funcionários distritais de saúde e planeamento e infraestrutura – pelo que estamos gratos. Agradecemos as contribuições dos muitos sujeitos envolvidos na pesquisa. Por último, apreciamos as análises técnicas de Morris Israel (Tetra Tech) e USAID.

Autores: Aditi Krishna, Zaida Adriano Cumbe, Bacelar Muneme, Frances Houck, Mary Beth Hastings, Aishwarya Nagar, e Hannah F.G. Taukobong, Iris Group e Julia E. Rosenbaum, FHI 360

Sugestão de Citação: USAID. (2021). *Formative research on gender and hygiene in Mozambique: Final report.* Washington, DC.: USAID Water, Sanitation, and Hygiene Partnerships and Learning for Sustainability (WASHPaLS) Project.

Preparado para a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional pelo projecto Water, Sanitation, and Hygiene Partnerships and Learning for Sustainability (WASHPaLS) project, Task Order number AID-OAA-TO-16-00016 of the Water and Development Indefinite Delivery Indefinite Quantity Contract (WADI), contract number AID-OAA-I-14-00068.

Tetra Tech Contacts:

Morris Israel, Diretor de Projecto
morris.israel@washpals.org

Jeff Albert, Diretor Adjunto do Projecto
jeff.albert@washpals.org

Lucia Henry, Gestora do Projecto
lucia.henry@tetratech.com

Tetra Tech
1320 N. Courthouse Road, Suite 600, Arlington, VA 22201
Tel: 703 387 2100, Fax: 802 658 4247
www.tetratech.com/intdev

PESQUISA FORMATIVA SOBRE GÉNERO E HIGIENE EM MOÇAMBIQUE

RELATÓRIO FINAL

Agosto de 2021

ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE
As opiniões do autor expressas nesta publicação não reflectem necessariamente as opiniões da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional ou do Governo dos Estados Unidos.

TABELA DE CONTEÚDOS

LISTA DE TABELAS E FIGURAS ..... **II**
SIGLAS E ABREVIATURAS ..... **III**
SUMÁRIO EXECUTIVO ..... **V**
1.0 INTRODUÇÃO **1**
1.1 GÉNERO E ASH EM MOÇAMBIQUE 1
2.0 QUESTÕES E MÉTODOS DE PESQUISA **3**
2.1 QUESTÕES DE PESQUISA 3
2.2 MÉTODOS DE PESQUISA 3
2.3 LOCAIS DE ESTUDO 3
2.4 RECOLHA DE DADOS 5
2.5 ANÁLISE DE DADOS 8
3.0 RESULTADOS DAS DISCUSSÕES DE GRUPOS FOCAIS E ENTREVISTAS COM INFORMANTES-CHAVE **11**
3.1 RESULTADOS RELACIONADAS COM O EXERCÍCIO DE VINHETA 11
3.1.1 Exemplos de uma "Mulher Típica" e Agregado Familiar 11
3.1.2 Prioridades Orçamentais para um Agregado Familiar Típico 12
3.1.3 Condições de ASH nas Comunidades 12
3.2 RESULTADOS POR COMPORTAMENTO DE HIGIENE 13
3.2.1 Comportamento I: Construção de Latrina 13
3.2.2 Comportamento II: uso de latrina 20
3.2.3 Comportamento III: eliminação segura de fezes infantis 22
3.2.4 Comportamento IV: Lavagem das Mãos 26
3.2.5 Comportamento V: Gestão da Higiene Menstrual 28
3.3 IMPLICAÇÕES DA COVID-19 32
4.0 RECOMENDAÇÕES **33**
4.1 CONSTRUÇÃO E USO DE LATRINA 33
4.2 ELIMINAÇÃO SEGURA DE FEZES INFANTIS 36
4.3 LAVAGEM DAS MAÕS 36
4.4 GESTÃO DE HIGIENE MENSTRUAL 37
4.5 RECOMENDAÇÕES ABRANGENTES 39
5.0 LIMITAÇÕES **41**
REFERÊNCIAS **42**
APÊNDICE I: RESULTADOS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA **44**
APÊNDICE II: PROTOCOLO DE PESQUISA DE CAMPO **60**
APÊNDICE III: MODELO DE ANÁLISE PARTICIPATIVA **80**
APÊNDICE IV: LISTA DE PARTICIPANTES DA SEGUNDA REUNIÃO DE PARTES INTERESSADAS **82**
APÊNDICE V: RECOMENDAÇÕES LIGADAS AOS RESULTADOS **84**

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Características das Comunidades Selecionadas, por Província e Distrito....4
Tabela 2. Número Total de DGFs e EIC por Província, Distrito e Comunidade....5
Tabela 3. Participantes Homens e Mulheres de DGFs e EIC por Província, Distrito e Comunidade....7
Tabela 4. Determinantes Comportamentais de Acordo com o Modelo do Elefante, Cavaleiro e Caminho....10
Tabela 5. Tabela Resumo dos Determinantes de ERP: Construção de Latrina....14
Tabela 6. Tabela Resumo dos Determinantes de ERP: Uso de Latrina....20
Tabela 7. Tabela Resumo dos Determinantes de ERP: Eliminação Segura de Fezes Infantis....23
Tabela 8. Tabela Resumo dos Determinantes de ERP: Lavagem das Mãos....26
Tabela 9. Tabela Resumo dos Determinantes de ERP: Gestão da Higiene Menstrual....29

Figura 1. Latrinas Observadas Na Zambézia: Duas Superestruturas De Saneamento Observadas Numa Comunidade Periurbana....19
Figura 2. Imagem dos Resultados, Recomendações e Etiquetas no Apêndice V....33
Figura 3. Práticas de Eliminação de Fezes Infantis, por Idade....49

SIGLAS E ABREVIATURAS

APE	Agente Polivalente Elementar (agente/activista de saúde da comunidade)
ASH	Água, Saneamento e Higiene
CDCS	*Country Development and Cooperation Strategy* (Estratégia de Desenvolvimento e Cooperação do País)
CMSC	Comunicação para a mudança social e de comportamento
COM-B	*Capability, Opportunity, and Motivation for Behavior* (Capacidade, Oportunidade e Motivação para o Comportamento)
DGF	Discussão de Grupo Focal
DNAAS	Direcção Nacional de Abastecimento de Água e Saneamento
DPOPHRH	Direcção Provincial de Obras Públicas, Habitação e Recursos Hídricos
EIC	Entrevista com Informante Chave
ERP	Modelo Elefante, Cavaleiro, Caminho
GHM	Gestão de Higiene Menstrual
INAS	Instituto Nacional da Acção Social
LIFECA	Livre do Fecalismo à Céu Aberto
MSC	Mudança Social e de Comportamento
MZN	Metical
OMM	Organização das Mulheres Moçambicanas
ONG	Organização Não-Governamental
PASD	Programa de Acção Social Directa
PASP	Programa de Acção Social Productiva
PAUS	Programa de Apoio às Unidades Sociais
PEC	Participação e Educação Comunitária
PHAST	Transformação Participativa da Higiene e do Saneamento
PRONASAR	Programa Nacional de Abastecimento de Água e Saneamento Rural
PSSB	Programa de Subsídio Social Básico
SANTOLIC	Saneamento Total Liderado pela Comunidade
SCIP	USAID/Mozambique Strengthening Communities through Integrated Programming Project (Fortalecer Comunidades por meio de Programação Integrada, USAID/Moçambique)
SDPI	Serviços Distritais de Planeamento e Infraestruturas

SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social
SNV HH4A	SNV's Hand Hygiene for All Project (Projecto de Higiene das Mãos para todos da SNV)
USD	United States Dollar (Dólar dos Estados Unidos da América)
WASHPaLS	Water, Sanitation and Hygiene Partnerships and Learning for Sustainability (Parcerias de Água, Saneamento Higiene e Aprendizagem para a Sustentabilidade

SUMÁRIO EXECUTIVO

As evidências globais sugerem que determinantes estruturais e comportamentais profundamente enraizados, incluindo normas restrictivas e desigualdades relacionadas com o género, sustentam más condições de saneamento e higiene. No entanto, não se sabe o suficiente sobre as dinâmicas específicas que impulsionam comportamentos de saneamento e higiene em Moçambique. A USAID concluiu uma avaliação participativa em fevereiro de 2019, identificando a necessidade de mais investigação para conceber programas robustos de mudança de comportamento de higiene baseados em evidências, particularmente aqueles que abordam determinantes relacionados com o género. Em resposta, o Projecto USAID *Water, Sanitation, and Hygiene Partnerships and Learning for Sustainability* (WASHPaLS) realizou uma pesquisa formativa sobre género, saneamento e higiene nas províncias de Nampula e Zambézia, em Moçambique.

O objectivo da investigação foi identificar barreiras e motivações para comportamentos selecionados de saneamento e higiene, nomeadamente, construção e utilização de latrinas, eliminação segura de fezes infantis, lavagem das mãos e gestão da higiene menstrual (GHM), e desenvolver recomendações práticas transformadoras de género para programação de água, saneamento e higiene (ASH).

As seguintes questões orientaram a pesquisa formativa:

1. Quais são as barreiras e motivações para selecionados comportamentos de saneamento e higiene?
2. Como é que as normas sociais de género e as relações de género influenciam os comportamentos de saneamento e higiene e os resultados relacionados?
3. Para a construção de latrinas, quais são os processos e papéis que homens e mulheres desempenham na tomada de decisão no agregado familiar? Como é que as normas de género influenciam estas decisões?
4. Quais são as implicações da COVID-19 nestes comportamentos?

Após uma revisão bibliográfica e consultas com representantes de parceiros de implementação de ASH, a equipa desenvolveu uma pesquisa qualitativa mista composta por discussões de grupos focais (DGFs) e Entrevista com Informante-Chave (EIC). A equipa realizou 39 DGFs com 433 participantes (239 mulheres; 194 homens) e 22 EIC (4 mulheres; 18 homens) com líderes e activistas comunitários, oficiais distritais de ASH que implementam actividades de Saneamento Total Liderado pela Comunidade (SANTOLIC) e de Transformação Participativa da Higiene e do Saneamento (PHAST) nos Serviços Distritais de Planeamento e Infraestruturas (SDPI), e representantes de organizações que trabalham com Participação e Educação Comunitária (PEC). A recolha de dados foi realizada em nove comunidades: 5 comunidades rurais e 4 comunidades periurbanas. O desenho da pesquisa exigia que aproximadamente metade das comunidades rurais ainda praticasse fecalismo a céu aberto e que a outra metade fosse classificada por parceiros de implementação como livres do fecalismo a céu aberto (LIFECA) ou com condições para assim serem declaradas. Na realidade, a equipa da pesquisa observou pouca diferença entre as comunidades com condições ou declaradas LIFECA e as não LIFECA. Muitas comunidades não LIFECA não tinham ainda sido declaradas ou certificadas como LIFECA, mas tinham participado em ampla mobilização e actividades com vista a serem declaradas LIFECA. Por outro lado, muitas comunidades LIFECA não poderiam no momento da visita continuar a ser consideradas LIFECA devido à reversão ao estatuto anterior ou à certificação original imperfeita. A equipa analisou os dados em conjunto, mapeando as descobertas num modelo de análise participativa que incluía determinantes comportamentais do modelo Elefante, Cavaleiro, Caminho (ERP) e da estrutura SaniFOAM. Após a recolha de dados, a equipa realizou uma reunião com partes interessadas para partilhar as conclusões preliminares da análise de dados e solicitar recomendações para futura programação.

As principais conclusões da pesquisa incluem:

- **Existe uma consciência generalizada dos comportamentos ideais de saneamento e higiene:** Em todas as comunidades - com excepção da comunidade verdadeiramente não LIFECA - a maioria dos participantes relataram conhecer as razões da construção e uso da latrina, e como eliminar as fezes infantis com segurança. A maioria dos respondentes também relatou a prática destes comportamentos. No entanto, no que diz respeito à lavagem das mãos, embora a maioria das pessoas soubesse quando e como lavar as mãos, só o relataram depois de defecar, antes de cozinhar, antes e depois de comer, e não em outros momentos críticos.

- **As mulheres são participantes activas no processo de tomada de decisão e contam com o apoio da comunidade para defender que a construção aconteça, no entanto, são os homens que, fundamentalmente decidem se devem ou não construir uma latrina**: Influenciadas pelos seus pares (ver abaixo) e guiadas pelas expectativas sociais em relação à posse de latrinas, as mulheres iniciaram discussões e encorajaram os seus parceiros a construir latrinas. Os participantes relataram que os maridos eram os principais decisores em relação à construção de latrinas, uma vez que eram os chefes das famílias e principalmente responsáveis pela construção da latrina. No entanto, as mulheres sentiram-se capazes de influenciar os seus maridos, recrutando o apoio de membros da comunidade e líderes e até da polícia, como relatado na Zambézia.
- **As mulheres enfrentam pressão social para possuir latrinas e não praticarem fecalismo a céu aberto**: As mulheres relataram um elevado sentimento de reprovação por não possuir uma latrina, especialmente se não puderam oferecer uma latrina a um visitante ou tiverem de pedir a um vizinho para usar a sua latrina. Também partilhavam sentir vergonha por serem vistas a defecar à céu aberto.

- **As mulheres mencionaram claramente mais benefícios para a construção e utilização de latrinas do que os homens.** As motivações para a posse da latrina incluíam a privacidade, segurança e conveniência que as latrinas oferecem. Ter a própria latrina significava não ter de ir à mata para defecar e correr o risco de ser observada por um vizinho, particularmente um homem. As mulheres também relataram temer encontros com animais (por exemplo, picadas de cobra) e na Zambézia relataram sentir-se vulneráveis a agressões ao terem de se distanciar da sua casa para defecar. As mulheres relataram que ter as suas próprias latrinas era mais conveniente do que pedir a um vizinho que usasse a sua ou ir a mata para defecar. Os participantes relataram ainda que o fecalismo à céu aberto não era muito viável nas zonas periurbanas devido à proximidade de outras casas e à falta de espaço. As mulheres também relataram que as latrinas proporcionavam comodidade para eliminarem as fezes das crianças.

- **Papéis e responsabilidades de género colocam o ónus sobre a eliminação das fezes infantis nas mulheres**. As mães normalmente limpavam as fraldas de pano utilizadas por crianças com idade igual ou inferior a um ano de idade, recolhiam as fezes que as crianças defecaram abertamente no quintal, e treinavam crianças com mais de quatro ou cinco anos a usarem a latrina de forma independente. Homens e crianças mais velhas relataram ajudar quando as mães estavam ocupadas a cozinhar ou estavam longe de casa, mas com pouca frequência.

- **Ter pouco acesso à água e sabão acessível reforça as formas tradicionais de lavagem das mãos, que não são ideais para a higiene das mãos.** Particularmente em Nampula, onde as comunidades visitadas viviam uma situação de seca, a escassez de água e falta de dinheiro para comprar sabão (devido à insuficiência de culturas alimentares e à pobreza relacionada com a seca) foram barreiras fundamentais para a lavagem de mãos. As famílias usavam frequentemente cinzas como substituto do sabão; ao comprar sabão, tendiam a priorizar o uso deste para outros usos, como banho e lavagem da roupa. Foi reportado como um dos métodos para a lavagem das mãos em Nampula, o uso de uma bacia comum com água onde, as mãos eram lavadas mergulhando-as na água

depositada dentro da bacia sem sabão. Embora este método permitisse a reutilização da água, crítica em condições de seca, não é aceitável para a higiene das mãos. Na Zambézia, a água corrente era usada com mais frequência para lavar a mão, despejando água limpa e não utilizada sobre as mãos de uma tigela comum usando um jarro/caneca ou uma torneira ou tippy tap.

- **As mulheres usam mais frequentemente métodos que aprenderam através de ritos de iniciação tradicionais para gerir a sua menstruação**: O conhecimento e o acesso a produtos menstruais descartáveis era baixo, especialmente entre mulheres e raparigas nas comunidades rurais. A maioria das mulheres, particularmente mulheres mais velhas, relataram usar métodos que aprenderam como parte dos ritos de iniciação na idade adulta. Elas usavam com mais frequência pedaços de capulana para absorver o sangue durante a menstruação. Tipicamente amarravam da forma tradicional à volta da cintura ou enfiavam na calcinha. As mulheres mais novas usavam normalmente calcinhas. O uso de capulana causa um grande desconforto e restringe a mobilidade das mulheres. As mulheres também se sentiam restritas às suas casas devido aos tabus sobre a lavagem dos pedaços de capulana usados para absorver o sangue menstrual em casas de outras pessoas. Os participantes relataram que os produtos menstruais e o sangue devem ser mantidos longe da visão de crianças e maridos para não os envergonhar ou desrespeitar. Assim, as mulheres lavavam produtos menstruais na privacidade da casa de banho ou na mata (se a casa não tivesse uma casa de banho – que é uma segunda estrutura, semelhante à latrina em forma, altura e materiais de construção, utilizada para banho, higiene menstrual e, por vezes, para urinar). As actividades diárias das mulheres enquanto menstruadas eram restritas, como não salgar a comida, não dormir na mesma cama que os maridos, não ter relações sexuais, e para as mulheres muçulmanas, não ir à mesquita.
- **COVID-19 teve pouco impacto nos comportamentos de saneamento e higiene e considerações relacionadas com o género**: Embora os conhecimentos relacionados com a lavagem das mãos tenham aumentado devido às mensagens de saúde pública em torno da COVID-19, houve poucos outros impactos da COVID-19 no saneamento e higiene nas comunidades selecionadas. Em Nampula, as preocupações devido a seca e à consequente pobreza e insegurança alimentar foram mais acentuadas do que quaisquer perturbações ou alterações provocadas pela COVID-19.

Estes resultados dos GDFs e EIC são em grande parte consistentes com as identificadas através da revisão bibliográfica, e da reunião das partes interessadas que a equipa realizou durante a primeira fase da pesquisa em outubro-dezembro de 2019.

Com base nos resultados da pesquisa, a equipa propõe as seguintes recomendações para futura programação para cada um dos cinco comportamentos de saneamento e higiene (com construção e uso de latrinas combinados):

Comportamento	Recomendação
Construção e Uso de Latrinas	1. Usar o que sabemos sobre a priorização das pessoas em questões de segurança, orgulho/vergonha em torno de não ter uma latrina, ter que pedir para usar a latrina de um vizinho, ou não ter uma para os hóspedes, particularmente para as mulheres (que são mais propensas a passar mais tempo em casa e ser responsáveis pelo saneamento e higiene doméstica), para ajudar a motivar a construção e o uso de latrinas. Quaisquer estratégias em torno desta questão devem utilizar enquadramentos positivos para enfatizar o orgulho, a segurança e a privacidade em vez de vergonha, perigo e indignidade para evitar mais estigmatização, especialmente para as mulheres.

Comportamento	Recomendação
Construção e Uso de Latrinas	2. Envolver os homens para compreender o valor da participação plena das mulheres nas decisões de construção de latrinas (por exemplo, benefícios para toda a família, consideração de hóspedes, crianças, segurança, etc.) Introduzir a comunicação de casais e negociação para defender a alocação de recursos domésticos para a construção de latrinas. Usar o treinamento e a comunicação para a mudança social e de comportamento (CMSC) para reduzir o estigma para as mulheres que desejam aprender sobre a construção de latrinas e comprar materiais e contratar mão-de-obra.
Construção e Uso de Latrinas	3. Incluir elementos em programas de saneamento, como o SANTOLIC, que promovem e apoiam famílias chefiadas por mulheres ou compostas por idosos com menor probabilidade de construir latrinas na ausência de um "homem forte". Esta abordagem deve ser associada à assistência financeira e ao desenvolvimento de opções de construção local (isto é, artesãos, vizinhos).
Construção e Uso de Latrinas	4. Desenvolver, se necessário, e promover opções de saneamento que melhor se adequem a terrenos desafiantes (areia, solo rochoso).
Eliminação Segura de Fezes Infantis	5. Empregar estratégias para envolver homens na eliminação de fezes infantis e envolver os homens de uma forma mais geral como co-cuidadores.
Eliminação Segura de Fezes Infantis	6. Reforçar as práticas positivas existentes de eliminação imediata e segura das fezes infantis.
Lavagem das mãos	7. Baseie-se na prática positiva existente de lavagem das mãos em momentos críticos para modificar elementos nocivos e ineficazes destas práticas actuais, para incentivar uma lavagem mais higiénica. Desencorajar a reutilização da água na lavagem das mãos e promover a prática de despejar água de um jarro ou caneca numa bacia comum ao invés de mergulhar as mãos na bacia. Dada a escassez de água, incentivar o uso de água cinza (já usada) para actividades como regar horta ou jardim. Promover uma maior lavagem de mãos para as crianças.
Lavagem das mãos	8. Incluir estratégias na programação futura que priorizem o uso de sabão para lavagem das mãos (além de banhos e lavagem de roupa).
Gestão de Higiene Menstrual	9. Alargar o acesso a produtos de gestão menstrual além de capulanas, tais como produtos reutilizáveis e descartáveis, complementado por disposições de eliminação adequada. Os esforços para aumentar o acesso devem envolver o sector privado local para garantir uma cadeia de abastecimento, pontos de preços acessíveis, produtos de alta qualidade e criação/oferta baseada no mercado.
Gestão de Higiene Menstrual	10. Incentivar adaptações mais higiénicas das práticas tradicionais de GHM, tais como a utilização de panos mais confortáveis, limpos e higiénicos, limpeza e armazenamento dos panos, e como a tradicional passagem de conhecimentos relacionados com a menstruação pode incluir mensagens de higiene.
Gestão de Higiene Menstrual	11. Apoiar os esforços de advocacia e diálogo político para criar um ambiente melhor favorável às políticas de GHM, para criar acesso e acessibilidade dos produtos, entre outros benefícios.

Comportamento	Recomendação
Gestão de Higiene Menstrual	12. Aumentar o conhecimento sobre a menstruação e a GHM, principalmente para mulheres e meninas, juntamente com os esforços para mudar normas e minimizar tabus relacionados com a GHM.

Por último, apresentamos algumas recomendações abrangentes para actividades programáticas e de aquisição gerais que reforçam a necessidade de abordagens integradas entre homens e mulheres na programação da ASH:

1. Garantir que os projectos de ASH e de saúde integrem o género na avaliação de base dos projectos e outras pesquisas para maximizar a aprendizagem e eficiência.
2. Garantir que o monitoramento, avaliação e aprendizagem do projecto está integrada com género para melhor capturar questões de género que possam impulsionar comportamentos de saneamento e higiene.
3. Certifique-se de que os projectos de ASH e de saúde utilizem as melhores práticas para a CMSC integrada no género.
4. Integrar as melhores práticas para relações equitativas entre homens e mulheres em contratos e projectos.

1.0 INTRODUÇÃO

As evidências globais sugerem que determinantes estruturais e comportamentais profundamente enraizados, incluindo normas restritivas e desigualdades relacionadas com o género, sustentam más condições de saneamento e higiene. No entanto, não se sabe o suficiente sobre como estes determinantes impulsionam comportamentos de saneamento e higiene em Moçambique. Em fevereiro de 2019, a USAID concluiu uma avaliação participativa identificando a necessidade de mais investigação para conceber programas robustos de mudança de comportamento de higiene baseados em evidências, particularmente aqueles que abordam determinantes relacionados com o género. Em resposta, o projecto USAID *Water, Sanitation, and Hygiene Partnerships and Learning for Sustainability* (WASHPaLS) realizou uma pesquisa formativa sobre género, saneamento e higiene nas províncias de Nampula e Zambézia, em Moçambique para entender melhor as relações entre determinantes comportamentais, comportamentos de género e saneamento e higiene e construir uma base de evidências para a programação futura. O objectivo desta pesquisa foi identificar barreiras e motivações para comportamentos selecionados de saneamento e higiene, nomeadamente, construção e uso de latrinas, eliminação segura de fezes infantis, lavagem das mãos e gestão da higiene menstrual (GHM) e desenvolver recomendações práticas transformadora de género para programação de água, saneamento e higiene (ASH).[1]

1.1 GÉNERO E ASH EM MOÇAMBIQUE

Quase 50% da população em Moçambique não tem acesso a água potável, mais de 70% não tem acesso a instalações de saneamento básicas e 88 por cento não tem acesso a serviços de higiene (WHO & UNICEF, 2019). Em comparação com outros países africanos com níveis de rendimento semelhantes, Moçambique registou menos avanços no acesso a serviços melhorados de água e saneamento entre 2010 e 2015 (World Bank Group, 2018). As condições são particularmente terríveis entre certas populações, incluindo populações rurais e pessoas nos dois últimos quintis de riqueza (World Bank Group, 2018).

A desigualdade de género em Moçambique é aguda. Em 2018, o país classificou-se em 138 dos 160 países no Índice de Igualdade de Género do PNUD e obteve uma pontuação de 0,904 no Índice de Desenvolvimento de Género (uma relação entre o Índice de Desenvolvimento Humano feminino e masculino), o que o coloca na categoria de igualdade de género mais próxima a mais baixa (PNUD, 2018). De acordo com a Avaliação de Género de Moçambique para a Estratégia de Desenvolvimento e Cooperação do País (CDCS) (USAID/Mozambique, 2019), "as normas tradicionais de género actuam nas famílias e a nível da comunidade posicionando os homens como chefes de família e instituindo hierarquias de género sobre quem pode falar na tomada de decisões". A grande maioria das mulheres moçambicanas (90 por cento) trabalha na agricultura, principalmente com agricultura de subsistência ou em parcelas familiares (JICA, 2015). Quase metade das mulheres jovens do país casam-se antes dos 18 anos, incluindo 14 por cento que se casam antes dos 15 anos (Haneef & Tembe, 2019). Em Moçambique, a violência íntima entre parceiros afecta a vida de pelo menos uma em cada cinco mulheres (UN Women, 2019).

---

[1] A programação ASH transformativa de género aborda as normas e comportamentos de homens, mulheres e minorias de género que perpetuam a absorção e impactos desiguais dos serviços ASH. Estratégias transformadoras de género funcionam fomentando o exame crítico das normas de género, envolvendo guardiões para promover valores e expectativas equitativos de género, e fortalecendo ou criando serviços ASH que apoiem a igualdade de género.

A Desigualdade de género e normas sociais - particularmente as normas que norteiam a divisão doméstica do trabalho e da tomada de decisões - influenciam fortemente as interações e comportamentos diários relacionados com ASH. As mulheres são tipicamente o único progenitor responsável pela maioria das tarefas domésticas, incluindo a colecta de água e cuidado de crianças (USAID/Moçambique, 2019). De acordo com a avaliação de género da USAID em Moçambique, "as mulheres e as raparigas são muitas vezes responsáveis pela colecta de água e passam uma parte significativa do seu dia a buscar água para o seu agregado familiar" (USAID/Moçambique, 2019). Nas zonas rurais, 88% das famílias têm nas mulheres adultas, as principais colectoras de água (Graham et al., 2016). Nas zonas urbanas, o saneamento inadequado oferecido pelas instalações tradicionais leva ao stress psicossocial, especialmente para as mulheres que muitas vezes têm medo de usar casas de banho e ou latrinas à noite quando podem estar em risco de agressão física ou sexual (Shiras, Cumming, Brown, Muneme, Nala, & Dreibelbis, 2018; Shiras e Dreibelbis, 2018). As instalações de saneamento partilhadas oferecem algum alívio aos stresses relacionados com o saneamento, como maior privacidade e menos vergonha para quem usa latrinas partilhadas (em comparação com as que usam latrinas tradicionais), mas as mulheres ainda experimentam desafios associados ao stress associado à manutenção e limpeza das instalações de saneamento partilhadas (Shiras, Cumming, Brown, Muneme, Nala, & Dreibelbis, 2018). Como resultado, mulheres e meninas em Moçambique enfrentam desproporcionalmente desafios relacionados com a água e o saneamento com consequências ao longo do curso das suas vidas (UNICEF, 2018).

Embora existam evidências globais sobre como melhorar os resultados de ASH, como a promoção da construção e uso de latrinas, é necessário gerar evidências específicas do contexto moçambicano. Esta pesquisa formativa visa colmatar algumas destas lacunas e também lacunas no conhecimento sobre a tomada de decisão para produtos e serviços de saneamento e sobre comportamentos selecionados de saneamento e higiene (construção e uso de latrinas, lavagem das mãos, eliminação segura de fezes infantis e GHM). A equipa conduziu esta pesquisa utilizando uma lente de género para identificar questões relacionadas com o género que afectam o ASH; a lente de género também é benéfica no reconhecimento de oportunidades e desafios para a programação integrada ao género e transformativa de género.

Este relatório resume o trabalho que a equipa realizou entre 2019 e 2021. Começa com uma apresentação das questões de pesquisa que orientam o estudo e a metodologia utilizada para a realização da investigação. A secção 3 apresenta os resultados da pesquisa que a equipa realizou entre fevereiro e março de 2021 para cada um dos cinco comportamentos de saneamento e higiene selecionados, destacando as barreiras e motivações para estes comportamentos, bem como considerações de género para cada um. Para cada comportamento, também apontamos brevemente as diferenças, caso existam ao comparar os resultados do trabalho de campo de 2021 com os da revisão bibliográfica de 2019 e as consultas das partes interessadas. O relatório termina com recomendações, retiradas de todas as fases do nosso estudo, para a programação e pesquisa futura.

2.0 QUESTÕES E MÉTODOS DE PESQUISA

2.1 QUESTÕES DE PESQUISA

Esta pesquisa formativa procurou identificar barreiras e motivações para cinco comportamentos de saneamento e higiene: construção de latrinas, uso de latrina, lavagem das mãos, eliminação segura de fezes infantis e GHM. Quatro **questões de pesquisa** orientaram o trabalho:

1. Quais são as barreiras e motivações para os seguintes comportamentos de saneamento e higiene?
   a) Construção de latrina
   b) Uso de latrina
   c) Eliminação segura de fezes infantis
   d) Lavagem das mãos
   e) GHM
2. Como é que as normas sociais de género e as relações de género influenciam os comportamentos de saneamento e higiene e os resultados relacionados?
3. Quais são os processos e papéis que homens e mulheres desempenham na tomada de decisão no agregado familiar em torno da construção de latrinas? Como é que as normas sociais de género influenciam a tomada de decisão no agregado familiar sobre a construção de latrinas?
4. Quais são as implicações da COVID-19 nestes comportamentos?

2.2 MÉTODOS DE PESQUISA

De outubro a dezembro de 2019, a equipa de pesquisa realizou uma revisão bibliográfica, um conjunto de EIC e uma reunião com partes interessadas para recolher informações sobre os comportamentos selecionados de saneamento e higiene, especificamente sobre os seus determinantes comportamentais e considerações relacionadas com o género. As conclusões deste trabalho inicial (Apêndice I) informaram o desenvolvimento do protocolo para discussões de grupo focais e entrevistas com informantes-chave (Apêndice II).

Após um hiato alargado forçado pela pandemia, a equipa do WASHPaLS iniciou a fase de recolha de dados com um treinamento de quatro dias (2 a 5 de fevereiro de 2021) para a equipa de pesquisa em Nampula. À luz das restrições de viagem relacionadas com a pandemia, a Chefe de Equipa Local e Especialista Sénior de Género liderou o treinamento, com o apoio virtual e remoto da equipa do WASHPaLS baseada nos Estados Unidos da América (EUA). O Treinamento de quatro dias consistiu em três dias de sessões presenciais, período durante o qual a equipa de campo aprendeu sobre os objectivos da pesquisa, o protocolo, e os fundamentos técnicos de ASH, mudança de comportamento e considerações relacionadas com género. O treinamento abrangeu igualmente as melhores práticas em pesquisa qualitativa e práticas de facilitação e documentação de DGF sob observação. O treinamento culminou com um teste/prática piloto de um dia, das ferramentas de estudo numa comunidade perto da cidade de Nampula. A equipa de campo dividiu-se então em dois grupos: um para a província de Nampula e outro para a província da Zambézia.

2.3 LOCAIS DE ESTUDO

Na preparação para a recolha de dados, parte da Equipa Baseada nos EUA e dois Especialistas Seniores de Investigação solicitaram o apoio da ADPP e do UNICEF para identificar distritos e comunidades em

Nampula e Zambézia, respectivamente, que pudessem ser incluídas no estudo. A equipa considerou a variabilidade geográfica ao selecionar as comunidades e distritos, escolhendo um distrito costeiro em Nampula (Nacala-Porto) e um interior (Meconta). Na Zambézia, ambos distritos estavam na região montanhosa da província. Em cada província, a equipa selecionou quatro comunidades: uma comunidade rural que ainda praticava fecalismo à céu aberto, ou seja, não LIFECA; uma comunidade rural que era livre do fecalismo à céu aberto (LIFECA), estabelecida pelas normas nacionais; e duas comunidades periurbanas. Apesar das tentativas de escolher as áreas não LIFECA e LIFECA, a equipa de campo encontrou pouca diferença nas práticas de fecalismo entre as comunidades. Em resposta, a equipa escolheu uma comunidade adicional na Zambézia (Sianimbeu) que não tinha um historial de actividades de saneamento total liderado pela comunidade (SANTOLIC) e ainda praticava amplamente o fecalismo à céu aberto.

No relatório de incepção, a equipa recomendou a seleção de uma comunidade periurbana que era de maioria religiosa da província e a outra com a maior parte dos habitantes a professarem a religião da minoria da província. No entanto, consultas com os Especialistas Seniores da pesquisa revelaram que perguntar sobre a filiação religiosa era demasiado sensível e poderia potencialmente levar a consequências não intencionais. Como resultado, a equipa escolheu duas comunidades periurbanas sem ter em conta a sua composição religiosa. A Tabela I **Tabela I**apresenta as comunidades que foram selecionadas para a recolha de dados.

Tabela 1. Características das Comunidades Selecionadas, por Província e Distrito

Província – Distrito	Comunidade	Rural vs. Periurbana	Não LIFECA vs. LIFECA	Filiação Religiosa Predominante
Nampula - Nacala-Porto	Chivato	Periurbana	N/A	Muçulmana
Nampula - Nacala-Porto	Namessica	Rural	Designado não LIFECA; observado rural LIFECA[2][3] *(a maioria dos agregados familiares tinha latrina, mas não houve declaração oficial)*	Muçulmana
Nampula - Meconta	Neimara	Designado periurbana[4]	Observado rural LIFECA	Cristã
Nampula - Meconta	Varieque	Rural	Não LIFECA	Cristã
Zambézia - Gurue	Metovolas/Magigi	Rural	LIFECA (Declarado em 2020)	Cristã

[2] Designada por parceiros de implementação como Não LIFECA ou LIFECA.

[3] A equipa de pesquisa observou que a maioria dos agregados familiares tinha latrina; alto grau de propriedade da latrina também relatado pelos participantes.

[4] Designada por parceiros de implementação como periurbana.

Província – Distrito	Comunidade	Rural vs. Periurbana	Não LIFECA vs. LIFECA	Filiação Religiosa Predominante
Zambézia - Gurue	Bairro Novo	Periurbano	N/A	Cristã
Zambézia - Milange	Waua	Rural	Não LIFECA. Actividades de SANTOLIC realizadas, mas ainda não alcançou o estatuto LIFECA	Cristã
Zambézia – Milange	Bairro 3 de fevereiro	Periurbana	N/A	Cristã
Zambézia - Milange	Sianimbeu	Rural	Não LIFECA	Cristã

2.4 RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados ocorreu entre 8 de fevereiro e 5 de março de 2021. A equipa de campo realizou 39 DGFs com 433 participantes (239 mulheres; 194 homens) e 22 EIC (4 mulheres; 18 homens) com líderes e activistas comunitários e oficiais distritais de ASH que implementam actividades de Saneamento Total Liderado pela Comunidade (SANTOLIC) e de Transformação Participativa da Higiene e do Saneamento (PHAST) nos Serviços Distritais de Planeamento e Infraestruturas (SDPI), e representantes de organizações que trabalham com Participação e Educação Comunitária (PEC) (Tabela 2 e Tabela 3).

Para as DGFs, a equipa usou um guião semiestruturado que incorporava uma abordagem de vinheta na qual, em resposta as perguntas da facilitadora, os participantes descreveram uma mulher típica na sua comunidade, o que ela fazia durante o seu dia e o que ela poderia fazer em relação aos comportamentos selecionados de saneamento e higiene (Apêndice II). A equipa optou por esta abordagem para reduzir o viés de desejabilidade social entre os participantes e para obter informações sobre padrões comportamentais, incluindo barreiras e motivações para estes comportamentos nas comunidades participantes. Como a equipa não apresentou o protocolo de estudo para revisão e aprovação ética, não foram feitas questões sobre práticas reais dos participantes; em vez disso, foram feitas perguntas hipotéticas sobre "pessoas como tu", "pessoas na sua comunidade", ou a "mulher típica".

O guião de EIC incluiu perguntas para obter informações sobre comportamentos de saneamento e higiene, bem como sobre programas passados ou em curso para mudança social e de comportamento (MSC) relacionados com estes comportamentos (Apêndice II). Uma mulher facilitadora liderou tanto as EICs como as DGFs, acompanhada por uma tomadora de notas também mulher, que tomou notas detalhadas à mão, que mais tarde foram digitadas e processadas pela equipa.

Tabela 2. Número Total de DGFs e EIC por Província, Distrito e Comunidade

Província - Distrito	Comunidade	Número de DGFs	Número de EIC
Nampula - Nacala-Porto	Chivato	5 DGFs • 3 mulheres; 2 homens	4 EICs: • Técnica do Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS)

Província - Distrito	Comunidade	Número de DGFs	Número de EIC
			• Agente Polivalente Comunitário (APE) • Representante do comité de água e saneamento • Líder Comunitário
Nampula - Nacala-Porto	Namessica	5 DGFs • 3 mulheres; 2 homens	5 EICs: • Activista comunitário • Líder Comunitário • Representante do comité de água e saneamento • Técnico do SDPI • Director Provincial de Obras Públicas, Habitação e Recursos Hídricos de Nampula (DPOHRH)
Nampula - Meconta	Neimara	5 DGFs • 3 mulheres; 2 homens	1 EICs: • Parteira Tradicional Comunitária
Nampula - Meconta	Varieque	5 DGFs • 3 mulheres; 2 homens	3 EICs: • Líder Comunitário • Técnico do SDPI • Promotor SANTOLIC no âmbito do Projecto SNV HH4A (2017-2019)
Sub-total para Nampula		*20*	*13*
Zambézia - Gurue	Metovolas/Magigi	5 DGFs • 3 mulheres; 2 homens	2 EICs: • Técnico do SDPI • Supervisor PEC
Zambézia - Gurue	Bairro Novo	5 DGFs • 3 mulheres; 2 homens	2 EICs: Representantes do Comité de água e saneamento
Zambézia - Milange	Waua	5 DGFs • 3 mulheres; 2 homens	3 EICs: • Técnico do SDPI • Supervisor PEC • Organização Mulher Moçambicana (OMM)
Zambézia – Milange	Bairro 3 de fevereiro	2 DGFs • 1 mulher; 1 homens	2 EICs: • Representante do Comité de água e saneamento
Zambézia - Milange	Sianimbeu	2 DGFs • 1 mulher; 1 homens	
Sub-total para a Zambézia		*19*	*9*

Província - Distrito	Comunidade	Número de DGFs	Número de EIC
Total		**39**	**22**

Tabela 3. Participantes Homens e Mulheres de DGFs e EIC por Província, Distrito e Comunidade

Província - Distrito	Comunidade	Participantes Mulheres de DGFs	Participantes Homens de DGFs	Participantes Mulheres de EICs	Participantes Homens de EICs
Nampula - Nacala-Porto	Chivato	30	21	1	3
Nampula - Nacala-Porto	Nomesica	26	20	0	5
Nampula - Meconta	Neimara	30	20	1	0
Nampula – Meconta	Varieque	19	28	1	2
Zambézia - Gurue	Metovolas/Magigi	29	22	0	2
Zambézia - Gurue	Bairro Novo	36	32	0	2
Zambézia - Milange	Waua	30	20	1	2
Zambézia – Milange	Bairro 3 de fevereiro	30	20	0	2
Zambézia - Milange	Sianimbeu	9	11	0	0
Total		**239**	**194**	**4**	**18**

Após cada dia de recolha de dados, as equipas de campo provinciais reuniram-se para completar um modelo de *debriefing* diário e discutir destaques e notas do dia. Os líderes de equipa provincial partilharam estes modelos preenchidos com membros da equipa baseada nos EUA que forneceram apoio virtual substancial e se reuniram duas vezes por semana com cada equipa provincial. Além de fornecer controlo de qualidade, a equipa baseada nos EUA analisou todas as notas diariamente, fornecendo feedback e sondas adicionais para esclarecimento, conforme necessário.

Mitigação de Riscos da COVID-19

Durante o treinamento da equipa de campo, recolha de dados e análise participativa, a equipa aderiu aos protocolos de mitigação de riscos para a COVID-19, descritos no relatório de incepção. Estas estratégias asseguraram que nenhum dos membros da equipa tinha sido exposto ao COVID-19 nem tenha apresentado quaisquer sintomas da COVID-19 antes de participar de actividades de equipa. Também foi assegurada disponibilização e uso de máscaras para a equipa de campo e participantes e a manutenção da distância adequada na realização dos grupos focais, entrevistas ou reuniões.

2.5 ANÁLISE DE DADOS

Após cinco semanas de recolha de dados, a equipa baseada em Moçambique reuniu-se de 15 a 19 de março de 2021 em Maputo para uma semana de análise participativa. Este grupo incluiu a Chefe de Equipa Local, Especialista Sénior de ASH, e as duas facilitadoras para as equipas de Nampula e Zambézia. Devido às restrições de viagem contínuas, a equipa baseada nos EUA participou virtualmente. O objectivo da análise participativa era abordar as questões de pesquisa e identificar:

- determinantes comportamentais para cada um dos cinco comportamentos;
- considerações de género para a tomada de decisão relacionada com a construção de latrinas;
- normas sociais de género e relações de género, como determinantes dos cinco comportamentos
- temas comuns em todas as comunidades e províncias;
- diferenças contextuais entre províncias, comunidades e ambientes rurais vs. periurbanos; e
- as implicações da COVID-19 nos comportamentos selecionados de saneamento e higiene, bem como os efeitos na tomada de decisões domésticas, na atribuição de recursos, nos papéis e responsabilidades de género e nas motivações para a lavagem das mãos.

Analisando as notas de todas as nove comunidades, a equipa documentou as principais descobertas em *post-its*, com cores diferentes para descobertas de comunidades não LIFECA, LIFECA e comunidades periurbanas. Em seguida, a equipa organizou estas notas em *flip charts,* agrupando os dados por determinantes e considerações relacionadas com o género (ver modelo de análise participativa no Apêndice II). Também documentaram a frequência com que as descobertas foram repetidas usando um sistema de codificação baseado em estrelas. Uma estrela significava que a descoberta tinha surgido apenas uma ou duas vezes; duas estrelas, significava que uma descoberta tinha surgido pelo menos três vezes; e três estrelas significavam que a descoberta foi mencionada por muitos, pela maioria, ou todos os participantes.

A equipa baseada em Moçambique organizou estas descobertas antes de se reunir com a equipa baseada nos EUA, que por sua vez, revisou os resultados diariamente e forneceu contributos para orientar uma análise mais aprofundada. No final do processo de análise participativa, a equipa baseada em Moçambique organizou as descobertas no modelo de análise participativa – um modelo por comportamento por província – em português e mais tarde em inglês através do Tradutor do Google. As versões portuguesas destes modelos de análise participativa, juntamente com as notas das discussões e entrevistas (também em português) serviram de conjunto de dados final para a actividade (disponível mediante solicitação). O apêndice III fornece versões mais concisas dos modelos de análise participativa concluídos em inglês.

Os determinantes comportamentais listados no modelo de análise participativa basearam-se no modelo *Elephant Rider Path* ou Elefante, Cavaleiro, Caminho (ERP) em português, que inclui determinantes específicos da ASH derivados da estrutura de SaniFOAM (Devine, 2009), bem como outros

determinantes comportamentais do modelo *Capability, Opportunity* e *Motivation for Behavior* (Capacidade, Oportunidade e Motivação para o Comportamento) (COM-B) (Michie, van Stralen, e West, 2011). O modelo ERP (Heath & Heath, 2010) parte de uma premissa simples: a decisão de se envolver em qualquer comportamento é muitas vezes uma competição entre intuições e emoções (o *Elefante)* e razões racionais e lógicas (o *Cavaleiro)*. Completar a imagem é o contexto externo maior no qual ocorre um comportamento – o *Caminho*. O Caminho descreve todas as variáveis que estão fora do controlo de um indivíduo e que determinam qual o rumo que o Elefante e o Cavaleiro tomam.

Tabela **4** ilustra como os determinantes se encaixam de acordo com o modelo ERP. A utilização do modelo ERP ajuda a analisar os determinantes mais influentes do comportamento e a planear intervenções focadas no comportamento que direcionam os factores mais propensos a afectar a mudança.

Tabela 4. Determinantes Comportamentais de Acordo com o Modelo do Elefante, Cavaleiro e Caminho

ELEFANTE *Emocional/Intuitivo*	**CAVALEIRO** *Racional/Lógico*	**CAMINHO** *Estrutural*
Crenças/atitudes: a compreensão e percepção de um indivíduo sobre produtos e serviços, sobre os próprios comportamentos e sobre aqueles que se dedicam a eles **Valores:** ideias importantes e duradouras partilhadas pelos membros de uma comunidade sobre o que é bom ou desejável e o que não é **Condutores emocionais/físicos/sociais**: pensamentos internos e sentimentos que motivam o comportamento **Disponibilidade para pagar**: quanto os indivíduos estão interessados em pagar e a que benefício **Prioridades concorrentes:** exigências concorrentes para as despesas das famílias com recursos limitados **Intenção**: o plano de um indivíduo sobre se deve ou não praticar um determinado comportamento	**Conhecimento:** informação factual adquirida através da aprendizagem e/ou experiência **Autoeficácia:** a percepção da sua própria capacidade de se envolver em um comportamento e trazer um resultado desejado **Acessibilidade:** a capacidade de pagar por um produto ou serviço ou de se envolver num comportamento **Apoio Social:** conforto físico e emocional dado aos indivíduos pela família, membros da comunidade, amigos, colegas de trabalho e outros. **Papeis e Decisões:** o processo cognitivo que resulta num curso de acção, ditando quem, dentro de uma família ou comunidade, faz determinadas tarefas ou assume responsabilidades particulares	**Acesso/Disponibilidade:** capacidade de obter ou recuperar produtos e serviços influenciados pelo custo, disponibilidade, fornecimento, transporte, geografia, características socioeconómicas. Pode também ser influenciado por normas culturais e de género. **Atributos do produto**: características que definem um produto ou serviço de saneamento ou higiene (tamanho, cor, qualidade) **Normas sociais:** regras, na maioria das vezes não escritas, baseadas em crenças amplamente partilhadas, que regem o que os indivíduos de um grupo ou sociedade consideram ser um comportamento aceitável **Sanções:** consequências para não aderir ou cumprir comportamentos específicos **Hábitos:** um comportamento que se realiza rotineira e subconscientemente **Fricção para comportamentos indesejáveis**: são obstáculos físicos ou psicológicos que dificultam a realização de comportamentos indesejáveis e orientam os actores consciente ou

ELEFANTE *Emocional/Intuitivo*	CAVALEIRO *Racional/Lógico*	CAMINHO *Estrutural*
		inconscientemente para práticas melhoradas.

Fonte: Devine, 2009, Michie, van Stralen, e West, 2011.

3.0 RESULTADOS DAS DISCUSSÕES DE GRUPOS FOCAIS E ENTREVISTAS COM INFORMANTES-CHAVE

Organizámos os resultados em duas partes. Primeiro, descrevemos o contexto das nove comunidades fornecendo resultados baseados no exercício de vinheta concluído dentro das discussões de grupos focais. Em segundo, descrevemos os resultados para cada um dos comportamentos de ASH em todas as comunidades de Nampula e Zambézia.

3.1 RESULTADOS RELACIONADAS COM O EXERCÍCIO DE VINHETA

3.1.1 EXEMPLOS DE UMA "MULHER TÍPICA" E AGREGADO FAMILIAR

Para preparar o ambiente para as perguntas no grupo focal sobre "pessoas na sua comunidade", as facilitadoras guiaram os participantes a moldar uma protagonista de vinheta, nomeando-a e fornecendo detalhes sobre a sua vida imediata. Os participantes descreveram uma mulher típica na sua comunidade como: casada, na casa dos 20 ou 30 anos, tendo entre um e sete filhos, e vivendo com o marido, filhos e parentes (na sua maioria sobrinhos, mas às vezes irmãos, mãe ou avó):

> *Elisa é uma mulher casada de 35 anos, com 6 filhos e que vive só com os filhos e o marido. (DGF de Homens, Guião 3, não LIFECA Rural, Varieque, Nampula)*

> *Neyma tem 28 anos, é casada e tem dois filhos. Ela vive com o marido, os filhos e o sobrinho. (DGF de Mulheres, Guião 2, Não LIFECA Periurbana, Bairro Novo, Zambézia)*

Na Zambézia, a idade da "mulher típica" era 25 anos, com três filhos; em Nampula, a protagonista era mais velha e tinha mais filhos. A comunidade de Chivato em Nampula diferiu notavelmente de outras comunidades, uma vez que a maioria dos homens e mulheres participantes das DGFs descreveu a protagonista como uma mulher solteira ou separada que vivia apenas com os seus filhos:

> *Pinthe tem 28 anos, é mãe de dois filhos. Não tem latrina, não é casada, é mãe solteira. Só vive com os filhos. (DGF de Homens, Guião 3, LIFECA Periurbana, Chivato, Nampula)*

O tipo de casa em que o protagonista vivia diferiu entre províncias. Os participantes descreveram as casas em Nampula como sendo feitas de madeira ou blocos de adobe e cobertas com capim. Na Zambézia, descreveram as casas como sendo cobertas de capim, mas com paredes feitas de blocos queimados e um chão feito de barro. Além disso, a maioria das casas descritas na Zambézia tinha um lugar designado para colocar lixo, bem como uma tippy-tap perto da latrina, ambos não mencionado em Nampula.

Em ambas províncias, os participantes das DGFs na maioria das comunidades descreveram a protagonista como tendo uma latrina e uma casa de banho (uma estrutura secundária semelhante à latrina em forma, altura e materiais de construção, usada para banho, higiene menstrual, e às vezes urinar), mesmo em comunidades Não LIFECA. No entanto, na comunidade rural de Sianimbeu na Zambézia e na comunidade periurbana LIFECA de Chivato em Nampula, os participantes descreveram a protagonista como sendo alguém sem latrina e fazendo uso da latrina do vizinho ou da mata para defecar. Em Chivato, não ter uma latrina foi directamente associado a não ter um homem em casa, como relatado por mulheres em uma DGF:

Halima tem 35 anos. Não é casada e é mãe de três filhos. Só vive com os filhos e não tem latrina porque não tem marido e não vê quem a pode ajudar a construir. (DGF de Mulheres, Guião 3, LIFECA, Periurban, Chivato, Nampula)

Na maioria das comunidades, os participantes descreveram que o início de um dia típico na vida da protagonista começava a partir das quatro da manhã. A protagonista limpava-se, lavava pratos do dia anterior, ia a fonte de água buscar água e depois ia para a machamba onde cultiva produtos alimentares e onde cortava lenha para usar para cozinhar. O seu dia continuava com o preparo do almoço depois de voltar da machamba, seguido do almoço, cuidar dos filhos, e às vezes a mulher ia à procura de frutos do mar, nas comunidades costeiras, quando não havia vegetais disponíveis. Os participantes em Nampula observaram que as crianças também ajudavam na limpeza do quintal, no preparo da refeição e na busca de água. Foi também relatado que a procura de água levava muito tempo devido à distância entre as fontes de água e as casas, bem como a avaria das bombas manuais. Um participante em uma DGF em Varieque, Nampula, descreveu este processo da seguinte forma:

Elisa acorda às 4 da manhã (...) quando os filhos ficam em casa, são eles que vão buscar água no poço existente, porque nos dias em que Elisa vai para o poço, já não pode ir mais para a machamba. Se sair às 7 da manhã só pode voltar por volta das 13:00 ou até mesmo das 15:00, há falta de água na comunidade e a distância de casa para a bomba é muito grande." (DGF de Homens, Guião 3, não LIFECA Rural, Varieque, Nampula)

Raramente os participantes dos DGFs mencionaram que a protagonista tinha tempo para lazer, com excepção de um DGF de homens no Bairro Novo, uma comunidade periurbana na Zambézia. Lá, os participantes homens descreveram a protagonista como tendo tempo para conversar com as suas amigas depois de terminar a maioria das suas tarefas e antes de preparar o jantar como descrito abaixo:

Depois do almoço, descansa um pouco e vai buscar água à casa para a banho e lavar a louça. Depois vai conversar com as amigas durante vinte e cinco minutos e volta para preparar o jantar às 15h30.

3.1.2 PRIORIDADES ORÇAMENTAIS PARA UM AGREGADO FAMILIAR TÍPICO

Os participantes das DGFs descreveram as prioridades do orçamento familiar como: compra de comida, melhorar a estrutura da casa, comprar ferramentas agrícolas e roupas, e construir uma latrina melhorada. De acordo com os participantes de uma DGF de homens em Metovolas, Zambézia, a maioria das famílias produz a maior parte dos alimentos que consome nas suas próprias machambas. As suas principais prioridades orçamentais eram construir uma latrina melhorada, comprar roupa para os seus filhos, construir ou melhorar as suas casas, incluindo a compra de chapas de zinco para as suas casas. Outros mencionaram prioridades como a compra de bicicleta, ferramentas adicionais para usar nas machambas, e mobiliário. Da mesma forma, em Chivato, Nampula, as participantes mulheres viam a compra de comida como a principal prioridade seguida pela melhoria da casa através da compra de chapas de zinco para o telhado, e a compra de roupas para crianças e adultos: *"Primeiro, se ela tivesse dinheiro, compraria comida para a casa, depois pensaria em outros arranjos na casa, como construir uma latrina, comprar pratos, etc." (DGF de Mulheres, Guião 1, LIFECA Periurbana, Chivato, Nampula)*

Em ambas províncias, os homens detinham o poder de decisão por trás destas decisões, embora, ocasionalmente, as mulheres tinham o poder de decisão, especialmente quando solteiras ou separadas. Por vezes, os casais partilhavam a decisão: *"(...) o dinheiro extra deve ser gasto na decisão de ambos, depois de se sentar entre* (concordando) *eles, mas a decisão final do que podem comprar é quase sempre do homem". (DGF de Homens, Guião 1, LIFECA Rural, Metovolas, Zambézia)*

3.1.3 CONDIÇÕES DE ASH NAS COMUNIDADES

Embora as comunidades não LIFECA selecionadas para o estudo não tivessem sido oficialmente 'declaradas' ou certificadas como tal, muitas comunidades tinham sido expostas a programas de ASH e

de saúde com vista ao alcance do estatuto LIFECA. Além disso, muitas comunidades certificadas como LIFECA deixariam de se qualificar, quer devido a reversão do estatuto, quer devido à certificação original imperfeita, de acordo com as EICs (por exemplo, técnicos do SDPI e oficiais do PEC). Como tal, o conhecimento dos comportamentos de saneamento e higiene ideais e o cumprimento destas normas comportamentais eram muito elevados nas oito comunidades que tinham sido expostas a mensagens de ASH e de saúde através de programas passados e em curso. Em Sianimbeu, Zambézia, a única comunidade que era verdadeiramente não LIFECA e que não tinha recebido qualquer programa de ASH ou saúde (incluindo *Saneamento Total Liderado pela Comunidade* (SANTOLIC), a equipa de campo observou diferenças fundamentais nos comportamentos de saneamento e higiene, notados na secção seguinte. No entanto, os participantes relataram poucas outras diferenças nos comportamentos de saneamento e higiene noutras comunidades quando comparado dentro ou entre províncias.

3.2 RESULTADOS POR COMPORTAMENTO DE HIGIENE

Nesta secção, partilhamos os resultados organizados pelos cinco comportamentos de interesse: construção de latrinas, uso de latrina, lavagem das mãos, eliminação de fezes infantis e GHM. Começamos a discussão de cada comportamento com um resumo das descobertas, seguida de uma apresentação narrativa de descobertas subdivididas por *elefante, cavaleiros, e caminho,* e marcadas com os determinantes comportamentais em **negrito.** Cada secção inclui apenas determinantes comportamentais relatados pelos participantes, excluindo os determinantes listados na Tabela 4, que não tenham sido mencionados nas discussões ou entrevistas. Resumimos as conclusões relacionadas com o género em cada secção e identificamos quaisquer conclusões relacionadas com o género que aparecem no texto principal fora da sub-secção de *considerações de género.*

As conclusões das DGFs e EICs que conduzimos nas nove comunidades de Nampula e Zambézia em fevereiro-março de 2021 foram em grande parte consistentes com os temas identificados pela equipa através da revisão bibliográfica e documetal, EICs, e reunião de partes interessadas (ver apêndice I) em outubro-dezembro de 2019. Cada secção específica do comportamento termina com uma sub-secção que descreve brevemente as áreas de acordo e discórdia entre as duas fases de pesquisa (ou seja, 2019 e 2021) (os resultados são justapostos em maior detalhe no Apêndice I). A equipa analisou todas as conclusões para desenvolver as recomendações apresentadas na Secção 4.

3.2.1 COMPORTAMENTO I: CONSTRUÇÃO DE LATRINA

Com excepção de Sianimbeu, Zambézia, participantes de todas as comunidades relataram que a maioria das famílias possuía latrinas. Os determinantes[5] comportamentais reportados para a construção de latrina são resumidos na Tabela 5 e descritos em maior detalhe abaixo.

[5] Durante as discussões de grupos focais, a equipa perguntou aos participantes sobre as condições típicas dentro da comunidade (em vez de experiências individuais), incluindo sobre a posse da latrina.

ELEFANTE *Emocional/Intuitivo*	CAVALEIRO *Racional/Lógico*	CAMINHO *Estrutural*
Crenças/atitudes: Os respondentes consideraram a propriedade da latrina como boa; construir e/ou ter latrinas era o comportamento socialmente aceitável. Viam aqueles que não possuíam latrinas como pouco higiénicos, preguiçosos ou teimosos. **Valores:** Em Nampula (Nacala-Porto), os informantes-chave associaram a elevada prevalência de famílias muçulmanas à elevada prevalência de latrinas, associando uma maior valorização da higiene, segurança e privacidade ao defecar/urinar (especialmente para as mulheres) com a posse da latrina. **Condutores emocionais/físicos/sociais:** Os participantes geralmente citavam vergonha em não possuir uma latrina. A vergonha de não possuir uma latrina foi mais relatada por mulheres. **Vontade de pagar:** Na Zambézia, as mulheres relataram uma maior priorização das latrinas, priorizando a utilização dos seus próprios fundos, desde a venda de produtos das suas machambas, para a construção de latrinas. **Prioridades concorrentes:** Em Nampula, as pessoas	**Conhecimento:** A maioria dos participantes foi capaz de citar as razões de saúde e higiene para construir e possuir sua própria latrina. Os altos níveis de conhecimento estavam ligados a exposição de programas de ASH e saúde passados e presentes. As crianças que vão à escola também sabiam das razões da posse da latrina e encorajavam os seus pais. As pessoas pareciam saber construir latrinas e não precisavam de formação ou assistência adicional de outros (por exemplo, pedreiros). Em Nampula, os respondentes manifestaram o desejo de melhorar as latrinas com lajes de betão; no entanto, não sabiam quanto custaria nem como construí-los. **Autoeficácia:** Só os homens (não os idosos) eram vistos como tendo a capacidade de cavar as covas para latrinas e cortar o bambu para a superstrutura. As mulheres não relataram ser capazes de construir latrinas; no entanto, poderiam contratar outra pessoa para fazê-lo. **Acessibilidade:** As famílias usavam materiais locais para construir latrinas; assim, a acessibilidade não era vista como uma barreira fundamental. **Apoio Social:** As mulheres recebiam apoio (e pressão dos pares) de amigos para incentivar os seus maridos a construir latrinas. Também pediam apoio de outros membros da comunidade, líderes e até a polícia para pressionar os maridos a construir latrinas.	**Acesso/Disponibilidade:** Os materiais para a construção de latrinas tradicionais estavam prontamente disponíveis na mata ou machambas. **Atributos do produto:** As latrinas tradicionais construídas de materiais locais (bambu/ estacas, capim e tijolos caseiros [na Zambézia]) eram mais comuns. As latrinas não eram muitas vezes cobertas e tinham muitas vezes uma baixa estatura (na Zambézia). Era bastante comum ter uma casa de banho acompanhante, que era usada para a GHM e muitas vezes para urinar. **Normas sociais:** Em todas as comunidades, com excepção de Sianimbeu, existiam normas fortes de promoção da posse da latrina e de sanção àqueles que não possuíam latrinas. **Sanções**: Membros da comunidade, líderes e polícia pressionavam os não proprietários de latrinas. Na Zambézia, famílias que se recusavam a construir latrinas recebiam ameaças de expulsão da comunidade. Nenhuma reprovação social adicional foi direcionada para famílias ou agregados liderados por mulheres ou por idosos, uma vez que não eram vistos como capazes de construir latrinas sem ter um homem na casa.

ELEFANTE *Emocional/Intuitivo*	CAVALEIRO *Racional/Lógico*	CAMINHO *Estrutural*
citaram a compra de alimentos e/ou outros itens domésticos (por exemplo, pratos) como prioridades concorrentes a construção de latrinas.	**Papéis e decisões:** Os homens eram responsáveis pela construção da latrina, com a responsabilidade de cavar o buraco e cortar estacas e bambu. As mulheres poderiam apoiar cortando capim e preparando comida para os homens que ajudassem na construção. Quanto à decisão de construir latrinas, as mulheres muitas vezes iniciavam as discussões e encorajavam os seus maridos, mas os maridos tomaram as decisões finais (ou em alguns casos a decisão era tomada em conjunto – em Nampula) – como chefe de família e que tinha conhecimento e responsabilidade pela construção da latrina. As mulheres sentiam-se capazes de influenciar os maridos para construir latrinas.	

CONSIDERAÇÕES DE GÉNERO

- Mais mulheres priorizaram latrinas em comparação aos homens em Nampula e Zambézia, por vezes usando os seus próprios fundos para pagar a construção da latrina; no entanto, em Nampula, as mulheres relataram que os custos associados à construção de latrinas competiram com outras compras domésticas, como comida e pratos. Mesmo assim, as mulheres apoiavam a construção da latrina.
- As mulheres estavam mais motivadas para ter uma latrina própria porque as latrinas proporcionavam privacidade, conveniência, segurança e conferiam um sentimento de orgulho, especialmente porque as mulheres eram vistas como responsáveis pelas condições de ASH dentro das suas casas. Sentiam pressão dos seus pares para terem latrinas e pressionavam os maridos para construir latrinas.
- Os maridos acabaram por tomar a decisão de construir latrinas, dado que o seu estatuto de chefes de agregado familiar e de serem eles que construíam fisicamente as latrinas. O papel das mulheres era cortar o capim para a superstrutura e fornecer comida para os homens que construíam as latrinas.

Elefante
Emocional/Intuitivo

Os participantes relataram que possuir latrinas era o comportamento socialmente aceitável (**crenças**), provavelmente ligado a mensagens transmitidas através de programas de ASH e de saúde passados ou em curso. Além disso, achavam que as pessoas que não possuíam latrinas eram pouco higiénicas, preguiçosas ou teimosas (**atitudes**):

> *"(...) às vezes envergonham chamando de anti-higiénicos até decidirem construí. As pessoas que não têm latrinas são aquelas que são teimosas e preguiçosas." (DGF de Mulheres, Não LIFECA rural, Guião 3, Varieque, Nampula)*

> *"Não ter uma latrina aqui na comunidade não é bom porque, além de ser malfalado, uma pessoa é mal vista por todos dizendo que [a nossa] comunidade é toda suja, defecam de qualquer maneira, mesmo na estrada". (DGF de Homens, Guião 3, Não LIFECA rural, Varieque, Nampula)*

Os participantes relataram ainda que ter a própria latrina era mais **conveniente** do que caminhar até ao mato para defecar (especialmente na época de chuvas quando os caminhos eram escorregadios ou cheios de lama) ou pedindo a permissão de um vizinho para usar a sua latrina – um pedido que também provocava **vergonha,** especialmente para mulheres que estavam mais frequentemente em casa e, portanto, mais propensas a precisar usar a latrina do vizinho (**condutores emocionais, sociais, físicos, de género).** Outra fonte de vergonha associada à não-propriedade das latrinas foi não poder oferecer uso de uma latrina aos visitantes: "*É bom ter uma latrina (...) para não se envergonhar quando os hóspedes vêm visitar e também para se proteger da cólera. (DGF de Mulheres, não LIFECA periurbana, Guião 3, Bairro 3 de fevereiro, Zambézia)* (**condutores emocionais, sociais, físicos).**

No distrito de Nacala-Porto, Nampula, apesar da ausência de programas SANTOLIC que visam despertar as comunidades para o estatuto LIFECA, havia um elevado grau de propriedade de latrinas relatado pelos participantes, particularmente na comunidade periurbana de Chivato. Além de ligá-lo à falta de espaço para defecar a céu aberto, informantes-chave do governo também atribuíram a propriedade da latrina à predominância de famílias muçulmanas a viverem na área. Os informantes entrevistados associaram a propriedade da latrina com um maior valor colocado na higiene entre as famílias muçulmanas, bem como o desejo das mulheres de privacidade e modéstia enquanto defecavam (**valores & crenças, género**)*: "Faz parte da cultura e religião, que as famílias construam uma latrina, justificada pela preferência de não usar papel higiénico após a defecar, como a limpeza deve ser feita com água". (Administrador do Distrito, Guião EIC, Nacala-Porto, Nampula)*

Cavaleiro
Racional/Lógico

Os participantes relataram que os membros da comunidade adquiriram **conhecimentos** relacionados à propriedade e construção de latrinas através de CMSC de programas ASH e saúde em curso ou passados implementados por organizações não-governamentais (ONG) e governo. Por exemplo, os participantes na comunidade Namessica discutiram o que aprenderam com o projecto de Fortalecimento de Comunidades por meio de Programação Integrada da USAID/Moçambique (SCIP) que proporcionou, entre outras intervenções, incentivos financeiros para a construção de latrinas em Nampula e Zambézia: *"(...) tivemos a informação com o projecto SCIP que veio sensibilizar a comunidade, o projecto trouxe uma política na comunidade que todos precisavam contruir uma latrina e casa de banho (...)." (DGF de Homens, Guião 2, não LIFECA rural, Namessica, Nampula.)* As crianças também aprenderam sobre a necessidade de posse de latrinas através dos programas de ASH e de saúde implementados nas escolas; com este conhecimento, regressavam a casa e alegadamente encorajaram os seus pais a

construir latrinas. Além da SCIP, o projecto *Transform Nutrition* da USAID/Moçambique é um projecto MSC em curso que opera em Nampula, com o objectivo de alterar comportamentos relacionados com a nutrição e ASH. Outra fonte de conhecimento citada em Nampula foi o APE, um voluntário da comunidade cujo trabalho é mobilizar as comunidades e promover a mudança de comportamentos relacionada com ASH e saúde.

Após a implementação dos programas, os participantes relataram que os líderes comunitários promoveram a posse da latrina através da coação (mais detalhes na secção Caminho) ou através de incentivos. Como descrito na EIC com o técnico do SDPI de Milange na Zambézia, funcionários do governo distrital ou líderes comunitários que servem como representantes do governo prometem às comunidades uma fonte de água assim que todas as famílias tiverem latrinas: *"O maior desafio é sensibilizar as pessoas para a construção de uma latrina. A nova política é dizer às pessoas primeiro para construírem latrinas e depois podem ter uma fonte de água". (Técnico SPDI, Guião EIC, Milange, Zambézia)*

Os participantes viam a construção da latrina como acessível e exequível, dado que as latrinas eram construídas a partir de materiais locais disponíveis e gratuitos e a maioria das famílias tinha um homem que era considerado capaz de fazer o trabalho (**acessibilidade, género**). No entanto, havia pouco **conhecimento** sobre construção de latrinas melhoradas, particularmente no que diz respeito aos custos associados à construção de uma latrina com uma laje de betão ou como fazê-lo.

A maioria dos agregados familiares só tinha uma latrina que poderia ser usada por todos os membros do agregado, independentemente do sexo (**género**), as latrinas também podiam ser utilizadas por vizinhos cujas casas careciam de uma latrina, particularmente em zonas periurbanas onde não havia muito espaço para defecar a céu aberto.

Os participantes relataram que os agregados familiares sem latrina tendiam a ser os chefiados por mulheres ou compostos por idosos. Os participantes das DGFs e EICs notaram que as razões pelas quais estes agregados familiares não tinham uma latrina se deviam ao facto de não terem um "homem forte" para a construir **(papéis e decisões, autoeficácia, género).** Os líderes comunitários entrevistados em Nampula alegaram que os agregados contratavam alguém para construir latrinas, incorrendo, em média, um custo de 50-600 MZN (abril de 2021 equivalente a USD 0,70-8,00) e usando fundos desembolsados pelo governo para a idosos ou vulneráveis: [6] *"Os idosos que beneficiam do subsídio do Instituto Nacional de Ação Social (INAS) devem ter uma latrina. Alguns usam o subsídio recebido para pagar a alguém para construir uma latrina" (Líder Comunitário, Guião EIC, Rural não LIFECA, Namessica, Nampula)*. Embora não fosse prática comum contratar um pedreiro ou outro indivíduo qualificado para construir latrinas, os respondentes relataram solicitar a ajuda dos membros da comunidade porque eram necessárias mais mãos para construir latrinas. Os participantes responderam que os vizinhos que ajudavam a construir as latrinas esperavam uma compensação em troca do seu trabalho; o custo da sua assistência, no entanto, era muito menor do que um pedreiro exigiria.

---

[6] Moçambique tem quatro programas-chave de apoio social: Programa de Subsídio Social Básico (PSSB), um voucher alimentar e um programa de transferência em espécie chamado (PASD), um programa denominado Programa de Acção Social Produtiva (PASP) e um conjunto de serviços de cuidados institucionais para adultos vulneráveis (pessoas idosas), e crianças sem casa através do Programa de Apoio às Unidades Sociais (PAUSA) (Programa de Assistência Social). Para PSSB e PASD, autoridades locais identificam famílias necessitadas. Os subsídios em dinheiro são mínimos e pode variar entre 540 MZN para 1 pessoa e 1000 MZN para um agregado dado mensalmente. Como o valor é mínimo, normalmente é usada para comprar produtos alimentares que as pessoas não podem produzir nas suas machambas. Para mais informações, consulte aqui: http://www.ipc-undp.org/pub/eng/WP173_Mozambique_s_socials_protection_system_an_overview_of_the_basic_social_subsidy_programme_the_direct_social_action_programme.pdf.

Caminho
Estrutural

Devido a experiências passadas com programas de ASH e de saúde que concediam subsídios para a construção de latrinas, as pessoas esperavam receber alguma forma de compensação ou incentivo para construir latrinas para as suas próprias famílias, como relataram os líderes comunitários em Nacala-Porto, Nampula:

> *O projecto trouxe uma abordagem de que quem construir e usar latrina receberia prémios, como uma bicicleta ou outras coisas, mas, no final, o projecto não deu nenhum premio. Era apenas a política deles nos motivar. (Activista Comunitário, Guião EIC, Rural não LIFECA, Namessica, Nampula)*

Na Zambézia, membros das comunidades, dirigentes e a polícia colocavam uma enorme pressão, incluindo ameaças de expulsão, sobre famílias que continuavam a resistir à construção de latrinas (**sanções):** *"Se o marido se queixar ou rejeitar a ideia de construir uma latrina, o secretário do bairro pode envolver-se se discordar". (DGF de Homens, Guião 2, Não LIFECA Periurbana, Bairro 3 de fevereiro, Zambézia)*. Embora os agregados familiares chefiados por mulheres e os constituídos por idosos fossem os menos propensos a ter latrinas, estes não sofriam qualquer reprovação social adicional, provavelmente porque tinham uma razão socialmente aceitável para não terem uma latrina (ou seja, a ausência de um homem para construir a latrina) **(género).**

Em todas as comunidades – com excepção de Sianimbeu, onde a maioria das famílias não possuíam latrina – os participantes relataram que a maioria dos agregados familiares tinha latrinas tradicionais construídas a partir de materiais disponíveis localmente (**atributos do produto).** Em Nampula, as pessoas construíram latrinas a partir de materiais prontamente disponíveis, como paus, estacas / bambu e capim. Na Zambézia, as famílias também utilizavam paus, estacas /bambu ou capim, bem como tijolos caseiros crus ou queimados **(acesso/disponibilidade).** Algumas famílias compravam plástico para forrar a laje tradicionalmente construída, constituída a partir de areia, argila, capim e paus / estacas. Em ambas províncias, as latrinas normalmente não tinham cobertura, proporcionando pouca proteção dos elementos. Na Zambézia, as latrinas eram estruturas curtas, o que fazia com que os usuários tivessem de agachar para entrar. Além disso, em termos de privacidade, algumas latrinas em ambas províncias tinham portas, enquanto outras tinham apenas três paredes. Participantes mulheres das DGFs na Zambézia expressaram uma preferência pelas portas nas latrinas, citando a privacidade como uma preocupação mais saliente **(género).** As latrinas melhoradas eram incomuns em ambas províncias; no entanto, em Nampula, as pessoas expressaram uma preferência por lajes de betão devido a uma maior durabilidade **(atributos do produto).**

> *Na comunidade, construímos latrinas com bambu e capim e (elas) não duram muito. (Elas) só duram um ano com chuva, porque não são resistentes, mas se houvesse uma loja de cimento para comprar e construir latrinas melhoradas, iam durar muito tempo. (Líder Comunitário, Guião EIC, não LIFECA Periurbano, Neimara, Nampula)*

Os participantes nas comunidades rurais e periurbanas relataram que a maioria das famílias tem uma casa de banho: *"A latrina é foi feita apenas para defecar. A casa de banho pode responder às necessidades de uma mulher e é aí que tomamos banho". (DGF de Mulheres, Guião 1, não LIFECA Periurbana, Bairro 3 de fevereiro, Zambézia)* **(género)**

Algumas participantes mulheres mencionaram os desafios da escavação dos buracos para as latrinas em áreas com solos rochosos e o potencial colapso dos buracos das latrinas em áreas de solos arenosos **(género).** Apesar das frequentes chuvas sazonais e inundações, os participantes raramente mencionavam inundações de latrinas ou transbordo. Na Zambézia, isto pode ter sido devido à localização geográfica das comunidades participantes, que se encontravam em regiões montanhosas

onde o colapso da latrina não era relatado com frequência. Em Nampula, houve alguma menção ao colapso da latrina, só quando a equipa sondou mais. Em Varieque, Nampula, os líderes da comunidade promotores PEC, e alguns participantes das DGFs mencionaram o colapso das latrinas devido às chuvas. Alguns relataram a reconstrução da latrina imediatamente após isso ocorrer, enquanto outros notaram que só iriam reconstruir após o final da estação chuvosa. De facto, o promotor PEC mencionou que em Neimara, Nampula, à espera para reconstruir as latrinas destruídas até depois da estação chuvosa poderia ter sido uma das razões pelas quais esta comunidade não foi oficialmente declarada LIFECA, pois o processo acontecer após a conclusão do projecto *SNV's Hand Hygiene for All* (HH4A):

> *"Muitas comunidades do distrito não foram declaradas LIFECA, porque algumas famílias não construíram latrinas, outras comunidades não foram declaradas porque o projecto já estava a chegar ao fim e não houve mais visitas de técnicos nas comunidades". (Promotor do Projecto HH4A, Guião EIC, Meconta, Nampula)*

Figura 1. Latrinas observadas na Zambézia. Duas superestruturas de saneamento observadas numa comunidade periurbana. A estrutura à esquerda é feita de tijolos de adobe e serve como uma casa de banho, que é um local designado para banho e às vezes urinar. A estrutura à esquerda é feita de tijolos de adobe e serve como uma casa de banho, que é um local designado para banho e às vezes urinar. A estrutura à direita é de uma latrina, que tem tubo ligado a fossa com um tubo de ventilação visível entre as duas estruturas.

Considerações de Género

Mais mulheres priorizaram latrinas em comparação aos homens em Nampula e Zambézia. Na Zambézia, as mulheres relataram apoiar a construção de latrinas, utilizando os seus próprios fundos obtidos através da venda de produtos cultivados nas suas machambas para pagar os custos de construção. Em Nampula, embora as mulheres relatassem que os custos associados à construção de latrinas tinham **prioridades concorrentes** com outras compras domésticas, como comida e pratos, ainda priorizavam a construção de latrinas. Pelas razões anteriormente notadas – privacidade, segurança, conveniência – as mulheres estavam mais motivadas a terem uma latrina própria. Além disso, como as mulheres eram vistas como responsáveis pelas condições de ASH no agregado familiar (incluindo buscar água, manter a casa limpa, etc.), sentiram mais vergonha por não possuir uma latrina e orgulho em ter uma. A pressão

dos seus pares agravava a vergonha associada à não-propriedade, levando as mulheres a pressionar os maridos para construir latrinas. Na Zambézia, as mulheres exerciam pressão sobre os seus maridos, pedindo o apoio de membros da comunidade, líderes e até mesmo da polícia para forçá-los a construir uma. Esta prática relatada tem o potencial de levar a consequências não intencionais, especificamente a violência perpetrada por maridos contra as suas esposas, pela envergonha e pressão que são sujeitos; no entanto, nenhum dos participantes relatou ocorrência de tal violência.

Em ambas províncias, os maridos acabam sendo os tomadores de decisão de construir uma latrina ou não, dado o seu estatuto de chefes de família e os que construíram fisicamente as latrinas (com o conhecimento de como fazê-lo, adquiridos através de vizinhos, familiares e programas de ASH). Tanto as mulheres como os homens relataram ver a construção da latrina como **papel** dos homens, vistos como como fortes o suficiente para cavar solos rochosos e arenosos e cortar bambu / estacas, usado para a superestrutura da latrina. Era **responsabilidade** da mulher cortar o capim para a superstrutura, apoiar na remoção da areia do poço, e preparar comida para os envolvidos na construção da latrina. Além disso, as EIC e na reunião com partes interessadas, com os parceiros de implementação de ASH em 2019 revelou que a falta de participação das mulheres na tomada de decisão em torno do desenho da latrina pode afectar o quão úteis as consideram, nomeadamente quando se consideram as diferenças de género nas necessidades de privacidade, segurança e higiene menstrual.

3.2.2 COMPORTAMENTO II: USO DE LATRINA

Os participantes das DGFs identificaram a propriedade da latrina como um determinante-chave do uso da latrina em todas as comunidades, excepto Sianimbeu, onde a propriedade da latrina não existia. Na verdade, a maioria dos participantes relatou o uso de latrinas e preferiu fazê-lo em vez de defecar a céu aberto. Os participantes relataram que membros da comunidade que não possuíam latrinas usavam as latrinas dos seus vizinhos, particularmente em áreas periurbanas, ou defecavam na mata em áreas rurais. Em contrapartida, os informantes-chave consultados em 2019 atribuíram baixos níveis de uso da latrina às normas sociais e comunitárias persistentes e às preferências por defecar a céu aberto, bem como ao cheiro de latrinas, dificuldades na manutenção, necessidade adicional de limpeza, e facilidade de defecar a céu aberto devido a amplos espaços abertos nas zonas rurais. A Tabela 6 abaixo descreve as seguintes considerações para o uso da latrina reportadas pelos participantes das DGFs e pelos informantes-chave em 2021:

Tabela 6. Tabela Resumo dos Determinantes de ERP: Uso de Latrina

ELEFANTE *Emocional/Intuitivo*	**CAVALEIRO** *Racional/Lógico*	**CAMINHO** *Estrutural*
Crenças/atitudes: O uso da latrina foi o comportamento socialmente aceitável. As pessoas viam a prática de defecar a céu aberto como pouco higiénica. Todos podiam usar a latrina, independentemente do género ou da relação intrafamiliar.	**Conhecimento:** A maioria das pessoas pode citar as razões de saúde e higiene para o uso da latrina. Altos níveis de conhecimento por parte dos participantes das DGFS e EIC estavam ligados a programas de ASH e saúde passados e presentes. **Papeis e Decisões**: Tanto nas DGFs de mulheres como de	**Normas sociais/sanções**: As normas sociais sancionavam aqueles que defecavam a céu aberto.

ELEFANTE *Emocional/Intuitivo*	CAVALEIRO *Racional/Lógico*	CAMINHO *Estrutural*
Valores: Nas comunidades de maioria muçulmana em Nampula (Nacala-Porto), esperavam que as mulheres usassem latrinas para uma maior privacidade e modéstia. **Condutores emocionais/físicos/ sociais**: As mulheres em particular, sentiam maior vergonha em ter de defecar ao céu aberto (ou ter de pedir para usar a latrina dos vizinhos). Os participantes expressaram nojo em ver fezes expostas. Também citaram a segurança – em termos de evitar encontros com animais ou violência interpessoal – como motivo para o uso da latrina.	homens, os participantes relataram que a limpeza e manutenção da latrina eram da responsabilidade de todos os membros da família, incluindo os homens.	

CONSIDERAÇÕES DE GÉNERO

- As preocupações das mulheres em torno da privacidade, modéstia e segurança impulsionavam os seus desejos de usar a latrina e evitar defecar a céu aberto.
- Tanto nas DGFs de mulheres como de homens, os participantes relataram que a limpeza e manutenção da latrina eram da responsabilidade de todos os membros da família, incluindo os homens.

Elefante
Emocional/Intuitivo

Os participantes das DGFs citaram a **privacidade** e **modéstia** ao defecar como uma razão fundamental para o uso da latrina, particularmente as mulheres nas DGFs em Nampula**(género).** Além disso, as mulheres relataram sentir mais vergonha ao defecar a céu aberto, uma vez que se preocupavam em ser vistas por outros, particularmente homens **(género). A segurança** foi outra consideração, mais uma vez para as mulheres, mas também para os homens **(género)**. Tanto mulheres como homens relataram medo de mordidas de cobras e encontros com animais. Só na Zambézia, havia medo de agressão, especialmente para as mulheres, mas também para os homens **(género).** Em Neimara, Nampula, um dos participantes disse que preferia defecar a céu aberto porque não queriam que as suas fezes se misturassem com as dos outros – uma crença tradicional que se dizia estar ultrapassada. A mesma crença foi notada pelo técnico do SDPI em Meconta.

Cavaleiro
Racional/Lógico

Em todas as comunidades, com excepção de Sianimbeu, o **conhecimento** sobre a necessidade de posse e uso de latrinas era muito elevado. Quase todos os participantes ecoaram as mesmas razões para a importância de ter e usar uma latrina, citando razões de saúde e higiene, bem como normas sociais relativas à posse de latrinas. Os participantes associaram a falta de latrinas e a causa com maior risco de doenças como cólera, diarreia e malária, entre outras. Associaram defecar a céu aberto nas machambas, com a contaminação das plantas ou culturas pelo material fecal e estas por sua vez, como veículo de transmissão de doenças quando consumidas. Da mesma forma, defecar ao ar livre durante a estação chuvosa fazia com que o material fecal pudesse fluir para poços ou outras fontes de água potável, deixando as pessoas doentes. Havia alguma discórdia sobre se seria apropriado defecar nos rios com alguns relatos de que era aceitável porque a água corrente removeria o material fecal; no entanto, outros pensavam que defecar num rio representava um risco igual para a doença como qualquer forma de fecalismo a céu aberto. Como reportado anteriormente, técnicos distritais da SDPI e membros da comunidade que participaram em DGFs associaram os conhecimentos e a relação de fecalismo a céu aberto com riscos para a saúde à exposição à a programas de ASH e de saúde.

Caminho
Estrutural

Como já foi mencionado anteriormente, ter **acesso** às latrinas, principalmente possuir a própria latrina ou usar a latrina do vizinho foram determinantes fundamentais do uso da latrina. Os participantes relataram ainda que **as normas sociais** sancionavam aqueles que defecavam a céu aberto nas suas comunidades, atribuindo estas normas sociais à programas de ASH e de saúde.

Considerações de Género

As preocupações das mulheres em torno da **privacidade** e **da segurança** influenciaram os seus desejos de usar latrinas e a evitar o fecalismo a céu aberto. Tanto nas DGFs de mulheres como de homens, os participantes relataram que a limpeza e manutenção da latrina eram da responsabilidade de todos os membros do agregado familiar, incluindo os homens. A pesquisa de 2019 descobriu que algumas comunidades têm normas rígidas que restringem homens e mulheres de usar a mesma latrina; um informante-chave observou que algumas comunidades constroem uma latrina separada para as mulheres usarem durante a gravidez – estes resultados não foram evidentes na pesquisa de 2021.

3.2.3 COMPORTAMENTO III: ELIMINAÇÃO SEGURA DE FEZES INFANTIS

Dependendo da idade da criança, os participantes descreveram práticas variadas de eliminação de fezes infantis. As crianças de nove meses a um ano de idade usam fraldas de pano feitas de capulanas velhas ou de pano de algodão. As mães lavavam as fraldas durante o dia, e armazenavam as fraldas sujas num balde ou bacia durante a noite. As fezes eram descartadas na latrina ou enterradas no quintal, e a água usada para a lavagem das fraldas era despejada na latrina ou num buraco algures no chão do quintal. Embora os participantes das DGFs relatassem o uso de fraldas, as crianças que acompanhavam as suas mães às discussões não usavam fraldas, apenas saias ou calções. Crianças mais velhas com idades compreendidas entre um e três ou quatro anos, tipicamente defecadas no quintal. As fezes eram deixadas expostas até que as mães pudessem se desfazer delas. As crianças com mais de 3 ou 4 anos tendiam a usar a latrina por si só. À noite, se necessário, foi reportado que as crianças deste grupo etário defecavam no quintal ao invés de usar a latrina. Os participantes referiram os seguintes determinantes comportamentais para a eliminação segura das fezes infantis:

Tabela 7. Tabela Resumo dos Determinantes de ERP: Eliminação Segura de Fezes Infantis

ELEFANTE *Emocional/Intuitivo*	**CAVALEIRO** *Racional/Lógico*	**CAMINHO** *Estrutural*
Crenças/atitudes: Os participantes consideraram as fezes infantis como pouco higiénicas e não queriam ter as fezes das crianças expostas nos seus quintais. **Condutores emocionais/físicos/ sociais**: Os participantes associaram fezes infantis ao nojo, da mesma forma que fazem para as fezes adultas. As pessoas também sentiam vergonha se visitantes ou vizinhos vissem fezes de crianças expostas em suas casas ou quintas. Havia o medo das crianças mais novas (menores de quatro e cinco anos) caírem na latrina. **Prioridades concorrentes:** As mulheres, que eram as principais responsáveis pela eliminação das fezes infantis, estavam por vezes demasiado ocupadas para lidar de imediato com fezes infantis, o que levou a atrasos relatados na limpeza das fezes infantis, principalmente as expostas no quintal. Tarefas domésticas como cozinhar ou responsabilidades na machamba mantinham as mulheres ocupadas.	**Conhecimento:** Pessoas associaram fezes infantis com doenças como diarreia e cólera. Procuravam remover as fezes das crianças rapidamente do quintal para evitar que galinhas e cães as consumissem. Pensava-se que o consumo de fezes infantis por galinhas contaminasse a carne destas que por sua vez pudesse contaminar o agregado familiar na hora de consumir a galinha. **Autoeficácia:** Crianças com mais de 4 anos normalmente usavam latrinas não acompanhadas. As crianças mais novas não podiam (ou não eram permitidas) usar latrinas desacompanhadas. **Acessibilidade**: A acessibilidade não era um problema porque a maioria das pessoas usava capulanas velhas como fraldas. Não há "produtos habilitantes" disponíveis. **Apoio Social:** Maridos/pais e irmãos mais velhos ocasionalmente ajudavam na eliminação das fezes infantis quando as mães estavam ocupadas ou não se encontravam em casa. **Papeis e Decisões:** Era principalmente o papel/responsabilidade das mães lidar com a eliminação das fezes infantis, incluindo a lavagem de fraldas e a remoção das fezes do quintal. Elas também são as	**Acesso/Disponibilidade**: Prontamente disponíveis, as capulanas antigas eram utilizadas como fraldas. As fraldas descartáveis só foram mencionadas nas comunidades periurbanas. A escassez de água não foi mencionada como um desafio para lavar fraldas (embora fosse para lavar panos menstruais e para lavagem das mãos). Ter latrina no agregado familiar tornava o processo de descarte de fezes infantis muito mais fáceis. **Atributos do produto**: *As capulanas antigas* ou as fraldas de algodão eram normalmente utilizadas. **Normas sociais**: Era inaceitável ter as fezes infantis expostas no quintal por longos períodos.

ELEFANTE *Emocional/Intuitivo*	CAVALEIRO *Racional/Lógico*	CAMINHO *Estrutural*
	responsáveis pela socialização das crianças no uso da latrina.	

CONSIDERAÇÕES DE GÉNERO

- Não há diferenças relacionadas com o género para práticas comuns de eliminação de fezes infantis para meninas e meninos
- As mães foram apontadas como as responsáveis por lidar com a eliminação de fezes infantis e por ensinar as crianças a usar a latrina
- Homens e outros irmãos poderiam ajudar se a mãe estivesse longe de casa ou ocupada com outras tarefas.

Elefante
Emocional/Intuitivo

Tal como acontece com as fezes adultas, a maioria das pessoas via fezes infantis com **nojo** e como pouco higiénicas (**condutor emocional, social, físico).** Só em Chivato, Nampula é que participantes sublinharam a diferença de olfato entre as fezes de uma criança de nove meses a amamentar e as fezes de uma criança de três anos que come alimentos sólidos: "*Uma criança de nove meses não é a mesma que uma criança de três anos, porque uma criança de três anos pode pelo menos ir à latrina e o cheiro das fezes da criança de três anos é diferente da criança de nove meses." (DGF de Mulheres, LIFECA Periurbano, Chivato, Nampula).* Como resultado, esperava-se que a criança de três anos usasse a latrina, embora fosse considerado aceitável usar fraldas para uma criança de nove meses ou defecar no quintal da casa.

Uma das principais razões pelas quais as crianças com idades compreendidas entre um e quatro anos defecavam quintal foi porque as mães relataram temer que as crianças pudessem cair dentro da latrina e que necessitassem de supervisão, o que afastava as mães dos afazeres domésticos **(prioridades concorrentes, género).** Embora os participantes relatassem que era aceitável que crianças de um a quatro anos de idade defecassem no quintal, tipicamente, as fezes eram removidas imediatamente. Não queriam que visitantes ou vizinhos vissem os seus quintais cheios de fezes infantis. Não só temiam a desaprovação social (**vergonha),** como também não queriam que os animais domésticos (por isso, galinhas, cães) consumissem as fezes e/ou as crianças brincando com as fezes. As mães relataram retardar eliminar as fezes, se estivessem ocupadas com outras tarefas, como cozinhar. Nestes casos, as fezes podiam permanecer expostas até que a tarefa fosse terminada para não correr o risco de queimar a comida ou de desagradar aos maridos que aguardavam pela sua refeição **(prioridades concorrentes, género).** Alguns homens, por outro lado, relataram querer que as mulheres lidassem com as fezes das crianças antes de terminarem as suas outras tarefas:

> *Quando se está a preparar comida e de repente a criança defeca, (...). ela começa com a criança porque não é normal, ou é feio ver fezes na criança na frente ou ao lado da comida e isso mostra falta de higiene. Se outros estiverem lá, podem não comer essa comida, ficarão surpresos. (DGF de Homens, LIFECA, Periurbano, Chivato, Nampula)*

Cavaleiro
Racional/Lógico

Os membros da comunidade associaram as fezes infantis ao risco de doença, com o mesmo sentido de risco que as fezes adultas **(conhecimento)**. Os participantes consideraram a remoção imediata das fezes infantis do quintal como fundamental para evitar que galinhas e cães consumissem as fezes e acrescentaram que as galinhas que tiverem ingerido fezes infantis estavam contaminadas e podiam espalhar doenças. Este conhecimento estava ligado a programas de ASH e de saúde com uma atribuição específica para programas governamentais em que as mulheres eram encorajadas a participar como cuidadoras primárias **(papéis e decisões, género).** As mães eram geralmente responsáveis pela eliminação das fezes, bem como por ensinar as crianças a usarem latrinas **(papéis e decisões, género).** Os participantes homens estavam também conscientes das práticas relacionadas com a eliminação de fezes infantis; no entanto, para além de reforçarem o comportamento do uso da latrina **(apoio social)** ao observarem abertamente uma criança mais velha a defecar e a ajudar quando as mães estavam ocupadas ou fora de casa, não foram citadas como parte dos papéis e responsabilidades de um homem **(papéis e decisões, género**)

> *A mãe é quem limpa a criança ou às vezes com a ajuda de uma criança adulta em casa ou mesmo com a ajuda do pai. À noite, quando a criança defeca, a mãe tira a fralda ou calções e coloca numa bacia para lavar no dia seguinte. (DGF de Mulheres, não LIFECA Periurbana, Neimara, Nampula).*

> *Quando uma criança de 9 meses quer defecar, a mãe [agacha-se] e coloca a criança entre [as pernas] para permitir que a criança defeque, retirando as fezes com uma enxada e atirando na latrina e depois limpa a criança com água. As mães são as que limpam a criança e às vezes o pai da criança ajuda, mas a maior parte do tempo a mãe é a que limpa (DGF de Homens, não LIFECA Rural, Varieque, Nampula).*

As crianças maiores de três anos eram as que usavam as latrinas porque conseguiam fazê-lo sem supervisão (**autoeficácia).**

Caminho
Estrutural

As mães relataram usar capulanas antigas e prontamente disponíveis como fraldas **(acessibilidade/disponibilidade).** Muito poucos agregados familiares – para além dos das zonas periurbanas – reportaram o uso de fraldas descartáveis. Os participantes não mostraram ter conhecimentos ou usar outros produtos, como penicos infantis. A propriedade das latrinas tornou a eliminação de fezes infantis e a lavagem das fraldas infantis muito mais fácil, conforme relatado pelas mães **(acesso/disponibilidade, género)**. Se o agregado familiar não tinha uma latrina, normalmente enterravam as fezes, pois era inaceitável deixar as fezes expostas (**normas sociais).**

Considerações de Género

Os participantes não reportaram diferenças relacionadas com o género para práticas comuns de eliminação de fezes infantis para meninos e meninas. Tipicamente, as mães eram as responsáveis por lidar com a eliminação das fezes infantis **(papéis)** e por ensinar as crianças a usar latrinas, como já se referiu. No entanto, os participantes relataram que as mulheres cuidadoras poderiam receber apoio limitado de pais e outros irmãos se as mães estivessem fora de casa (por exemplo, na machamba) ou ocupadas com outras tarefas (**apoio social).** A maioria dos homens disse que se oferecem para ajudar quando estão em casa ou não estavam ocupados. Algumas mulheres também mencionaram que os

homens também ajudam, mas não era uma obrigação, uma vez que esta tarefa era assumida como sendo da responsabilidade das mães.

3.2.4 COMPORTAMENTO IV: LAVAGEM DAS MÃOS

Tanto em Nampula como na Zambézia, os participantes relataram lavar as mãos numa tigela ou bacia comum. Água é colocada na bacia que normalmente não é substituída até estar visivelmente suja. Aos hóspedes é dada uma bacia com água limpa para lavar as mãos. Dentro de um agregado familiar, o relatado que o marido era o que lavava as mãos primeiro, seguido pela mãe, e depois as crianças: *"Lavamos as mãos na mesma bacia, mas primeiro o marido, seguido pela mulher e finalmente os filhos e se a água estiver suja, deitamos e mudamos para uma água limpa". (DGF de Mulheres, Guião 3, Rural não LIFECA, Varieque, Nampula)* (**sexo**). Embora os participantes soubessem que lavar as mãos com água corrente era o comportamento de higiene recomendado, eles descreveram usando a bacia comum e simulando água corrente usando um copo ou caneca para despejar água sobre as suas mãos. Na Zambézia, eles praticavam derramar água limpa e não usada de uma tigela comum sobre as mãos mais do que imergir as mãos em água reutilizada. Para além da utilização da bacia comum, outros métodos para a lavagem das mãos utilizada na Zambézia foram as tippy-taps (que relataram estragarem-se ao longo do tempo) ou transportar água num jarro ou caneca, onde a água era derramada sobre as mãos. Os participantes relataram os seguintes determinantes para orientar o comportamento de lavagem das mãos:

ELEFANTE *Emocional/Intuitivo*	**CAVALEIRO** *Racional/Lógico*	**CAMINHO** *Estrutural*
Crenças/atitudes: Lavar as mãos das crianças era visto como um desperdício de água. **Valores:** nas comunidades muçulmanas, a higiene e a lavagem das mãos são valorizadas como parte da limpeza espiritual e da ablução religiosa. **Prioridades concorrentes:** O dinheiro utilizado para a compra de sabão também poderia ser usado para comprar outros bens para o agregado, como alimentos ou pratos.	**Conhecimento:** As pessoas foram capazes de reportar os momentos críticos para lavar as mãos e as razões da lavagem (isto é, prevenção de doenças). No entanto, nem sempre relataram lavar as mãos naqueles momentos, particularmente em Nampula. Em Sianimbeu, as pessoas acreditavam que lavar as mãos com água só era suficiente para prevenir doenças. **Acessibilidade**: Os agregados familiares compravam sabão, mas priorizavam a sua utilização para banho e lavagem de roupas em vez da lavagem das mãos. Algumas famílias viam sabão como inacessível e como algo que não durava. **Apoio Social:** As crianças lavavam as mãos apenas quando supervisionadas pelas suas mães.	**Acesso/Disponibilidade:** O acesso à água era um problema e as mãos só eram lavadas em alguns momentos críticos durante os períodos de escassez de água (relatados em Nampula). Cinzas ou plantas nativas eram usadas para lavagem das mãos em vez de sabão, porque eram mais facilmente disponíveis e acessíveis do que sabão. **Atributos do produto**: Utilização de uma bacia comum "lava-mão" para lavar as mãos ou tippy-tap (apenas na Zambézia) **Normas sociais:** Geralmente espera-se que a lavagem das mãos aconteça antes de cozinhar, antes e depois das refeições e depois de defecar e depois de cuidar das fezes das crianças. Normas em torno da ordem de

ELEFANTE *Emocional/Intuitivo*	CAVALEIRO *Racional/Lógico*	CAMINHO *Estrutural*
	Funções e Decisões: As mulheres priorizaram a compra de sabão mais do que os homens porque eram vistas como responsáveis pela manutenção da higiene doméstica. Não precisavam da permissão dos maridos para o fazer. Mulheres e raparigas também eram responsáveis por ir buscar água.	lavagem de mãos usando uma bacia comum.

CONSIDERAÇÕES DE GÉNERO

- As mulheres priorizavam a compra de sabão porque eram vistas como responsáveis pela manutenção da higiene doméstica. Podiam comprar sem precisarem da permissão dos maridos.
- As mulheres e as raparigas eram responsáveis por buscar água, o que pode ser muito demorado para algumas comunidades.

ELEFANTE
Emocional/Intuitivo

Em três comunidades de Nampula (Chivato, Neimara e Varieque), embora os participantes tivessem relatado conhecer os tempos críticos para lavar as mãos, também notaram que as pessoas viam a lavagem das mãos das crianças como um desperdício de água e lavavam as mãos raramente **(crenças/atitudes).** Nas comunidades muçulmanas, a higiene e a lavagem das mãos eram valorizadas como parte da limpeza espiritual e da ablução religiosa **(valores):**

> *Em relação à lavagem das mãos, é feito quando as pessoas vão comer, depois de defecar e quando vão rezar. As mães também lavam as mãos quando lavam fraldas de criança, quando cuidam dos panos usados durante a menstruação. As mãos são lavadas com água e sabão e poucas pessoas usam cinzas. (Agente Polivalente Elementar, Guião EIC, Periurbana LIFECA, Chivato, Nampula)*

Os participantes relataram lavar as mãos apenas com água ou água e cinzas em vez de usar sabão, que as famílias compravam, mas priorizavam para outros usos, como banho e lavagem da roupa **(prioridades concorrentes).**

Cavaleiro
Racional/Lógico

Tal como acontece com os outros comportamentos de saneamento e higiene, os participantes tinham um elevado nível de **conhecimento** da importância da lavagem das mãos (ou seja, prevenção de doenças); sabiam lavar as mãos com sabão e água. Só em Sianimbeu, Zambézia, os participantes relataram que bastava lavar as mãos apenas com água para a prevenção de doenças e que nem sabão

nem cinzas eram necessários para limpar adequadamente as mãos. Na Zambézia, os participantes listaram todos os momentos críticos para a lavagem das mãos e relataram fazê-lo antes e depois de comer, depois de usarem a latrina ou cuidarem das fezes dos seus filhos, e antes de prepararem refeições ou alimentarem crianças. No entanto, em ambas províncias, as crianças só lavavam as mãos antes e depois de comer e não após defecar, e apenas quando supervisionadas e apoiadas pelas suas mães (**apoio social, género**).

> *"A lavagem das mãos é feita antes e depois de comer, depois de defecar quando se cozinha, quando vai rezar, mas nem todos o fazem, especialmente as crianças. A fome pode influenciar a lavagem das mãos das crianças, porque se as crianças têm muita fome, podem esquecer que têm de lavar as mãos e ir directamente para a comida. Uma bacia é usada para lavar as mãos e uma caneca é usada para despejar água corrente". (Líder Comunitário, Guião EIC, LIFECA Periurbana, Chivato, Nampula)*

Caminho
Estrutural

Em tempos de escassez de água, os participantes relataram apenas lavar as mãos em momentos críticos (por exemplo, após defecar e antes e depois de comer**(acesso/disponibilidade).** Os participantes citaram o **acesso** à água como uma questão-chave, particularmente em Nampula, que no momento do trabalho de campo, estava a enfrentar uma seca. Algumas pessoas relataram achar o sabão inacessível e não o compraram porque se iria usar e não duraria. Em Nampula, as pessoas relataram usar plantas nativas prontamente disponíveis, como folhas de caju, para lavagem das mãos ao invés do sabão*: "(...) se não tivermos sabão, podemos usar Matakhuro (Folhas) de caju e depois levar cinzas para a área onde lavamos os panos menstruais". (DGF de Mulheres, Guião 3, não LIFECA Rural, Namessica, Nampula)*

Na Zambézia, os participantes explicaram que quando não lavavam as mãos depois de defecar, era porque não possuíam uma latrina, e muitas vezes a defecação era feita em algum lugar sem **acesso** a água ou sabão.

Considerações de Género

Os participantes relataram que as mulheres priorizavam a compra de sabão por serem vistas como responsáveis pela manutenção da higiene familiar **(papéis e decisões, género).** Conseguiram fazê-lo sem a autorização dos maridos. Era também da responsabilidade das mulheres e das meninas ir buscar água, actividade que os participantes em comunidades como Varieque, Nampula, relataram levar muito tempo porque as fontes de água nas proximidades da comunidade estavam muitas vezes inoperacionais **(acesso, papéis, género).**

3.2.5 COMPORTAMENTO V: GESTÃO DA HIGIENE MENSTRUAL

Nas DGFs, as mulheres relataram usar formas tradicionais de gestão da menstruação, usando pedaços de capulana como produtos menstruais. As expectativas e normas sociais ditaram que gerissem os seus períodos em privado e com restrições às actividades diárias. A Tabela 9 resume os determinantes comportamentais para GHM relatados pelos participantes com descrições mais detalhadas abaixo:

Tabela 9. Tabela Resumo dos Determinantes de ERP: Gestão da Higiene Menstrual

ELEFANTE *Emocional/Intuitivo*	**CAVALEIRO** *Racional/Lógico*	**CAMINHO** *Estrutural*
Crenças/atitudes/valores: As mulheres tinham a mobilidade restrita enquanto menstruadas porque não se sentiam confortáveis em gerir os seus períodos fora de casa, especificamente a lavagem dos panos usados para absorção na casa de outra pessoa. As mulheres muçulmanas podiam frequentar a Mesquita enquanto menstruadas.	**Conhecimento:** As meninas aprenderam a amarrar os panos tradicionais usados para absorver o sangue menstrual nas sessões de ritos de iniciação. Muitas mulheres preferiam usar este método. Apenas as mulheres nas zonas periurbanas sabiam da existência dos pensos absorventes descartáveis, mas não reportaram a sua utilização. **Autoeficácia**: Os participantes relataram que o acesso à água para lavar panos menstruais era um problema; no entanto, as mulheres conseguiam obter água, trabalhando arduamente para o fazer em tempos de escassez de água. **Acessibilidade:** A acessibilidade não foi reportada como sendo um problema porque as capulanas antigas estavam prontamente disponíveis e acessíveis. **Apoio Social/Papéis e Decisões:** As mulheres aprenderam a gerir os seus períodos nos ritos de iniciação liderados por mulheres mais velhas treinadas para transmitir este conhecimento.	**Acesso/Disponibilidade:** As capulanas antigas estavam prontamente disponíveis para utilização. Nenhum / poucos produtos comerciais reconhecidos ou disponíveis. O acesso à água para lavar panos menstruais foi relatado como um problema; no entanto, as mulheres conseguiram obter água mesmo em tempos de escassez. As casas de banho eram usadas mais do que latrinas para lavar em privado os panos menstruais. **Atributos do produto:** Capulanas antigas utilizadas como produtos menstruais. O método tradicional de usar foi relatado como bastante desconfortável. Os participantes relataram ainda que o método poderia causar dor ou desconforto, limitando a mobilidade das mulheres durante o período menstrual. As mulheres mais jovens usavam um método modificado usando pedaços de capulanas dobrados e enfiadas em roupa interior como calcinha ou calcoes. O método tradicional é denominado *nakapa* ou *muthithis*. **Normas sociais/sanções**: A menstruação tinha de ser gerida em privado. É um tema tabu que nem sequer pode ser discutido entre mães e filhas até que as meninas tenham idade suficiente para participar em ritos de iniciação. As crianças não poderiam ver sangue menstrual (com risco de envergonhar a mulher) ou o marido (arriscando desrespeito ou doença). Os panos menstruais

ELEFANTE *Emocional/Intuitivo*	CAVALEIRO *Racional/Lógico*	CAMINHO *Estrutural*
		também tinham de ser escondidos. As mulheres menstruadas passavam por várias restrições em termos de actividades diárias (não podendo salgar a comida, servir os mais velhos, dormir na mesma que os maridos, ou ter relações sexuais).

CONSIDERAÇÕES DE GÉNERO

- [Integrado através de secções acima.]

Elefante
Emocional/Intuitivo

As mulheres evitavam fazer viagens prolongada enquanto menstruadas porque não queriam ter de lavar os panos menstruais em casa de outra pessoa (**crenças, atitudes, valores).** Além disso, as mulheres muçulmanas não podiam ir à mesquita enquanto menstruadas **(valores)**.

CAVALEIRO
Racional/Lógico

As mulheres relataram usar capulanas velhas para absorver o sangue menstrual, capulanas estas que estavam amplamente disponíveis e eram consideradas **acessíveis.** Apenas uma minoria de mulheres em comunidades periurbanas estava ciente dos pensos higiénicos descartáveis ou outros produtos menstruais reutilizáveis **(conhecimento).** Dado o quão privada é a menstruação e os tabus relacionados com falar sobre isso com as crianças, as meninas só aprenderam a usar capulanas para gerir a sua menstruação como parte dos ritos tradicionais de iniciação. Até terem idade suficiente, a menstruação era um assunto tabu, mesmo entre mães e filhas. Ao atingiram a idade adequada, as mulheres jovens são ensinadas por mulheres mais velhas a dobrar e a assegurar a capulanas adequadamente para evitar fugas (**conhecimento, apoio social, papéis e decisões**). As mulheres mais velhas que lideram estes ritos de iniciação são treinadas para ensinar jovens mulheres sobre menstruação e expectativas para as mulheres. As mulheres mais novas em Nampula relataram usar uma versão actualizada deste método, colocando pedaços de capulanas dobradas nas suas calcinhas ou calcões (método normalmente não usado por mulheres mais velhas). Na Zambézia, o mesmo método era usado, com algumas mulheres usando roupa interior tradicional chamada *mughoda.* Em Nampula, estes são chamados *nakapa* ou *muthithis.* Tanto as mulheres como os homens relataram a consciência dos métodos de gestão menstrual:

> *"Para Elisa gerir o seu período, ela usa nakapa, que é uma corda que é feita com a própria capulana e a capulana é dobrada e passa por frente da vagina e por trás das nádegas e apertada na cintura para*

segurar bem e não correr o risco de cair". (DGF de Homens, Guião 3, não LIFECA Rural, Varieque, Nampula)

"Para absorver a menstruação, ela usa nakapa que é uma corda feita de capulana que ela usa para amarrar na cintura e dobra outro pano que vai da frente para trás, entre as pernas e ela amarra a corda e o pano à volta da cintura muito apertado." (DGF de Mulheres, Guião 3, não LIFECA Rural, Varieque, Nampula)

Embora a escassez de água fosse um problema em muitas comunidades, especialmente em Nampula, as mulheres relataram fazer os possíveis para garantir água para lavar os pedaços de *capulanas usados* como produtos de gestão menstruais **(autoeficácia).**

Caminho
Estrutural

As capulanas estavam prontamente disponíveis para utilização como produtos de gestão menstrual **(acesso/disponibilidade).** As mulheres lavavam os pedaços de capulanas sujos em privado na casa de banho, adjacente a latrina. Se não tivessem uma casa de banho, as mulheres lavavam panos menstruais na mata ou outro local privado. Em Nampula, os agregados familiares sem latrina também não tinham casa de banho; no entanto, em Sianimbeu, Zambézia, embora os agregados familiares não tivessem latrinas, estes tinham uma casa de banho **(acesso/disponibilidade).** Além das mulheres que as usavam para lavar panos menstruais, tanto mulheres como homens usavam as casas de banho para tomar banho e para urinar. Os participantes relataram o despejo ou eliminação da água usada para lavar os panos menstruais na latrina ou num buraco no chão se a casa não tivesse uma latrina. Os participantes relataram a escassez de água como um problema para lavar os panos menstruais **(acesso/disponibilidade).**

As mulheres relataram ter a mobilidade restrita enquanto menstruadas. Além da dor associada às cólicas menstruais e ao sangramento, as mulheres explicaram que ficavam em casa e tornavam-se relativamente sedentárias porque era desconfortável usar *muthithis* (uma roupa interior tradicional) e usar pedaços de capulanas, pois ambos tornavam o movimento de andar desconfortável e dolorido **(atributos** do produto): "*Quando estamos menstruados, não podemos viajar ou andar muito tempo porque aqueles muthithis aleijados e incomodam." (DGF de Mulheres, Guião 2, Namessica, Nacala-Porto, Nampula). As* Mulheres relataram evitar viagens prolongadas.

Em ambas províncias, os participantes indicaram **normas sociais** fortes relacionadas com a menstruação e o sangue menstrual, resultando frequentemente em tabus prejudiciais e estigmatização. Os participantes explicaram, por exemplo, que quando as capulanas são usadas como produtos menstruais, não podem ser vistas ou tocadas por ninguém que não seja a mulher que as utiliza. Se as crianças vissem, poderia causar embaraço à mulher menstruada, e se o marido visse, poderia ser considerado desrespeitoso. Assim, as mulheres relataram lavar os produtos menstruais na privacidade de uma casa de banho ou na mata (se o agregado familiar não tivesse uma casa de banho). Os panos eram colocados para secar em algum lugar fora da vista, como na casa e banho, no quarto ou debaixo de outro pano.

"As mulheres lavam os panos menstruais na casa de banho e a água é despejada na latrina; então os panos ficam a secar dentro do quarto para que as crianças não possam ver. Os maridos podem ver já que partilham o mesmo quarto". (DGF de Homens, Guião 3, não LIFECA Rural, Waua, Zambézia)

Quando menstruam, as mulheres lavam os seus panos e dobram muito bem e guardam no seu sítio para que o marido não mexa [os panos menstruais] e se ele mexer, será um grande problema que pode até chegar aos líderes dizendo que o marido quer lhe fazer mal ou até quer lhe matar. (DGF de Homens, Guião 3, Não LIFECA Rural, Varieque, Nampula)

Além de terem de gerir a sua menstruação em privado, as mulheres menstruadas enfrentaram restrições nas suas actividades diárias. Por exemplo, os participantes relataram que quando uma mulher menstrua, ela não pode fazer coisas como salgar a comida, preparar algumas comidas, ou servir idosos e líderes. Ela também é obrigada a dormir em uma cama separada e abster-se de fazer sexo com o marido (correndo o risco de causar-lhe hérnia ou problemas de saúde para os dois). As mulheres menstruadas muitas vezes informaram aos maridos que estão menstruadas colocando um pano vermelho na cama, e o marido conseguia interpretar, um pano branco era colocado no final do seu ciclo significando o fim do período.

3.3 IMPLICAÇÕES DA COVID-19

Entre as nove comunidades participantes neste estudo, os participantes não mencionaram frequentemente preocupações relacionadas com a COVID-19. As comunidades de Nampula, estavam no momento da realização do trabalho de campo a enfrentar uma seca que trazia como consequência a insegurança alimentar, o que preocupava mais os participantes, que a COVID-19. Quando questionados, os participantes relataram que não enfrentavam problemas relacionados com a construção de latrinas e a COVID-19. A maioria das latrinas nas suas comunidades tinha sido construída antes do início da pandemia ou tinha sido construída durante a pandemia usando materiais locais, sendo que a disponibilidade não tinha sido afectada por perturbações da cadeia de abastecimento global ou nacional. Numa nota positiva, os participantes relataram também ter recebido mais mensagens sobre lavagem das mãos na rádio e outros canais relacionados com a prevenção da COVID-19: *"(...) agora lavamos as mãos muitas vezes por causa desta pandemia da COVID, por causa da informação que recebemos que devemos lavar sempre as mãos". (DGF de Homens, Guião 3, não LIFECA Rural, Varieque, Nampula).* (Um outro estudo realizado pelo WASHPaLS especificamente sobre as implicações da COVID-19 no sector de ASH fornece maiores informações, incluindo uma maior atenção à lavagem das mãos durante a pandemia, e está disponível aqui.)

4.0 RECOMENDAÇÕES

Esta pesquisa identificou os múltiplos e interligados condutores de comportamentos de saneamento e higiene, muitos dos quais estão enraizados em factores de nível estrutural e institucional (relacionados com a parte "Caminho" do modelo ERP). Outros determinantes operam a um nível mais individual que afecta a forma como as pessoas se sentem ("Elefante") ou pensam ("Cavaleiro") sobre comportamentos e efeitos resultantes. Juntos, estas conclusões preparam o palco para as recomendações.

Nesta secção, nós

- apresentamos recomendações e orientações operacionais para cada comportamento, e
- ofereceremos várias recomendações abrangentes e elementos críticos para a integração de género para impulsionar a mudança de comportamento de saneamento e higiene em futura programação de ASH e saúde.

O apêndice V mapeia todo o conjunto de resultados a cada recomendação, organizada por comportamentos de higiene (construção e uso de latrina, eliminação segura de fezes infantis, lavagem das mãos e GHM). Resume os resultados das consultas das DGFs, EICs, revisão bibliográfica e consultas de partes interessadas de 2019 e 2021. Para cada conjunto de resultados, a tabela apresenta uma recomendação e orientação operacional correspondente. A coluna final contém etiquetas referentes ao modelo ERP. Figura 2 mostra uma imagem do Apêndice V para ilustrar como organizamos os resultados, a recomendação correspondente, as suas recomendações operacionais e etiquetas.

Figura 2. Imagem dos resultados, recomendações e etiquetas no Apêndice V

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
Os respondentes consideraram a propriedade da latrina como boa; construir, ter e usar latrinas foi o comportamento socialmente aceitável. Viam aqueles que não possuíam latrinas como pouco higiénicos, preguiçosos ou teimosos. Os participantes geralmente citavam vergonha em não possuir uma latrina. A vergonha de não possuir uma latrina e envolver-se em fecalismo a céu aberto (ou ter de pedir para usar a latrina de um vizinho) foi mais pronunciado pelas mulheres.	Helvetas lançou uma campanha para apelar ao orgulho social (ou estigma) marcando latrinas limpas e bem conservadas com uma bandeira. Não houve qualquer investigação sobre se esta intervenção poderia ou não afectar as mulheres de forma diferente dos homens. Várias organizações têm relatado o sucesso em iniciativas de higiene menstrual como ponto de partida para discussões sobre uso de latrinas e outros comportamentos higiénicos. Um informante disse que as mulheres enfrentam mais estigma relacionado com o fecalismo a céu aberto em comparação aos homens (S. Mucavel, comunicação pessoal, 20 de dezembro de 2019). Não é claro por que razão as mulheres enfrentam uma maior reprovação social relativamente ao fecalismo a céu aberto; no entanto, a desaprovação está provavelmente enraizada em diferentes expectativas sociais sobre as mulheres no que diz respeito à defecar, à privacidade, à limpeza, etc. Mulheres e meninas têm preocupações	1. Use o que sabemos sobre a priorização das pessoas em questões de segurança, orgulho/vergonha em torno de não ter uma latrina, ter que pedir para usar a latrina de um vizinho, ou não ter uma para os hóspedes, particularmente para as mulheres (que são mais propensas a estar em casa e ser responsáveis pela higiene e saneamento doméstico), para ajudar a motivar a construção e o uso de latrinas. Quaisquer estratégias em torno desta questão devem utilizar enquadramentos positivos para enfatizar o orgulho, a segurança e a privacidade em vez de vergonha, perigo e	• Incorporar estratégias de mudança de comportamento positivas em programas de saneamento e saúde (SANTOLIC, saneamento baseado no mercado, etc.) em torno dos benefícios de ter e usar uma latrina, como segurança, orgulho e privacidade. – Direcionar tanto homens como mulheres com mensagens e canais utilizados, e as melhores práticas para a comunicação para a mudança social e de comportamento (CMSC) integrada no género. – Garantir que os programas que visam a construção de latrinas não capitalizem na maior vergonha de não-propriedade das latrinas relatadas pelas mulheres e evitem mensagens que criem ainda mais vergonha para as mulheres defecarem a céu aberto.	Género **Elefante:** condutores emocionais, sociais, físicos, valores e crenças

4.1 CONSTRUÇÃO E USO DE LATRINA

Apresentamos as recomendações e orientações operacionais destes dois comportamentos em conjunto, uma vez que os determinantes de género e comportamentais da construção e uso de latrina e, posteriormente, das recomendações, estão ligados.

RECOMENDAÇÃO 1

Use o que sabemos sobre a priorização das pessoas em questões de segurança, orgulho/vergonha em torno de não ter uma latrina, ter que pedir para usar a latrina de um vizinho, ou não ter uma para os hóspedes, particularmente para as mulheres (que são mais propensas a estar em casa e ser responsáveis pela higiene e saneamento doméstico), para ajudar a motivar a construção e o uso de latrinas. Quaisquer estratégias em torno desta questão devem utilizar enquadramentos positivos para enfatizar o orgulho, a segurança e a privacidade em vez de vergonha, perigo e indignidade para evitar mais estigmatização, especialmente para as mulheres.

- Incorporar estratégias de mudança de comportamento positivas em programas de saneamento e saúde (SANTOLIC, saneamento baseado no mercado, etc.) em torno dos benefícios de ter e usar uma latrina, como segurança, orgulho e privacidade.
  - Direcionar tanto homens como mulheres com mensagens e canais utilizados, e as melhores práticas para a comunicação para a mudança social e de comportamento (CMSC) integrada no género.
  - Garantir que os programas que visam a construção de latrinas não capitalizem na maior vergonha de não-propriedade das latrinas relatadas pelas mulheres e evitem mensagens que criem ainda mais vergonha para as mulheres defecarem a céu aberto.

RECOMENDAÇÃO 2

Envolver os homens para compreender o valor da plena participação das mulheres nas decisões sobre construção de latrinas (por exemplo, benefícios para toda a família, consideração de hóspedes, crianças, segurança, etc.) Introduzir comunicação de casal e negociação para defender a alocação de recursos domésticos para a construção de latrinas. Use a formação e a CMSC para reduzir o estigma para as mulheres que desejam aprender sobre a construção de latrinas, compra de material de construção e trabalho de construção.

- Realizar formações e sessões comunitárias para que os homens compreendam o valor da participação total das mulheres nas decisões de construção de latrinas (por exemplo, benefícios para toda a família, consideração de hóspedes, crianças, acessibilidade)
- Garantir que a localização, a escolha da tecnologia, a construção, a limpeza e a manutenção incluem todos os contributos das mulheres, para maximizar o uso por todos os membros da família, e minimizar os encargos para as mulheres, tais como a busca de água, a localização insegura, a tecnologia menos adequada para mulheres e crianças, tecnologia que requer mais limpeza, etc.
- Use a CMSC para mudar atitudes e comportamentos para reduzir o estigma de género em torno de quem pode construir uma latrina (mensagens cuidadosamente formuladas para não adicionar carga/vergonha adicional a uma população já sobrecarregada)
- No caso de normas patriarcais de género entrincheiradas que constituem um obstáculo significativo à participação das mulheres na tomada de decisões sobre latrinas, considere uma intervenção para a mudança de normas sociais para mudar as normas comunitárias e facilite uma tomada de decisão mais equitativa e a atribuição de recursos

RECOMENDAÇÃO 3

Incluir elementos em programas de saneamento, como o SANTOLIC, que promovam e apoiem as famílias chefiadas por mulheres ou constituídas por idosos com menor probabilidade de construir latrinas na ausência de um "homem forte". Esta abordagem deve incluir a assistência financeira e as opções de construção local para aqueles que não conseguem construir latrinas mesmo com assistência nessas circunstâncias, bem como a CMSC para dissipar o estigma para as mulheres que procuram materiais / mão-de-obra para a construção de latrinas.

- Prestar apoio financeiro para a construção de latrinas para famílias chefiadas por mulheres e famílias de idosos, tais como subsídios direcionados e compatíveis com o mercado [7]
- Nos casos em que as mulheres chefes de agregado familiar gostariam de saber mais sobre a construção de latrinas e/ou comprar materiais e contratar mão-de-obra (que são vistos como domínio de um homem):
  - Tal como na Recomendação 2, utilizar a CMSC para mudar atitudes e comportamentos em torno de quem pode construir uma latrina (mensagens cuidadosamente formuladas para não adicionar carga/vergonha adicional a uma população já sobrecarregada)
  - Construir os conhecimentos técnicos dos agregados familiares chefiados por mulheres sobre construção de latrinas, aquisição de materiais e contratação de mão-de-obra através de oficinas direcionadas (com creches disponíveis) ou outras actividades como complementos à programação de saneamento ou como peças autónomas. Realizar primeiro breves avaliações de necessidades para entender quais as habilidades/conhecimentos a focar.
- Considerar outras iniciativas comunitárias para apoiar as famílias chefiadas por mulheres e idosos a construir latrinas quando não podem construí-las por si mesmo
  - Baseie-se nas práticas existentes de contratação de vizinhos ou pedreiros
  - Para os idosos, explorar como e se, se deve tornar a prática de usar os subsídios de apoio do governo para construir latrinas mais sistemático.

RECOMENDAÇÃO 4

Promover soluções em programas de saneamento que melhor atendam aos terrenos desafiantes (areia, solo rochoso).

- Avaliar se as famílias podem construir estes próprios desenhos de latrina, ou se são necessárias competências profissionais. Criar a demanda destes desenhos de latrina através de canais apropriados (divulgação e/ou base de mercado).
- Dado que o terreno acidentado parece ser diferenciado para as mulheres, explorar tecnologias que possam permitir às mulheres participar mais plenamente na construção.
- Equilibrar usando materiais locais para acessibilidade e sustentabilidade com outros materiais que podem ser muito mais duráveis.

[7] Compatível com o mercado: Cumprido por uma empresa local

4.2 ELIMINAÇÃO SEGURA DE FEZES INFANTIS

RECOMENDAÇÃO 5

Utilizar estratégias para envolver os homens na eliminação de fezes infantis e envolvê-los de uma forma mais geral como co-cuidadores.

- Garantir estratégias para a eliminação de fezes infantis que foquem principalmente nas mulheres, mas também envolvam homens com educação adicional, mensagens, imagens e mudanças de normas. Consulte a Recomendação 15.
- Incorporar elementos de paternidade positiva em programação de ASH e programação de saúde para mudar as normas em torno do cuidador e tornar-se parceiros mais equitativos e solidários, bem como agentes de mudança para a igualdade de género.

RECOMENDAÇÃO 6

Reforçar as práticas positivas existentes de eliminação imediata e segura das fezes infantis.

- Explorar a utilização de tecnologias e competências parentais para incentivar a socialização precoce da utilização da latrina, por exemplo, acompanhando a criança à latrina e aguardando com elas; colocar uma corda ou suporte se tiver medo de cair no orifício de entrada; ensinar agachamento lateral (ambos pés em um único suporte de pé) para uma maior sensação de segurança. (Os homens podem desempenhar um papel aqui)

4.3 LAVAGEM DAS MAÕS

RECOMENDAÇÃO 7

Baseie-se na prática positiva existente de lavagem das mãos em momentos críticos para modificar elementos nocivos e ineficazes destas práticas actuais, além de incentivar uma lavagem mais higiénica. Desencorajar a reutilização da água para a lavagem das mãos e promover a prática de despejo ou colocação da água um jarro ou em uma caneca comum em vez de mergulhar as mãos na bacia. Dada a escassez de água, incentivar o uso de água cinzenta para actividades como jardins ou hortas domésticas. Promover uma maior lavagem das mãos para as crianças.

- Realizar um levantamento ou avaliação rápido para identificar os recipientes domésticos existentes que podem servir como recipientes para despejar a água. Criar um apoio ao trabalho (talvez um pequeno vídeo para os telemóveis dos promotores) para demonstrar a prática modificada.
- Garantir que todas as estratégias para aumentar a higiene das mãos têm em conta que os requisitos para mais água provavelmente aumentarão os encargos de procura de água para as mulheres e raparigas e utilizar estratégias para mitigar e evitar este encargo adicional.
- Utilizar métodos MSC como o jogo do brilho (*glitter*) para demonstrar a necessidade da lavagem das mãos das crianças.

RECOMENDAÇÃO 8

Incluir estratégias na futura programação que priorizem o uso de sabão para lavagem das mãos (para além do uso para banho e lavagem da roupa).

- Incluir o uso de sabão, cinzas ou solução de sabão líquido caseiro para incentivar uma melhor prática de lavagem das mãos e abordar a barreira percebida de falta de disponibilidade de sabão
- Promover o uso de pequenos pedaços de sabão, já não úteis para a lavagem de roupas ou lavagem de louça, para utilização na lavagem das mãos ou na confeção de sabão líquido
- Fornecer vouchers baseados em necessidades para sabão para aliviar as barreiras financeiras para a compra de sabão.
- Em CMSC em torno do sabão e da lavagem adequada das mãos, incluir a educação sobre a negociação/tomada de decisão Intra domiciliar para reforçar a priorização do sabão das mulheres como essencial para o agregado familiar, e garantir que o sabão seja usado para lavar as mãos

4.4 GESTÃO DE HIGIENE MENSTRUAL

RECOMENDAÇÃO 9

Alargar o acesso a produtos de gestão menstrual que não seja a capulana, tais como produtos reutilizáveis e descartáveis, complementado por disposições de eliminação adequada. Os esforços para aumentar o acesso devem envolver o sector privado local para garantir cadeias de valores, preços acessíveis, produtos de alta qualidade e criação/oferta baseada no mercado.

- Dos estudos existentes e durante as avaliações de género e outras pesquisas de projectos de base, compreender as barreiras à utilização de produtos reutilizáveis e descartáveis (acessibilidade, vontade de pagar, se esta é considerada uma despesa válida pelo chefe do agregado familiar, distribuição, normas como a utilização de inseríveis, estigma, práticas tradicionais entrincheiradas, falta de sabão ou água para limpeza, falta de espaço privado para limpeza, secagem, etc.) e resolver estas barreiras durante o programa de implementação.
- Introduzir produtos menstruais reutilizáveis mais modernos em áreas-alvo através de parcerias com organizações que já trabalham com GHM em Moçambique (por exemplo, BeGirl)
- Introduzir produtos menstruais descartáveis
- Fornecer educação sobre a utilização e o cuidado de produtos reutilizáveis e a utilização e eliminação de produtos descartáveis de GHM
- Explorar outras opções de produtos
  - Trabalhar com escolas, unidades sanitárias /centros de saúde e locais de trabalho para distribuir produtos de GHM de baixo custo em conjunto com a educação sobre a GHM adequada
  - Divulgar desenhos de pensos higiénicos melhorados "faça você mesmo" para os parceiros de implementação da USAID para incorporar no trabalho de divulgação.
  - Fazer uso das redes de costura de pensos higiénicos melhorados, que foram incorporadas em iniciativas escolares e geradoras de renda em toda a região
- Trabalhar com fornecedores do sector privado de produtos menstruais, bem como empresários e agentes de vendas para comercializar e vender pensos higiénicos descartáveis e reutilizáveis a preços acessíveis (e potencialmente subsidiados) em áreas-alvo.

RECOMENDAÇÃO 9

- Várias empresas do sector privado comercializam produtos menstruais reutilizáveis em Moçambique e realizaram análises formativas de pesquisa de mercado tanto em Nampula como na Zambézia. A estratégia futura pode trabalhar no sentido da coordenação da criação da procura/oferta baseada no mercado de produtos menstruais.

- Envolva os fabricantes locais de produtos descartáveis e reutilizáveis e garanta os padrões do produto

RECOMENDAÇÃO 10

Incentivar adaptações mais higiénicas das práticas tradicionais de GHM, tais como a utilização de panos mais confortáveis, limpos e higiénicos, limpeza e armazenamento do pano, e como a passagem tradicional de conhecimentos relacionados com a menstruação pode incluir mensagens de higiene.

- Educar as mulheres e raparigas sobre o uso adequado dos materiais tradicionais, incluindo recomendações sobre os tipos de pano que podem ser utilizados, e o uso higiénico, limpeza e armazenamento desses produtos.

- Trabalhar com mulheres mais velhas, que transmitem esse conhecimento às meninas quando têm os seus períodos pela primeira vez, para sensibilizar para a higiene e cuidados adequados com os panos tradicionais e reutilizáveis para que passem esta informação.

- Baseie-se no uso tradicional das casas de banho na Zambézia para promover e reforçar as melhores práticas com a lavagem e cuidados higiénicos de produtos menstruais reutilizáveis num ambiente privado onde as mulheres se sintam confortáveis.

RECOMENDAÇÃO 11

Apoiar os esforços de defesa e diálogo político para criar um ambiente melhor favorável às políticas de GHM, para criar acesso e acessibilidade dos produtos, entre outros benefícios.

- Em colaboração com os esforços locais existentes, facilitar um comité nacional de direcção de GHM para promover políticas nacionais e específicas de pilares sobre a GHM (os pilares incluem escolas, comunidades e locais de trabalho)
  - Exemplos de políticas a nível nacional que podem beneficiar da advocacia e dos contributos técnicos de um comité de direcção: Política Nacional de GHM (ver política recentemente divulgada pelo Quénia, por exemplo), revisão dos produtos disponíveis localmente e impostos sobre as importações que possam potencialmente inibir o fabrico local de produtos reutilizáveis e descartáveis, clarificação de quais entidades governamentais devem participar em políticas específicas de GHM que devem avançar (Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho, etc.) e colaboração para aumentar o envolvimento, os padrões de produto reutilizáveis e descartáveis, etc.
  - Exemplos de políticas específicas de pilares podem incluir: estrutura de orientação da política nacional de local de trabalho, disponibilização de pensos higiénicos nas escolas para adolescentes, revisão das estruturas fiscais e advocacia para eliminar impostos de luxo (e outros) sobre produtos e matérias-primas para aumentar o acesso da comunidade em quiosques e farmácias locais, etc.

RECOMENDAÇÃO 11

- Trabalhar com o sector privado e o governo para estabelecer normas mínimas para os produtos GHM reutilizáveis.

RECOMENDAÇÃO 12

Aumentar os conhecimentos relativos à menstruação e a GHM, principalmente para mulheres e raparigas, juntamente com os esforços para mudar normas e minimizar tabus relacionados com a GHM.

- Desenvolver materiais de educação de CMSC sobre a fisiologia, saúde e higiene da GHM
- Utilizando estes materiais de CMSC, realizar sessões de educação sobre a fisiologia, saúde e higiene da GHM
- Considerar sessões e materiais direcionados para meninos e homens
- Trabalhar com escolas, unidades sanitárias e locais de trabalho para divulgar materiais de CMSC e educar as pessoas sobre a GHM adequada
- Desenvolver estratégias e materiais que visem comportamentos e normas sociais que estigmatizem a menstruação. Estes materiais devem incluir as melhores práticas para mudar normas sociais restritivas em torno da menstruação (por exemplo, quem pode ver produtos de GHM, restrições de actividades para mulheres menstruadas, etc.)

4.5 RECOMENDAÇÕES ABRANGENTES

Em conformidade com as políticas e regulamentos da USAID, todos os novos contratos e projectos devem implementar as melhores práticas para reduzir a desigualdade de género e promover o empoderamento das mulheres. Resultados e recomendações neste relatório abordam as desigualdades de género que podem afectar os comportamentos de saneamento e higiene. Identificamos várias recomendações abrangentes relacionadas com comportamentos de saneamento e higiene e recomendamos o seguinte para todos os projectos e aquisições relevantes:

RECOMENDAÇÃO 13

Assegurar que os projectos de ASH e saúde integrem o género na linha de base de avaliação de projectos e noutras investigações para maximizar a aprendizagem e a eficiência.

- No início de projectos de saneamento, incluir uma avaliação de género para verificar as conclusões desta pesquisa formativa e explorar normas, atitudes, comportamentos e conhecimentos de género em torno de ASH: https://www.globalwaters.org/sites/default/files/usaid_water_gender_tech_brief_5_508_2.pdf.
- Integrar o género em todos os instrumentos de base do projecto e instrumentos de investigação e metodologias para compreender mais aprofundadamente sobre barreiras e facilitadores para comportamentos de higiene (ver acima).

RECOMENDAÇÃO 14

Assegurar que a monitoria, avaliação e aprendizagem dos projectos esteja integrada no género para melhor capturar questões de género que possam impulsionar comportamentos de saneamento e higiene.

- Incluir indicadores de género globais e da Missão, indicadores sensíveis de género, dados desagregados por sexo e idade sempre que as pessoas são contadas.
- Sempre que possível, monitorar o uso real/reportado de latrinas (e não apenas por relatório de chefes de agregados familiares), em vez de extrapolar os números de cobertura. Os projectos assumem frequentemente que a cobertura é igual a uma utilização, o que pode não ser verdade, especialmente para as mulheres, crianças e outros grupos vulneráveis. Se houver uma utilização diferenciada, utilize métodos qualitativos para descobrir por que certos membros do agregado familiar não estão a usar a latrina, ou não a usam de forma consistente para solucionar estas questões.

RECOMENDAÇÃO 15

Assegurar que os projectos de ASH e saúde utilizem as melhores práticas para a CMSC integrada no género.

- Garantir que os parceiros de ASH e de saúde utilizam as melhores práticas, como https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2020/07/BR_Gender_Brief.pdf,em particular o kit de ferramentas de CMSC https://sbccimplementationkits.org/gender/courses/gender-and-social-and-behavior-change-communication/

RECOMENDAÇÃO 16

Integrar as melhores práticas para relações equitativas entre homens e mulheres em contratos e projectos.

- Baseie-se nas melhores práticas existentes para envolver os homens como cuidadores, parceiros equitativos e agentes de mudança para mudar as normas de género desiguais.
- Integrar elementos de programas de comunicação de casais (existem muitos exemplos na programação de saúde sexual e reprodutiva) para os casais negociarem e priorizarem as finanças domésticas para a construção de latrinas, aquisição de sabão, produtos GHM, etc.
- Direcione os líderes comunitários e outros referenciais para promover normas e comportamentos equitativos de género.

5.0 LIMITAÇÕES

A equipa realizou esta pesquisa formativa em nove comunidades de duas províncias de Moçambique, com o objectivo específico de orientar recomendações para futura programação no país. Como tal, a generalização das conclusões é limitada. Além disso, a equipa selecionou comunidades com a ajuda de parceiros de implementação de ASH (ADPP e UNICEF) para identificar comunidades rurais e comunidades periurbanas adjacentes. Embora as comunidades rurais se destinassem a representar comunidades em que houvesse menos latrinas e maior prática de fecalismo a céu aberto e comunidades LIFECA, na realidade, muitas das comunidades não LIFECA tinham sido expostas a programas de ASH e de saúde e tinham maior propriedade de latrina e taxas mais baixas de defcalismo a céu aberto do que o previsto. Os residentes destas comunidades de "não LIFECA" também relataram estar cientes e praticar alguns dos comportamentos de saneamento e higiene ideais incluídos neste estudo. A seleção de comunidades mais remotas e verdadeiramente não LIFECA, como Sianimbeu, teria proporcionado um contraste mais acentuado às comunidades LIFECA. Embora a informação tenha sido recolhida em Sianimbeu para demonstrar dados contrastantes, os resultados foram limitados, uma vez que a equipa foi capaz de conduzir apenas duas DGFs em vez de quatro ou cinco nesta comunidade adicional.

Além disso, este estudo foi concebido para obter informações sobre barreiras, motivações e considerações de género para comportamentos selecionados de saneamento e higiene. As ferramentas de estudo também solicitaram informações sobre práticas comuns entre membros da comunidade. Como tal, a equipa conseguiu obter informações relatadas sobre comportamentos típicos sem a oportunidade de perguntar sobre os comportamentos dos próprios participantes ou observar comportamentos reais. Por último, num cenário de grupo como uma DGF, "o pensamento de grupo" ou a probabilidade de os participantes ecoarem as mesmas respostas é elevada; pode ser um desafio para um participante relatar sobre comportamentos não ideais quando o resto do grupo está a responder de outra forma.

Por último, o estudo foi adiado e afectado pela pandemia da COVID-19. Uma consequência foi o facto de a equipa baseada nos EUA não ter conseguido estar presente na formação e prestar suporte presencial à equipa baseada em Moçambique. A equipa teve de fazer modificações logísticas durante a recolha de dados (por exemplo, reduzindo o número de participantes da DGF e conduzindo as sessões em espaços suficientemente grandes). Alguns participantes relataram ainda que o uso de máscaras durante discussões e entrevistas era algo "estranho" e não lhes permitiu construir tanta confiança e relação com a equipa. Por último, devido às restrições de viagem em curso, a reunião final com as partes interessadas realizou-se num formato virtual – uma limitação potencial; no entanto, o envolvimento e o interesse de mais de 40 participantes durante uma sessão de duas horas demonstraram o contrário.

REFERÊNCIAS

Devine, J. (2009). *Introducing SaniFOAM: A Framework to Analyze Sanitation Behaviors to Design Effective Sanitation Programs* (p. 28). Water and Sanitation Program, World Bank.

Graham, J. P., Hirai, M., & Kim, S.-S. (2016). An Analysis of Water Collection Labor among Women and Children in 24 Sub-Saharan African Countries. *PLOS ONE*, *11*(6), e0155981. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155981

Haneef, C., & Tembe, M. (2019). *CARE Rapid Gender Analysis: Cyclone Idai Response Sofala Province, Mozambique*. CARE.

Heath, C., & Heath, D. (2010). *Switch: How To Change Things When Change Is Hard*. Crown Business.

JICA. (2015). *JICA Gender Report 2015*. JICA. http://gwweb.jica.go.jp/km/FSubject1501.nsf/3b8a2d403517ae4549256f2d002e1dcc/8d7eed7eec30a45c49257f85001b0402/$FILE/ATTWBTEO.pdf/%E8%8B%B1%E8%AA%9E%E7%89%88%202014.pdf

Malik, S. (2019, November 25). *'Sex for Water'- How women are paying the price of water*. Sanitation and Water for All (SWA). https://www.sanitationandwaterforall.org/news/sex-for-water-how-women-are-paying-the-price-of-water

Michie, S., Van Stralen, M.M. and West, R. (2011). 'The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions.' *Implementation science*, 6(1), 1-12.

November, L., & Sandall, J. (2018). 'Just because she's young, it doesn't mean she has to die': Exploring the contributing factors to high maternal mortality in adolescents in Eastern Freetown; a qualitative study. *Reproductive Health*, *15*(1), 31. https://doi.org/10.1186/s12978-018-0475-x

Shiras, T., Cumming, O., Brown, J., Muneme, B., Nala, R., & Dreibelbis, R. (2018). Shared latrines in Maputo, Mozambique: exploring emotional well-being and psychosocial stress. *BMC International Health and Human Rights, 18(30).* https://doi.org/10.1186/s12914-018-0169-z.

Shiras, T, & Dreibelbis, R. (2018). High-quality shared toilets can reduce women's feelings of stress due to fear of violence. London: Water and Sanitation for the Urban Poor.

Silver, M. (n.d.). *The dark secret of Lake Malawi: Trading sex for fish*. Retrieved February 13, 2020, from https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/696203377/special-report

UNDP. (2018). *Human development indices and indicators: 2018 statistical update*. UNDP. https://www.un-ilibrary.org/economic-and-social-development/human-development-indices-and-indicators-2018_9a42b856-en

UNICEF. (2018). *WASH Situation in Mozambique*. https://www.unicef.org/mozambique/en/water-sanitation-and-hygiene-wash

UN Women. (2019). *Global Database on Violence against Women: Mozambique 2019*. https://evaw-global-database.unwomen.org/fr/countries/africa/mozambique

USAID/Mozambique. (2019). *Gender Assessment for Country Development Cooperation Strategy*. USAID.

WHO, & UNICEF. (2019). *Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene: Estimates on the use of water, sanitation, and hygiene in Mozambqiue*. WHO, UNICEF.

WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation. (2015). *Progress on sanitation and drinking water, 2015 Update and MDG Assessment*. Retrieved from http://files.unicef.org/publications/files/Progress_on_Sanitation_and_Drinking_Water_2015_Update_.pdf

World Bank Group. (2018). *Findings of the Mozambique Water supply, sanitation, and hygiene poverty diagnostic*. World Bank. https://doi.org/10.1596/29528

APÊNDICE I: RESULTADOS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Esta revisão bibliográfica identifica determinantes de género e comportamentais de comportamentos de saneamento e higiene selecionados. As evidências são extraídas em grande parte da literatura científica revista por pares e literatura "cinzentas" a nível global, uma vez que há pouco na literatura existente que aborda especificamente sobre comportamentos de saneamento e higiene selecionados em Moçambique. Esta é uma lacuna crítica que a pesquisa formativa procura preencher parcialmente, ao mesmo tempo que se foca em tópicos identificados como críticos pelos parceiros da USAID Moçambique e parceiros implementadores de ASH em Moçambique.

CONSTRUÇÃO E USO DE LATRINA

O acesso ao saneamento melhorado em Moçambique é menor do que em outros países africanos e os níveis de acesso encontram-se estagnados 2010 (World Bank Group, 2018). Em Moçambique, 27% dos agregados familiares ainda praticam o fecalismo a céu aberto a nível nacional com uma percentagem mais elevada nas zonas rurais (38 por cento) contra apenas 8% nas áreas urbanas (WHO & UNICEF, 2019). As reduções no fecalismo a céu aberto nas zonas rurais têm ocorrido principalmente entre os agregados familiares que estão no topo dos 60 por cento da distribuição de riqueza (World Bank Group, 2018). O acesso a um saneamento melhorado continua a ser baixo entre os agregados familiares chefiados por mulheres e indivíduos sem ensino primário (World Bank Group, 2018). A nível macro, é necessário um aumento do financiamento e do compromisso político para se alcançar progressos na escada de saneamento (World Bank Group, 2018). Além disso, são necessárias mais pesquisas para identificar determinantes comportamentais da construção e uso de latrinas, uma vez que não se sabe o suficiente sobre os seus principais impulsionadores no contexto moçambicano.

Evidências Globais

Evidências globais sugerem que a maioria dos indivíduos **sabe** sobre os benefícios da propriedade e uso da latrina (O'Connell, 2014). Particularmente em comunidades que tenham sido expostas a programas de saneamento total liderados pela comunidade (SANTOLIC), a maioria das pessoas prefere usar latrinas em vez de praticar fecalismo a céu aberto (O'Connell, 2014). Em muitos países, a propriedade da latrina está associada a uma série de valores familiares **positivos**: ser limpo, consciente da saúde, bons pais e anfitriões acolhedores (O'Connell, 2014). Há também um sentimento de **orgulho** associado à proprietária de uma latrina e de uma competição entre agregados familiares para construir latrinas, criando uma **pressão social** e associando **o estatuto social** à construção de latrinas (Lawrence et al., 2016; O'Connell, 2014). **Acredita-se** também que as latrinas são mais seguras e convenientes, nomeadamente para as mulheres que, de outra forma, correm o risco de sofrer violência de género ou encontros com animais, e para os seus filhos que, de outra forma, seriam deixados sem supervisão quando as suas mães tiveram de sair para defecar a céu aberto (Alemu et al., 2017; O'Connell, 2014). As latrinas também oferecem uma sensação de **privacidade, conforto e dignidade,** especialmente em comunidades que foram despertadas pelo SANTOLIC associando **nojo e vergonha** com fecalismo a céu aberto (Alemu et al., 2017; O'Connell, 2014). Os programas SANTOLIC catalisaram mudanças nas **normas sociais relacionadas** com o fecalismo a céu aberto (O'Connell, 2014), especialmente para as mulheres, em situações em que defecar a céu aberto era vista como particularmente vergonhoso quando feita por mulheres (Alemu et al., 2017). Além de criar expectativas sociais sobre o uso da latrina, os programas SANTOLIC também aproveitaram o poder das redes sociais para reforçar estas expectativas; líderes comunitários, grupos de saneamento e até mesmo crianças têm colocado pressão para a construção e uso de latrinas (Alemu et al., 2018; Lawrence et al., 2016). Embora estes programas

tenham sido eficazes na segmentação de crenças, atitudes e condutores emocionais e sociais, eles ficam aquém de abordar a acessibilidade e a autoeficácia na construção de latrinas (O'Connell, 2014).

Um inibidor chave para a construção de latrinas é a **acessibilidade** financeira percebida e real. Agregados familiares mais pobres e marginalizados em vários países da África Subsariana - Etiópia, Gana, Malawi, Tanzânia e Zâmbia - não têm dinheiro para pagar por infraestruturas de saneamento e os custos associados à construção de latrinas (Alemu et al., 2017, 2018; Kema et al., 2012; Keraita et al., 2013; Lawrence et al., 2016; Sara & Graham, 2014; Slekiene & Mosler, 2018). Os praticantes do fecalismo a céu aberto sobrestimam o custo das latrinas, percebendo que a construção e manutenção da latrina estão fora de alcance; assim, têm baixa **autoeficácia** percebida para a adopção da latrina (O'Connell, 2014). Na Etiópia, as pessoas que construíram latrinas eram melhores em comparação com os não-adoptantes que normalmente faziam parte de agregados familiares de baixo renda, de idosos e chefiados por mulheres (Alemu et al., 2017). Da mesma forma, na Índia, os agregados familiares que passaram a adoptar o uso de latrinas eram aqueles mais ricos com membros com maior escolaridade e que já tinham investido em outras melhorias domésticas (Coffey et al., 2017). A construção de latrinas tem muitas vezes uma prioridade mais baixa do que outras despesas do agregado familiar, tais como propinas escolares, alimentação, transportes e cuidados de saúde; e só são construídas quando existem recursos adicionais e quando é considerada uma despesa familiar valiosa (O'Connell, 2014). Além da acessibilidade financeira, outro desafio é que os agregados familiares têm conhecimentos insuficientes sobre como construir as latrinas; e embora as pessoas saibam construir latrinas tradicionais, muitas vezes não conhecem pedreiros que pudessem construir latrinas melhoradas (O'Connell, 2014). Os agregados familiares mais pobres também podem não possuir a sua própria casa ou terreno – um impedimento relacionado com o **acesso** à construção de latrinas (O'Connell, 2014).

Os atributos do produto são importantes para o uso da latrina: as pessoas querem possuir e usar latrinas de alta qualidade (Garn et al., 2017; O'Connell, 2014). Na Etiópia, ter uma latrina limpa com uma porta protegida e superestrutura foi associada com uso consistente (Alemu et al., 2018). Em Odisha rural, na Índia, as latrinas construídas por organizações não-governamentais (ONG) contratadas pelo governo ao abrigo do programa Nirmal Bharat Abhiya cumpriram os padrões para serem concluídas, mas não tinham telhados, portas, paredes adequadas e acesso à água, conduzindo ao não-uso (Routray et al., 2015). Uma latrina funcional é um determinante importante do uso da latrina (O'Connell, 2014), uma vez que as pessoas deixam de usar latrinas quando as latrinas colapsam ou ficam cheias (Alemu et al., 2018). Os agregados familiares que tiveram as suas latrinas colapsadas devido à má construção são muitas vezes insatisfeitos e menos propensos a querer reconstruí-las (Alemu et al., 2017, 2018).

Evidências de Moçambique

O colapso da latrina pode ser particularmente comum em áreas onde as chuvas fortes são comuns ou onde há má estabilidade do solo (O'Connell, 2014) – um receio entre os agregados familiares que resistiram à construção da latrina (Slekiene & Mosler, 2018). Nos casos em que as latrinas colapsaram, como em Nampula, Moçambique, na sequência de fortes chuvas em 2015, os agregados familiares que reconstruíram latrinas eram aqueles que tinham membros mais instruídos e estavam situados em áreas com solo rochoso e em comunidades com maior coesão social e aquelas que se sentiam menos vulneráveis à diarreia, perceberam um maior risco para a saúde de outros membros da comunidade resultantes do própria fecalismo a céu aberto, e agregados familiares que estimavam um maior número de proprietários de latrinas entre os seus vizinhos (Mosler et al., 2018). Os agregados familiares de comunidades despertadas pelo SANTOLIC também eram mais propensos a reconstruir, porque os programas SANTOLIC tinham como alvo muitos factores sociais e psicossociais (por exemplo, **coesão social** e **vulnerabilidade percebida** à diarreia) (Mosler et al., 2018). Porque o colapso da latrina e **as experiências passadas com a construção e uso** da latrina são determinantes fundamentais da futura construção e uso da latrina (Alemu et al., 2017), a compreensão de como promover a reconstrução é fundamental, particularmente em áreas propensas ao colapso de latrina.

TOMADA DE DECISÃO RELATIVA À CONSTRUÇÃO DE LATRINAS

Evidências Globais

Em estudos que avaliaram quantitativamente quais os membros de um agregado familiar que tomam decisões de saneamento ao nível doméstico, as mulheres parecem ter pouca palavra a dizer. Na zona rural de Odisha, na Índia, as decisões sobre a construção de latrinas no agregado foram tomadas por homens em 80% dos agregados familiares; em 11 por cento, a decisão foi tomada em conjunto e em apenas 9% dos agregados familiares a decisão foi tomada pelas mulheres (Routray et al., 2017). Este estudo acrescentou um outro factor de confiança na tomada de decisão (noutros locais frequentemente denominados de "autoeficácia"), observando que as mulheres tinham percepções negativas das suas próprias capacidades para tomar decisões adequadas devido ao seu confinamento nos agregados familiares.

Existem evidências concorrentes sobre se as mulheres, se estas tiverem poder de decisão, se são mais propensas do que os homens a aplicar em actividades de construção de saneamento. Na Índia, as mulheres que tomaram decisões sobre a construção da latrina não eram mais propensas a construí-las do que os homens (Routray et al., 2017). No entanto, um outro estudo no Quénia, utilizando dados do Inquérito Demográfico e da Saúde (DHS), encontrou uma maior probabilidade de o agregado familiar possuir uma latrina se as mulheres estivessem mais envolvidas nos gastos em cuidados de saúde (Hirai et al., 2016). Adjacente ao espaço de ASH, um estudo mostrou que a autonomia de decisão das mulheres está positivamente associada à inscrição na escola primária para meninas, mas não para meninos (Luz & Agadjanian, 2015).

Evidências de Moçambique

Em Moçambique, o poder de decisão das mulheres é limitado pelas normas culturais presentes nas zonas rurais. É costume, por exemplo, que uma mulher vá aos sogros, em vez do marido, para discutir temas relativos à casa (Tvedten et al., 2010). É também provável que haja assimetria entre a informação de mulheres e homens. Os espaços públicos em que homens e mulheres recebem informação são altamente segregados por género. Os homens passam consideravelmente mais tempo fora do agregado familiar em ambientes públicos com redes sociais mais densas e mais diversificadas; como resultado, são muitas vezes expostos a uma maior gama de informação. As interações sociais masculinas tendem a ser específicas do género e exclusivas de género, restringindo ainda mais a difusão de informação (Agadjanian, 2002). Além disso, as baixas taxas de alfabetização limitam a capacidade de acesso das mulheres a aprenderem com novas informações. Isto pode ser particularmente desafiante em Moçambique, onde as taxas de alfabetização feminina (50,3 por cento em 2017) ficam muito aquém das dos homens (72,7 por cento em 2017) UNESCO Institute for Statistics (UIS), n.d.). A divisão é mais acentuada nas zonas rurais, onde os últimos dados disponíveis de 2010 mostraram que apenas 25,5% das mulheres são alfabetizadas, contra 59,8 por cento dos homens. (Ministério da Saúde (MISAU) et al., 2010). A taxa de alfabetização feminina em Moçambique é muito inferior à registada nos países vizinhos, incluindo a Tanzânia (73,1 por cento em 2015), o Zimbabué (88,3 por cento em 2014), a Zâmbia (83,1 por cento em 2016) e o Malawi (55,2 por cento em 2015) UNESCO Institute for Statistics (UIS), n.d.).

LAVAGEM DAS MÃOS

Evidências Globais

Identificar e abordar factores emocionais e psicossociais individuais, tais como o nojo, e os factores de nível comunitário - particularmente as normas sociais sobre a lavagem das mãos - podem ser mais eficazes na mudança do comportamento de lavagem das mãos. Além disso, é imperativo abordar factores ambientais como a disponibilidade de água e sabão. Um exame dos determinantes da lavagem das mãos no Burundi concluiu que o contexto físico ("o caminho", no âmbito do ERP) explicava apenas

13% da variação da frequência reportada de lavagem das mãos; A adição de variáveis como a autoeficácia (considerada "o elefante" no ERP) ao modelo de regressão resultou num aumento de 41% na variação explicada na frequência de lavagem de mãos (Seimetz et al., 2017; Seimetz, Mosler, et al., 2016). Um artigo de revisão de onze países concluiu que os determinantes psicológicos, particularmente o nojo, a nutrição, o conforto e o desejo de um estatuto social mais elevado eram preditores mais fortes do que as crenças de saúde "racionais" (tais como acreditar que a lavagem das mãos previne doenças) geralmente empregadas (Curtis et al., 2009).

Condutores emocionais como o estado, o nojo e o medo desempenham um papel substancial no comportamento de lavagem das mãos. Pelo lado positivo, os indivíduos desejam ser admirados e respeitados em áreas onde a lavagem das mãos com sabão é uma marca de estatuto. Programas como a *Handwashing Initiative* no Vietname promoveram a lavagem das mãos como um comportamento praticado por "boas mães" (Chase & Do, 2012). As pessoas também querem evitar ser rotuladas como "sujas"," este medo pode ser particularmente verdadeiro após o desencadeamento de SANTOLIC ou campanhas semelhantes (Biran et al., 2014). O nojo às vezes prevê o comportamento da lavagem das mãos. O desgosto por não lavar as mãos está positivamente associado ao envolvimento no comportamento de lavagem das mãos no Haiti (Contzen & Mosler, 2013), Zimbabué (Friedrich et al., 2018) e Etiópia (Contzen et al., 2015), mas não no Burundi rural (Seimetz et al., 2017) ou no Gana (Scott et al., 2007).

As crenças e atitudes em relação à lavagem das mãos parecem ser altamente determinadas culturalmente, com pouca consistência entre os estudos. No Quénia, por exemplo, as mãos limpas são vistas como atraentes (Aunger et al., 2010), no entanto, as pessoas (e mais particularmente as mulheres) que são diligentes em relação à lavagem das mãos também podem ser consideradas como posicionando-se "acima" dos seus vizinhos e pares (Curtis et al., 2009). As crenças sobre a gravidade da doença e como a lavagem das mãos pode prevenir doenças operam de formas opostas, dependendo do contexto. As perceções da gravidade da doença, por exemplo, estão associadas a um maior comportamento de lavagem das mãos no Haiti (Contzen & Mosler, 2013) e na Índia (Biran et al., 2014). Inversamente, uma maior gravidade da doença também está correlacionada com uma menor probabilidade de ter uma estação de lavagem das mãos no Senegal (World Bank, 2012) — embora neste último caso possa ser que as mães tenham sentido mais um risco percebido por falta de uma estação de lavagem das mãos. O medo é apenas um motor de comportamento no caso de epidemias como a cólera (Contzen & Mosler, 2013; Curtis et al., 2009).

As normas sociais em torno da lavagem das mãos operam de formas complexas. Em inúmeras intervenções de lavagem das mãos, estar associado a um grupo e juntar-se ao que os outros estão a fazer é um dos principais motivadores do comportamento da lavagem das mãos (Biran et al., 2014; Hoekstra et al., 2009; Leontsini & Winch, 2014). O não estabelecimento de motivação suficiente para participar no que os outros estão a fazer – ou seja, a criação de novas normas – é por vezes citado como uma causa para o insucesso das intervenções. Mais especificamente, as normas descritivas, como o número de pessoas dentro da comunidade ou do agregado familiar que lavam regularmente as mãos, estão relativamente e consistentemente associadas a um maior comportamento de lavagem das mãos em vários contextos, incluindo na Etiópia (Contzen et al., 2015), no Haiti (Contzen & Mosler, 2013) e no Senegal (World Bank, 2012). As normas injuntivas, como aquelas em que pessoas próximas de um indivíduo aprovam ou desaprovam um comportamento, são também importantes motivadores do comportamento de lavagem das mãos (Contzen et al., 2015).

A lavagem das mãos como **hábito** é um dos preditores mais fortes do comportamento de lavagem das mãos. O hábito tem sido associado ao aumento da lavagem das mãos no Quénia (Aunger et al., 2010) e Senegal (World Bank, 2012). No entanto, outras pesquisas sugerem que o hábito é um preditor mais forte da lavagem das mãos quando formado em tenra idade, e que hábitos impróprios (isto é, lavagem das mãos apenas com água) podem ser difíceis de quebrar (Curtis et al., 2009). Para quebrar hábitos

impróprios, Neal et al. recomenda uma abordagem de "seis-pontas" para criar uma mudança disruptiva e "pegajosa" nos comportamentos de lavagem das mãos. Três dos princípios da abordagem de "seis-pontas" correspondem intimamente à componente ambiental do modelo ERP: garantir um ambiente de apoio, alavancar o contexto, alavancar o comportamento antigo, e eliminar a escolha, os passos e o esforço percebido (David Neal et al., 2015). À semelhança do hábito, outros factores que influenciam o comportamento da lavagem das mãos são a intenção (Seimetz, Kumar, et al., 2016), o compromisso (Contzen et al., 2015) e o planeamento (Contzen & Mosler, 2013) para lavar as mãos – variáveis que também podem ajudar a formar novos hábitos de lavagem das mãos.

O conhecimento dos benefícios da lavagem das mãos desempenha um papel pouco claro. Em geral, o conhecimento é considerado necessário, mas não suficiente para influenciar o comportamento da lavagem das mãos (Yu et al., 2017). Uma análise sistemática de 2017 mostrou que as mensagens baseadas no saneamento e na higiene destinadas a aumentar o conhecimento e melhorar as competências mostraram apenas benefícios temporários no comportamento de lavagem das mãos (De Buck et al., 2017). Parte da razão pela qual estes benefícios são temporários é que o conhecimento parece depender do contexto. Por exemplo, em Bangladesh, o conhecimento da importância da lavagem das mãos foi principalmente restrito ao período seguinte à defecar e não se estendeu a antes de comer, enquanto servia alimentos, ou enquanto lidava com bebés (Rabbi & Dey, 2013). Melhorar o conhecimento sobre os germes sem ligá-lo a algo com valor plausível e imediato para as mães é improvável que conduza a níveis mais elevados de lavagem das mãos (Curtis et al., 2009). Isto é provável porque o aumento do conhecimento sem melhorar a autoeficácia conduz frequentemente a mecanismos de defesa psicológica, evasão ou reatância (Cho & Witte, 2005). Desembaraçar a força do conhecimento e a percepção do risco como determinantes do comportamento da lavagem ds mãos é um desafio, dado que quando o conhecimento de germes que se espalham por toda a comida e água de um agregado familiar aumenta, a percepção do risco de *não* lavar também aumenta.

Evidências de Moçambique

Mais da metade dos agregados familiares de Moçambique não têm estações de lavagem das mãos nas suas instalações de saneamento ou arredores, enquanto um terço tem estações de lavagem das mãos que carecem de água e sabão. Apenas 12% dos agregados familiares têm acesso a instalações básicas de higiene com sabão e água disponíveis (WHO & UNICEF, 2019). Quanto mais facilmente os indivíduos puderem aceder à água, maior é a probabilidade de lavarem as mãos com sabão e água (Contzen & Mosler, 2015; Rabbi & Dey, 2013). No entanto, o estudo de base de um programa de lavagem das mãos no Vietname concluiu que, embora mais de 80% dos agregados familiares tivessem um lugar para lavar as mãos com água e sabão disponíveis, apenas 47 por cento dos cuidadores relataram ter lavado as mãos com sabão depois de usarem a latrina (Chase & Do, 2010). O acesso a instalações, água e sabão é apenas um dos muitos factores que permitem a lavagem das mãos. Factores psicossociais como os condutores emocionais (nutrir [o desejo de uma criança feliz e próspera], nojo) e as normas sociais também desempenham um papel fundamental na influência do comportamento de lavagem das mãos (Curtis et al., 2009).

ELIMINAÇÃO SEGURA DE FEZES INFANTIS

Evidências de Moçambique

Os dados mais recentes sobre a eliminação segura de fezes infantis em Moçambique sugerem que mais de metade dos agregados familiares pratica a eliminação insegura das fezes do seu filho mais novo com menos de três anos (*Child Feces Disposal in Mozambique*, 2014). Estes dados surgem de 2011 e carecem de actualização, assim como o conjunto de evidências sobre o que funciona na promoção da eliminação segura de fezes infantis. Uma recente análise global que examina a eficácia das intervenções de eliminação segura de fezes infantis identificou apenas oito estudos, nenhum dos quais foi implementado

em Moçambique (Morita et al., 2016). Também não encontrámos quaisquer estudos observacionais que examinasse a eliminação segura de práticas de eliminação de fezes infantis em Moçambique.

Quando as crianças são mais novas, os cuidadores podem ser mais propensos a eliminarem indevidamente as suas fezes. As fezes dos bebés são vistas como menos nocivas porque as crianças são menores, cheiram menos e contêm menos resíduos de alimentos visuais (Aluko et al., 2017; Brown et al., 2013). Embora as evidências globais sugiram que as práticas de eliminação de fezes infantis podem mudar à medida que as crianças envelhecem (*Management of Child Feces: Current Disposal Practices*, 2015), os dados em Moçambique sugerem que as práticas de eliminação de fezes infantis não vairam consoante à idade *(Child Feces Disposal in Mozambique*, 2014) (ver Figura 1). Em Moçambique, a proporção de crianças que usam latrinas é pequena mesmo com dois anos de idade, quando as crianças passam a ter mais mobilidade e são possivelmente mais propensos a usá-las (Miller-Petrie et al., 2016).

Acesso à água e às latrinas: Um determinante fundamental para a eliminação segura de fezes infantis é o acesso do agregado familiar à água e ao saneamento: os níveis mais elevados de eliminação insegura de fezes infantis ocorrem em agregados familiares que também praticam fecalismo a céu aberto (*Management of Child Feces: Current Disposal Practices*, 2015). Em Moçambique, 83% dos agregados familiares que praticam fecalismo a céu aberto reportaram a eliminação insegura de fezes infantis (*Child Feces Disposal in Mozambique*, 2014). O tempo em que um agregado familiar tem uma latrina com adultos a usá-la de forma consistente também influencia a probabilidade do agregado familiar reportar a eliminação segura de fezes infantis (Freeman et al., 2016). O acesso à água e ao sabão também é necessário para a limpeza de crianças e lavagem das mãos (Brown et al., 2013; *Management of Child Feces: Current Disposal Practices*, 2015). No entanto, o acesso a latrinas, água e sabão são necessários, mas não são condições suficientes para a eliminação segura de fezes infantis; mesmo entre aqueles com instalações sanitárias (não melhoradas, partilhadas ou melhoradas), cerca de um terço dos agregados familiares não elimina com segurança as fezes das crianças *(Child Feces Disposal in Mozambique*, 2014).

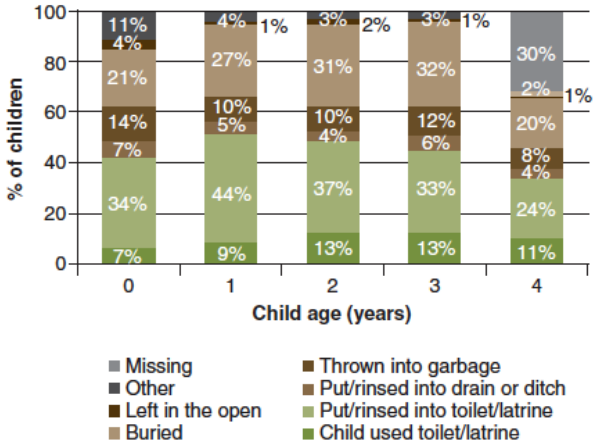

Figura 3. Práticas de eliminação de fezes infantis, por idade. Fonte: (Child Feces Disposal in Mozambique, 2014)

Atributos do produto: As latrinas não são concebidas para serem utilizadas por crianças pequenas e não são normalmente utilizadas por elas (Brown et al., 2013). É um desafio para as crianças com menos de 5 anos usar "instalações não amigas das crianças" (com apoio de pés para tamanho adulto e orifícios de entrada e sem barras de apoio; muitas vezes escuras e malcheirosas) mesmo em agregados familiares que tenham saneamento melhorado (Aluko et al., 2017; Miller-Petrie et al., 2016). Os pais receiam que, sem supervisão ou assistência, as crianças pequenas possam cair nas latrinas e ferir-se (Hussain et al.,

2017). Penicos para crianças eram vistos como uma forma segura, conveniente e socialmente desejável de lidar com fezes infantis (Hussain et al., 2017; Miller-Petrie et al., 2016).

A divisão de trabalho por género no agregado familiar coloca o fardo do cuidado das crianças nas mães e torna difícil que as mulheres assumam outro conjunto de tarefas e responsabilidades relacionadas com a eliminação segura das fezes infantis (Hussain et al., 2017). O tempo gasto a buscar água, coloca mais pressão no tempo das mulheres. Em Moçambique, estima-se que mais de 1,5 milhões de mulheres passem 30 minutos ou mais por dia a buscar água, atrás apenas da Nigéria e da Etiópia (Graham et al., 2016). Embora outros membros do agregado familiar possam apoiar o cuidador, por exemplo os filhos mais velhos podem ajudar os seus irmãos mais novos a defecar, a eliminar as fezes e a limpar a latrina, os pais raramente estão envolvidos (Hussain et al., 2017). As mães relataram que ensinar as crianças a defecar por si só, era uma tarefa morosa, embora outras tenham mencionado que poupavam tempo porque consolidavam as fezes e os penicos com bases estáveis, o que permitia que elas deixassem os seus filhos sem vigilância enquanto se dedicavam a outras tarefas (Hussain et al., 2017). Apoiar o cuidador e oferecer opções que reduzam o peso do trabalho pode ser uma forma de promover a eliminação segura de fezes infantis.

GESTÃO DA HIGIENE MENSTRUAL

Evidências Globais

As capacidades das mulheres e das raparigas para gerir os seus períodos dependem do **conhecimento** da menstruação e do que fazer quando menstruadas; **autoeficácia** e autoconfiança para dar os passos necessários para gerir o período; **acesso** a produtos e materiais de gestão menstrual seguros, higiénicos e absorventes, tais como roupa interior (**atributos do produto);** e **acesso** a espaços seguros, limpos e privados equipados com água e sabão para mudar, lavar e/ou eliminar produtos e lava-se e tomar banho; e um ambiente de apoio que permita às mulheres e raparigas gerirem os seus períodos sem estigma ou vergonha (**normas sociais)** (Patkar, 2011; Sommer & Caruso, 2015; Sommer, Chandraratna, Cavill, Mahon, & Phillips-Howard, 2016; WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation, 2015).

Evidências de Moçambique

Embora haja pouca pesquisa sobre a GHM em Moçambique, programas de alívio e recuperação de desastres concluíram que as mulheres e raparigas em Moçambique não têm a maioria, se não todas estas condições para GHM adequada em circunstâncias normais e particularmente em ambientes pós-ciclone (CARE, 2019; Haneef e Tembe, 2019; UNFPA, 2020). Mesmo em áreas não afectadas por desastres naturais, a incapacidade das meninas para gerir os seus períodos tem implicações para a sua participação no dia-a-dia: as meninas menstruadas muitas vezes faltam a escola, reportam não poder participar plenamente nas actividades escolares, incluindo desporto quando menstruadas, e têm dificuldade em concentrar-se na escola (Anderson, 2020). Muitas vezes, as escolas não dispõem de infraestruturas para permitir a GHM adequada (por exemplo, casas de banho segregadas por sexo com portas e fechaduras, água e baldes de lixo) (Morgan, Bowling, Bartram e Keyser, 2017).

RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM INFORMANTES-CHAVE E CONSULTA DE PARTES INTERESSADAS

Em dezembro de 2019, a equipa do Iris Group realizou uma consulta de três horas às partes interessadas e bem como conduziu entrevistas aprofundadas com nove representantes do sector de ASH em Moçambique para colher contributos sobre as áreas de foco do estudo. À luz da limitada pesquisa de comportamentos de ASH específica a Moçambique publicada na literatura com revisão de pares ou disponível na literatura "cinzenta", estes resultados foram fundamentais para avaliar a

aplicabilidade da pesquisa global no contexto moçambicano, bem como para reduzir o âmbito, refinar as questões de pesquisa e determinar o calendário ideal para as actividades de campo.

Os resultados detalhados organizados por factores comportamentais sob investigação seguem-se em secções subsequentes. Os principais resultados transversais incluem:

- Existem lacunas significativas na compreensão dos determinantes dos comportamentos de saneamento e higiene em Moçambique. O impacto do género nestes comportamentos nunca foi estudado de forma abrangente.
- Embora as províncias afectadas por ciclones como Sofala tenham necessidades críticas de ASH, as infraestruturas relacionadas com ASH e a tomada de decisões nestas comunidades ainda estão em fluxo, levantando preocupações de validade sobre quaisquer resultados de estudo da província. Como resultado, as partes interessadas recomendaram deixar Sofala fora da pesquisa formativa.
- As partes interessadas concordaram que as normas de género e as dinâmicas de poder influenciam fortemente a tomada de decisões e responsabilidades dos agregados familiares em matéria de construção de latrinas, eliminação de fezes infantis e ligações aos sistemas de água.
- As partes interessadas também destacaram necessidades específicas de género que podem afectar as experiências de uso da latrina entre mulheres e raparigas, como a privacidade, a segurança e a higiene menstrual.

A consulta as partes interessadas reuniu informantes-chave para além de participantes adicionais da USAID Moçambique para uma discussão facilitada de três horas. Durante a reunião, a equipa do Iris Group solicitou *feedback* sobre qualquer literatura disponível sobre determinantes comportamentais de ASH e género, bem como as suas observações sobre se os resultados são aplicáveis aos agregados familiares e comunidades de Moçambique. Foram registadas áreas de consenso do grupo e pontos discordantes relacionados aos factores que influenciam os comportamentos de ASH. Os participantes também representaram graficamente a influência do género nos comportamentos de ASH e na tomada de decisões utilizando o modelo socioecológico (McLeroy et al., 1988), que inclui níveis aninhados, para melhor entender os seus efeitos a nível individual, do agregado familiar, comunitário e político.

Além disso, a equipa realizou também entrevistas semiestruturadas de uma hora com informantes-chave dos sectores de ASH e género em Moçambique. As questões exploraram as experiências e perspectivas dos respondentes em torno das principais questões de pesquisa para obter uma melhor compreensão dos determinantes dos comportamentos de ASH a nível dos agregados familiares e comunidades. Em alguns casos, os respondentes partilharam pesquisas adicionais e materiais programáticos para informar ainda mais o desenvolvimento da nossa pesquisa.

COMPORTAMENTOS DE SANEAMENTO E HIGIENE

Construção e Uso de Latrinas

As partes interessadas e informantes descreveram os esforços iniciais em grande parte bem-sucedidos em Moçambique para incentivar o uso da latrina com intervenções SANTOLIC, no entanto muitas destas comunidades abandonam esses esforços devido à falta de apoio e acompanhamento contínuo que levam ao desuso da latrina. As partes interessadas afirmaram que os membros da comunidade muitas vezes têm um elevado conhecimento sobre comportamentos de higiene, mas não os continuam porque as normas comunitárias não mudaram. Por exemplo, embora as pessoas possam compreender as vantagens do uso da latrina, as pessoas podem preferir o fecalismo a céu aberto devido ao cheiro das latrinas, dificuldades de manutenção e necessidade adicional de limpeza - que muitas vezes é vista como responsabilidade das mulheres. Os arranjos de vida, com as moradias dispersas em muitas zonas rurais

difundem a pressão social fomentada em abordagens como SANTOLIC e incentivam o fecalismo a céu aberto como alternativa às latrinas malcheirosas, de baixa qualidade ou em colapso.

Como referido acima, a falta de participação das mulheres na tomada de decisões em torno do desenho das latrinas pode afectar o quão úteis as consideram, especialmente quando se consideram as diferenças de género nas necessidades de privacidade, segurança e higiene menstrual. As partes interessadas e informantes relataram que não se sabe muito sobre papéis e responsabilidades na manutenção e limpeza de latrinas e como estes afectam o uso, especialmente com as latrinas comunitárias.

Helvetas lançou uma campanha para apelar ao orgulho social (ou estigma) marcando latrinas limpas e bem conservadas com uma bandeira. Não houve qualquer investigação sobre se esta intervenção poderia ou não afectar as mulheres de forma diferente dos homens. Várias organizações têm relatado o sucesso em iniciativas de higiene menstrual como ponto de partida para discussões sobre uso de latrinas e outros comportamentos higiénicos.

Tomada de decisão relativa à construção de latrinas

A tomada de decisão a nível do agregado familiar e da comunidade em relação a construção de latrinas é predominantemente controlada por homens em Moçambique devido às normas sociais sobre o controlo do rendimento e da liderança familiar. Grupos focais conduzidos pela SNV relataram que os chefes de agregados familiares homens tomavam as decisões sobre a utilização de recursos do agregado para a construção de latrinas, e normalmente são os que acedem a materiais e mão-de-obra para a construção (A. Grumbley, comunicação pessoal, 10 de dezembro de 2019).

Ao mesmo tempo, as mulheres e as raparigas são desproporcionadamente afectadas pelo acesso a estes produtos e serviços, de acordo com as partes interessadas e os informantes-chave. Um informante disse que as mulheres enfrentam mais estigma relacionado com o fecalismo a céu aberto do que os homens (S. Mucavel, comunicação pessoal, 20 de dezembro de 2019). Não é claro por que razão as mulheres enfrentam uma maior reprovação social relativamente ao fecalismo a céu aberto; no entanto, a desaprovação está provavelmente enraizada em diferentes expectativas sociais para as mulheres no que diz respeito ao fecalismo, à privacidade, à limpeza, etc. Mulheres e meninas têm preocupações de privacidade relacionadas com a higiene menstrual, e preocupações de segurança sobre o uso de uma latrina em um local inseguro, não iluminado ou remoto.

A desconexão de género entre a procura e o controlo cria o potencial de dissonância familiar e comunitária nas decisões sobre produtos e serviços de ASH. Como disse um informante, as mulheres chefes de agregados familiares podem enfrentar assédio ou estigma na procura de materiais e mão-de-obra para a construção de latrinas, porque estas tarefas normalmente se enquadram na alçada de homens e mulheres que ocupam estas funções são desprezadas por não terem maridos que tomem conta destas responsabilidades (M. Salomé, comunicação pessoal, 10 de dezembro de 2019). As partes interessadas comentaram que as mulheres não recebem as mesmas informações que os seus pares masculinos, tornando a tomada de decisão informada um desafio. As latrinas que são construídas sem uma contribuição significativa das mulheres podem não ter segurança, privacidade ou instalações adequadas para a GHM.

Os respondentes também observaram a falta de evidências sobre as diferenças relacionadas com o género nas prioridades e necessidades entre mulheres e homens. Nenhum estudo em Moçambique analisou se as preferências das mulheres em relação às despesas do agregado familiar e comunitárias variariam substancialmente das dos homens. Há também uma falta de evidências em torno de até que ponto as mulheres podem influenciar as decisões dos homens relacionadas com a localização, privacidade e segurança das latrinas.

Os informantes descreveram algumas tentativas limitadas de abordar o género na tomada de decisões de ASH. O exemplo mais notável da integração de género a nível comunitário é o incentivo à participação das mulheres nos comités de água e saneamento. Com o apoio do DFID, o Programa Nacional de Abastecimento de Água e Saneamento Rural (PRONASAR) acompanha a representação das mulheres e os cargos de liderança dentro dos comités de água e saneamento. Os respondentes descreveram muitos desafios ao poder das mulheres nestes comités, incluindo a baixa literacia e a oposição dos maridos à participação das mulheres. Um informante relatou que as comunidades selecionam mulheres que não são abertas para fazer parte do comité de água e saneamento para que estas não contestem o *status quo* (S. Mucavel, comunicação pessoal, 20 de dezembro de 2019).

Uma intervenção recente do SNV (Minha latrina meu orgulho /*My Latrine, My Pride*) centrou-se na masculinidade positiva, incentivando os homens como decisores domésticos a investir em construção de latrinas para melhorar as condições para as suas famílias e comunidades (A. Grumbley, comunicação pessoal, 10 de dezembro de 2019).A HOPEM, uma organização que trabalha no envolvimento masculino tem uma actividade "Homem na Cozinha", que dá aos homens a oportunidade de experimentar os desafios da cozinha para a família, incluindo a procura de água.

Outros factores citados pelas partes interessadas que afectam a tomada de decisão do agregado familiar em torno da construção da latrina incluem:

- Embora os projectos tenham incentivado o uso de materiais de construção locais para sustentabilidade e acessibilidade, tais materiais tendem a ser menos duráveis, levando ao desuso da latrina e à fadiga da reconstrução.
- Os agregados familiares têm muitos investimentos concorrentes, muitas vezes incluindo reparação ou reconstrução de casas danificadas por condições meteorológicas severas, o que pode ter maior prioridade.
- Algumas comunidades têm normas rígidas que restringem homens e mulheres de usar a mesma latrina. Um dos respondentes observou que algumas comunidades constroem uma latrina separada para as mulheres usarem durante a gravidez.
- A comercialização de latrinas é difícil porque as comunidades relatam que não podem suportar o investimento inicial de uma latrina melhorada, mesmo em prestações.

Lavagem das Mãos

Nas comunidades rurais, a falta de acesso à água e ao sabão (ou cinzas como substituto) é um problema, apesar do conhecimento relativamente elevado sobre a necessidade de lavagem das mãos, segundo as partes interessadas. Além disso, os informantes relataram que o conhecimento sobre a lavagem das mãos é situacional – muito maior para algumas conjunturas (como após defecar) do que para outros (como antes de preparar as refeições). Os esforços para promover a lavagem das mãos através do uso de "tippy taps" enfrentaram desafios quando os recipientes danificavam-se ou tenham sido roubados ou tenham tido o seu propósito realocado. As partes interessadas concordaram que promover a norma da lavagem das mãos é mais importante do que dar a uma comunidade um método específico (como montar tippy taps) para a lavagem das mãos porque a instalação de estações de lavagem de mãos era considerada insuficiente para catalisar a mudança de comportamento, em parte devido à sua propensão a danificar-se, ser roubada ou reaproveitada.

As partes interessadas disseram que as tradições moçambicanas apoiam a lavagem das mãos antes de comer, com a passagem cerimonial de uma bacia de água antes de uma refeição, mas notaram que esta não era uma prática higiénica dada a bacia de água partilhada e a reutilização da mesma água. No entanto, os informantes observaram que esta tradição pode ser um ponto de entrada para reforçar as normas sociais em torno da lavagem das mãos. As comunidades muçulmanas têm normas importantes

em torno de comportamentos de lavagem que devem ser explorados e compreendidos antes de quaisquer intervenções de lavagem das mãos serem implementadas nestas áreas.

Eliminação Segura de Fezes Infantis

As partes interessadas e os informantes-chave afirmaram que a responsabilidade pela gestão e eliminação das fezes infantis recai sobre as mulheres e as raparigas (como irmãs/primas mais velhas). No entanto, notaram que não existem estudos específicos de tradições ou normas em torno da eliminação das fezes infantis, e as práticas que as raparigas ou jovens aprendem quando começam a cuidar das crianças. As partes interessadas concordaram que, tal como em qualquer outra parte do mundo, as fezes infantis são consideradas pelos membros do agregado familiar como não sendo tão perigosas em termos de transmissão da doença.

De acordo com as partes interessadas, em Moçambique, os penicos para crianças não são acessíveis, e enquanto as fraldas de pano são frequentemente usadas, elas vêm com os seus próprios desafios em termos de práticas de eliminação segura. As latrinas não são construídas para crianças pequenas e são correctamente vistas como inseguras para elas.

A maioria das organizações com quem falámos não têm programação que se centre na eliminação de fezes infantis. UNICEF tem uma iniciativa maior chamada "*Baby Wash*", que incentiva os cuidadores a lavarem as mãos após a eliminação das fezes (C. Isac Mulanga, comunicação pessoal, 13 de dezembro de 2019). A HOPEM, uma organização de envolvimento masculino, incentiva os homens como cuidadores, incluindo o envolvimento na mudança de fraldas (A. Cumbi, comunicação pessoal, 18 de dezembro de 2019).

Factores contextuais

As partes interessadas e os informantes-chave também descreveram factores contextuais importantes que podem afectar quaisquer futuras intervenções sobre comportamentos de ASH e géneros:

- O Ministério das Obras Públicas, Habitação e Recursos Hídricos desenvolveu uma estratégia de género há dois anos, mas até então não foi aprovada e divulgada.
- Os técnicos do SDPI não foram treinados sobre a importância da inclusão, e vários informantes acreditam que são resistentes à ideia de que existe desigualdade de género. Um informante de uma organização de género disse que, em alguns casos, os técnicos distritais os desencorajaram de realizar actividades sobre género nas suas áreas de actuação (A. Cumbi, comunicação pessoal, 18 de dezembro de 2019). Outro informador disse que as autoridades locais precisam ser formadas em responsabilidades governamentais em termos de ASH, bem como o impacto ambiental, social e económico do mau saneamento e higiene (S. Mucavel, comunicação pessoal, 20 de dezembro de 2019).
- As intervenções da ASH em Moçambique tendem a centrar-se nas infraestruturas em relação às intervenções da MSC. O governo tentou recentemente remediar esta questão, incluindo indicadores que medem a MSC (L. Rudge, comunicação pessoal, 11 de dezembro de 2019).
- Os informantes concordaram que, embora as organizações de implementação tenham incluído o género como tema transversal do seu trabalho, não houve grupos conhecidos pelo seu foco de género em ASH em Moçambique.

REFERÊNCIAS

Agadjanian, V. (2002). Men's Talk About "Women's Matters": Gender, Communication, and Contraception in Urban Mozambique. *Gender & Society*, *16*(2), 194–215. https://doi.org/10.1177/0891243022104903

Alemu, F., Kumie, A., Medhin, G., & Gasana, J. (2018). The role of psychological factors in predicting latrine ownership and consistent latrine use in rural Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, *18*(1), 229. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5143-0

Alemu, F., Kumie, A., Medhin, G., Gebre, T., & Godfrey, P. (2017). A socio-ecological analysis of barriers to the adoption, sustainablity and consistent use of sanitation facilities in rural Ethiopia. *BMC Public Health*, *17*(1), 706. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4717-6

Aluko, O. O., Afolabi, O. T., Olaoye, E. A., Adebayo, A. D., Oyetola, S. O., & Abegunde, O. O. (2017). The management of the faeces passed by under five children: An exploratory, cross-sectional research in an urban community in Southwest Nigeria. *BMC Public Health*, *17*(1), 178. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4078-1

Anderson, S., McKinney, H., Reyes Jové, T., & Chissungo, C. (2020). Menstrual health and hygiene in

Mozambique: Evidence of interventions that improve girls' full and equitable participation in society. Maputo: BeGirl.

Aunger, R., Schmidt, W.-P., Ranpura, A., Coombes, Y., Maina, P. M., Matiko, C. N., & Curtis, V. (2010). Three kinds of psychological determinants for hand-washing behaviour in Kenya. *Social Science & Medicine*, *70*(3), 383–391. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.038

Biran, A., Schmidt, W.-P., Varadharajan, K. S., Rajaraman, D., Kumar, R., Greenland, K., Gopalan, B., Aunger, R., & Curtis, V. (2014). Effect of a behaviour-change intervention on handwashing with soap in India (SuperAmma): A cluster-randomised trial. *The Lancet Global Health*, *2*(3), e145–e154. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70160-8

Brown, J., Cairncross, S., & Ensink, J. H. (2013). Water, sanitation, hygiene and enteric infections in children. *Archives of Disease in Childhood*, *98*, 629–634.

Chase, C., & Do, Q.-T. (2010). *Scaling Up Handwashing Behavior: Findings from the Impact Evaluation Baseline Survey in Vietnam* (p. 66). Water and Sanitation Program, World Bank.

Chase, C., & Do, Q.-T. (2012). *Handwashing Behavior Change at Scale: Evidence from a Randomized Evaluation in Vietnam* (Policy Research Working Paper). The World Bank. https://doi.org/10.1596/1813-9450-6207

Child Feces Disposal in Mozambique. (2014). UNICEF, Water and Sanitation Program/World Bank.

Cho, H., & Witte, K. (2005). Managing Fear in Public Health Campaigns: A Theory-Based Formative Evaluation Process. *Health Promotion Practice*, *6*(4), 482–490. https://doi.org/10.1177/1524839904263912

Coffey, D., Spears, D., & Vyas, S. (2017). Switching to sanitation: Understanding latrine adoption in a representative panel of rural Indian households. *Social Science & Medicine (1982)*, *188*, 41–50. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.07.001

Contzen, N., Meili, I. H., & Mosler, H.-J. (2015). Changing handwashing behaviour in southern Ethiopia: A longitudinal study on infrastructural and commitment interventions. *Social Science & Medicine*, *124*, 103–114. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.006

Contzen, N., & Mosler, H.-J. (2013). Impact of different promotional channels on handwashing behaviour in an emergency context: Haiti post-earthquake public health promotions and cholera response. *Journal of Public Health*, *21*(6), 559–573. https://doi.org/10.1007/s10389-013-0577-4

Contzen, N., & Mosler, H.-J. (2015). Identifying the psychological determinants of handwashing: Results from two cross-sectional questionnaire studies in Haiti and Ethiopia. *American Journal of Infection Control*, *43*(8), 826–832. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.04.186

Curtis, V. A., Danquah, L. O., & Aunger, R. V. (2009). Planned, motivated and habitual hygiene behaviour: An eleven country review. *Health Education Research*, *24*(4), 655–673. https://doi.org/10.1093/her/cyp002

David Neal, Vujcic, H., Hernandez, O., & Wood, W. (2015). *The Science of Habit: Creating Disruptive and Sticky Behavior Change in Handwashing Behavior*. USAID/WASHplus Project.

De Buck, E., Hans Van Remoortel, Karin Hannes, Thashlin, Govender, Naidoo, Selvan, Bert Avau, Axel Vande Veegate, Alfred Musekiwa, & Vittoria Lutje. (2017). Promoting handwashing and sanitation behaviour change in low- and middle-income countries A mixed-method systematic review. *3ie Systematic Review*, *36*, 519.

Devine, J. (2009). *Introducing SaniFOAM: A Framework to Analyze Sanitation Behaviors to Design Effective Sanitation Programs* (p. 28). Water and Sanitation Program, World Bank.

Freeman, M. C., Majorin, F., Boisson, S., Routray, P., Torondel, B., & Clasen, T. (2016). The impact of a rural sanitation programme on safe disposal of child faeces: A cluster randomised trial in Odisha, India. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, *110*(7), 386–392. https://doi.org/10.1093/trstmh/trw043

Friedrich, M. N. D., Kappler, A., & Mosler, H.-J. (2018). Enhancing handwashing frequency and technique of primary caregivers in Harare, Zimbabwe: A cluster-randomized controlled trial using behavioral and microbial outcomes. *Social Science & Medicine*, *196*, 66–76. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.025

Garn, J. V., Sclar, G. D., Freeman, M. C., Penakalapati, G., Alexander, K. T., Brooks, P., Rehfuess, E. A., Boisson, S., Medlicott, K. O., & Clasen, T. F. (2017). The impact of sanitation interventions on latrine coverage and latrine use: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, *220*(2), 329–340. https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2016.10.001

Graham, J. P., Hirai, M., & Kim, S.-S. (2016). An Analysis of Water Collection Labor among Women and Children in 24 Sub-Saharan African Countries. *PLOS ONE*, *11*(6), e0155981. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155981

Haneef, C., & Tembe, M. (2019). *CARE Rapid Gender Analysis: Cyclone Idai Response Sofala Province, Mozambique*. CARE.

Heath, C., & Heath, D. (2010). *Switch: How To Change Things When Change Is Hard*. Crown Business.

Hirai, M., Graham, J. P., & Sandberg, J. (2016). Understanding women's decision making power and its link to improved household sanitation: The case of Kenya. *Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, *6*(1), 151–160. https://doi.org/10.2166/washdev.2016.128

Hoekstra, R. M., Luby, S. P., Agboatwalla, M., Bowen, A., Kenah, E., & Sharker, Y. (2009). Difficulties in Maintaining Improved Handwashing Behavior, Karachi, Pakistan. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *81*(1), 140–145. https://doi.org/10.4269/ajtmh.2009.81.140

Hussain, F., Luby, S. P., Unicomb, L., Leontsini, E., Naushin, T., Buckland, A. J., & Winch, P. J. (2017). Assessment of the Acceptability and Feasibility of Child Potties for Safe Child Feces Disposal in Rural

Bangladesh. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *97*(2), 469–476. https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0932

JICA. (2015). *JICA Gender Report 2015*. JICA. http://gwweb.jica.go.jp/km/FSubject1501.nsf/3b8a2d403517ae4549256f2d002e1dcc/8d7eed7eec30a45c49257f85001b0402/$FILE/ATTWBTEO.pdf/%E8%8B%B1%E8%AA%9E%E7%89%88%202014.pdf

Kema, K., Semali, I., Mkuwa, S., Kagonji, I., Temu, F., Ilako, F., & Mkuye, M. (2012). Factors affecting the utilisation of improved ventilated latrines among communities in Mtwara Rural District, Tanzania. *The Pan African Medical Journal*, *13*(Suppl 1). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3587023/

Keraita, B., Jensen, P. K. M., Konradsen, F., Akple, M., & Rheinländer, T. (2013). Accelerating uptake of household latrines in rural communities in the Volta region of Ghana. *Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, *3*(1), 26–34. https://doi.org/10.2166/washdev.2013.035

Lawrence, J. J., Yeboah-Antwi, K., Biemba, G., Ram, P. K., Osbert, N., Sabin, L. L., & Hamer, D. H. (2016). Beliefs, Behaviors, and Perceptions of Community-Led Total Sanitation and Their Relation to Improved Sanitation in Rural Zambia. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *94*(3), 553–562. https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0335

Leontsini, E., & Winch, P. J. (2014). Increasing handwashing with soap: Emotional drivers or social norms? *The Lancet Global Health*, *2*(3), e118–e119. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70030-0

Luz, L., & Agadjanian, V. (2015). Women's decision-making autonomy and children's schooling in rural Mozambique. *Demographic Research*, *32*, 775–796. https://doi.org/10.4054/DemRes.2015.32.25

Malik, S. (2019, November 25). *'Sex for Water'- How women are paying the price of water*. Sanitation and Water for All (SWA). https://www.sanitationandwaterforall.org/news/sex-for-water-how-women-are-paying-the-price-of-water

Management of Child Feces: Current Disposal Practices (Water and Sanitation Program: Research Brief). (2015). Water and Sanitation Program, World Bank.

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, *15*(4), 351–377. https://doi.org/10.1177/109019818801500401

Miller-Petrie, M. K., Voigt, L., McLennan, L., Cairncross, S., & Jenkins, M. W. (2016). Infant and Young Child Feces Management and Enabling Products for Their Hygienic Collection, Transport, and Disposal in Cambodia. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *94*(2), 456–465. https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0423

Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), & ICF. (2010). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015*. INS, INE, ICF.

Morgan, C., Bowling, M., Bartram, J., & Kayser, G. L. (2017). Water, sanitation, and hygiene in schools: Status and implications of low coverage in Ethiopia, Kenya, Mozambique, Rwanda, Uganda, and Zambia. *International journal of hygiene and environmental health*, *220*(6), 950-959.

Morita, T., Godfrey, S., & George, C. M. (2016). Systematic review of evidence on the effectiveness of safe child faeces disposal interventions. *Tropical Medicine & International Health*, *21*(11), 1403–1419. https://doi.org/10.1111/tmi.12773

Mosler, H.-J., Mosch, S., & Harter, M. (2018). Is Community-Led Total Sanitation connected to the rebuilding of latrines? Quantitative evidence from Mozambique. *PLOS ONE*, *13*(5), e0197483. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197483

Mozambique: Cyclone Victims Forced to Trade Sex for Food. (2019, April 25). Human Rights Watch. https://www.hrw.org/news/2019/04/25/mozambique-cyclone-victims-forced-trade-sex-food

November, L., & Sandall, J. (2018). 'Just because she's young, it doesn't mean she has to die': Exploring the contributing factors to high maternal mortality in adolescents in Eastern Freetown; a qualitative study. *Reproductive Health*, *15*(1), 31. https://doi.org/10.1186/s12978-018-0475-x

O'Connell, K. (2014). *What Influences Open Defecation and Latrine Ownership in Rural Households?: Findings* (Water and Sanitation Program: Working Paper, p. 38). Water and Sanitation Program, World Bank.

Patkar, A. (2011). *Preparatory input on MHM for end group by Archana Patkar, WSSCC, JMP Equity and Non-Discrimination Working Group*. Retrieved from http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.572.1157&rep=rep1&type=pdf

Rabbi, S. E., & Dey, N. C. (2013). Exploring the gap between hand washing knowledge and practices in Bangladesh: A cross-sectional comparative study. *BMC Public Health*, *13*(1). https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-89

Routray, P., Schmidt, W.-P., Boisson, S., Clasen, T., & Jenkins, M. W. (2015). Socio-cultural and behavioural factors constraining latrine adoption in rural coastal Odisha: An exploratory qualitative study. *BMC Public Health*, *15*(1), 880. https://doi.org/10.1186/s12889-015-2206-3

Routray, P., Torondel, B., Clasen, T., & Schmidt, W.-P. (2017). Women's role in sanitation decision making in rural coastal Odisha, India. *PLOS ONE*, *12*(5), e0178042. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178042

Sara, S., & Graham, J. (2014). Ending Open Defecation in Rural Tanzania: Which Factors Facilitate Latrine Adoption? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *11*(9), 9854–9870. https://doi.org/10.3390/ijerph110909854

Scott, B. E., Lawson, D. W., & Curtis, V. (2007). Hard to handle: Understanding mothers' handwashing behaviour in Ghana. *Health Policy and Planning*, *22*(4), 216–224. https://doi.org/10.1093/heapol/czm014

Seimetz, E., Kumar, S., & Mosler, H.-J. (2016). Effects of an awareness raising campaign on intention and behavioural determinants for handwashing. *Health Education Research*, *31*(2), 109–120. https://doi.org/10.1093/her/cyw002

Seimetz, E., Mosler, H.-J., & Boyayo, A.-M. (2016). The Influence of Contextual and Psychosocial Factors on Handwashing. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *94*(6), 1407–1417. https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0657

Seimetz, E., Slekiene, J., Friedrich, M. N. D., & Mosler, H.-J. (2017). Identifying behavioural determinants for interventions to increase handwashing practices among primary school children in rural Burundi and urban Zimbabwe. *BMC Research Notes*, *10*(1). https://doi.org/10.1186/s13104-017-2599-4

Shiras, T., Cumming, O., Brown, J., Muneme, B., Nala, R., & Dreibelbis, R. (2018). Shared latrines in Maputo, Mozambique: exploring emotional well-being and psychosocial stress. *BMC International Health and Human Rights, 18(30).* https://doi.org/10.1186/s12914-018-0169-z.

Shiras, T, & Dreibelbis, R. (2018). High-quality shared toilets can reduce women's

feelings of stress due to fear of violence. London: Water and Sanitation for the Urban Poor.

Silver, M. (n.d.). *The dark secret of Lake Malawi: Trading sex for fish*. Retrieved February 13, 2020, from https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/696203377/special-report

Slekiene, J., & Mosler, H.-J. (2018). Characterizing the Last Latrine Nonowners in Rural Malawi. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *98*(1), 295–299. https://doi.org/10.4269/ajtmh.17-0578

Sommer, M., & Caruso, B. (2015). Menstrual hygiene management and WASH. In J. Bartram (Ed.*), Routledge Handbook of Water and Health* (pp. 522–530). Abingdon, UK: Routledge.

Sommer M., Chandraratna S., Cavill S., Mahon T., & Phillips-Howard P. (2016). Managing menstruation in the workplace: An overlooked issue in low- and middle-income countries. *International Journal for Equity in Health*, *15*, 86. https://doi.org/10.1186/s12939-016-0379-8

Tvedten, I., Paulo, M., & Tuominen, M. (2010). *"A woman should not be the boss when a man is present." Gender and Poverty in Southern Mozambique*. Chr. Michelsen Institute.

UNFPA. (2020). "Managing menstrual health after losing everything to Cyclone Idai.: Available at: https://mozambique.unfpa.org/en/news/managing-menstrual-health-after-losing-everything-cyclone-idai. Accessed 30 March 2020.

UN Women. (2019). *Global Database on Violence against Women: Mozambique 2019*. https://evaw-global-database.unwomen.org/fr/countries/africa/mozambique

UNDP. (2018). *Human development indices and indicators: 2018 statistical update*. UNDP. https://www.un-ilibrary.org/economic-and-social-development/human-development-indices-and-indicators-2018_9a42b856-en

UNESCO Institute for Statistics (UIS). (n.d.). *Education: Literacy rate*. Retrieved December 3, 2019, from http://data.uis.unesco.org/Index.aspx

UNICEF. (2018). *WASH Situation in Mozambique*. https://www.unicef.org/mozambique/en/water-sanitation-and-hygiene-wash

USAID/Mozambique. (2019). *Gender Assessment for Country Development Cooperation Strategy*. USAID.

WHO, & UNICEF. (2019). *Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene: Estimates on the use of water, sanitation, and hygiene in Mozambqiue*. WHO, UNICEF.

WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation. (2015). *Progress on sanitation and drinking water, 2015 Update and MDG Assessment*. Retrieved from http://files.unicef.org/publications/files/Progress_on_Sanitation_and_Drinking_Water_2015_Update_.pdf

World Bank. (2012). *Behavioral Determinants of Handwashing with Soap Among Mothers and Caretakers: Emergent Learning from Senegal and Peru* (Water and Sanitation Programme: Learning Note; Water and Sanitation Program: Learning Note 66913).

World Bank Group. (2018). *Findings of the Mozambique Water Supply, Sanitation, and Hygiene Poverty Diagnostic*. World Bank. https://doi.org/10.1596/29528

Yu, H., Neal, J., Dawson, M., & Madera, J. M. (2017). Implementation of Behavior-Based Training Can Improve Food Service Employees' Handwashing Frequencies, Duration, and Effectiveness: *Cornell Hospitality Quarterly*. https://doi.org/10.1177/1938965517704370

APÊNDICE II: PROTOCOLO DE PESQUISA DE CAMPO

As equipas vão variar os tópicos abordados nas discussões de grupos focais e com informantes-chave para permitir que as equipas permitam discussões aprofundadas em cada grupo, mantendo ao mesmo tempo uma amplitude de foco em todo o estudo. Existem três guiões de DGFs com os seguintes tópicos:

Ferramentas	Tópicos
Guião de DGF #1	Dia típico, uso do tempo, prioridades orçamentais e construção de latrina, COVID-19
Guião de DGF #2	Dia típico, construção de latrina & uso/práticas de defecação, GHM, COVID-19
Guião de DGF #3	Dia típico, uso de latrina/práticas de defecação, lavagem das mãos, eliminação segura de fezes infantis, COVID-19
Guião EIC	Práticas de construção e uso de latrina/práticas de defecação, eliminação segura de fezes infantis, lavagem de mãos, COVID-19

Os guiões incluem direcções para os facilitadores e orientação para sondagem (em itálico). Os três guiões também incluem secções que são apropriadas para as comunidades onde os participantes reportarem que o agregado familiar típico tem uma latrina e para aqueles que não tem.

GUIÃO DE DISCUSSÃO DE GRUPO FOCAL #1

Dia típico, uso do tempo, prioridades orçamentais e construção de latrinas

I. Introdução

Comece por saudar, apresentar e agradecer aos líderes comunitários e aos participantes.

Este estudo está a ser conduzido pelo Grupo Iris em nome da USAID para compreender as preocupações sobre saneamento e higiene na sua comunidade. Queremos também saber como a comunidade tem lidado com os efeitos da pandemia do COVID-19, especialmente no que diz respeito ao saneamento e à higiene. Vamos usar o que aprendemos com este estudo para abordar estas questões e garantir que as pessoas em Moçambique tenham o que precisam para viver uma vida melhor e mais saudável.

As coisas de que queremos falar incluem alguns tópicos que as pessoas normalmente não discutem, como urinar e defecar. Sabemos que isto pode parecer pessoal ou desconfortável, mas queremos encorajá-lo/a a ser o/a mais aberto/a possível sobre estes temas.

Em primeiro lugar, queremos decidir em conjunto, em grupo, que palavras usar quando se fala em urinar e defecar. Há as palavras que usaria com um enfermeiro, por exemplo, mas essas podem não ser as mesmas palavras que usaria com um amigo, ou com uma criança, ou com o seu parceiro. Quais são as palavras usadas na sua comunidade quando se fala em urinar?

Agora vamos fazer o mesmo para a palavra defecar. Quais são outras palavras usadas na sua comunidade quando se fala em defecar?

Obrigado/a, mais uma vez por partilhar. Para a discussão de hoje, vamos usar as palavras XXX e XXX [INSERIR PALAVRAS USADAS PELOS PARTICIPANTES]. Todos concordam?

Para que se sintam o mais confortável possível, nunca lhe perguntaremos sobre a sua própria experiência pessoal, e encorajamos a não partilhar informações pessoais. Recordaremos o caso de alguém esquecer durante a nossa discussão. Esperamos que fale sobre "como é" aqui na sua comunidade, e em casas típicas sem revelar detalhes pessoais.

Tiraremos o máximo partido desta discussão se todos puderem contribuir com as suas ideias. Em cada grupo, há pessoas que tendem a falar mais e pessoas que tendem a falar menos. Vamos tentar garantir que todos contribuam para a discussão, e agradecemos pela vossa ajuda.

II. Dia típico e Uso do tempo

Gostaríamos de aprender convosco, criando uma história convosco. Comecemos por imaginar uma mulher típica/normal de uma comunidade como a vossa.

Desenhar ou mostrar imagem de mulher de capulana.

Imaginemos que esta mulher é de uma comunidade como a vossa. Como devemos chamá-la? Vamos certificar-nos que não é um nome de alguém desta comunidade, para não pensarmos nessa pessoa específica enquanto falamos.

Avisar, se necessário, que é assim que será o "cenário da história"... você fará perguntas que ajudarão a criar o personagem …

Assim que surgirem um nome (por exemplo, usaremos Maria para este guião):

Tendo em conta que Maria é como as mulheres típicas (normais) da vossa comunidade, que idade devemos dar para Maria? Ela é casada? Quantos filhos pensam que ela tem? Quem mais vive no seu agregado familiar? Como é a sua casa? Tem uma latrina?

Se derem uma resposta que não pareça típica de uma mulher da comunidade, confirmem gentilmente com os participantes. Por favor, escrevam as respostas dos participantes sobre quem ela é e as principais actividades durante o seu dia num papel/bloco de notas. Anote também se a casa de Maria tem uma latrina.

Agora vamos pensar em como é dia-a-dia da Maria. A que horas é que ela acorda de manhã? Qual é/são a(s) tarefa(s) que ela faz primeiro? O que é que essa tarefa inclui? Quanto tempo leva? *(isto é, ir buscar água, cozinhar, etc.). Se ela tiver de ir buscar água de manhã, pergunte quanto tempo é que isso lhe vai demorar)*

Pensemos nas tarefas da Maria durante um dia inteiro, perguntando sobre as suas tarefas de forma cronológica crescente desde que ela se levanta, o que faz a seguir… a seguir e assim em diante ... sondar para mais informações sobre a localização da fonte de água, responsabilidades de cuidados das crianças, preparação das refeições, etc. Documentar as principais tarefas e quanto tempo leva para as realizar. Sonde, conforme apropriado, o envolvimento do seu parceiro, especialmente se houver algum tipo de tomada de decisão envolvida.

Houve alguma mudança no dia-a-dia da Maria devido à pandemia do COVID-19? O que mudou?

Sondar as suas experiências em buscar água, em ir ao mercado, em poder comprar o que precisa. Pergunte se é mais difícil obter água, comida, sabão, etc. do que costumava ser.

III. Prioridades de Orçamento

Agora que conhecemos a Maria e a sua família, vamos continuar com a história. A família da Maria tem tido um bom rendimento e tem algum dinheiro extra para além do dinheiro usado para pagar o essencial. Vamos fazer uma lista rápida do que a família da Maria poderia fazer com o dinheiro... Quem na família decidiria como gastá-lo?

Peça-lhes que façam uma lista de itens em que o agregado familiar possa gastar.

Sonde sobre o processo de 'decidir' como gastá-lo. Há discussão, negociação, pressão?

Ouvir e sondar o papel da mulher na gestão das despesas

Se não surgir, conduza-os:

Quais seriam as três principais coisas na lista de Maria para melhorar a casa? Acha que as suas prioridades seriam as mesmas que as do seu parceiro?

Se a construção ou melhoria da latrina não estiver na lista, anote isso e depois pergunte porque não a listaram. Se tiverem listado, façam com que classifiquem a prioridade das diferentes despesas.

Ela teria alguma voz na forma como o dinheiro extra é gasto? Como é que ela ia apresentar as suas preferências?

Há mais alguém na casa ou na comunidade que influencie a forma como o dinheiro é gasto na casa da Maria? Quem e porquê?

Sonda sobre o papel dos anciãos da família na tomada de decisões. Se Maria vive numa família alargada, pergunte quem no agregado familiar toma decisões sobre as despesas do agregado familiar.

E os anciãos (não parentes) na comunidade? De quem é a opinião que importa quando se trata do que uma família pode fazer com dinheiro? E o dinheiro gasto na construção de latrinas?

Pergunte se a Maria pertence a algum grupo comunitário (por exemplo, um grupo de mulheres) que possa influenciar as suas decisões. Pergunte-lhe como outros membros do grupo podem afectar as suas decisões.

IV. Construção de Latrina

A. *Para as comunidades LIFECA ou outras comunidades onde o grupo diz ter LATRINAS (Se não houver latrinas, passe para a secção B.)*

Digamos que a Maria está em casa a limpar depois do matabicho, a pensar no que acontece quando a Maria tem de defecar? Seria o mesmo se precisasse urinar? E à noite depois do jantar? A família da Maria teria uma latrina? O que seria típico para a sua comunidade? Cerca de quantas famílias nesta comunidade teriam uma latrina?

Que palavras usaria para descrever famílias que investem em latrinas? Por que estas palavras seriam usadas?

Sonde, se necessário, é uma coisa boa ou má ter latrinas?

Como seria a latrina?

Por que haveriam de ter uma latrina?

Sonde sobre as razões pelas quais Maria pode querer uma latrina. Para si mesma? Para os seus filhos?

Alguém da comunidade ou da casa aprovaria ou desaprovaria a família da Maria construir uma latrina? Quem/porquê?

Sonde sobre líderes comunitários, sogros, outros membros da comunidade.

Se responderem sobre alguém da casa, não se esqueça de voltar a perguntar sobre alguém da comunidade? (e ao contrário se responderem sobre a comunidade... perguntar sobre qualquer outra pessoa na casa).

O que Maria sentiria tendo uma latrina? Por que se sentiria assim?

O que pensariam os vizinhos dela agora que tem uma latrina? E as outras pessoas na sua comunidade? Quem aprova as famílias que investem tempo e às vezes dinheiro na construção de uma latrina? Quem desaprova? Porquê?

Sonde sobre emoções como orgulho, sorte, segurança. Sonde para a sua família e amigos, líderes comunitários, líderes tradicionais/religiosos, funcionários do governo, etc.

Conte como foi construída?

Eles mesmo é que construíram, ou tiveram de encontrar ajudar? Com o que precisavam de ajuda?

Sonde sobre tarefas ou competências específicas

Pagariam dinheiro ou fariam algum outro arranjo?

De que a construiriam? Onde arranjariam os materiais?

Que opções teriam nesta comunidade para tipos de latrinas? Quão grande seria? Teria uma entrada aberta, ou uma porta que se fecha? Onde estaria em relação à casa?

Haveria apenas uma latrina construída?

Pensando sobre quando o agregado familiar decidiu construir a latrina, quem família tomou essa decisão? Mais alguém da família estaria envolvido ou influenciaria o principal responsável pela decisão? Se sim, quem e de que forma?

Sonde sobre o papel dos anciãos da família na tomada de decisão se Maria vive numa família alargada.

Quem estaria envolvido na decisão sobre como é a latrina? Quem estaria envolvido na decisão de onde é colocada em relação à casa?

Em todas estas decisões, o que acontece se Maria e (outros membros do agregado familiar) discordarem?

Se a Maria pudesse ter qualquer tipo de latrina que quisesse, como seria?

As necessidades de Maria como mulher influenciariam a forma como a latrina foi construída? Como assim?

Sonde sobre o que precisa e como influencia a construção de latrinas.

Imagine que uma tempestade ou uma inundação atravesse e destrói a latrina. O que acha que o agregado familiar faria?

Quem no agregado familiar seria responsável pela reparação da latrina se esta necessitasse de reparações?

Agora quero fazer-vos algumas perguntas sobre a pandemia da Covid-19. Muitas famílias da sua comunidade sofreram dificuldades económicas devido à pandemia COVID-19? Se sim, como é que a pandemia mudou em que tipo de coisas as famílias gastam dinheiro?

Sonde sobre compras relacionadas com latrinas.

Houve alterações na disponibilidade de materiais e recursos necessários para construir latrinas devido à pandemia?

A COVID-19 afectou as decisões dos agregados familiares de construir latrinas? Como assim? E sobre reparar ou reconstruir latrinas?

Houve alguma mudança em quem toma decisões sobre as compras das famílias na sequência da pandemia? Se sim, porquê?

Sonde se mulheres ou homens estão menos ou mais envolvidos em decisões domésticas após a pandemia.

B. Para comunidades onde dizem que Maria NÃO tem uma latrina

Porque é que a Maria não tem uma latrina?

Onde é que ela urina e defeca?

Digamos que Maria decide que quer uma latrina. Por que quereria ter uma latrina?

Sonde sobre as razões pelas quais Maria pode querer uma latrina. Para si mesma? Para os seus filhos?

Alguém no agregado familiar estaria envolvido na decisão? Se sim, quem e de que forma?

Se a ideia chegasse à Maria para construir uma latrina, como Maria falaria sobre o assunto?

Depois da decisão de construir a latrina, quem estaria envolvido nas decisões sobre como seria a latrina? Quem estaria envolvido em decidir sobre a localização da latrina em relação à casa?

Em todas estas decisões, o que acontece se Maria e (outros membros do agregado familiar) discordarem?

Se a Maria pudesse ter qualquer tipo de latrina que quisesse, como seria?

As necessidades (preferências) da Maria como mulher influenciariam a forma como a latrina foi construída?

Sonde o que precisa e como influencia a construção da latrina.

Quem seria o responsável pela reparação da latrina se precisasse de reparações?

Muitas famílias na comunidade sofreram dificuldades económicas devido à pandemia da COVID-19? Se sim, como é que a pandemia mudou a forma como as famílias gastam dinheiro?

Sonde sobre compras relacionadas com latrinas.

Houve alterações na disponibilidade de materiais e recursos necessários para construir latrinas devido à pandemia?

A COVID-19 afectou as decisões familiares sobre a construção de latrinas? Como assim? E em relação a reparação ou reconstrução de latrinas?

Houve alguma mudança em relação a quem toma decisões sobre as compras das famílias na sequência da pandemia? Se sim, porquê?

Sonde se mulheres ou homens estão menos ou mais envolvidos em decisões domésticas após a pandemia.

C. Autoeficácia (ambas com e sem latrinas)

Digamos que o parceiro da Maria teve de migrar para encontrar trabalho. Nesse caso, isso mudaria quem no agregado familiar tomaria as decisões sobre a construção de uma latrina? Quem decidiria como seria?

Maria teria algum desafio? O que dificultaria a construção da latrina pela Maria? O que poderia ela fazer para resolver estes desafios?

Teria acesso à informação necessária? Aos materiais necessários?

Teria de pagar por ajuda ou faria outro acordo? Fale desse acordo.

A FECHAR:

Imaginemos que Maria grita alto com o parceiro num espaço público fora de casa. O que os outros pensariam do seu comportamento? Quem desaprovaria? Quem aprovaria? Aconteceria alguma coisa à Maria como resultado deste comportamento? O que seria? O que Maria sentiria sobre as reacções dos outros? O que faria?

GUIÃO DE DISCUSSÃO DE GRUPO FOCAL #2

Dia típico, construção de latrina & uso/ práticas de defecação, GHM

I. Introdução

Comece por saudar, apresentar e agradecer aos líderes comunitários e aos participantes

Este estudo está a ser conduzido pelo Grupo Iris em nome da USAID para compreender as preocupações sobre saneamento e higiene na sua comunidade. Queremos também saber como a comunidade tem lidado com os efeitos da pandemia do COVID-19, especialmente no que diz respeito ao saneamento e à higiene. Vamos usar o que aprendemos com este estudo para abordar estas questões e garantir que as pessoas em Moçambique tenham o que precisam para viver uma vida melhor e mais saudável.

As coisas de que queremos falar incluem alguns tópicos que as pessoas normalmente não discutem, como urinar e defecar. Sabemos que isto pode parecer pessoal ou desconfortável, mas queremos encorajá-lo/a a ser o/a mais aberto/a possível sobre estes temas.

Em primeiro lugar, queremos decidir em conjunto, em grupo, que palavras usar quando se fala em urinar e defecar. Há as palavras que usaria com um enfermeiro, por exemplo, mas essas podem não ser as mesmas palavras que usaria com um amigo, ou com uma criança, ou com o seu parceiro. Quais são as palavras usadas na sua comunidade quando se fala em urinar?

Agora vamos fazer o mesmo para a palavra defecar. Quais são outras palavras usadas na sua comunidade quando se fala em defecar?

Obrigado/a, mais uma vez por partilhar. Para a discussão de hoje, vamos usar as palavras XXX e XXX [INSERIR PALAVRAS USADAS PELOS PARTICIPANTES]. Todos concordam? Podem usar qualquer palavra com que se sintam confortáveis na nossa discussão.

Para que se sintam o mais confortável possível, nunca lhe perguntaremos sobre a sua própria experiência pessoal, e encorajamos a não partilhar informações pessoais. Recordaremos o caso de alguém esquecer durante a nossa discussão. Esperamos que fale sobre "como é" aqui na sua comunidade, e em casas típicas sem revelar detalhes pessoais.

Tiraremos o máximo partido desta discussão se todos puderem contribuir com as suas ideias. Em cada grupo, há pessoas que tendem a falar mais e pessoas que tendem a falar menos. Vamos tentar garantir que todos contribuam para a discussão, e agradecemos pela vossa ajuda.

II. Dia Típico

Gostaríamos de aprender convosco, criando uma história convosco. Comecemos por imaginar uma mulher típica/normal de uma comunidade como a vossa.

Desenhar ou mostrar imagem de mulher de capulana.

Imaginemos que esta mulher é de uma comunidade como a vossa. Como devemos chamá-la? Vamos certificar-nos que não é um nome de alguém desta comunidade, para não pensarmos nessa pessoa específica enquanto falamos.

Avisar, se necessário, que é assim que será o "cenário da história"... você fará perguntas que ajudarão a criar o personagem …

Assim que surgirem um nome (por exemplo, usaremos Maria para este guião):

Tendo em conta que Maria é como as mulheres típicas (normais) da vossa comunidade, que idade devemos dar para Maria? Ela é casada? Quantos filhos pensam que ela tem? Quem mais vive no seu agregado familiar? Como é a sua casa? Tem uma latrina?

Se derem uma resposta que não pareça típica de uma mulher da comunidade, confirmem gentilmente com os participantes. Por favor, escrevam as respostas dos participantes sobre quem ela é e as principais actividades durante o seu dia num papel/bloco de notas. Anote também se a casa de Maria tem uma latrina

Agora vamos pensar em como é dia-a-dia da Maria. A que horas é que ela acorda de manhã? Qual é/são a(s) tarefa(s) que ela faz primeiro? O que é que essa tarefa inclui? Quanto tempo leva? *(isto é, ir buscar água, cozinhar, etc.). Se ela tiver de ir buscar água de manhã, pergunte quanto tempo é que isso lhe vai demorar)*

Pensemos nas tarefas da Maria durante um dia inteiro, perguntando sobre as suas tarefas de forma cronológica crescente desde que ela se levanta, o que faz a seguir… a seguir e assim em diante ... sondar para mais informações sobre a localização da fonte de água, responsabilidades de cuidados das crianças, preparação das refeições, etc. Documentar as principais tarefas e quanto tempo leva para as realizar. Sonde, conforme apropriado, o envolvimento do seu parceiro, especialmente se houver algum tipo de tomada de decisão envolvida.

Houve alguma mudança no dia-a-dia da Maria devido à pandemia do COVID-19? O que mudou?

Sondar as suas experiências em buscar água, em ir ao mercado, em poder comprar o que precisa. Pergunte se é mais difícil obter água, comida, sabão, etc. do que costumava ser.

III. Construção de Latrina

A. Para as comunidades LIFECA ou outras comunidades onde o grupo diz ter LATRINAS (Se não houver latrinas, passe para a secção B.)

Digamos que a Maria está em casa a limpar depois do matabicho, a pensar no que acontece quando a Maria tem de defecar? Seria o mesmo se precisasse urinar? E à noite depois do jantar? A família da Maria teria uma latrina? O que seria típico para a sua comunidade? Cerca de quantas famílias nesta comunidade teriam uma latrina?

Que palavras usaria para descrever famílias que investem em latrinas? Por que estas palavras seriam usadas?

Sonde, se necessário, é uma coisa boa ou má ter latrinas?

Como seria a latrina?

Por que haveriam de ter uma latrina?

Sonde sobre as razões pelas quais Maria pode querer uma latrina. Para si mesma? Para os seus filhos?

Alguém da comunidade ou da casa aprovaria ou desaprovaria a família da Maria construir uma latrina? Quem/porquê?

Sonde sobre líderes comunitários, sogros, outros membros da comunidade.

Se responderem sobre alguém da casa, não se esqueça de voltar a perguntar sobre alguém da comunidade? (e ao contrário se responderem sobre a comunidade... perguntar sobre qualquer outra pessoa na casa).

O que Maria sentiria tendo uma latrina? Por que se sentiria assim?

O que pensariam os vizinhos dela agora que tem uma latrina? E as outras pessoas na sua comunidade? Quem aprova as famílias que investem tempo e às vezes dinheiro na construção de uma latrina? Quem desaprova? Porquê?

Sonde sobre emoções como orgulho, sorte, segurança. Sonde para a sua família e amigos, líderes comunitários, líderes tradicionais/religiosos, funcionários do governo, etc.

Conte como foi construída?

Eles mesmo é que construíram, ou tiveram de encontrar ajudar? Com o que precisavam de ajuda?

Sonde sobre tarefas ou competências específicas

Pagariam dinheiro ou fariam algum outro arranjo?

De que a construiriam? Onde arranjariam os materiais?

Que opções teriam nesta comunidade para tipos de latrinas? Quão grande seria? Teria uma entrada aberta, ou uma porta que se fecha? Onde estaria em relação à casa?

Haveria apenas uma latrina construída?

Pensando sobre quando o agregado familiar decidiu construir a latrina, quem família tomou essa decisão? Mais alguém da família estaria envolvido ou influenciaria o principal responsável pela decisão? Se sim, quem e de que forma?

Sonde sobre o papel dos anciãos da família na tomada de decisão se Maria vive numa família alargada.

Quem estaria envolvido na decisão sobre como é a latrina? Quem estaria envolvido na decisão de onde é colocada em relação à casa?

Em todas estas decisões, o que acontece se Maria e (outros membros do agregado familiar) discordarem?

Se a Maria pudesse ter qualquer tipo de latrina que quisesse, como seria?

As necessidades de Maria como mulher influenciariam a forma como a latrina foi construída? Como assim?

Sonde sobre o que precisa e como influencia a construção de latrinas.

Imagine que uma tempestade ou uma inundação atravesse e destrói a latrina. O que acha que o agregado familiar faria?

Quem no agregado familiar seria responsável pela reparação da latrina se esta necessitasse de reparações?

Agora quero fazer-vos algumas perguntas sobre a pandemia da Covid-19. Muitas famílias da sua comunidade sofreram dificuldades económicas devido à pandemia da COVID-19? Se sim, como é que a pandemia mudou em que tipo de coisas as famílias gastam dinheiro?

Sonde sobre compras relacionadas com latrinas.

Houve alterações na disponibilidade de materiais e recursos necessários para construir latrinas devido à pandemia?

A COVID-19 afectou as decisões dos agregados familiares de construir latrinas? Como assim? E sobre reparar ou reconstruir latrinas?

Houve alguma mudança em quem toma decisões sobre as compras das famílias na sequência da pandemia? Se sim, porquê?

Sonde se mulheres ou homens estão menos ou mais envolvidos em decisões domésticas após a pandemia.

B. Para comunidades onde dizem que Maria NÃO tem uma latrina

Porque é que a Maria não tem uma latrina?

Onde é que ela urina e defeca?

Digamos que Maria decide que quer uma latrina. Por que quereria ter uma latrina?

Sonde sobre as razões pelas quais Maria pode querer uma latrina. Para si mesma? Para os seus filhos?

Alguém no agregado familiar estaria envolvido na decisão? Se sim, quem e de que forma?

Se a ideia chegasse à Maria para construir uma latrina, como Maria falaria sobre o assunto?

Depois da decisão de construir a latrina, quem estaria envolvido nas decisões sobre como seria a latrina? Quem estaria envolvido em decidir sobre a localização da latrina em relação à casa?

Em todas estas decisões, o que acontece se Maria e (outros membros do agregado familiar) discordarem?

Se a Maria pudesse ter qualquer tipo de latrina que quisesse, como seria?

As necessidades (preferências) da Maria como mulher influenciariam a forma como a latrina foi construída?

Sonde o que precisa e como influencia a construção da latrina.

Quem seria o responsável pela reparação da latrina se precisasse de reparações?

Muitas famílias na comunidade sofreram dificuldades económicas devido à pandemia da COVID-19? Se sim, como é que a pandemia mudou a forma como as famílias gastam dinheiro?

Sonde sobre compras relacionadas com latrinas.

Houve alterações na disponibilidade de materiais e recursos necessários para construir latrinas devido à pandemia?

A COVID-19 afectou as decisões familiares sobre a construção de latrinas? Como assim? E em relação a reparação ou reconstrução de latrinas?

Houve alguma mudança em relação a quem toma decisões sobre as compras das famílias na sequência da pandemia? Se sim, porquê?

Sonde se mulheres ou homens estão menos ou mais envolvidos em decisões domésticas após a pandemia.

IV. Uso de latrina

A. Para as comunidades LIFECA ou outras comunidades onde o grupo diz ter LATRINAS (Se não houver latrinas, passe para a secção B.)

A família dela teria apenas uma, ou mais de uma latrina? Se mais de uma, quantas teriam? Quem usaria cada uma? Se tivessem apenas uma, quem a usaria?

Alguém fora do agregado familiar da Maria pediria para usar a latrina? O que diria?

Quão comum é partilhar latrinas entre várias famílias?

Dentro da família de Maria, há alguém que não usaria a latrina sempre que necessitasse? Porque não? Quando é que eles são mais propensos a não usar a latrina? Para onde iriam?

Quem na família seria responsável pela limpeza da latrina? Por que estas pessoas? Como a limpariam/com que frequência? Que materiais/produtos seriam necessários?

A Maria usará a latrina? Ela usaria sempre que precisasse urinar? Sempre que precisasse defecar? O que tornaria difícil usar a latrina a toda a hora? Há alguma ocasião em que ela não usasse? Se sim, porquê?

Sonde para várias ocasiões, quando longe da casa, quando certas pessoas estivessem de visita a casa? quando estivesse menstruada?

O que a Maria acharia bom ou positivo em usar uma latrina a toda a hora? O que a Maria acharia mau ou negativo em usar uma latrina?

Alguém aprovaria ou desaprovaria que a Maria usasse a latrina? Alguém aprovaria ou desaprovaria que a Maria NÃO usasse a latrina? Por que as pessoas aprovariam? Por que as pessoas desaprovariam?

onde para membros do agregado familiar (incluindo anciãos), líderes comunitários, líderes tradicionais/religiosos, funcionários do governo, etc.

O que aconteceria se a Maria não usasse a latrina para defecar? Quem aprovaria ou desaprovaria?

Sonde para membros do agregado familiar (incluindo anciãos), líderes comunitários, líderes tradicionais/religiosos, funcionários do governo, etc.

O que aconteceria se o parceiro da Maria não usasse a latrina para defecar? Quem aprovaria ou desaprovaria?

Sonde para membros do agregado familiar (incluindo anciãos), líderes comunitários, líderes tradicionais/religiosos, funcionários do governo, etc.

B. Práticas de defecação (Para comunidades onde o grupo diz que a Maria NÃO teria uma latrina)

O que a Maria faz para defecar? O que faz durante o dia? E à noite? O seu comportamento muda durante a estação chuvosa ou seca?

Sonde para várias ocasiões, quando longe da casa, quando certas pessoas estiverem de visita a casa? quando estiver menstruada? Quando estiver grávida.

O que a Maria acharia bom ou positivo sobre defecar a céu aberto? O que a Maria acharia mau ou negativo sobre defecar a céu aberto?

Alguém aprovaria ou desaprovaria se a Maria defecasse a céu aberto? Porquê?

O que aconteceria se o parceiro da Maria defecasse a céu aberto? Quem aprovaria ou desaprovaria?

Na sua comunidade, a capacidade das pessoas para defecar a céu aberto foi afectada por restrições (por exemplo, bloqueios) impostas pela pandemia da COVID-19? De que forma?

V. Gestão da Higiene Menstrual

A. Para as comunidades LIFECA ou outras comunidades onde o grupo diz ter LATRINAS (Se não houver latrinas, passe para a secção B.)

Quando a Maria está menstruada, pode usar a latrina do agregado familiar? O que ela faz para gerir o seu período? Que tipo de produtos ela usa para absorver o sangue? Existem desafios para obter produtos adequados para a gestão menstrual? O que a Maria poderia fazer para enfrentar os desafios?

Ter uma latrina ajuda ou dificulta a gestão menstrual?

Quais são (outras coisas) que podem facilitar a gestão menstrual?

Há algum costume que influencie a forma como uma mulher gere o seu período? Algum costume que influencie a forma como a Maria é tratada durante o período?

Sonde se a mulher é capaz de realizar as suas actividades diárias enquanto estiver menstruada (por exemplo, cozinhar, outro trabalho doméstico). O que ela pode e não pode fazer? Ela pode sair de casa, ir trabalhar, etc.? Há algum lugar onde ela possa ou não possa ir?

Tem água suficiente para gerir a sua menstruação? Onde é que ela busca água?

O que ela faz com os produtos usados? Se os produtos forem descartáveis, onde é que os deita fora? Se ela usa panos, onde lava? Onde é que ela os pendura para secar? O que ela acha sobre lavar e secar os panos? Como se sentiria se alguém a visse a lavar os panos? O que pensariam?

Como é que a pandemia afectou o acesso das mulheres da sua comunidade a produtos menstruais, como pensos higiénicos? E o acesso à água ou ao sabão para tomar banho e limpar-se ou quaisquer panos usados?

Como afectou a capacidade das mulheres de gerirem os seus períodos? Ter toda a gente em casa durante as restrições ajudou ou dificultou as mulheres na gestão dos seus períodos?

B. Para comunidades onde dizem que Maria NÃO tem uma latrina

O que a Maria faz para gerir o período? Que tipo de produtos ela usaria para absorver o sangue? O que faz com os produtos usados? Existem desafios para obter produtos adequados para a gestão menstrual? Como a Maria pode enfrentar os desafios?

Como é que a pandemia afectou o acesso das mulheres da sua comunidade a produtos de higiene menstrual, como pensos higiénicos? E o acesso à água ou ao sabão para tomar banho e limpar-se ou quaisquer panos usados?

Como afectou a capacidade das mulheres de gerirem os seus períodos? Ter toda a gente em casa durante as restrições ajudou ou dificultou as mulheres na gestão dos seus períodos?

GUIÃO DE DISCUSSÃO DE GRUPO FOCAL #3

I. Introdução

Comece por saudar, apresentar e agradecer aos líderes comunitários e aos participantes

Este estudo está a ser conduzido pelo Grupo Iris em nome da USAID para compreender as preocupações sobre saneamento e higiene na sua comunidade. Queremos também saber como a comunidade tem lidado com os efeitos da pandemia do COVID-19, especialmente no que diz respeito ao saneamento e à higiene. Vamos usar o que aprendemos com este estudo para abordar estas questões e garantir que as pessoas em Moçambique tenham o que precisam para viver uma vida melhor e mais saudável.

As coisas de que queremos falar incluem alguns tópicos que as pessoas normalmente não discutem, como urinar e defecar. Sabemos que isto pode parecer pessoal ou desconfortável, mas queremos encorajá-lo/a a ser o/a mais aberto/a possível sobre estes temas.

Em primeiro lugar, queremos decidir em conjunto, em grupo, que palavras usar quando se fala em urinar e defecar. Há as palavras que usaria com um enfermeiro, por exemplo, mas essas podem não ser as mesmas palavras que usaria com um amigo, ou com uma criança, ou com o seu parceiro. Quais são as palavras usadas na sua comunidade quando se fala em urinar?

Obrigado por partilhar todas estas palavras.

Agora vamos fazer o mesmo para a palavra defecar. Quais são outras palavras usadas na sua comunidade quando se fala em defecar?

Obrigado/a, mais uma vez por partilhar. Para a discussão de hoje, vamos usar as palavras XXX e XXX [INSERIR PALAVRAS USADAS PELOS PARTICIPANTES]. Todos concordam? Podem usar qualquer palavra com que se sintam confortáveis na nossa discussão.

Para que se sintam o mais confortável possível, nunca lhe perguntaremos sobre a sua própria experiência pessoal, e encorajamos a não partilhar informações pessoais. Recordaremos o caso de alguém esquecer durante a nossa discussão. Esperamos que fale sobre "como é" aqui na sua comunidade, e em casas típicas sem revelar detalhes pessoais.

Tiraremos o máximo partido desta discussão se todos puderem contribuir com as suas ideias. Em cada grupo, há pessoas que tendem a falar mais e pessoas que tendem a falar menos. Vamos tentar garantir que todos contribuam para a discussão, e agradecemos pela vossa ajuda.

II. Dia Típico

Gostaríamos de aprender convosco, criando uma história convosco. Comecemos por imaginar uma mulher típica/normal de uma comunidade como a vossa.

Desenhar ou mostrar imagem de mulher de capulana.

Imaginemos que esta mulher é de uma comunidade como a vossa. Como devemos chamá-la? Vamos certificar-nos que não é um nome de alguém desta comunidade, para não pensarmos nessa pessoa específica enquanto falamos.

Avisar, se necessário, que é assim que será o "cenário da história"... você fará perguntas que ajudarão a criar o personagem …

Assim que surgirem um nome (por exemplo, usaremos Maria para este guião):

Tendo em conta que Maria é como as mulheres típicas (normais) da vossa comunidade, que idade devemos dar para Maria? Ela é casada? Quantos filhos pensam que ela tem? Quem mais vive no seu agregado familiar? Como é a sua casa? Tem uma latrina?

Se derem uma resposta que não pareça típica de uma mulher da comunidade, confirmem gentilmente com os participantes. Por favor, escrevam as respostas dos participantes sobre quem ela é e as principais actividades durante o seu dia num papel/bloco de notas. Anote também se a casa de Maria tem uma latrina.

Agora vamos pensar em como é dia-a-dia da Maria. A que horas é que ela acorda de manhã? Qual é/são a(s) tarefa(s) que ela faz primeiro? O que é que essa tarefa inclui? Quanto tempo leva? *(isto é, ir buscar água, cozinhar, etc.). Se ela tiver de ir buscar água de manhã, pergunte quanto tempo é que isso lhe vai demorar)*

Pensemos nas tarefas da Maria durante um dia inteiro, perguntando sobre as suas tarefas de forma cronológica crescente desde que ela se levanta, o que faz a seguir… a seguir e assim em diante ... sondar para mais informações sobre a localização da fonte de água, responsabilidades de cuidados das crianças, preparação das refeições, etc. Documentar as principais tarefas e quanto tempo leva para as realizar. Sonde, conforme apropriado, o envolvimento do seu parceiro, especialmente se houver algum tipo de tomada de decisão envolvida.

III. Uso de latrina

A. Para as comunidades LIFECA ou outras comunidades onde o grupo diz ter LATRINAS (Se não houver latrinas, passe para a secção B.)

A família dela teria apenas uma, ou mais de uma latrina? Se mais de uma, quantas teriam? Quem usaria cada uma? Se tivessem apenas uma, quem a usaria?

Alguém fora do agregado familiar da Maria pediria para usar a latrina? O que diria?

Quão comum é partilhar latrinas entre várias famílias?

Dentro da família de Maria, há alguém que não usaria a latrina sempre que necessitasse? Porque não? Quando é que eles são mais propensos a não usar a latrina? Para onde iriam?

Quem na família seria responsável pela limpeza da latrina? Por que estas pessoas? Como a limpariam/com que frequência? Que materiais/produtos seriam necessários?

A Maria usará a latrina? Ela usaria sempre que precisasse urinar? Sempre que precisasse defecar? O que tornaria difícil usar a latrina a toda a hora? Há alguma ocasião em que ela não usasse? Se sim, porquê?

Sonde para várias ocasiões, quando longe da casa, quando certas pessoas estivessem de visita a casa? quando estivesse menstruada?

O que a Maria acharia bom ou positivo em usar uma latrina a toda a hora? O que a Maria acharia mau ou negativo em usar uma latrina?

Alguém aprovaria ou desaprovaria que a Maria usasse a latrina? Alguém aprovaria ou desaprovaria que a Maria NÃO usasse a latrina? Por que as pessoas aprovariam? Por que as pessoas desaprovariam?

Sonde para membros do agregado familiar (incluindo anciãos), líderes comunitários, líderes tradicionais/religiosos, funcionários do governo, etc.

O que aconteceria se a Maria não usasse a latrina para defecar? Quem aprovaria ou desaprovaria?

Sonde para membros do agregado familiar (incluindo anciãos), líderes comunitários, líderes tradicionais/religiosos, funcionários do governo, etc.

O que aconteceria se o parceiro da Maria não usasse a latrina para defecar? Quem aprovaria ou desaprovaria?

Sonda para membros do agregado familiar (incluindo anciãos), líderes comunitários, líderes tradicionais/religiosos, funcionários do governo, etc.

B. Práticas de defecação (Para comunidades onde o grupo diz que a Maria NÃO teria uma latrina)

O que a Maria faz para defecar? O que faz durante o dia? E à noite? O seu comportamento muda durante a estação chuvosa ou seca?

Sonde para várias ocasiões, quando longe da casa, quando certas pessoas estiverem de visita a casa? quando estiver menstruada? Quando estiver grávida.

O que a Maria acharia bom ou positivo sobre defecar a céu aberto? O que a Maria acharia mau ou negativo sobre defecar a céu aberto?

Alguém aprovaria ou desaprovaria se a Maria defecasse a céu aberto? Porquê?

O que aconteceria se o parceiro da Maria defecasse a céu aberto? Quem aprovaria ou desaprovaria?

Na sua comunidade, a capacidade das pessoas para defecar a céu aberto foi afectada por restrições (por exemplo, bloqueios) impostas pela pandemia da COVID-19? De que forma?

IV. Eliminação Segura de Fezes Infantis

Imaginemos que um dos filhos da Maria é muito pequeno, digamos que tenha 9 meses. Vamos falar sobre o que acontece quando o bebé faz cocó.

Onde o bebê faz cocó? O bebé da Maria usa fraldas ou algo similar para apanhar as fezes?

Quem limpa depois do bebê fazer cocó? Há mais alguém na casa que ajude a Maria a fazer isso? O que inclui limpar o cocó do bebê? Para onde vai o cocó? Para onde vai o material de limpeza? O que faz a pessoa depois de limpar o bebé e cuidar do cocó? Se a pessoa está a usar água, para onde vai a água suja?

O cocó da criança é tratado da mesma forma durante o dia e a noite? Que diferenças existem durante o dia/noite?

Digamos que a Maria está muito ocupada a preparar o jantar, e descobre que o bebé fez cocó no chão. Ela deixaria de fazer o jantar e cuidar do cocó imediatamente?

Quais seriam as razões pelas quais Maria poderia querer que o cocó fosse tratado imediatamente? Quais seriam as razões pelas quais Maria deixaria o cocó ficar exposto?

Sonde: Quão prejudicial é considerado o cocó do bebé? Muito prejudicial ou não tão prejudicial? Ou vergonhoso para os outros verem?

Quão importante é livrar-se do cocó do bebé? quais são os perigos do cocó do bebê? qual é a maneira certa de gerir o cocó do bebé?

Note se alguma menção é feita em relação a Maria lavar suas próprias roupas ou mãos.

A Maria também tem uma filha de três anos.

Onde é que a filha faz cocó? O que acontece com o cocó? Seria o mesmo se tivesse um filho de 3 anos em vez de filha? O cocó da criança de 3 anos seria deitado da mesma forma de dia e de noite?

Digamos que a Maria tem uma vizinha com uma criança de 3 anos também. O que a Maria pensaria se a vizinha deitasse as fezes da criança para o rio? Mais alguém se importaria se a vizinha fizesse isto?

Em grupos com latrinas

Com que idade a criança começa a usar a latrina?

O que a Maria ou qualquer outra pessoa faz para ensinar a criança a usar a latrina?

O que dificulta o uso da latrina pelas crianças? O que tornaria as coisas mais fáceis?

Para todos (com e sem latrinas)

Se o cocó da criança estiver no quintal, alguém limpa ou fica exposto? Para onde vai o cocó quando limpo?

Quem aprovaria a limpeza das fezes no quintal? Porquê?

Alguém desaprovaria passar tempo a limpar cocó de crianças no quintal?

Sonde: O cocó do bebé é considerado prejudicial ou inofensivo? Ou vergonhoso para os outros verem?

VI. Lavagem das Mãos

Pensando de novo no dia típico da Maria, quando ela lava as mãos? Por que é importante que ela lave as mãos nestas alturas?

Quando mais se lava? Onde lava as mãos? O que é que ela usa para lavar as mãos? De onde vem a água? Ela deitaria a água sobre as mãos ou lavaria num recipiente?

(se disserem que ela usa sabão) Onde é que ela arranja o sabão? É difícil para alguém como a Maria ter sabão para lavar as mãos? O que torna isto difícil? Tem sido especialmente desafiante para as pessoas da sua comunidade comprar sabão recentemente? Se sim, porquê?

Quem decide se pode comprar sabão? Alguém desaprovaria que ela usasse sabão da casa para lavar a mão?

O que pensariam as pessoas que lavam à mão com sabão ao longo do dia, quando surgem as ocasiões? Que palavras os vizinhos usariam para descrever alguém que lava frequentemente as mãos com sabão?

(se disserem que se usa cinza) Onde ela arranja a cinza?

O que aconteceria se Maria não lavasse as mãos durante o dia com sabão ou cinza?

O que torna difícil para alguém como Maria lavar as mãos consistentemente com sabão durante todo o dia? O que torna as coisas mais fáceis?

Tem havido mensagens recentemente sobre lavagem de mãos divulgadas na sua comunidade? Que mensagens a Maria pode ter visto ou ouvido?

Sonde para fontes interpessoais ou meios de comunicação (rádio, TV, cartazes, panfletos, etc.).

O que é que estas mensagens pedem à Maria e à comunidade para fazerem?

Sonda se estas mensagens estariam relacionadas com a COVID-19.

Qual seria a reacção da Maria e da comunidade para realizar as acções passadas nestas mensagens?

Maria e outras mulheres da comunidade passaram a lavar mais, menos, de forma diferente ou da mesma maneira desde o início da COVID? E os homens da comunidade? O que torna mais difícil ou mais fácil lavar à mão agora?

Sonde para desafios ou facilidades

GUIÃO DE ENTREVISTAS DE INFORMANTES-CHAVE PARA TÉCNICOS/ACTIVISTAS/SUPERVISORES PEC/IMPLEMENTADORES DE SANTOLIC/TÉCNICOS DISTRITAIS DE ÁGUA E SANEAMENTO

INTRODUÇÃO E DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Obrigado por participar nesta entrevista. Hoje, gostaríamos de discutir questões relacionadas com a água, saneamento e higiene nas comunidades em que trabalha – questões vividas por todos os membros da sua comunidade, incluindo mulheres e meninas. Ao falar de saneamento, quero dizer, latrinas e eliminação de fezes de adultos e de crianças, e ao falar de higiene, quero dizer lavagem das mãos. Falaremos também de como as pessoas desta comunidade tomam decisões sobre a construção de latrinas. Por último, perguntar-lhe-emos também sobre a forma como a pandemia da COVID-19 afectou o saneamento e a higiene nas comunidades em que trabalha. Esta entrevista levará aproximadamente uma hora durante a qual terá a oportunidade de falar sobre estas questões. Estas discussões são parte de um estudo mais amplo onde também temos discussões em grupos focais com vários membros da comunidade.

Não esperamos que haja quaisquer riscos pela sua participação no estudo. Não lhe custará nada participar neste estudo. Ofereceremos um pequeno lanche durante as discussões; não haverá benefícios adicionais por participar.

Pode terminar a discussão a qualquer momento. Seguiremos todos os procedimentos recomendados para manter as suas respostas e informações pessoais confidenciais. Apenas os pesquisadores terão acesso às suas respostas, e os dados serão armazenados de forma segura. Em quaisquer relatórios ou artigos sobre esta pesquisa, a sua identidade será protegida na medida do possível.

Você ou qualquer pessoa com dúvidas pode contactar __

1. Quais são os principais desafios que esta comunidade enfrenta em relação ao saneamento e higiene?
2. Entre as comunidades em que trabalha, alguma delas participou em algum programa ou iniciativa de saneamento de governo ou ONG (por exemplo, PRONASAR)?

   SONDE: que tipo de programas são estes? O que aconteceu nestas comunidades como resultado destes programas?
3. Houve algum programa de saneamento implementado em alguma das comunidades ou distritos em que trabalha? Que actividades incluíam? Como se envolveu? Qual foi o efeito do programa?

   SONDE: estas comunidades alcançaram o estatuto LIFECA? Quanto tempo demorou? Tem sido sustentável manter o estatuto nestas comunidades? Por que ou por que não?

   Para as comunidades que alcançaram o estatuto LIFECA, pergunte à pessoa: O que ajudou a comunidade a alcançar o estatuto LIFECA? Porquê? Acha que esta comunidade será capaz de manter o estatuto LIFECA? Por que ou por que não? Como é que esta comunidade é diferente das comunidades que não são capazes de alcançar o estatuto LIFECA? Que lições tiraria desta comunidade para ajudar outras comunidades a tornarem-se LIFECA?
4. Alguma/maioria das famílias tem latrinas?

   Sonde: as latrinas são usadas? Por que ou por que não? Que tipo de famílias têm latrinas e quais não têm?
5. Quais são os maiores desafios para as pessoas construírem latrinas?

   Sonde: quando as pessoas constroem latrinas, quem observa ou fiscaliza a construção?

O que os homens fazem, o que as mulheres fazem? Mais alguém está envolvido?

6. Quem na família decide despender tempo na construção de latrinas?

   Sonde: como é que as mulheres estão envolvidas nestas decisões? Elas podem dar a sua opinião em discussões familiares sobre a construção de latrinas? A sua opinião é considerada? As mulheres em algum momento tomam a decisão final?

   Alguma das iniciativas do governo ou de ONGs alguma vez promoveu o envolvimento das mulheres na construção de latrinas? De que maneira?

7. Dentro de uma família, diria que as latrinas são usadas igualmente por todos os membros do agregado familiar?

   Sonde: quais são os desafios para as pessoas usarem as latrinas?

   As Mulheres e homens usam as latrinas de maneira igual?

   Quem não as usa? [note se as crianças são mencionadas]

   Por que acha que XXX não as usa?

8. As latrinas são adequadas para satisfazer as necessidades das mulheres? E quando estiverem menstruadas?

   Sonde: as mulheres podem usar a latrina do agregado familiar quando estão menstruadas?

   O que as mulheres normalmente fazem para gerir os seus períodos?

   Ter uma latrina ajuda ou dificulta a gestão menstrual? O que pode facilitar a gestão menstrual?

   Há algum costume que influencie a forma como uma mulher gere o seu período? Algum costume que influencie a forma como ela é tratada durante a menstruação?

9. Em agregados familiares que não têm latrinas, onde as pessoas defecam? O que há de mau em defecar a céu aberto? O que há de bom?

   Sonde: como é que a comunidade reage as famílias que não usam latrinas?

   É algo que as pessoas reparam, falam, tomam medidas?

   O que acha que dificulta que as pessoas (adultos) façam uso da latrina na maior parte do tempo? O que pode facilitar?

10. E os mais novos? As crianças usam latrinas?

    Sonde: qual é a idade para as crianças começarem a usar latrinas?

    O que dificulta o uso de latrinas pelas crianças?

    Acha que os pais acham importante que as crianças usem a latrina?

    Quem é o responsável por ensinar as crianças a usar a latrina? O que as pessoas geralmente fazem para socializar os mais novos com as latrinas?

Antes de usarem a latrina, o que acontece quando as crianças fazem cocó? Como é gerido?

NOTA: Cuidado para distinguir a IDADE da criança com prática de eliminação/gestão

Vamos agora deixar de falar de latrinas e saneamento para falar de água e lavagem das mãos

11. Onde é que as pessoas desta comunidade buscam água? Em geral, ter água suficiente para tarefas diárias é um desafio nesta comunidade?

    Sonde: Normalmente, há água suficiente? Quando? Quando não há?

    Quanto tempo levam as pessoas para buscar água?

    O que as pessoas pensam sobre a qualidade da água?

12. Mudando agora para falar sobre a lavagem das mãos, quão comum é para as pessoas lavarem as mãos nesta comunidade?

    Sonde: O que usam para lavar as mãos?

    Que tipo de sabão teriam nas suas casas? Usariam algum tipo de sabão para lavar as mãos? Por que/por que não?

    Quando é que as pessoas são mais propensas a lavar as mãos? Por que estes momentos são importantes?

    Por que alguém iria querer lavar as mãos? O que torna isto difícil? O que tornaria as coisas mais fáceis?

    Como é que são vistas as pessoas que lavam as mãos com frequência na comunidade? Alguma palavra vem à mente para descrever as pessoas que lavam as mãos muitas vezes ou sempre nos momentos em que são sugeridos para lavar as mãos?

Por último, quero fazer-lhe algumas perguntas sobre a pandemia da COVID-19:

13. Como é que as comunidades foram afectadas pela COVID-19? O que mudou nas comunidades por conta da COVID-19?

14. Qual foi a resposta a COVID-19 nas comunidades em que trabalha?

15. Como é que a resposta afectou comportamentos de saneamento e higiene, especificamente a lavagem das mãos nestas comunidades? Achas que as pessoas lavam as mãos mais ou menos depois do início da pandemia?

16. Acha que tornou os produtos usados para a lavagem das mãos (sabão e água) mais fácil ou difícil de obter? Que a higiene menstrual? Achas que as mulheres mudaram as suas práticas de GHM por consequência da COVID? De que maneira?

17. Acha que produtos de higiene menstrual tornaram-se mais fáceis ou difíceis de obter para as mulheres desde o início da COVID? As mulheres mudaram as estratégias de gestão?

18. Como é que a pandemia e as restrições afectaram a capacidade das pessoas de construir latrinas? Que desafios enfrentam na sua construção?

Sonde: São capazes de pagar ou construir uma?

São capazes de encontrar materiais para construir uma latrina?

19. Como é que afectou a capacidade das pessoas de obter produtos como sabão ou produtos para higiene menstrual? E o acesso à água?

APÊNDICE III: MODELO DE ANÁLISE PARTICIPATIVA

Este modelo destina-se a mapear descobertas de todas as comunidades para determinantes comportamentais. Há um modelo para cada comportamento. A Consultora Sénior de Higiene e Mudança Social e Comportamento e A Especialista Sénior de Género e Pesquisa facilitarão as discussões e o mapeamento dos dados neste modelo.

SELECIONAR COMPORTAMENTO [Construção de Latrina /Uso de Latrina/Lavagem das Mãos/Eliminação Segura de Fezes Infantis/GHM]

Evidências descritivas: o que as pessoas fazem?		
Determinantes	**O que sabemos da recolha de dados sobre cada determinante?**	**Considerações de género**
Caminho		
Acesso/disponibilidade		
Atributos do produto		
Normas sociais		
Sanções/execução		
Cavaleiro		
Conhecimento		
Apoio social		

Evidências descritivas: o que as pessoas fazem?		
Determinantes	**O que sabemos da recolha de dados sobre cada determinante?**	**Considerações de género**
Papéis e decisões		
Acessibilidade		
Competências		
Autoeficácia		
Elefante		
Atitudes e crenças		
Valores		
Vontade de pagar		
Prioridades concorrentes		
Risco percebido		
Intenção		
Condutores emocionais/sociais/físicos		

APÊNDICE IV: LISTA DE PARTICIPANTES DA SEGUNDA REUNIÃO DE PARTES INTERESSADAS

Nome	Organização
1. Aboobakar Covela	ADPP
2. Aditi Krishna	WASHPaLS/Iris Group
3. Abíbo Manuel Cuamba	SNV
4. Atalia Tembe	SNV
5. Alex Grumbley	SNV
6. Bacelar Muneme	WASHPaLS/Iris Group
7. Carla Barros Muneme	WASHPaLS/Iris Group
8. Carlos Macande	SNV
9. Carlota Isac Muianga	UNICEF
10. Célia Cossa	USAID
11. Cônsul de Charmaine	WaterAid
12. Clara Dimene	USAID
13. Denise Calado	USAID
14. Filipe Bila	ADPP
15. Frances Houck	WASHPaLS/Iris Group
16. Hélio Penicela	USAID
17. Inácio Machoco	ADPP

Nome	Organização
18. Julia Rosenbaum	WASHPaLS/FHI360
19. Leonor Victor	ADPP
20. Maggie Northman	USAID
21. Manuela Abreu	DNAAS
22. Micaela Barros	USAID
23. Michelle Wallace (incluindo 10 outros funcionários da ADPP)	ADPP
24. Mugabe Zitomugabe	SNV
25. Nga Nguyen	USAID
26. Osario Macamo	SNV
27. Pedro Timba	SNV
28. Regina dos Santos	MSI
29. Rita Zacharias	DFID
30. Lisa Rudge	DFID
31. Zaida Adriano	WASHPaLS/Iris Group

APÊNDICE V: RECOMENDAÇÕES LIGADAS AOS RESULTADOS

As tabelas abaixo apresentam o conjunto completo de resultados dos trabalhos realizados em 2019 e 2021, acompanhado de recomendações e recomendações operacionais. Em azul são apresentados os resultados das EICs e da reunião das partes interessadas realizada em 2019; a preto são apresentados os resultados da revisão bibliográfica.

CONSTRUÇÃO E USO DE LATRINA

Apresentamos as recomendações e orientações operacionais destes dois comportamentos em conjunto, uma vez que os determinantes de género e comportamentais da construção e uso de latrina e, posteriormente, das recomendações, estão ligados.

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
Os respondentes consideraram a propriedade da latrina como boa; construir, ter e usar latrinas foi o comportamento socialmente aceitável. Viam aqueles que não possuíam latrinas como pouco higiénicos, preguiçosos ou teimosos. Os participantes geralmente citavam vergonha em não possuir uma latrina. A vergonha de não possuir uma latrina e envolver-se em fecalismo a céu aberto (ou ter de pedir para usar a latrina de um vizinho) foi mais pronunciado pelas mulheres.	Helvetas lançou uma campanha para apelar ao orgulho social (ou estigma) marcando latrinas limpas e bem conservadas com uma bandeira. Não houve qualquer investigação sobre se esta intervenção poderia ou não afectar as mulheres de forma diferente dos homens. Várias organizações têm relatado o sucesso em iniciativas de higiene menstrual como ponto de partida para discussões sobre uso de latrinas e outros comportamentos higiénicos. Um informante disse que as mulheres enfrentam mais estigma relacionado com o fecalismo a céu aberto em comparação aos homens (S. Mucavel, comunicação pessoal, 20 de dezembro de 2019). Não é claro por que razão as mulheres enfrentam uma maior reprovação social relativamente ao fecalismo a céu aberto; no entanto, a desaprovação está provavelmente enraizada em diferentes expectativas sociais sobre as mulheres no que diz respeito à defecar, à privacidade, à limpeza, etc. Mulheres e meninas têm preocupações	1. Use o que sabemos sobre a priorização das pessoas em questões de segurança, orgulho/vergonha em torno de não ter uma latrina, ter que pedir para usar a latrina de um vizinho, ou não ter uma para os hóspedes, particularmente para as mulheres (que são mais propensas a estar em casa e ser responsáveis pela higiene e saneamento doméstico), para ajudar a motivar a construção e o uso de latrinas. Quaisquer estratégias em torno desta questão devem utilizar enquadramentos positivos para enfatizar o orgulho, a segurança e a privacidade em vez de vergonha, perigo e	• Incorporar estratégias de mudança de comportamento positivas em programas de saneamento e saúde (SANTOLIC, saneamento baseado no mercado, etc.) em torno dos benefícios de ter e usar uma latrina, como segurança, orgulho e privacidade. – Direcionar tanto homens como mulheres com mensagens e canais utilizados, e as melhores práticas para a comunicação para a mudança social e de comportamento (CMSC) integrada no género. – Garantir que os programas que visam a construção de latrinas não capitalizem na maior vergonha de não-propriedade das latrinas relatadas pelas mulheres e evitem mensagens que criem ainda mais vergonha para as mulheres defecarem a céu aberto.	Género **Elefante:** condutores emocionais, sociais, físicos, valores e crenças

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
As mulheres participantes exprimiram que a privacidade, a segurança e a conveniência eram razões fundamentais para possuir e usar latrinas. As mulheres recebiam apoio (e pressão dos pares) de amigos para encorajar os seus maridos a construir latrinas. Também pediram apoio de outros membros da comunidade, líderes e até da polícia para pressionar os maridos a construir latrinas. Na Zambézia, as mulheres relataram uma maior priorização das latrinas, priorizando a utilização dos seus fundos próprios, desde a venda de produtos das suas machambas, para a construção de latrinas.	de privacidade relacionadas com a higiene menstrual, e preocupações de segurança sobre o uso de uma latrina em um local inseguro, não iluminado ou remoto. Algumas comunidades têm normas rígidas que restringem homens e mulheres de usar a mesma latrina. Um dos respondentes relatou que algumas comunidades constroem uma latrina separada para as mulheres usarem durante a gravidez.	indignidade para evitar mais estigmatização, especialmente para as mulheres.		
Os homens tomam as decisões finais em torno da construção da latrina; no entanto, as mulheres são participantes activas na tomada de decisões e contam com o apoio da comunidade para defender que isso aconteça. As mulheres	Em Moçambique, o poder de decisão das mulheres é limitado pelas normas culturais presentes nas zonas rurais. É costume, por exemplo, que uma mulher vá aos sogros, em vez do marido, para discutir temas relativos à casa (Tvedten et al., 2010). A falta de participação das mulheres na tomada de decisões em torno do desenho das latrinas pode afectar o quão uteis elas	2. Envolver os homens para compreender o valor da plena participação das mulheres nas decisões sobre construção de latrinas (por exemplo, benefícios para toda a família, consideração de hóspedes, crianças,	• Realizar formações e sessões comunitárias para que os homens compreendam o valor da participação total das mulheres nas decisões de construção de latrinas (por exemplo, benefícios para toda a família, consideração de hóspedes, crianças, acessibilidade) • Garantir que a localização, a escolha da tecnologia, a construção, a limpeza e a manutenção incluem todos os contributos das mulheres, para maximizar o uso por todos os membros da família, e minimizar os	**Caminho**: atributos do produto, normas sociais, sanções

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
mencionaram significativamente mais benefícios para a construção e uso de latrinas em comparação aos homens. Também relataram enfrentar uma maior pressão social para possuir latrinas.	as consideram, nomeadamente quando se consideram as diferenças de género nas necessidades de privacidade, segurança e higiene menstrual. Discussões de grupos focais conduzidos pelo SNV descobriram que os homens chefes de família tomam decisões sobre o uso de recursos domésticos para a construção de latrinas, e normalmente são os que acedem a materiais e mão-de-obra para a construção (A. Grumbley, comunicação pessoal, 10 de dezembro de 2019). Com o apoio da DFID, o Programa Nacional de Abastecimento de Água e Saneamento Rural (PRONASAR) acompanha a representação das mulheres e os cargos de liderança dentro dos comités de água e saneamento. Os respondentes descreveram muitos desafios do poder das mulheres nestes comités, incluindo a baixa literacia e a oposição dos maridos à participação das mulheres. Um informante disse que as comunidades selecionam mulheres que não são abertas ou expressivas para os comités de água e saneamento para que não contestem o status quo (S. Mucavel, comunicação pessoal, 20 de dezembro de 2019). Uma intervenção recente do SNV (Minha latrina meu orgulho /My Latrine, My Pride) centrou-se na masculinidade positiva, incentivando os homens como decisores domésticos a investir em construção de latrinas para melhorar as condições para as suas famílias e comunidades (A. Grumbley, comunicação pessoal, 10 de dezembro de 2019).	segurança, etc.) Introduzir comunicação de casal e negociação para defender a alocação de recursos domésticos para a construção de latrinas. Use a formação e a CMSC para reduzir o estigma para as mulheres que desejam aprender sobre a construção de latrinas, compra de material de construção e trabalho de construção.	encargos para as mulheres, tais como a busca de água, a localização insegura, a tecnologia menos adequada para mulheres e crianças, tecnologia que requer mais limpeza, etc. • Use a CMSC para mudar atitudes e comportamentos para reduzir o estigma de género em torno de quem pode construir uma latrina (mensagens cuidadosamente formuladas para não adicionar carga/vergonha adicional a uma população já sobrecarregada) • No caso de normas patriarcais de género entrincheiradas que constituem um obstáculo significativo à participação das mulheres na tomada de decisões sobre latrinas, considere uma intervenção para a mudança de normas sociais para mudar as normas comunitárias e facilite uma tomada de decisão mais equitativa e a atribuição de recursos	

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
As famílias chefiadas por mulheres e idosos eram os menos propensos a ter latrinas.	Como disse um informante, as mulheres chefes de família podem enfrentar assédio ou estigma na procura de materiais e mão-de-obra para a construção de latrinas, porque estas tarefas normalmente se enquadram nas tarefas realizadas por homens e mulheres que realizam estas tarefas são desprezadas por não terem maridos que tomem conta destas responsabilidades (M. Salomé, comunicação pessoal, 10 de dezembro de 2019). Os representantes das partes interessadas comentaram que as mulheres não recebem as mesmas informações que os seus pares masculinos, tornando a tomada de decisão informada um desafio.	3. Incluir elementos em programas de saneamento, como o SANTOLIC, que promovam e apoiem as famílias chefiadas por mulheres ou constituídas por idosos com menor probabilidade de construir latrinas na ausência de um "homem forte". Esta abordagem deve incluir a assistência financeira e as opções de construção local para aqueles que não conseguem construir latrinas mesmo com assistência nessas circunstâncias, bem como a CMSC para dissipar o estigma para as mulheres que procuram materiais / mão-de-obra para a construção de latrinas.	• Prestar apoio financeiro para a construção de latrinas para famílias chefiadas por mulheres e famílias de idosos, tais como subsídios direcionados e compatíveis com o mercado[8] • Nos casos em que as mulheres chefes de agregado familiar gostariam de saber mais sobre a construção de latrinas e/ou comprar materiais e contratar mão-de-obra (que são vistos como domínio de um homem): – Tal como na Recomendação 2, utilizar a CMSC para mudar atitudes e comportamentos em torno de quem pode construir uma latrina (mensagens cuidadosamente formuladas para não adicionar carga/vergonha adicional a uma população já sobrecarregada) – Construir os conhecimentos técnicos dos agregados familiares chefiados por mulheres sobre construção de latrinas, aquisição de materiais e contratação de mão-de-obra através de oficinas direcionadas (com creches disponíveis) ou outras actividades como complementos à programação de saneamento ou como peças autónomas. Realizar primeiro breves avaliações de necessidades para entender quais as habilidades/conhecimentos a focar. • Considerar outras iniciativas comunitárias para apoiar as famílias chefiadas por mulheres e idosos a construir latrinas quando não podem construí-las por si mesmo	**Cavaleiro**: papéis e decisões, autoeficácia

[8] Compatível com o mercado: Cumprido por uma empresa local

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
			– Baseie-se nas práticas existentes de contratação de vizinhos ou pedreiros – Para os idosos, explorar como e se, se deve tornar a prática de usar os subsídios de apoio do governo para construir latrinas mais sistemático.	
Os participantes viam a construção da latrina como uma responsabilidade do homem. As mulheres acharam difícil cavar os buracos das latrinas em solos rochosos e lidar com potenciais colapsos de latrinas escavadas em solos arenosos.	O colapso da latrina pode ser particularmente comum em áreas onde as chuvas fortes são comuns ou onde há má estabilidade do solo (O'Connell, 2014) – um medo entre as famílias que resistiram à construção da latrina (Slekiene & Mosler, 2018). Nos casos em que as latrinas colapsaram, como em Nampula, Moçambique, na sequência das fortes chuvas de 2015, as famílias que reconstruíram latrinas eram aquelas que tinham familiares mais instruídas e estavam situadas em zonas com solo rochoso e em comunidades com maior coesão social e aquelas que se sentiam menos vulneráveis à diarreia, perceberam um maior risco para a saúde de outros membros da comunidade resultantes do próprio fecalismo a céu aberto, e famílias que estimaram um maior número de proprietários de latrinas entre os seus vizinhos (Mosler et al., 2018). Os agregados familiares em comunidades despertadas através do SANTOLIC também eram mais propensos a reconstruir, porque os programas SANTOLIC tinham como alvo muitos factores sociais e psicossociais (por exemplo, coesão social e vulnerabilidade percebida à diarreia) (Mosler et al., 2018). Porque o colapso da latrina e as experiências passadas com a construção e	4. Promover soluções em programas de saneamento que melhor atendam aos terrenos desafiantes (areia, solo rochoso).	• Avaliar se as famílias podem construir estes próprios desenhos de latrina, ou se são necessárias competências profissionais. Criar a demanda destes desenhos de latrina através de canais apropriados (divulgação e/ou base de mercado). • Dado que o terreno acidentado parece ser diferenciado para as mulheres, explorar tecnologias que possam permitir às mulheres participar mais plenamente na construção. • Equilibrar usando materiais locais para acessibilidade e sustentabilidade com outros materiais que podem ser muito mais duráveis.	

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
	uso da latrina são determinantes fundamentais da futura construção e uso da latrina (Alemu et al., 2017), a compreensão de como promover a reconstrução é fundamental, particularmente nas regiões propensas a ocorrer o colapso de latrinas. Embora os projectos tenham incentivado a utilização de materiais de construção locais para sustentabilidade e acessibilidade, tais materiais tendem a ser menos duráveis, levando ao desuso da latrina e à fadiga da reconstrução. Como disse um informante, as mulheres chefes de família podem enfrentar assédio ou estigma na procura de materiais e mão-de-obra para a construção de latrinas, porque estas tarefas normalmente se enquadram nas tarefas realizadas por homens e mulheres que realizam estas tarefas são desprezadas por não terem maridos que tomem conta destas responsabilidades (M. Salomé, comunicação pessoal, 10 de dezembro de 2019).			

ELIMINAÇÃO SEGURA DE FEZES INFANTIS

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
A eliminação de fezes de crianças é predominantemente incumbido as mulheres	A divisão de trabalho por género no agregado familiar coloca o fardo do cuidado das crianças nas mães e torna difícil que as mulheres assumam outro conjunto de tarefas e responsabilidades relacionadas com a eliminação segura das fezes infantis (Hussain et al., 2017). O tempo gasto a buscar água, coloca mais pressão no tempo das mulheres. Em Moçambique, estima-se que mais de 1,5 milhões de mulheres passem 30 minutos ou mais por dia a buscar água, atrás apenas da Nigéria e da Etiópia (Graham et al., 2016). Embora outros membros do agregado familiar possam apoiar o cuidador, por exemplo os filhos mais velhos podem ajudar os seus irmãos mais novos a defecar, a eliminar as fezes e a limpar a latrina, os pais raramente estão envolvidos (Hussain et al., 2017). As mães relataram que ensinar as crianças a defecar por si só, era uma tarefa morosa, embora outras tenham mencionado que poupavam tempo porque consolidavam as fezes e os penicos com bases estáveis, o que permitia que elas deixassem os seus filhos sem vigilância enquanto se dedicavam a outras tarefas (Hussain et al., 2017). As partes interessadas e os informantes-chave afirmaram que a responsabilidade pela gestão e eliminação das fezes infantis recai sobre as mulheres e as raparigas (como irmãs/primas mais velhas). No entanto, notaram também que não existem estudos específicos de tradições ou normas em torno da eliminação das fezes	5. Utilizar estratégias para envolver os homens na eliminação de fezes infantis e envolve-los de uma forma mais geral como co-cuidadores.	• Garantir estratégias para a eliminação de fezes infantis que foquem principalmente nas mulheres, mas também envolvam homens com educação adicional, mensagens, imagens e mudanças de normas. Consulte a Recomendação 15. • Incorporar elementos de paternidade positiva em programação de ASH e programação de saúde para mudar as normas em torno do cuidador e tornar-se parceiros mais equitativos e solidários, bem como agentes de mudança para a igualdade de género.[9]	**Cavaleiro**: papéis e decisões **Caminho**: normas sociais

[9] Por exemplo Programa MenCare da Promundo https://promundoglobal.org/programs/mencare/ e http://men-care.org/

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
	infantis, e as práticas que as raparigas ou jovens aprendem quando começam a cuidar das crianças. A HOPEM, uma organização de envolvimento masculino, incentiva os homens como cuidadores, incluindo o envolvimento na mudança de fraldas (A. Cumbi, comunicação pessoal, 18 de dezembro de 2019).			
	Em Moçambique, a proporção de crianças que usam latrinas é pequena mesmo com dois anos de idade, quando as crianças são mais móveis e supostamente mais propensas a usá-las (Miller-Petrie et al., 2016). É um desafio para as crianças com menos de 5 anos usar "instalações não amigas das crianças" (com pés de adulto e orifícios de entrega e sem barras de apoio; muitas vezes escuras e malcheirosas) mesmo em agregados familiares que tenham saneamento melhorado (Aluko et al., 2017; Miller-Petrie et al., 2016). Os pais receiam que, sem supervisão ou assistência, as crianças pequenas possam cair nas latrinas e ferir-se (Hussain et al., 2017). Os penicos infantis foram vistos como uma forma segura, conveniente e socialmente desejável de lidar com fezes infantis (Hussain et al., 2017; Miller-Petrie et al., 2016). De acordo com as partes interessadas, em Moçambique, os penicos infantis não são acessíveis, e enquanto as fraldas de pano são frequentemente usadas, elas vêm com os seus próprios desafios em termos de práticas de eliminação segura. As latrinas não são construídas para crianças pequenas e são correctamente vistas como inseguras para elas.	6. Reforçar as práticas positivas existentes de eliminação imediata e segura das fezes infantis.	• Explorar a utilização de tecnologias e competências parentais para incentivar a socialização precoce da utilização da latrina, por exemplo, acompanhando a criança à latrina e aguardando com elas; colocar uma corda ou suporte se tiver medo de cair no orifício de entrada; ensinar agachamento lateral (ambos pés em um único suporte de pé) para uma maior sensação de segurança. (Os homens podem desempenhar um papel aqui)	**Cavaleiro**: conhecimento, autoeficácia **Caminho:** acesso/disponibilidade, normas sociais, hábitos

LAVAGEM DAS MÃOS

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
Ter pouco acesso à água e sabão financeiramente acessível reforça as formas tradicionais de lavagem das mãos, que não são ideais para a higiene das mãos. Em várias comunidades de Nampula, os participantes relataram que lavar as mãos das crianças era um desperdício de água.	Mais da metade de agregados familiares em Moçambique não têm estações de lavagem das mãos nas proximidades, enquanto um terço tem estações de lavagem das mãos que carecem de água e sabão. Apenas 12% dos agregados familiares têm acesso a instalações básicas de higiene com sabão e água disponíveis (WHO & UNICEF, 2019). Quanto mais facilmente os indivíduos puderem aceder à água, maior é a probabilidade de lavarem as mãos com sabão e água (Contzen & Mosler, 2015; Rabbi & Dey, 2013). O acesso a instalações, água e sabão é apenas um dos muitos factores que permitem a lavagem das mãos. Factores psicossociais como os condutores emocionais (nutrir [o desejo de uma criança feliz e próspera], nojo) e as normas sociais também desempenham um papel fundamental na influência do comportamento de lavagem das mãos (Curtis et al., 2009). Nas comunidades rurais, a falta de acesso à água e ao sabão (ou cinzas como substituto) é um problema, apesar do conhecimento relativamente elevado sobre a necessidade de lavagem das mãos, segundo as partes interessadas. Além disso, os informantes relataram que o conhecimento de lavagem das mãos é situacional – muito maior para algumas conjunturas (como após defecar) do que para outros (como antes da preparação de alimentos). As partes interessadas disseram que as tradições moçambicanas apoiam a lavagem das mãos antes de comer, com a passagem cerimonial de uma bacia de água antes de uma refeição, mas notaram que esta não era uma	7. Baseie-se na prática positiva existente de lavagem das mãos em momentos críticos para modificar elementos nocivos e ineficazes destas práticas actuais, além de incentivar uma lavagem mais higiénica. Desencorajar a reutilização da água para a lavagem das mãos e promover a prática de despejo ou colocação da água um jarro ou em uma caneca comum em vez de mergulhar as mãos na bacia. Dada a escassez de água, incentivar o uso de água cinzenta para actividades como jardins ou hortas domésticas. Promover uma maior lavagem das mãos para as crianças.	• Realizar um levantamento ou avaliação rápido para identificar os recipientes domésticos existentes que podem servir como recipientes para despejar a água. Criar um apoio ao trabalho (talvez um pequeno vídeo para os telemóveis dos promotores) para demonstrar a prática modificada. • Garantir que todas as estratégias para aumentar a higiene das mãos têm em conta que os requisitos para mais água provavelmente aumentarão os encargos de procura de água para as mulheres e raparigas e utilizar estratégias para mitigar e evitar este encargo adicional. • Utilizar métodos MSC como o jogo do brilho (*glitter*) para demonstrar a necessidade da lavagem das mãos das crianças.	**Cavaleiro**: conhecimento, autoeficácia **Caminho:** acesso/ disponibilidade, normas sociais, hábitos
		8. Incluir estratégias na futura programação que priorizem o uso de sabão para lavagem das mãos (para além do uso para banho e lavagem da roupa).	• Incluir o uso de sabão, cinzas ou solução de sabão líquido caseiro para incentivar uma melhor prática de lavagem das mãos e abordar a barreira percebida de falta de disponibilidade de sabão • Promover o uso de pequenos pedaços de sabão, já não úteis para a lavagem de roupas ou lavagem de louça, para utilização na lavagem das mãos ou na confeção de sabão líquido • Fornecer *vouchers* baseados em necessidades para sabão para aliviar as barreiras financeiras para a compra de sabão.	Género **Cavaleiro**: conhecimento, autoeficácia **Caminho:** acessos/ materiais

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
	prática higiénica dada a bacia de água partilhada e a reutilização da mesma água. No entanto, os informantes observaram que esta tradição pode ser um ponto de entrada para reforçar as normas sociais em torno da lavagem de mãos. As comunidades muçulmanas têm normas importantes em torno de comportamentos de lavagem das mãos que devem ser explorados e compreendidos antes de quaisquer intervenções serem implementadas nestas áreas.		• Em CMSC em torno do sabão e da lavagem adequada das mãos, incluir a educação sobre a negociação/tomada de decisão Intra domiciliar para reforçar a priorização do sabão das mulheres como essencial para o agregado familiar	

GHM[10]

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
As mulheres usam mais frequentemente métodos aprendidos através dos ritos tradicionais de iniciação para gerir os seus períodos. O conhecimento inadequado da GHM e as disposições relativas à gestão do período foram questões-chave assinaladas pelas partes interessadas.		9. Alargar o acesso a produtos de gestão menstrual que não seja a capulana, tais como produtos reutilizáveis e descartáveis, complementado por disposições de eliminação adequada. Os esforços para aumentar o acesso devem envolver o sector privado local para garantir cadeias de valores, preços acessíveis, produtos de alta	• Dos estudos existentes e durante as avaliações de género e outras pesquisas de projectos de base, compreender as barreiras à utilização de produtos reutilizáveis e descartáveis (acessibilidade, vontade de pagar, se esta é considerada uma despesa válida pelo chefe do agregado familiar, distribuição, normas como a utilização de inseríveis, estigma, práticas tradicionais entrincheiradas, falta de sabão ou água para limpeza, falta de espaço privado para limpeza, secagem, etc.) e resolver estas barreiras durante o programa de implementação. • Introduzir produtos menstruais reutilizáveis mais modernos em áreas-alvo através de parcerias com	**Caminho:** acesso/ disponibilidade, normas sociais, hábitos, atributos do produto **Cavaleiro**: conhecimento, autoeficácia, acessibilidade

[10] A GHM foi adicionada ao estudo no final da Fase I. Como resultado, a equipa não discutiu a GHM durante as entrevistas com informantes-chave ou com as partes interessadas, mas foi incluída na revisão bibliográfica.

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
		qualidade e criação/oferta baseada no mercado.	organizações que já trabalham com GHM em Moçambique (por exemplo, BeGirl) • Introduzir produtos menstruais descartáveis • Fornecer educação sobre a utilização e o cuidado de produtos reutilizáveis e a utilização e eliminação de produtos descartáveis de GHM • Explorar outras opções de produtos – Trabalhar com escolas, unidades sanitárias/centros de saúde e locais de trabalho para distribuir produtos de GHM de baixo custo em conjunto com a educação sobre a GHM adequada – Divulgar desenhos de pensos higiénicos melhorados "faça você mesmo" para os parceiros de implementação da USAID para incorporar no trabalho de divulgação. – Fazer uso das redes de costura de pensos higiénicos melhorados, que foram incorporadas em iniciativas escolares e geradoras de renda em toda a região • Trabalhar com fornecedores do sector privado de produtos menstruais, bem como empresários e agentes de vendas para comercializar e vender pensos higiénicos descartáveis e reutilizáveis a preços acessíveis (e potencialmente subsidiados) em áreas-alvo. – Várias empresas do sector privado comercializam produtos menstruais reutilizáveis em Moçambique e realizaram análises formativas de pesquisa de mercado tanto em Nampula como na Zambézia. A estratégia futura pode trabalhar no sentido da	

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
			coordenação da criação da procura/oferta baseada no mercado de produtos menstruais. • Envolva os fabricantes locais de produtos descartáveis e reutilizáveis e garanta os padrões do produto	
		10. Incentivar adaptações mais higiénicas das práticas tradicionais de GHM, tais como a utilização de panos mais confortáveis, limpos e higiénicos, limpeza e armazenamento do pano, e como a passagem tradicional de conhecimentos relacionados com a menstruação pode incluir mensagens de higiene.	• Educar as mulheres e raparigas sobre o uso adequado dos materiais tradicionais, incluindo recomendações sobre os tipos de pano que podem ser utilizados, e o uso higiénico, limpeza e armazenamento desses produtos. • Trabalhar com mulheres mais velhas, que transmitem esse conhecimento às meninas quando têm os seus períodos pela primeira vez, para sensibilizar para a higiene e cuidados adequados com os panos tradicionais e reutilizáveis para que passem esta informação. • Baseie-se no uso tradicional das casas de banho na Zambézia para promover e reforçar as melhores práticas com a lavagem e cuidados higiénicos de produtos menstruais reutilizáveis num ambiente privado onde as mulheres se sintam confortáveis.	**Caminho:** acesso/ disponibilidade, normas sociais, hábitos, atributos do produto **Cavaleiro**: conhecimento, autoeficácia
	Muitas vezes, as escolas não dispõem de infraestruturas para permitir a GHM adequada (por exemplo, casas de banho segregadas por sexo com portas e fechaduras, água e caixotes do lixo) (Morgan, Bowling, Bartram e Keyser, 2017).	11. Apoiar os esforços de defesa e diálogo político para criar um ambiente melhor favorável às políticas de GHM, para criar acesso e acessibilidade dos produtos, entre outros benefícios.	• Em colaboração com os esforços locais existentes, facilitar um comité nacional de direcção de GHM para promover políticas nacionais e específicas de pilares sobre a GHM (os pilares incluem escolas, comunidades e locais de trabalho) – Exemplos de políticas a nível nacional que podem beneficiar da advocacia e dos contributos técnicos de um comité de direcção: Política Nacional de GHM (ver recentemente divulgada do Quénia, por exemplo), revisão dos produtos disponíveis localmente e impostos sobre as importações que possam potencialmente inibir o fabrico local de produtos reutilizáveis e descartáveis, clarificação de quais entidades governamentais	**Caminho**: acesso/ disponibilidade

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
			devem participar em políticas específicas de GHM que devem avançar (Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho, etc.) e colaboração para aumentar o envolvimento, os padrões de produto reutilizáveis e descartáveis, etc. – Exemplos de políticas específicas de pilares podem incluir: estrutura de orientação da política nacional de local de trabalho, disponibilização de pensos higiénicos nas escolas para adolescentes, revisão das estruturas fiscais e advocacia para eliminar impostos de luxo (e outros) sobre produtos e matérias-primas para aumentar o acesso da comunidade em quiosques e farmácias locais, etc. • Trabalhar com o sector privado e o governo para estabelecer normas mínimas para os produtos GHM reutilizáveis.	
	Embora haja pouca pesquisa sobre a GHM em Moçambique, programas de alívio e recuperação de desastres concluíram que as mulheres e raparigas em Moçambique não têm a maioria, se não todas estas condições para GHM adequada em circunstâncias normais e particularmente em ambientes pós-ciclone (CARE, 2019; Haneef e Tembe, 2019; UNFPA, 2020). Mesmo em áreas não afectadas por desastres naturais, a incapacidade das meninas para gerir os seus períodos tem implicações para a sua participação no dia-a-dia: as meninas menstruadas muitas vezes faltam a escola, reportam não poder participar plenamente nas actividades escolares, incluindo desporto quando menstruadas, e têm dificuldade em concentrar-se na escola (Anderson, 2020).	12. Aumentar os conhecimentos relativos à menstruação e a GHM, principalmente para mulheres e raparigas, juntamente com os esforços para mudar normas e minimizar tabus relacionados com a GHM.	• Desenvolver materiais de educação de CMSC sobre a fisiologia, saúde e higiene da GHM • Utilizando estes materiais de CMSC, realizar sessões de educação sobre a fisiologia, saúde e higiene da GHM • Considerar sessões e materiais direcionados para meninos e homens • Trabalhar com escolas, unidades sanitárias e locais de trabalho para divulgar materiais de CMSC e educar as pessoas sobre a GHM adequada • Desenvolver estratégias e materiais que visem comportamentos e normas sociais que estigmatizem a menstruação. Estes materiais devem incluir as melhores práticas para mudar normas sociais restritivas em torno da menstruação (por exemplo, quem pode ver produtos de GHM, restrições de actividades para mulheres menstruadas, etc.)	**Elefante:** crenças, atitudes, valores **Cavaleiro**: conhecimento, apoio social **Caminho**: normas sociais

RECOMENDAÇÕES ABRANGENTES

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
Geral	Os técnicos do SDPI não foram treinados sobre a importância da inclusão, e vários informantes acreditam que são resistentes à ideia de que existe desigualdade de género. Um informante de uma organização de género disse que, em alguns casos, os técnicos distritais os desencorajaram de realizar actividades sobre género nas suas áreas de actuação (A. Cumbi, comunicação pessoal, 18 de dezembro de 2019). Outro informador disse que as autoridades locais precisam ser formadas em responsabilidades governamentais em termos de ASH, bem como o impacto ambiental, social e económico do mau saneamento e higiene (S. Mucavel, comunicação pessoal, 20 de dezembro de 2019).	13. Assegurar que os projectos de WASH e saúde integrem o género na linha de base de avaliação de projectos e noutras investigações para maximizar a aprendizagem e a eficiência.	• No início de projectos de saneamento, incluir uma avaliação de género para verificar as conclusões desta pesquisa formativa e explorar normas, atitudes, comportamentos e conhecimentos de género em torno de ASH. • Integrar o género em todos os instrumentos de base do projecto e instrumentos de investigação e metodologias para compreender mais aprofundadamente sobre barreiras e facilitadores para comportamentos de higiene.	
		14. Assegurar que a monitoria, avaliação e aprendizagem dos projectos esteja integrada no género para melhor capturar questões de género que possam impulsionar comportamentos de saneamento e higiene.	• Incluir indicadores de género globais e da Missão, indicadores sensíveis de género, dados desagregados por sexo e idade sempre que as pessoas são contadas. • Sempre que possível, monitorar o uso real/reportado de latrinas (e não apenas por relatório de chefes de agregados familiares), em vez de extrapolar os números de cobertura. Os projectos assumem frequentemente que a cobertura é igual a uma utilização, o que pode não ser verdade, especialmente para as mulheres, crianças e outros grupos vulneráveis. Se houver uma utilização diferenciada, utilize métodos qualitativos para descobrir por que certos membros do agregado familiar não estão a usar a latrina, ou não a usam de forma consistente para solucionar estas questões.	

Resultados das DGFs e EICs em 2021	Resultados da Revisão bibliográfica, EICs, e Reunião de partes interessadas em 2019	Recomendações	Recomendações operacionais	Etiquetas
	As intervenções de ASH em Moçambique tendem a centrar-se nas infraestruturas em relação às intervenções da MSC. O governo tentou recentemente remediar esta questão, incluindo indicadores que medem a MSC (L. Rudge, comunicação pessoal, 11 de dezembro de 2019).	15. Assegurar que os projectos de ASH e saúde utilizem as melhores práticas para a CMSC integrada no género.	• Certifique-se de que os parceiros de ASH e de saúde utilizam as melhores práticas, como https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2020/07/BR_Gender_Brief.pdf ,em particular o kit de ferramentas de CMSC https://sbccimplementationkits.org/gender/courses/gender-and-social-and-behavior-change-communication/	
	O Ministério das Obras Públicas desenvolveu uma estratégia de género há dois anos, mas ainda não tinha sido aprovada e divulgada.	16. Integrar as melhores práticas para relações equitativas entre homens e mulheres em contratos e projectos.	• Baseie-se nas melhores práticas existentes para envolver os homens como cuidadores, parceiros equitativos e agentes de mudança para mudar as normas de género desiguais. • Integrar elementos de programas de comunicação de casais (existem muitos exemplos na programação de saúde sexual e reprodutiva) para os casais negociarem e priorizarem as finanças domésticas para a construção de latrinas, aquisição de sabão, produtos GHM, etc. • Direcione os líderes comunitários e outros referenciais para promover normas e comportamentos equitativos de género.	

Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional
Avenida Pensilvânia, 1300, NW
Washington, DC 20523
Tel: (202) 712-0000
Fax: (202) 216-3524
www.usaid.gov