

## Relatório Final

### Título do Estudo:

**“Estudo de Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre o Aborto Seguro e Autocuidados ligados à Saúde Reprodutiva na Guiné-Bissau”**

---

**Coordenação:**

Mamadú Aliu Djaló

**Investigadora Principal:**

Kátia Ribeiro Barreto

**Co Investigadora Principal:**

Miriam Nascimento Pereira

---

**Local de realização do estudo:** Bissau (Setor Autónomo de Bissau) e Cumura (Região de Biombo)

Bissau, abril de 2022

**Sede: Bairro Santa Luzia, Rua s/n, CP 1041 Bissau Códex, Bissau, Guiné-Bissau**

**Tel: +245 96 662 76 55**

## Lista de Abreviaturas/ Acrónimos

CAP	Conhecimentos, Atitudes e Práticas
CIE	Classificação Internacional de Doenças
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
COVID-19	Coronavírus (SARS-CoV-2)
EMIP	Inquérito sobre a Mortalidade Infantil e Paludismo
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
HDR	Relatório de Desenvolvimento Humano
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
IAS	Sociedade Internacional da SIDA
IC	Informante chave
ICASA	Conferência Internacional sobre SIDA e IST em África
IEC	Informações Educação e Comunicação
INASA	Instituto Nacional de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
MGF	Mutilação Genital Feminina
MINSAP	Ministério de Saúde Pública
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PAM	Programa Alimentar Mundial

PAV	Programa Alargado de Vacinação
PIB	Produto Interno Bruto
PNDS III	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNLO	Programa de Controlo da Oncocercose e Outras Doenças Esquecidas
PNLS	Programa Nacional de Luta contra a SIDA
PNLT	Programa Nacional de Luta contra o Paludismo
PTMF	Prevenção da Transmissão de Mãe para Filho
PVVIH	Pessoas que Vivem com o VIH
RDS	<i>Respondent Driven Sampling</i>
SAB	Sector Autónomo de Bissau
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SR	Saúde Reprodutiva
SRMNIA	Estratégia nacional da saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e de adolescente
TS	Trabalhadoras de Sexo
UEMOA	União Económica e Monetária da África Ocidental
UNIOGBIS	Gabinete das Nações Unidas para a Construção da Paz Integrada
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana

# Índice

<b>Lista de Abreviaturas/ Acrónimos</b> .....	2
<b>Agradecimentos</b> .....	7
<b>Resumo</b> .....	8
<b>1. Introdução</b> .....	10
1.1 Contexto.....	10
1.2 Contexto geográfico e demográfico .....	10
1.3 Contexto social e económico .....	11
1.4 Contexto sanitário .....	12
<b>2. Justificação</b> .....	15
<b>3. Objetivos</b> .....	16
3.1 Objetivo Geral.....	16
3.2 Objetivos Específicos .....	16
<b>4. Metodologia do estudo</b> .....	16
4.1 Local do Estudo .....	16
4.2 Desenho do Estudo/ Tipo de Estudo .....	16
4.3 Amostragem/População do Estudo .....	17
4.4 Métodos Utilizados .....	17
4.4.1 A triangulação dos resultados .....	18
4.5 Critérios de Inclusão e exclusão.....	18
4.5.1 Critério de inclusão .....	18
4.5.2 Critério de exclusão .....	19
4.6 Resultados a medir .....	19
4.7 Análise (Introdução, Gestão e Analise dos dados) .....	19
4.7.1 Análise de dados .....	20
4.8 Considerações Éticas.....	20
4.9 Segurança da equipa do terreno .....	20
4.10 Segurança da população alvo .....	21
<b>5. Resultados Alcançados – Apresentação e Analise de Dados</b> .....	22
5.1 Características sociodemográficas e económicas.....	22
5.1.1 Zona de residência .....	22
5.1.2 Local da realização do inquérito .....	22
5.1.3 Distância entre a residência e a estrutura de saúde mais próxima.....	23
5.1.4 Grupo alvo dos participantes do estudo.....	23

5.1.5	Habilitações literárias .....	23
5.1.6	Religião dos participantes.....	24
5.1.7	Agregado familiar das inquiridas .....	24
5.1.8	Ocupação atual .....	25
5.1.9	Rendimento mensal das inquiridas .....	25
5.1.10	Mulheres em idade fértil .....	26
5.1.11	Grávidas entrevistadas no momento do inquérito.....	26
5.1.12	Número de grávidas na família.....	27
5.2	Conhecimentos sobre Autocuidados na Saúde Reprodutiva .....	28
5.2.1	A primeira vez que ouviu falar sobre autocuidados .....	28
5.2.2	Onde e/ou por quem ouviu falar de autocuidados na SR .....	28
5.2.3	Acesso a informação na comunidade sobre autocuidados na Saúde Reprodutiva.....	29
5.2.4	Conhece alguém que tenha beneficiado de informações sobre autocuidados na Saúde Reprodutiva .....	29
5.2.5	Acesso a informação relacionada com que domínio da saúde reprodutiva .....	30
5.2.6	Quem pode fornecer informações sobre autocuidados na saúde reprodutiva .....	30
5.2.7	Consequências positivas do autocuidado na saúde das mulheres.....	31
5.2.8	Vantagens do autocuidado na saúde das mulheres .....	31
5.2.9	Acessibilidade as informações sobre autocuidados .....	32
5.2.10	Prática de autocuidados pelas mulheres.....	32
5.3	Atitudes sobre Autocuidados na Saúde Reprodutiva .....	33
5.3.1	Falta de autocuidados na saúde sexual reprodutiva é um problema na sua comunidade 33	
5.3.2	Riscos da falta de autocuidados na saúde reprodutiva .....	33
5.3.3	Se alguém da sua família estiver com problemas ligados a saúde reprodutiva preferia que ficasse em segredo .....	34
	Quanto ao motivo pelo qual as entrevistadas preferiam que se alguém da sua família estiver com problemas ligados a saúde reprodutiva ficasse em segredo 51% afirma que por medo de ser estigmatizado e por medo de comentários maldosos. ....	34
5.3.4	As informações sobre autocuidados são claras e de fácil compreensão .....	35
5.3.5	Aspetos sobre autocuidados que gostaria de ter mais informações .....	35
5.3.6	Como evitar uma gravidez não desejada.....	36
5.3.7	Estruturas adequadas ao acesso de serviços de autocuidados .....	36
5.3.8	Tem dificuldades de acesso as estruturas adequadas a prestação dos serviços de autocuidados .....	37
5.3.9	As mulheres que têm problemas de saúde reprodutiva são discriminadas pela família	37

5.4	Práticas sobre Autocuidados na Saúde Reprodutiva.....	38
5.4.1	Informações recebidas sobre o autocuidado na saúde reprodutiva.....	38
5.4.2	Que serviços procurou para a realização de autocuidados.....	39
5.4.3	Teve alguma complicação ligeira em decorrência da falta de autocuidados.....	39
5.4.4	Tipo de produtos utilizados para a realização da higiene íntima .....	40
5.4.5	Tipo de material utilizado habitualmente durante o período menstrual.....	41
5.5	Conhecimentos sobre Aborto Seguro.....	42
5.5.1	Onde/ por quem ouviu falar sobre o aborto .....	42
5.5.2	Acesso a informações sobre como realizar um aborto seguro na sua comunidade ...	43
5.5.3	Conhece alguém que tenha feito um aborto recentemente.....	43
5.5.4	Tipo de aborto .....	44
5.5.5	Sítios de realização de um aborto seguro.....	44
5.5.6	Quem pode realizar um aborto .....	45
5.5.7	Quais os sinais de um aborto.....	45
5.5.8	Todas as mulheres podem ter/realizar um aborto.....	45
5.5.9	É possível realizar um aborto seguro.....	46
5.6	Atitudes sobre Aborto Seguro .....	47
5.6.1	O aborto como um problema na comunidade .....	47
5.6.2	Riscos da realização de um aborto em condições não seguras.....	47
5.6.3	Se alguém da sua família realizar um aborto preferiria que ficasse em segredo.....	48
5.6.4	Acesso as informações sobre o aborto.....	48
5.6.5	Estruturas adequadas para a realização de um aborto .....	49
5.6.6	Custos para a realização de um aborto .....	49
5.6.7	Discriminação pela família na realização de um aborto .....	49
5.7	Práticas sobre Aborto Seguro .....	50
5.7.1	Realização e tipos de aborto.....	50
5.7.2	Utilização de métodos contraceptivos .....	51
<b>6.</b>	<b>Limitações do estudo .....</b>	<b>52</b>
<b>7.</b>	<b>Conclusões e Recomendações .....</b>	<b>52</b>
<b>8.</b>	<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>54</b>
<b>9.</b>	<b>Anexos .....</b>	<b>55</b>

## **Agradecimentos**

Conduzir um trabalho científico no atual contexto epidemiológico, social e económico da Guiné-Bissau é um desafio. O resultado deste trabalho só foi possível porque o contexto em que foi realizado não foi visto como um obstáculo intransponível, mas sim como uma oportunidade para ultrapassar, para demonstrar o nosso know-how, juntamente com o empenho e excelente colaboração das personalidades e indivíduos (coletivos) reunidos ao longo de todo o trabalho de campo.

Gostaria de expressar a minha mais profunda e sincera gratidão à equipa da ENDA Santé e da MINSAP (DGSMI, DRS de Bissau e DRS de Biombo), assim como a AGUIBEF, a Associação Céu e Terras e o Hospital de Mal de Hansem em Cumura pela colaboração para a realização deste estudo.

Embora devo limitar-me nos meus agradecimentos, não posso deixar de mencionar os meus colegas da ENDA Guiné-Bissau pela sua força e capacidade coletiva, e especialmente aos inquiridores, que foram persistentes e incansáveis no trabalho de campo para atingir os objetivos, para a mobilização dos participantes e para a superação de quaisquer barreiras.

Em particular, estou ciente de que os resultados deste trabalho servirão de base para a tomada de decisões estratégicas no domínio da saúde sexual reprodutiva com o objetivo de melhorar os acessos aos serviços de saúde, bem como para futuros estudos na Guiné-Bissau. Gostaria de expressar os meus especiais agradecimentos às mulheres e raparigas que participaram neste trabalho e a todas elas o nosso profundo apreço e gratidão pela sua colaboração e perseverança.

**Mamadú Aliu Djaló**

**Diretor Nacional ENDA Tiers Monde/ENDA Santé**

## Resumo

A Guiné-Bissau não dispõe de diretrizes nacionais de orientação para a realização do aborto seguro e de autocuidados no domínio da saúde reprodutiva, sendo que às diretrizes estão disponíveis a nível internacional através das orientações da OMS.

Durante as últimas duas décadas, a evidência relacionada com a saúde, as tecnologias e os fundamentos lógicos dos direitos humanos para propiciar um atendimento seguro e integral para a realização de aborto seguro avançou amplamente. Apesar desses avanços, estima-se que a cada ano são feitos 22 milhões de abortos em condições inseguras, acarretando a morte de cerca de 47.000 mulheres e disfunções físicas e mentais em outras 5 milhões de mulheres (Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde da OMS 2ª edição).

Os resultados deste estudo CAP servirão de base a elaboração e adaptação das diretrizes nacionais sobre aborto seguro e autocuidados na saúde reprodutiva através do fornecimento de informações sobre os conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres e raparigas dos 15 aos 49 anos.

Para melhor compreensão da complexidade do objeto de estudo, foram utilizadas e combinadas as metodologias quantitativas e qualitativas durante todas as diferentes fases do estudo tendo sido adotado o rigor científico e metodológico.

Para a obtenção dos resultados do estudo CAP foram entrevistadas um total de 500 Mulheres e raparigas das quais 349 são Mulheres com faixa etária compreendida entre 18 e 55 anos e 151 são Raparigas com faixa etária compreendida entre 15 e 17 anos, do total das entrevistadas 136 estavam grávidas.

Do total das entrevistadas 24% já teve algum aborto, entre as quais 38% teve complicações graves em decorrência do aborto, 72% das entrevistadas classifica os serviços prestados como sendo Bom ou Muito Bom, 12% classifica como sendo péssimos. A maioria parte dos entrevistados 85% assume que utiliza pelo menos um método contraceptivo, entre os quais os mais utilizados são preservativos (43%), Jadelle (35%) e Pílula (10%), a dificuldade mais apontada para a obtenção dos produtos quando a entrevista está com o período menstrual é a questão financeira com a taxa de 87%, a disponibilidade dos produtos com 7%, das famílias entre 6 a 10 pessoas 60% tinham o rendimento mensal inferior a 50.000 xof, 3% das entrevistadas considera a possibilidade de realizar um aborto em casa ou com um curandeiro, 20% das residências das participantes ficavam a mais de 5 km da estrutura sanitária onde procuram serviços

Segundo as entrevistadas na temática de autocuidados gostariam de ter mais informação sobre Planeamento familiar, Cuidados durante a gravidez e o parto, Prevenção do cancro do colo do útero, Prevenção do cancro da mama, Prevenção das IST/VIH. Quanto a temática de



aborto seguro as entrevistadas gostariam de ter mais informação sobre sítios para a realização de aborto, custo para a realização do aborto, profissionais que podem realizar o aborto, idade gestacional para a realização do aborto.

De salientar que para a realização do Estudo CAP foi utilizada as novas tecnologias de informação (questionários foram preenchidos nos tablets).

# 1. Introdução

## 1.1 Contexto

Dos 11,1 milhões de abortos que ocorrem por ano em África, 8,3 milhões (cerca de três quartos) são inseguros, o que significa que são executados por um método não recomendado ou por um prestador sem formação, ou ambos.

O número de abortos inseguros é particularmente elevado nas sub-regiões definidas pelas Nações Unidas como África Central e Ocidental, onde pelo menos 85% dos abortos se classificam como inseguros.

As 15.000 mulheres que morrem por ano em África devido a complicações decorrentes de abortos inseguros representam 7% das mortes maternas.

Se todas as necessidades de contraceção moderna das mulheres fossem satisfeitas, o número de mulheres que precisam de cuidados pós-aborto diminuiria em mais de três quartos, passando de 5,1 milhões. ("Investimento na Saúde Sexual e Reprodutiva na União Africana", em <https://www.guttmacher.org/pt/fact-sheet/investing-sexual-and-reproductive-health-african-union>).

A estigmatização é um dos principais obstáculos ao acesso dos jovens aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. O resultado disto é um número maior de IST, de gravidezes não desejadas e abortos não medicalizados, mesmo nos países onde são autorizados (3º o fórum da CEDEAO sobre as melhores práticas da saúde, Acra, Gana, 23-25 outubro 2018).

## 1.2 Contexto geográfico e demográfico

A Guiné-Bissau é um pequeno estado na zona insular da África Ocidental com língua oficial portuguesa e língua franca guineense (crioulo), com uma superfície de 36.125 km<sup>2</sup>. A sua superfície é constituída pelo arquipélago de Bijagós com 88 ilhas e ilhéus e o território continental, com uma grande superfície plana até a planície do Senegal. O país está dividido em oito regiões administrativas: Gabú e Bafatá (leste), Arquipélago de Bijagós, Tombali e Quinara (Sul) e Oio, Cacheu e Biombo (Norte), e o Setor Autónomo de Bissau. A Guiné-Bissau tem uma população estimada em 2022 de 1.667.909 habitantes (Projeção demográfica na Guiné-Bissau 2009-2030, INE 2013), sendo 50,5% mulheres e uma taxa média de crescimento demográfico de 2,2% por ano (INE 2009). A população feminina na Guiné-Bissau na faixa etária de 15 a 49 anos é de 370.495, as mulheres com deficiência é de 6.261 e mulheres com idade igual ou superior a 55 anos que nunca tiveram filhos é de 2.525 (INE 2009).

Estima-se no país que a população TS é de 7.894 e a taxa de natalidade no país é de 34,01% e a taxa de fertilidade 4,33% <https://pt.countryeconomy.com/demografia/natalidade/guine-bissau>

A Guiné-Bissau é caracterizada por uma composição étnica diversificada, cinco principais grupos étnicos (Fulas, Balantas, Mandinga, Manjaco e Papel) representam cerca de 85% da

população, mas há pelo menos 12 grupos étnicos diferentes no país, todos com a sua própria língua.

### 1.3 Contexto social e económico

O país está atualmente na posição 178, entre 188 países, no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com um IDH de 0,461 (Relatório sobre Desenvolvimento Humano, PNUD 2019). O IDH da Guiné-Bissau continua abaixo das médias de 0,541 dos países da África subsaariana, e de 0,507 do grupo de países de baixo desenvolvimento humano. Além disso, quando o IDH da Guiné-Bissau é ajustado à desigualdade interna, cai para 0,288, indicando significativas disparidades internas relativamente aos indicadores-chave de desenvolvimento humano, tais como a esperança de vida.

Os resultados do ILAP 2/2010 indicam que 69,3% dos guineenses são pobres e 33% são extremamente pobres, comparados com o ano 2002 em Bissau a pobreza manteve-se constante (51%), enquanto se agravou nas outras regiões (3 sobre 4 afetadas, contra 7 em cada 10 pessoas atingidas em 2002). As regiões mais atingidas em 2010 pela pobreza são, principalmente, Oio, Bafatá, Tombali/Quinará e Gabú e a pobreza extrema afeta sobretudo Oio, Cacheu, Bafatá, Tombali e Quinara. A pobreza não monetária atinge 40% da população da Guiné-Bissau. Esta pobreza afeta 60,3% da população rural e 8,4% da população urbana. A sua profundidade (diferença média, em % em relação à linha de pobreza) é de 5,7% a nível nacional, sendo 8,8% no meio rural e 0,9% nas áreas urbanas. (DENARP II, 2011-2015).

Uma pesquisa realizada em setembro de 2016 pelo Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural, com o apoio do Programa Alimentar Mundial (PAM) e a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) revelou que 30,6% da população rural continuam a sofrer de insegurança alimentar. Estes dados representam um aumento 10,5% em relação ao ano de 2015. As terras aráveis do país representam 8,3% do total das terras, sendo 6,9% dedicados a culturas permanentes (Guiné-Bissau, 2015), a Análise e mapeamento da vulnerabilidade (VAM) nos países da UEMOA classifica os níveis de insegurança alimentar de Bissau em nível baixo (fase de estresse), de Bafatá e Quinara em nível média (fase de crises) e de Cacheu em nível alto (fase de emergência). Biombo é a única região em nível muito alto (fase de fome/calamidade ou catástrofe).

A crise política persistente bloqueou os potenciais de crescimento da economia, que poderiam ter sido melhores. A inflação, estimada em 2,3% em 2017, permaneceu dentro do limite de 3% fixado pela UEMOA. O PIB per Capita é de 473.353 FCFA (IIIº Relatório de Execução da Contrapartida Nacional do Setor de Saúde em 2019), as Contas Nacionais da Saúde indicam que 70,75% das despesas nas contas de saúde são suportadas pelas famílias (Relatório Contas Nacionais de Saúde 2015-2017). A duração média da escolaridade na Guiné-Bissau é de 3,3 anos (RDH 2019), a taxa líquida de escolarização no ensino secundário é de 3,1%, sendo a Taxa de desemprego da OIT de 7,1% (Inquérito Regional Integrado sobre Emprego e Setor Informal, Guiné-Bissau, 2017-2018, INE).

## 1.4 Contexto sanitário

Para o sector da saúde o país está dividido em 11 regiões, subdivididas em 114 “distritos sanitários (ou áreas)” definidas com base em critérios geográficos. As condições de saúde e o acesso a cuidados variam significativamente de uma área para outra. Cerca de 50% da população vive em zonas urbanas com variações significativas nas condições de saúde e acesso à cuidados. Mais de 40% da população ainda vive a uma distância superior a 5 km da instituição de prestação de cuidados de saúde primários mais próxima. Parte do orçamento para cuidados de saúde financia tratamentos de saúde no exterior para até 300 guineenses por ano (Relatório sobre Direito à Saúde na Guiné-Bissau, UNIOGBIS 2017).

O PNDS 2018-2022 regula atualmente o sector da saúde e define o perfil epidemiológico do país e as prioridades de investimento. As 3 principais causas de mortalidade identificadas no plano estratégico são, por ordem de importância, doenças transmissíveis (em particular VIH, tuberculose e malária e outras doenças com potencial epidémico), doenças não transmissíveis (embora estas últimas estejam mal descritas devido à falta de informação fiável no momento da elaboração do PNDS, são mencionadas a desnutrição e a saúde mental), e complicações obstétricas.

A pandemia pelo novo coronavírus declarada pela OMS a 11 de março de 2020 e foi se espalhando progressivamente por diferentes países do mundo incluindo os países africanos.

Na Guiné-Bissau, o primeiro caso de coronavírus foi datado de 24 de março de 2020, o país conta atualmente (em 22 de abril de 2022) 8.185 total de casos acumulados confirmados, 171 óbitos, 7.515 recuperados, 493 casos ativos (Boletim informativo diário nº393 do Alto Comissariado para a COVID -19).

O país tem um total de 16 médicos especialistas, 319 médicos de clínica geral, 1.331 enfermeiros, 236 técnicos de laboratório e 57 técnicos de farmácia (documento do programa da 10ª legislatura 2020-2023) e 146 parteiras a nível nacional (Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde, 2018-2022). Existem apenas 5 centros maternos e infantis em todo o país (Bissau, Canchungo, Bafatá, Gabú e Quinará). Em 2018, 48.184 grávidas foram monitorizadas com uma taxa de seropositividade de 3,6%.

De acordo com o Ministério da Saúde (Gabinete da DGPPS, outubro 2017) existem 20 centros de saúde no país de difícil acesso.

A Guiné-Bissau faz parte da lista de 42 países (na posição 7) onde menos de 50% dos agregados familiares têm uma instalação básica de lavagem de mãos com água e sabão, com apenas 6,4% da população tendo uma instalação básica de lavagem de mãos (com água e sabão), (blogs. worldbank.org 13 de fevereiro de 2020), enquanto a lavagem das mãos é agora considerada uma questão de higiene prioritária que está a ser monitorizada como parte do ODS 6 (Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos).

O Relatório sobre Direito à Saúde na Guiné-Bissau, abril de 2017, da Secção de Direitos Humanos (UNIOGBIS-SDH-ACNUDH) destaca “as barreiras linguísticas impactam o acesso da população a cuidados de saúde”.

No total de 4.488 localidade/tabancas do país somente 537 dispõem de serviços de saúde (11,96%). Em Bissau de 42 localidades /tabanca apenas 23 tem serviços de saúde, em Biombo de 164 apenas 13 tem serviços de saúde (INE 2009).

Na Guiné-Bissau a taxa de prevalência do VIH é de 3,3% na população em geral (INASA, 2010), sendo que nas grávidas é de 5% (INASA, 2014).

A mortalidade materna e neonatal está entre as mais elevadas da sub-região, com 900 mortes por 100.000 NV e 43 por 1000, respetivamente (EMIP 2004). Também "a redução da mortalidade materna e neonatal é uma prioridade nacional que está em linha com o eixo estratégico 1 do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS III).

Os resultados do estudo CONU 2013 mostram que as mortes ocorrem mais frequentemente fora dos estabelecimentos de saúde e são o resultado de complicações conhecidas (o sangramento é a causa da maioria das mortes maternas, seguido da eclâmpsia). Estas condições são evitáveis através da assistência qualificada ao nascimento; são responsáveis por 2/3 das mortes maternas.

A mortalidade materna deve-se, em grande parte, a três tipos de atraso no processo de gravidez: atraso na decisão de procurar cuidado, atraso no acesso aos cuidados, atraso na obtenção de cuidados.

O primeiro atraso ocorre do lado da procura, ou seja, vem da grávida, enquanto os outros dois tipos de atraso estão essencialmente associados à oferta.

No que diz respeito a saúde reprodutiva, a lei nº 11/2010 sobre saúde reprodutiva e planeamento familiar define a saúde reprodutiva, os cuidados e os serviços, reafirma princípios e direitos reconhecidos a qualquer casal e indivíduo, regulamenta as estruturas de saúde reprodutiva e prevê sanções no caso de violação desses direitos.

Segundo o MICS 6 somente 54% dos partos institucionais é assegurado por pessoal qualificado. A taxa de fertilidade nacional é de 4.3%, sendo mais elevada em Oio (6.2%) e mais baixa em Bissau (2.6%). Em relação a maternidade no meio rural, em cada 1.000 mulheres de 20 a 24 anos, 33 tiveram um filho nascido vivo nos 3 anos anteriores ao inquérito, enquanto, no meio urbano, em cada 1.000 mulheres do mesmo grupo de idade, 19 tiveram filhos nascidos vivos.

Uma em cada cinco mulheres entre 15 e 49 anos atualmente casadas ou em união usa métodos modernos de contraceção. Oito em cada dez mulheres entre 15 e 49 anos atualmente casadas ou em união não usam (ou seus parceiros não usam) um método contraceativo.

A taxa de fecundidade específica na faixa etária de 15-19 anos de idade segundo educação da mãe com nenhum nível de instrução ou pré-escolar é de 164/1000 contra 18/1.000 de secundário. Ela é elevada nas zonas rurais (119/1.000) contra 42/1.000 nos centros urbanos e mais acentuada no seio dos mais pobres (121/1.000) contra 34/1.000 dos mais ricos;

Para evitar a gravidez indesejáveis, 64% de jovens raparigas não casadas ou em união contra 24% de colegas casadas usam os métodos modernos de contraceção. Das mulheres não casadas 32% dizem insatisfeitas as suas necessidades em contraceção contra 22% das casadas.

O casamento infantil é mais frequente nomeio rural onde cerca de 1/3 de adolescentes/jovens raparigas se casam antes de 18 anos e 1/10 de adolescentes e jovens raparigas antes dos 15 anos. Nomeio urbano, 1/10 se casa antes dos 18 anos e 3% dos adolescentes antes dos 15 anos. Em média, cerca de ¼ de jovens se casam antes dos 18 anos e um pouco menos de 1/10 se casam antes dos 15 anos.

Cerca de metade de jovens raparigas de 15-19 anos sofreram a MGF, a proporção é ligeiramente mais alta na faixa etária de 18-19 anos de idade (52%). Menos de 1 adolescente ou jovem sobre 10 consome tabaco ou álcool. Há mais relativamente adolescentes/jovens que consomem álcool do que tabaco.

Os procedimentos para o aborto são regulamentados pelo código penal (Decreto-lei nº4/93) e pela lei de saúde reprodutiva e planeamento familiar (lei nº11/2010).

Código Penal (Decreto-Lei nº 4/93 – publicado no Suplemento ao Boletim Oficial nº 41, de 13 de outubro de 1993, com as alterações introduzidas pela Lei nº 2/2002, publicada no Boletim Oficial nº 21, de 27 de maio de 2002 e pelo artigo 13º da Lei nº 7/97, de 2 de dezembro, publicada no suplemento ao Boletim Oficial nº 48, de 2 de dezembro de 1997) ARTIGO 112º(Aborto)

1. Quem provocar aborto em mulher grávida contra ou sem consentimento, se for possível obtê-lo, é punido com pena de prisão de três a dez anos.
2. Quem efetuar aborto fora das instalações clínicas, adequadas ou sem que para tal se encontre profissionalmente habilitado, é punido com pena de prisão de dois a seis anos, independentemente do resultado.
3. A mulher grávida que consentir ao aborto nas condições descritas no número anterior é aplicada a pena de prisão aí referida, especialmente atenuada se a conduta tiver por objetivo ocultar a desonra.

Lei Geral de Trabalho (Lei nº 2/1986 - publicado no 3º suplemento ao Boletim Oficial nº 14 de 5 de abril de 1986) Artigo 159º (Licença em caso de aborto).

Em caso de aborto, compete ao médico estabelecer o período de interrupção de trabalho em função das condições de saúde da mulher.

## Artigo 16º

### A contraceção

2. A Interrupção voluntária de gravidez não será em nenhum caso considerada como um método contraceutivo.

3. A Interrupção voluntária de gravidez é autorizada nos termos da lei sobre o aborto.

## 2. Justificação

A problemática do aborto seguro e dos autocuidados no domínio da saúde reprodutiva permanece uma questão importante num contexto de alta mortalidade materno infantil como da Guiné-Bissau sobretudo se tomarmos em consideração os dados acima citados sobre os diferentes aspetos.

Por saúde reprodutiva entende-se o bem-estar geral tanto físico, como mental e social da pessoa humana, incluindo o aparelho genital e as suas funções de funcionamento e não apenas ausências de doenças ou de enfermidades.

Para a redução da mortalidade materna infantil no país e melhorar os cuidados globais da saúde reprodutiva será necessário conhecer os comportamentos, atitudes e práticas da população feminina sexualmente ativa em relação ao aborto e ao autocuidado para servir de base na elaboração /adaptação das diretrizes nacionais sobre o aborto seguro e o autocuidado.

De acordo com a estratégia nacional da saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e de adolescentes (SRMNIA) de 2019-2024 o pacote de serviços de SR contém os seguintes elementos que o país deve adotar, dependendo do contexto demográfico, socioeconómico e sanitário. Trata-se de:

- Serviços de planeamento familiar/espacamento entre nascimentos, incluindo aconselhamento;
- Serviços de educação e cuidados pré-natais, partos seguros e cuidados pós-natais, especialmente amamentação e cuidados de saúde materna e infantil;
- Prevenção e tratamento da infertilidade;
- Aborto, tal como especificado no ponto 8.25 do Programa de Ação da CIPD, incluindo a prevenção e a gestão das consequências do aborto inseguro.
- Tratamento de infeções do aparelho reprodutor
- Prevenção e tratamento de doenças/infeções sexualmente transmissíveis

- Informação, educação e comunicação (IEC) sobre direitos, sexualidade, saúde reprodutiva e paternidade responsável
- Desencorajamento ativo de práticas nocivas, como a mutilação genital feminina.

Por isso é importante obter informações sobre os conhecimentos as atitudes e as práticas da população entre os 15 aos 55 anos para adaptar as diretrizes internacionais sobre o aborto seguro e o autocuidado na saúde reprodutiva a realidade e as necessidades do país assim como elaborar materiais de informação, formação, educação e comunicação a estas necessidades a serem manifestadas através do estudo.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Recolher informações estratégicas para orientar as diretrizes nacionais sobre o aborto seguro e autocuidado na saúde reprodutiva.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar conhecimentos, atitudes e práticas correntes em relação ao aborto seguro no domínio da saúde reprodutiva;
- Identificar conhecimentos, atitudes e práticas correntes em relação aos autocuidados no domínio da saúde reprodutiva.

### **4. Metodologia do estudo**

Para a realização deste estudo foi aplicado um inquérito CAP através de questionários a população nos serviços de saúde e fora dos serviços de saúde.

A recolha de dados quantitativos utilizando questões pré-definidas e questionários padronizados, visando medir o que a população-alvo sabe (conhecimentos), acredita (atitudes) e pratica (prática). A recolha de dados foi concluída em fevereiro de 2022. O estudo irá recrutar 500 Raparigas e Mulheres de 15 a 55 anos na cidade de Bissau e em Cumura (região de Biombo).

#### **4.1 Local do Estudo**

Este estudo decorreu em 2 localidades: Bissau (Setor Autónomo de Bissau) e Cumura (Região de Biombo).

#### **4.2 Desenho do Estudo/ Tipo de Estudo**

Tratar-se-á de um estudo observacional, descritivo e transversal que abrangeu as localidades de Bissau e Cumura (Região de Biombo) do tipo inquérito de conhecimentos atitudes e práticas (CAP).

A abordagem metodológica utilizada foi através do inquérito CAP centrando-se em:



- Conhecimentos, atitudes e práticas sobre o aborto seguro na saúde reprodutiva das raparigas e mulheres de 15 a 55 anos;
- Conhecimentos, atitudes e práticas sobre o autocuidado na saúde reprodutiva das raparigas e mulheres de 15 a 55 anos.

O desenvolvimento das atividades do terreno foi realizado em três etapas:

1. Identificação dos sítios (estruturas de saúde e bairros);
2. Elaboração e validação dos questionários;
3. Entrevistas individuais.

No que diz respeito aos aspetos de conhecimento, atitudes e práticas um questionário foi aplicado aos participantes com questões ligadas a conhecimento sobre o aborto seguro e autocuidado no domínio da saúde reprodutiva.

### 4.3 Amostragem/População do Estudo

O estudo pretendia recrutar 500 Raparigas e Mulheres de 15 a 55 anos na cidade de Bissau e na região de Biombo. Este estudo visa dois grupos-alvos: Raparigas dos 15 aos 17 anos, e Mulheres dos 18 aos 55 anos.

A elegibilidade de um potencial participante foi avaliada por um membro da equipa do estudo seguindo um processo consensual. No entanto, a inclusão do indivíduo no estudo dependeu finalmente da obtenção do seu consentimento.

Foi tido em consideração a segurança e a confidencialidade dos participantes e limitar inconvenientes.

*Tabela 1 – Cálculo do tamanho da amostra*

Região	População feminina de 15-59 anos residente 2009	Taxa de crescimento demográfico anual	População feminina de 15-59 anos residente 2021	Taxa de cálculo da amostra	Amostra do estudo
Bissau	110 150	2,2%	143 019	0,28%	400
Biombo	26 114	2,2%	26 689	0,37%	100

### 4.4 Métodos Utilizados

Foi utilizada uma abordagem metodológica de recolha de dados quantitativos utilizando questões pré-definidas e questionários padronizados, visando medir o que a população-alvo sabe (conhecimentos), acredita (atitudes) e prática (prática) sobre o aborto seguro e o autocuidado no domínio da saúde reprodutiva.

A elegibilidade do potencial participante foi avaliada através dos seguintes requisitos:

- Ser do sexo feminino;
- Ter entre 15-55 anos;
- Mentalmente saudável e capaz de dar o consentimento;
- Não estar sob o efeito da droga ou álcool.

Para este estudo CAP entende-se por:

Autocuidado – processo de cuidar de si com comportamentos que promovem a saúde e o manejo ativo da doença quando ela ocorre. Ambos os tipos de autocuidado são necessários, neste caso específico será focalizado na saúde reprodutiva;

Aborto – é a interrupção da gestação antes do início do período perinatal, definido pela OMS (CIE 10) a partir de 22 semanas completas (154 dias) de gestação, quando o peso ao nascer é normalmente de 500 g. Costuma-se classificar o aborto como precoce quando ocorre antes de 13 semanas da gravidez, e como tardio quando se dá entre as 13 e 22 semanas.

#### 4.4.1 A triangulação dos resultados

Uma análise das informações sobre os conhecimentos, as atitudes e as práticas sobre aborto seguro e autocuidados foi efetuada de modo ter as percepções as práticas sobre esta temática de modo que estas informações possam servir de base para a adaptação das diretrizes nacionais em relação ao aborto seguro e autocuidados, assim como permitir ter suportes para a elaboração de módulos de formação e materiais de IEC adequados as necessidades da população da amostra do estudo.

### 4.5 Critérios de Inclusão e exclusão

Os seguintes critérios de inclusão e exclusão aplicaram-se a todas as atividades do estudo (qualitativo e quantitativo):

#### 4.5.1 Critério de inclusão

Raparigas:

- Ter entre 15-17 anos;
- Mentalmente saudável e capaz de dar o consentimento;
- Não estar sob o efeito da droga ou álcool;
- Dar o consentimento para participar no estudo.

Mulheres:

- Ter entre 18-55 anos;
- Mentalmente saudável e capaz de dar o consentimento;
- Não estar sob o efeito da droga ou álcool;
- Dar o consentimento para participar no estudo.

\*SEM restrições étnicas ou de género sobre a elegibilidade dos participantes. Os participantes não precisam fornecer comprovante de residência.

## 4.5.2 Critério de exclusão

Raparigas:

- Não ter idade entre 15 - 17 anos;
- Demonstra uma deficiência mental, ou está sob o efeito de substâncias (drogas, álcool, etc.) ou se encontrar debilitado devido a doenças impedindo a compreensão dos procedimentos do estudo e obtenção de consentimento informado;
- Não querer participar no estudo.

Mulheres:

- Não ter idade entre 18 - 55 anos;
- Demonstra uma deficiência mental, ou está sob o efeito de substâncias (drogas, álcool, etc.) ou se encontrar debilitado devido a doenças impedindo a compreensão dos procedimentos do estudo e obtenção de consentimento informado;
- Não querer participar no estudo.

## 4.6 Resultados a medir

Os resultados a serem alcançados pelo estudo:

- Identificados os conhecimentos, atitudes e práticas correntes em relação ao aborto seguro no domínio da saúde reprodutiva;
- Identificados os conhecimentos, atitudes e práticas correntes em relação aos autocuidados no domínio da saúde reprodutiva.

Segue o quadro resumo dos participantes nas diferentes zonas de estudo:

*Tabela 2 - participantes nas diferentes zonas de estudo*

Localidade	Número Raparigas	Número Mulheres
Bissau	120	280
Biombo	30	70
<b>Total</b>	150	350

O quadro acima espelha o número de participantes esperados por localidade, na eventualidade do número previsto numa localidade não ser atingido pode ser compensado pela outra localidade.

## 4.7 Análise (Introdução, Gestão e Análise dos dados)

A coleta de dados foi efetuada de forma eletrónica (tablette ou smartphone) através da utilização do aplicativo ArcGIS Survey123 que é uma aplicação especializada para a coleta de dados e gestão de dados.

A utilização deste aplicativo permitiu reduzir consideravelmente o tempo da introdução dos dados, apresentando também vantagens como a redução considerável do deadline da introdução das fichas inquiridas e a sua disposição, a redução dos erros de introdução dos

dados e a melhorar a qualidade dos dados tendo em conta que o controlo de introdução foram feitos a partir de aparelhos androids.

É preciso ressaltar que esta fase de gestão e análise dos dados se desenvolveu ao longo do estudo. Cada etapa exigiu um grande trabalho de gestão dos dados (verificação, consolidação, etc).

O pessoal responsável pela determinação da elegibilidade foi formado a este respeito. A coleta de dados através do método comportamental durou aproximadamente de 1 Semanas.

Pessoas chaves do estudo:

- Investigadores: 2 Investigadores; 2 Analistas de Dados
- Supervisores: 02 Supervisores
- Equipa: 10 Inquiridores.

## 4.7.1 Análise de dados

### Dados sociodemográficos

Foram recolhidos os seguintes variáveis: idade, número de filhos, profissão, nível de educação e rendimentos. A nível familiar, foi especificado o número de mulheres em idade fértil na família, e o número de grávidas na família.

### Conhecimentos, atitudes e práticas

Uma série de perguntas relacionadas com o aborto seguro e autocuidados no domínio da saúde reprodutiva permitiu avaliar o nível de conhecimento das atitudes e práticas dos participantes do estudo.

Os dados foram importados para o software estatístico ArcGIS Survey123 para efeitos de limpeza e análise, posteriormente exportados para STATA e/ou Excel para análises mais aprofundadas. Isso permitiu monitorar o recrutamento e calcular os coeficientes para análise e associações estatísticas, as medidas de tendência central tal como a média também foram calculadas. A amostra recolhida é aleatória.

## 4.8 Considerações Éticas

Aprovação da Ética: Comité Nacional de Ética na Saúde da Guiné-Bissau

## 4.9 Segurança da equipa do terreno

Foi efetuada uma série de precauções para garantir a segurança da equipa.

- a) Cada membro da equipa de terreno obteve uma credencial que usou sempre que foi ao terreno;

- b) Os contatos foram feitos com as estruturas de saúde responsáveis, para informá-los do estudo em curso e solicitar o apoio destas instituições;
- c) Cada membro da equipa do terreno teve um telemóvel, com crédito para chamadas de emergência. Por isso, um pacote de comunicação (crédito/saldo) foi fornecido a equipa do terreno;
- d) O contato constante foi mantido entre a equipa do terreno e o supervisor enquanto estiveram no terreno, através de chamadas telefónicas ou mensagens de texto pelo menos duas vezes por dia com a localização exata da equipa.

## 4.10 Segurança da população alvo

As seguintes considerações foram tomadas em conta durante o estudo:

### a. A liderança comunitária e a participação das raparigas e mulheres

Se os membros da comunidade ou outras partes interessadas manifestam uma preocupação (confidencialidade e outros riscos), devem ser abordadas a fim de satisfazer ambas as partes interessadas e a equipa de estudo.

### b. O consentimento e a participação voluntária

O recrutamento dos participantes foi efetuado unicamente depois de descritos as condições do estudo e a obtenção do consentimento, os participantes foram claramente informados que a participação é voluntária e que a não participação não terá consequências negativas em termos de acesso aos programas ou serviços. O participante teve o consentimento da participação no inquérito, isto foi feito através de um formulário de consentimento escrito no início de cada questionário que será lido ao participante pelo inquiridor. O entrevistado assinou no local apropriado do questionário (impressão digital ou assinatura) para indicar que o consentimento foi obtido antes da coleta de dados. Segurança: Os esforços consideráveis foram tomados para garantir a segurança dos participantes. É verdade que a realização de uma entrevista tem questões potencialmente sensíveis em que num local público pode causar desconforto. A equipa foi formada para garantir que as entrevistas sejam realizadas em um lugar apropriado.

### c. Confidencialidade das respostas

Um sistema de codificação para a não identificação será utilizada para acompanhar os dados do estudo, assegurando a não-divulgação da identidade dos participantes. Todas as ferramentas de recolha dos dados serão mantidas em uma zona segura e bloqueada no escritório da ENDA Santé Guiné-Bissau. Os dados eletrónicos serão protegidos por uma senha e serão mantidos por um período de dez anos. O relatório final não terá quaisquer informações que possam levar à identificação da população e não incluirá detalhes sobre os locais individuais ou pessoas.

## 5. Resultados Alcançados – Apresentação e Análise de Dados

O estudo CAP decorreu em duas regiões sanitárias da Guiné-Bissau, Bissau e Biombo (Cumura).

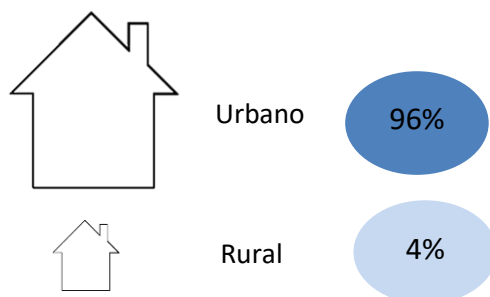
O estudo deu início no dia 22 de fevereiro de 2022 na região de Bissau e no dia 23 de fevereiro de 2022 na região de Biombo (Cumura). Os dados foram recolhidos na região de Bissau e Biombo até ao dia 25 de fevereiro de 2022, totalizando 500 Raparigas e Mulheres dos 15 aos 55 anos de idade ao nível das duas regiões. O recrutamento foi efetuado em duas regiões repartido de acordo com a população existente.

### 5.1 Características sociodemográficas e económicas

As questões sociodemográficas fornecem informações claras como faixa etária, classe social, agregado familiar, nível de escolaridade e área de formação, ocupação, e outros que auxiliam na tomada de decisão.

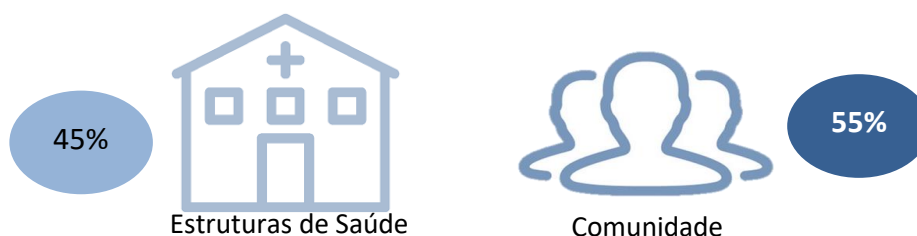
#### 5.1.1 Zona de residência

Os participantes do estudo na sua maioria residem em zonas urbanas representando 96% (480/500) das entrevistadas do estudo CAP. As entrevistas foram realizadas em 27 zonas residenciais.



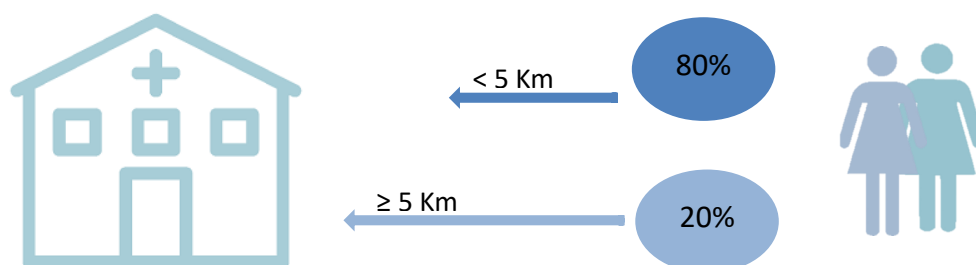
#### 5.1.2 Local da realização do inquérito

Os participantes do estudo realizaram as suas entrevistas tanto as estruturas de saúde como na comunidade. As entrevistas foram realizadas em 14 estruturas de saúde de acordo com a tabela abaixo.



### 5.1.3 Distância entre a residência e a estrutura de saúde mais próxima

Das 500 entrevistas que participaram no estudo CAP 80% encontra-se a menos de 5Km de uma estrutura de saúde. De acordo com PNDS III o raio de acessibilidade geográfica assumida até este momento é de 5 Km (de uma estrutura).



### 5.1.4 Grupo alvo dos participantes do estudo

Participaram no estudo um total de 500 Mulheres e raparigas das quais 70% (349/500) são Mulheres com faixa etária compreendida entre 18 e 55 anos e participaram 30% (151/500) Raparigas com faixa etária compreendida entre 15 e 17 anos.

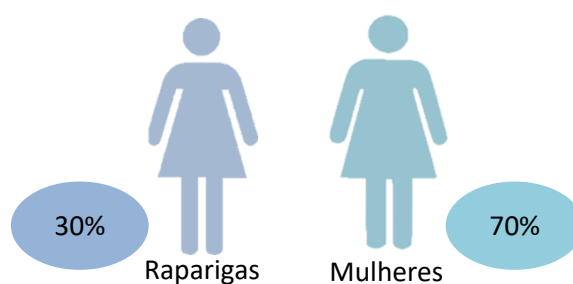
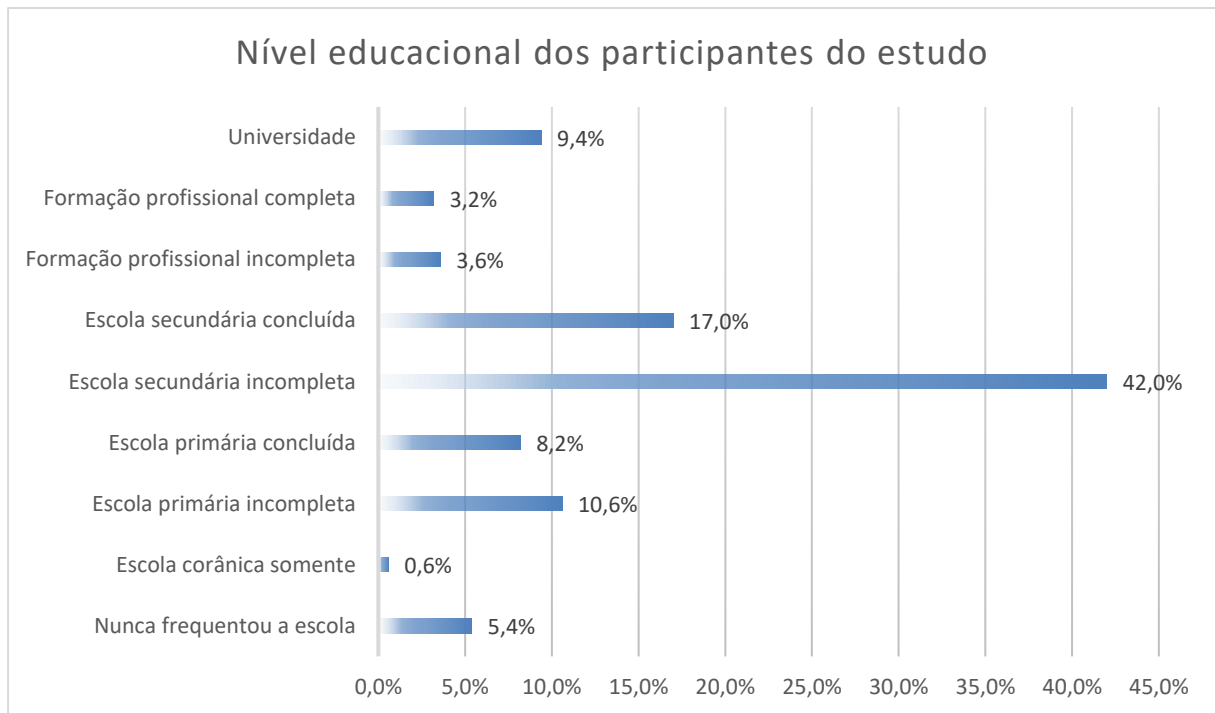


Figura 1 – Distribuição por faixa etária e grupo-alvo

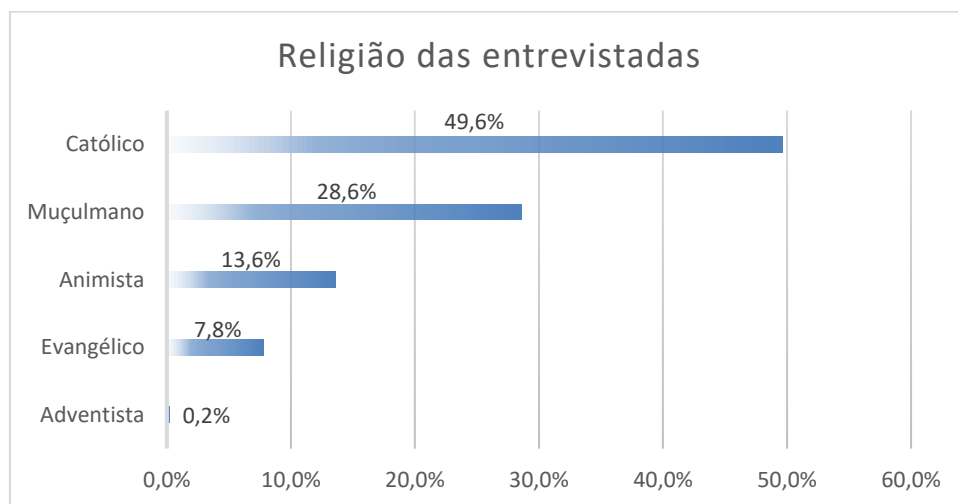
### 5.1.5 Habilitações literárias

O levantamento constatou que a maior parte das entrevistadas (59%) tinham pelo menos frequentado o ensino secundário, 9% tinham o ensino Universitário, apenas 5% nunca frequentaram a escola.



#### 5.1.6 Religião dos participantes

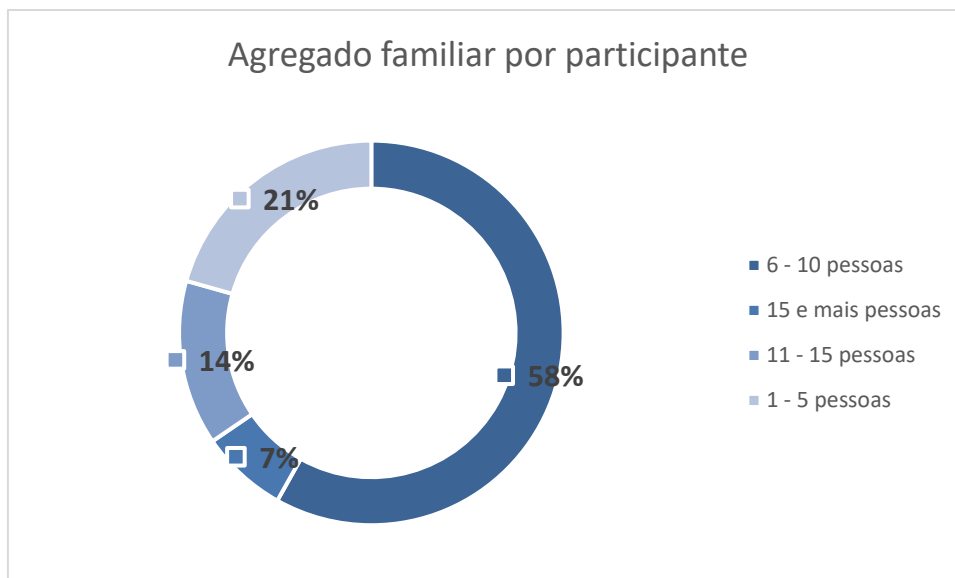
Aproximadamente metade dos participantes do estudo 50% (248/500) são da religião católica, 29% (143/500) da religião muçulmana, 14% (68/500) da religião animista representando assim as três religiões 93% dos participantes do estudo.



#### 5.1.7 Agregado familiar das inquiridas

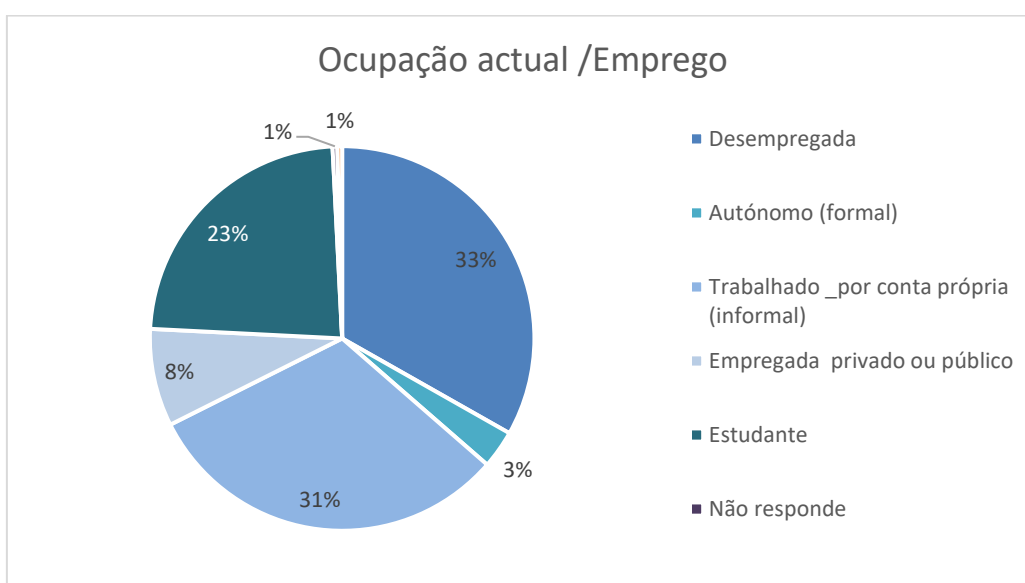
A estrutura familiar das entrevistadas tem entre 6-10 membros (58%), tal como se tinha visto noutros estudos realizados.





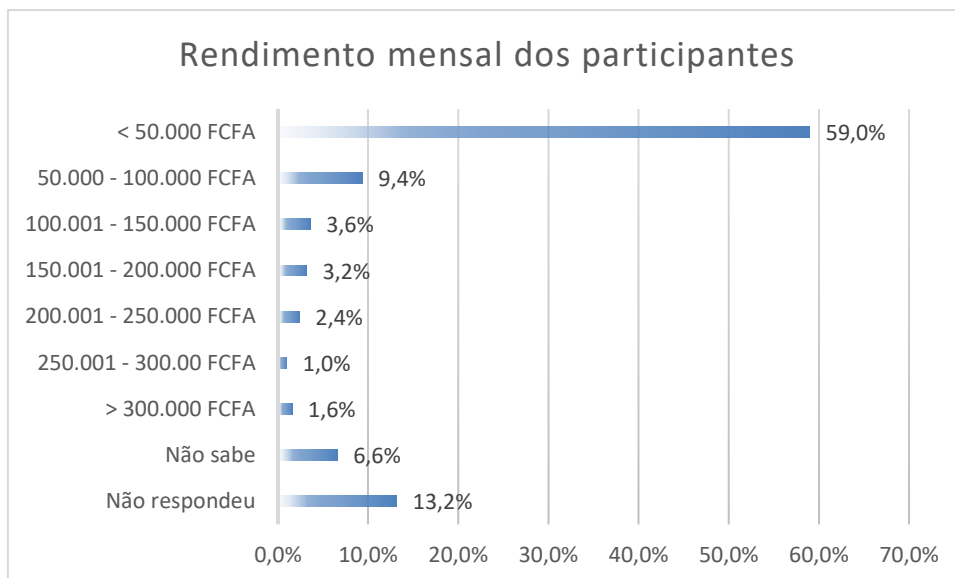
### 5.1.8 Ocupação atual

Das 500 entrevistadas no estudo, (1/3) eram desempregadas, o que pode limitar acesso a saúde reprodutiva, sendo que 31% tinham empregos informais, o que por sua vez demonstra uma certa vulnerabilidade.



### 5.1.9 Rendimento mensal das inquiridas

A questão acima relativamente a ocupação das entrevistadas, vem aqui a ser comprovada no gráfico que demonstra que cerca de 60% destas mulheres tem um rendimento mensal abaixo do salário mínimo nacional de 50.000 XOF.



#### 5.1.10 Mulheres em idade fértil

O estudo demonstra que 48% dos agregados familiares têm entre 3 e 5 ou mais mulheres em idade fértil, em média cada agregado familiar tem 4 mulheres em idade fértil.



#### 5.1.11 Grávidas entrevistadas no momento do inquérito

Das 500 entrevistas 27% encontrava-se grávidas no momento da realização da entrevista, das quais 74% foram entrevistadas nas estruturas de saúde e 26% na comunidade.



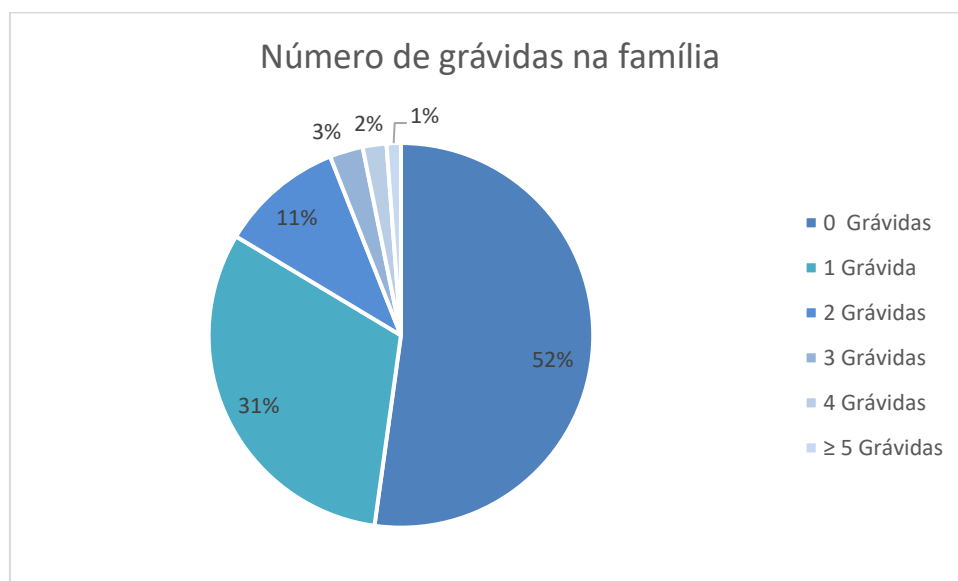
27% Grávida no momento da entrevista



73% Não se encontrava grávida no momento da entrevista

### 5.1.12 Número de grávidas na família

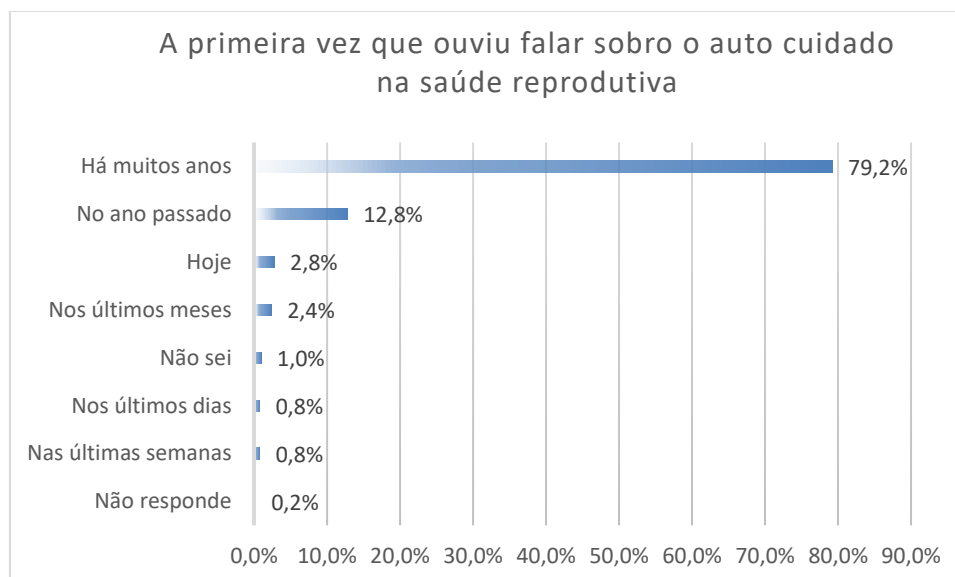
Das 500 entrevistas 52% não tinham grávidas na família e 31% com uma grávida na família. O agregado familiar tem em média 1 grávida por família.



## 5.2 Conhecimentos sobre Autocuidados na Saúde Reprodutiva

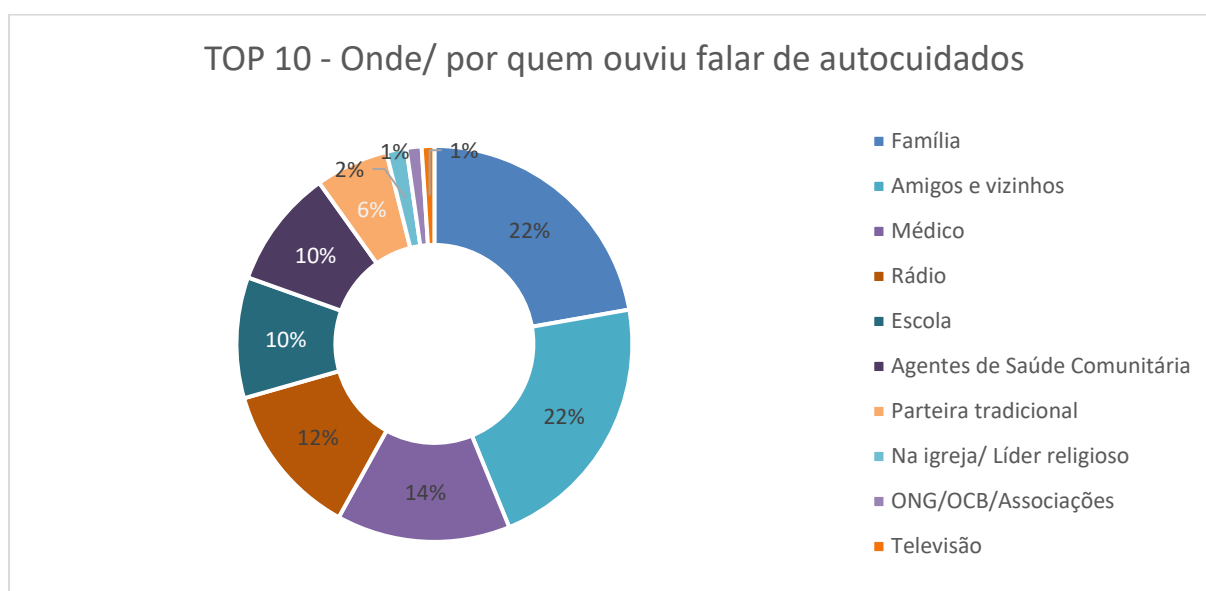
### 5.2.1 A primeira vez que ouviu falar sobre autocuidados

Das 500 mulheres e raparigas entrevistadas 74% ouviram falar sobre autocuidados na saúde reprodutiva pela primeira vez a muitos anos atrás. Importante referir que 3% das entrevistas ouviu falar pela primeira vez sobre autocuidados no momento da entrevista realizada.



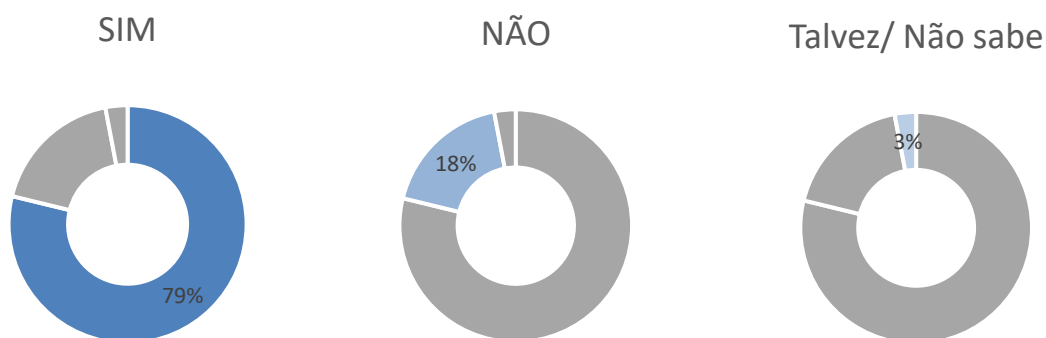
### 5.2.2 Onde e/ou por quem ouviu falar de autocuidados na SR

Durante as entrevistas realizadas 22% das entrevistas afirma que ouviu falar sobre autocuidados na saúde reprodutiva no seio familiar e 22% entre amigos e vizinhos.



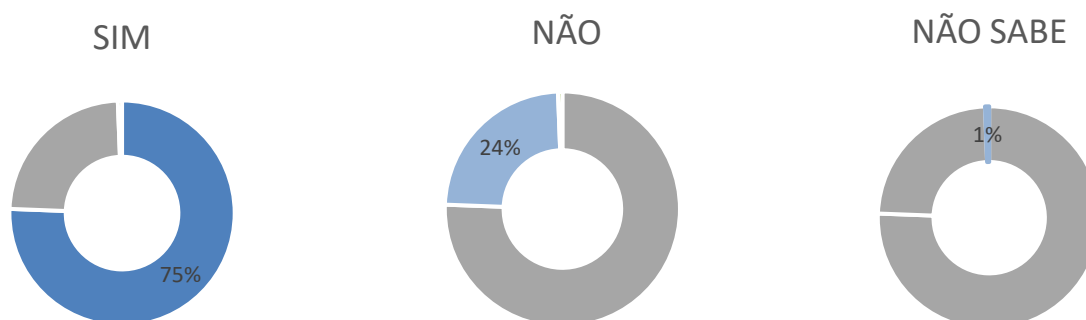
### 5.2.3 Acesso a informação na comunidade sobre autocuidados na Saúde Reprodutiva

Durante as entrevistas a 500 mulheres e raparigas 79% afirma ser possível obter informações sobre auto cuidados na saúde reprodutiva na sua própria comunidade contra 18% que afirma não ser possível obter essas informações.



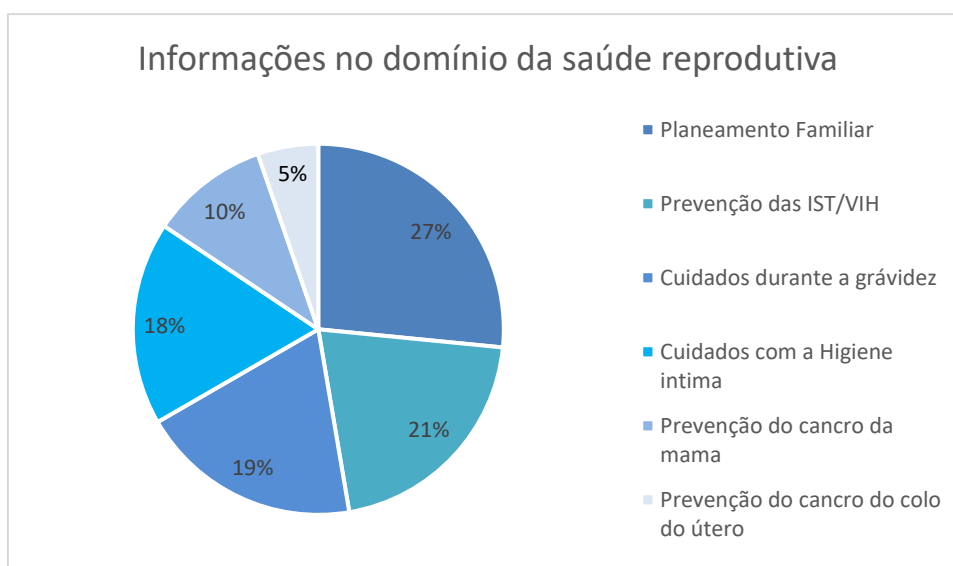
### 5.2.4 Conhece alguém que tenha beneficiado de informações sobre autocuidados na Saúde Reprodutiva

Durante as entrevistas a 500 mulheres e raparigas 75% afirma que conhece alguém que tenha beneficiado de informações sobre autocuidados na saúde reprodutiva na sua própria comunidade contra 24% que afirma não conhecer alguém que tenha beneficiado dessas informações.



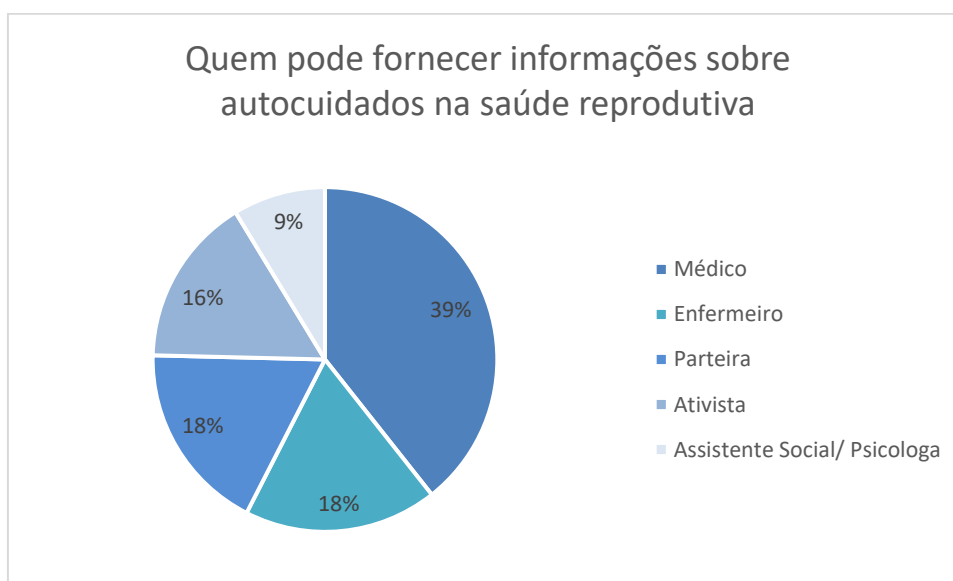
### 5.2.5 Acesso a informação relacionada com que domínio da saúde reprodutiva

No domínio da saúde reprodutiva 27% das mulheres e raparigas entrevistadas tem informação relacionada com o planeamento familiar, 21% tem informações relacionadas com a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis (IST), 19% tem informações sobre cuidados durante a gravidez, 18% tem informações sobre cuidados com a higiene íntima sendo que apenas 10% tem informações sobre a prevenção do cancro da mama e 5% sobre a prevenção do cancro do colo do útero.



### 5.2.6 Quem pode fornecer informações sobre autocuidados na saúde reprodutiva

No domínio da saúde reprodutiva 39% das mulheres e raparigas entrevistadas afirmam que quem pode fornecer informações sobre autocuidados na SR é o médico, 18% referiram o enfermeiro, 18% a parteira, 16% o ativista e 9% a psicóloga ou assistente social.



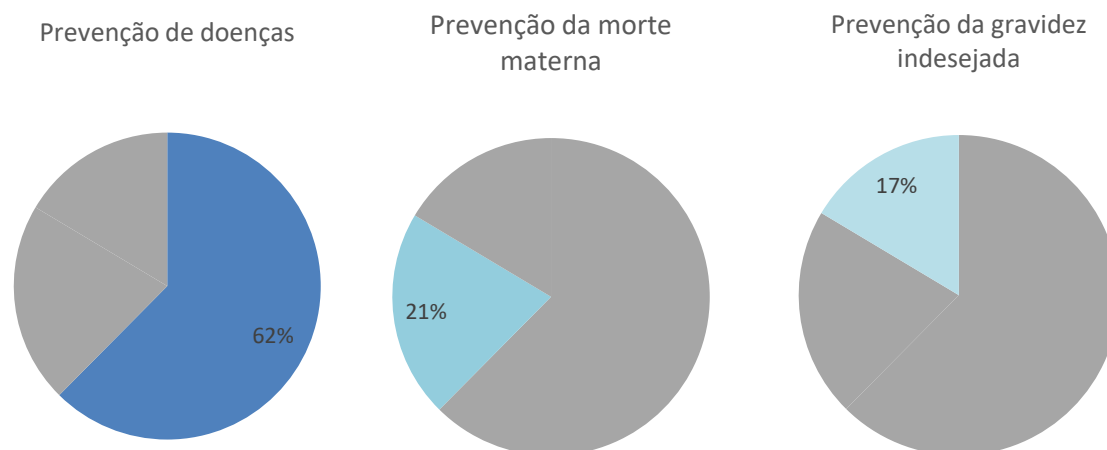
### 5.2.7 Consequências positivas do autocuidado na saúde das mulheres

Das 500 mulheres e raparigas entrevistadas 97% acreditam que o autocuidado pode ter consequências positivas na saúde das mulheres contra 2% que acreditam que o autocuidado não tem consequências positivas na saúde das mulheres.



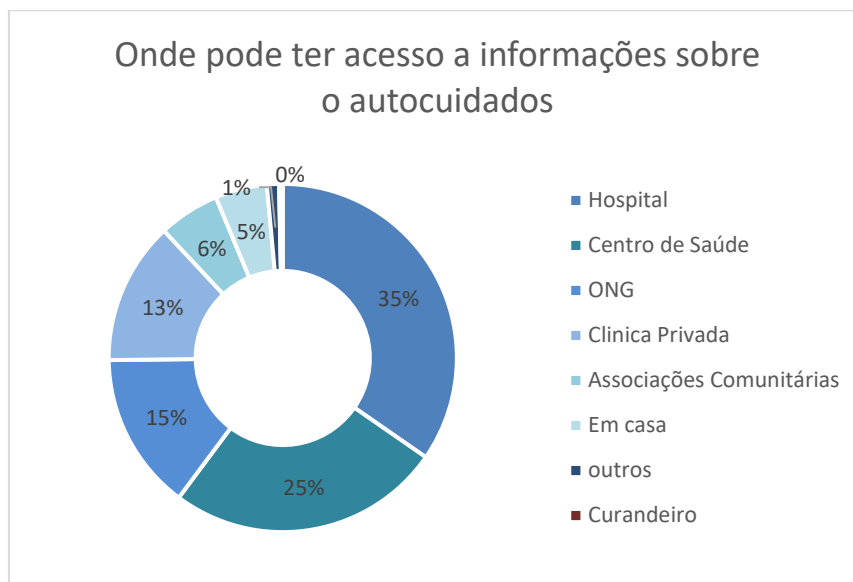
### 5.2.8 Vantagens do autocuidado na saúde das mulheres

Das 97,6% mulheres e raparigas que acreditam que o autocuidado pode ter consequências positivas na saúde das mulheres apontaram três vantagens do autocuidado na saúde da mulher. Segundo a opinião das entrevistadas a maior vantagem dos autocuidados é a prevenção de doenças referida com uma taxa de 62%.



### 5.2.9 Acessibilidade as informações sobre autocuidados

As informações sobre autocuidados são obtidas na sua maioria nas estruturas sanitárias (hospitais, centro de saúde e clínica privada) totalizando assim 73%. As rádios, igrejas e escolas encontram-se referenciadas na categoria de “outros” com uma representatividade de 1%.



### 5.2.10 Prática de autocuidados pelas mulheres

Das 500 mulheres e raparigas entrevistadas 97% acreditam que todas as mulheres devem praticar o autocuidado contra 2% que não acreditam que as mulheres devem praticar o autocuidado. Se comparado com as respostas fornecidas quando se o autocuidado tem consequências positivas para a saúde das mulheres pode verificar que a percentagem de mulheres e raparigas que responderam a ambas as questões afirmativamente é a mesma (97%).

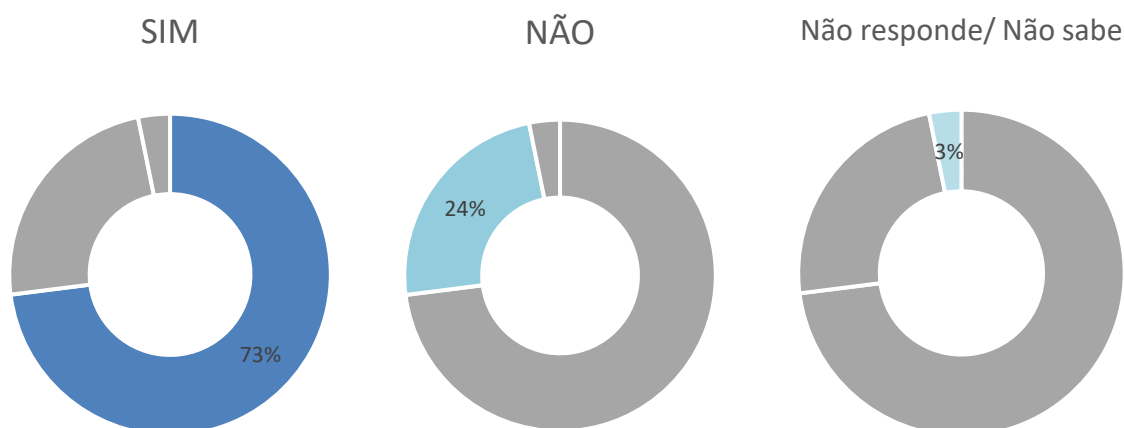




## 5.3 Atitudes sobre Autocuidados na Saúde Reprodutiva

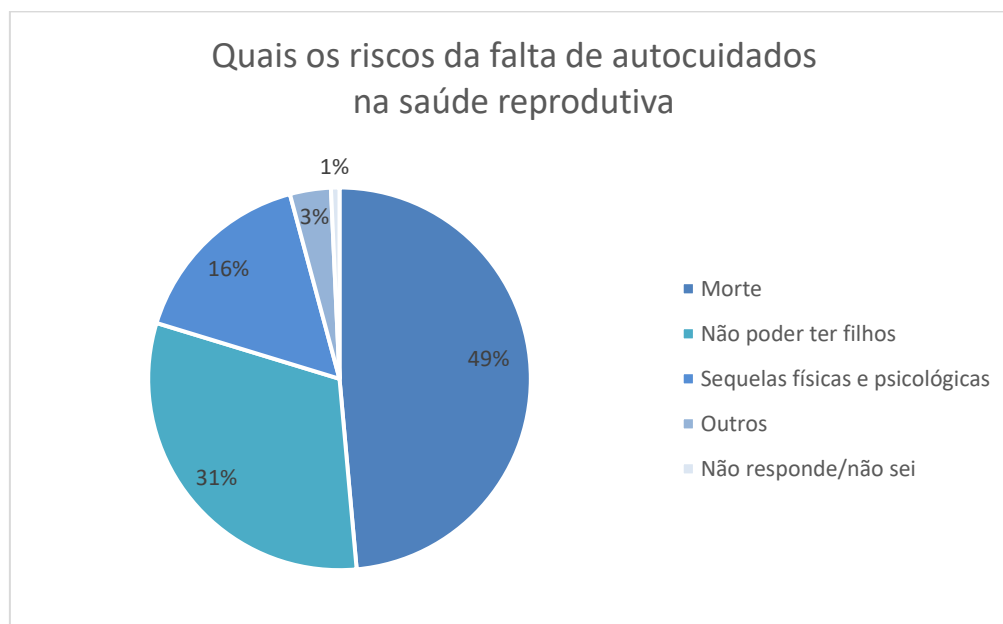
### 5.3.1 Falta de autocuidados na saúde sexual reprodutiva é um problema na sua comunidade

A falta de autocuidados na saúde sexual reprodutiva foi referida como um problema na própria comunidade com uma taxa de 73% pelas mulheres e raparigas.



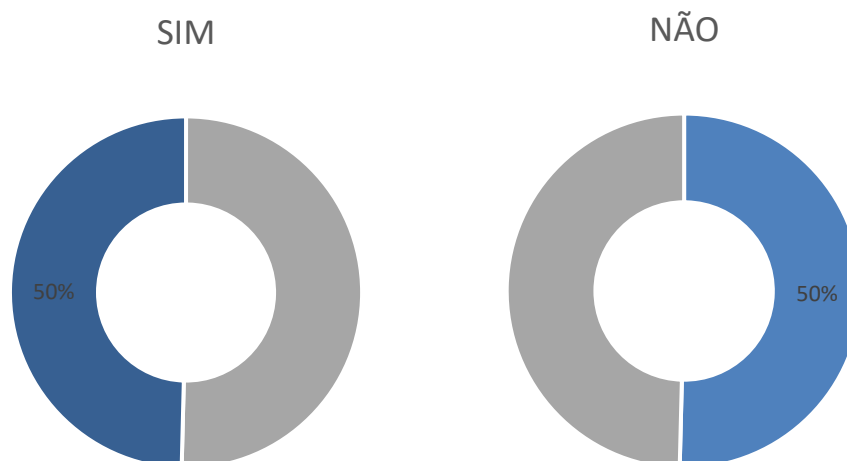
### 5.3.2 Riscos da falta de autocuidados na saúde reprodutiva

Os riscos associados a falta de autocuidados na saúde reprodutiva foram destacados com 49% a morte, 31% a não possibilidade de ter filhos, 16% sequelas físicas e psicológicas e 3% como outros entre os quais foram referidos infeções, infeções sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas.



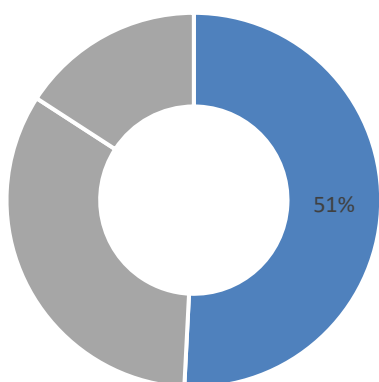
### 5.3.3 Se alguém da sua família estiver com problemas ligados a saúde reprodutiva preferia que ficasse em segredo

Das 500 mulheres e raparigas 50% referiu que se alguém da sua família tivesse problemas ligados a saúde reprodutiva preferia que este ficasse em segredo o mesmo se verifica para quem preferia que este problema não ficasse em segredo.

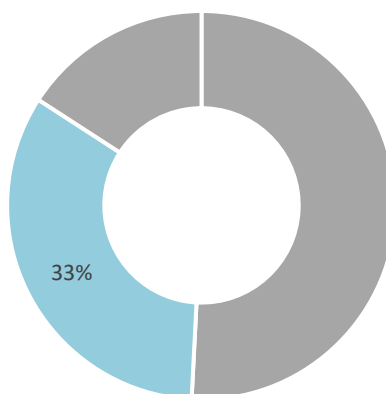


Quanto ao motivo pelo qual as entrevistadas preferiam que se alguém da sua família estiver com problemas ligados a saúde reprodutiva ficasse em segredo 51% afirma que por medo de ser estigmatizado e por medo de comentários maldosos.

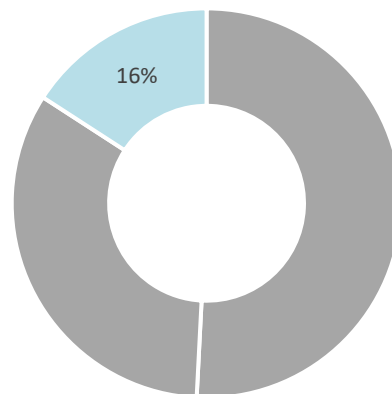
Por medo de ser estigmatizado e  
Por medo de comentários maldosos



Por medo de comentários maldosos

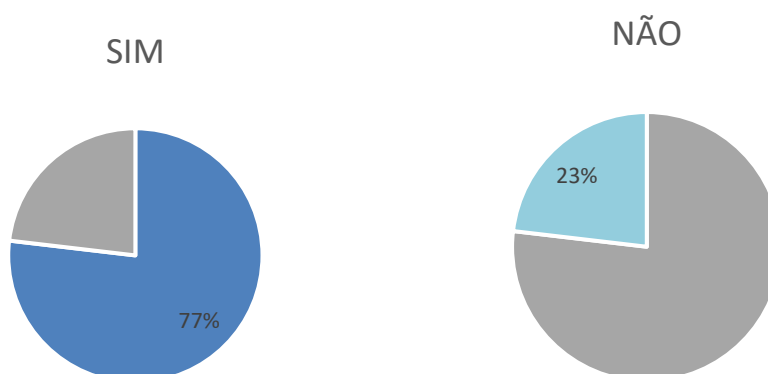


Por medo de comentários maldosos

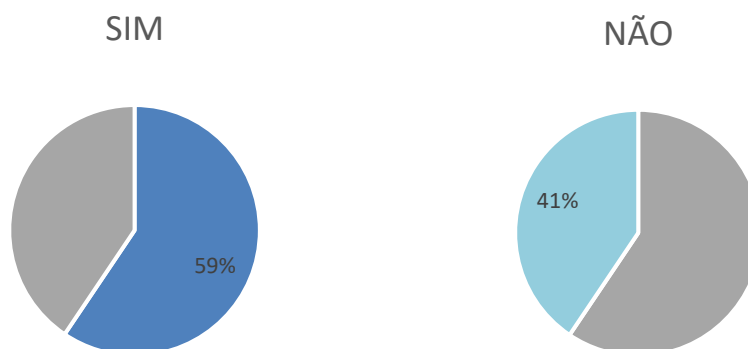


### 5.3.4 As informações sobre autocuidados são claras e de fácil compreensão

As informações que as entrevistadas receberam sobre autocuidados são claras e de fácil compreensão representam 77%.

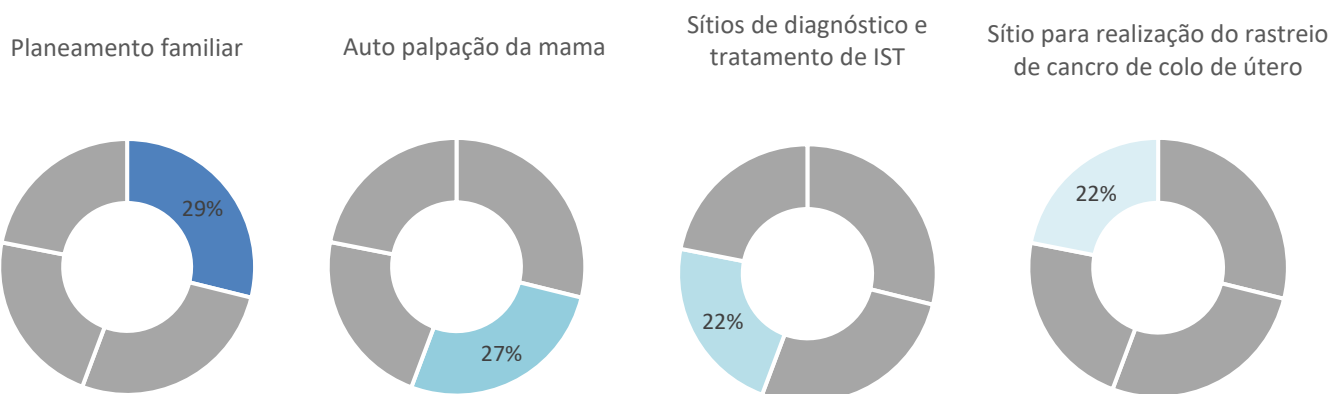


As informações recebidas pelas entrevistas sobre autocuidados foram consideradas suficientes por 59% das entrevistadas e insuficiente por 41% das entrevistadas.



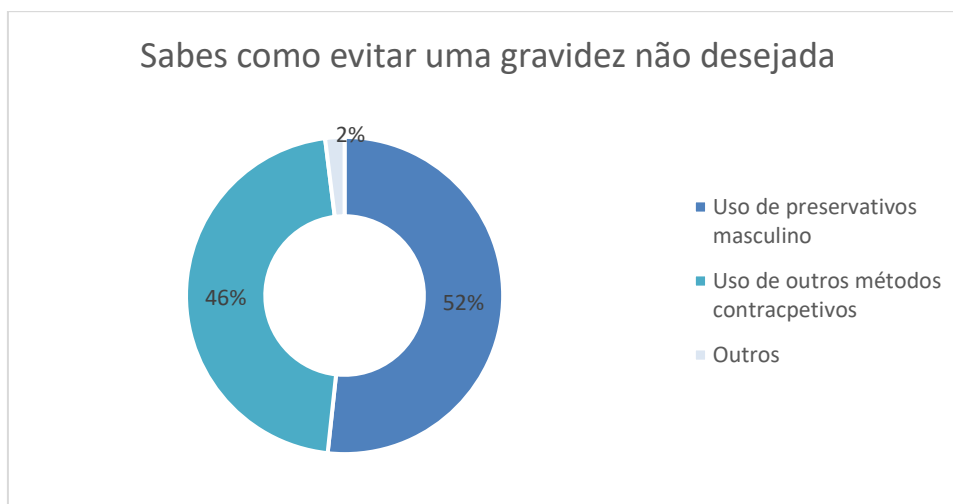
### 5.3.5 Aspectos sobre autocuidados que gostaria de ter mais informações

As informações que as entrevistadas gostariam de ter mais informação sobre autocuidados são repartidas de forma muito igualitária, 29% para o planeamento familiar, 27% para a auto palpação da mama, 22% para a sítios de diagnóstico e tratamento de IST e 22% para sítios para a realização do rastreio do cancro do colo do útero.



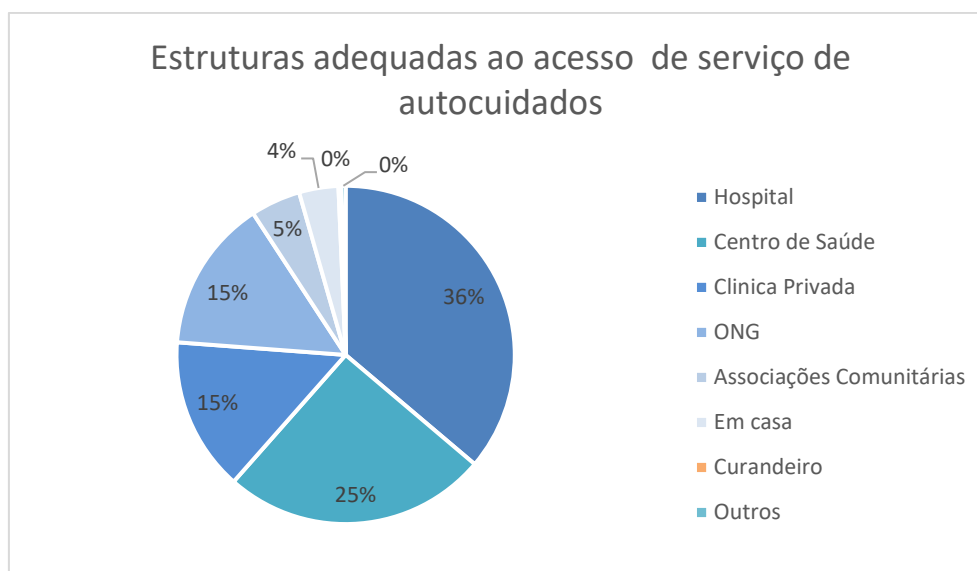
### 5.3.6 Como evitar uma gravidez não desejada

O Uso de preservativo masculino foi referido com o método que previne uma gravidez não desejada com uma taxa de 52%, sendo o uso de outros métodos contraceptivos referido com uma taxa de 46%, quanto a referência por parte das entrevistadas da existência de outros métodos estes foram descritos como abstinência, coito interrompido, tradicionalmente e por observação da fertilidade (método do calendário menstrual).



### 5.3.7 Estruturas adequadas ao acesso de serviços de autocuidados

Para a acesso aos serviços de autocuidados na saúde reprodutiva 76% das entrevistas afirmaram que as estruturas adequadas são estruturas de saúde (36% hospital, 25% centros de saúde e 15% clínicas privadas).

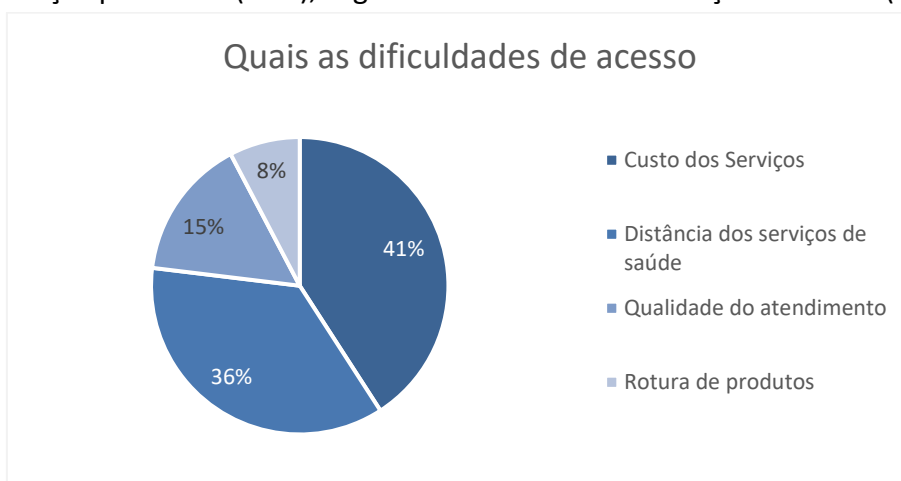


### 5.3.8 Tem dificuldades de acesso as estruturas adequadas a prestação dos serviços de autocuidados

Mais de metade das entrevistadas (59%) afirma não ter dificuldades de acesso as estruturas de saúde adequadas a prestação dos serviços de autocuidados na saúde reprodutiva.

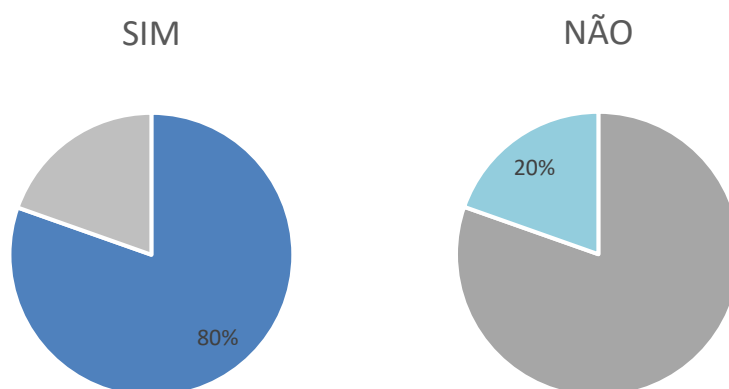


Quanto as dificuldades de acesso mencionadas para as entrevistadas a mais relevante é o custo dos serviços prestados (41%), seguido da distância dos serviços de saúde (36%).



### 5.3.9 As mulheres que têm problemas de saúde reprodutiva são discriminadas pela família

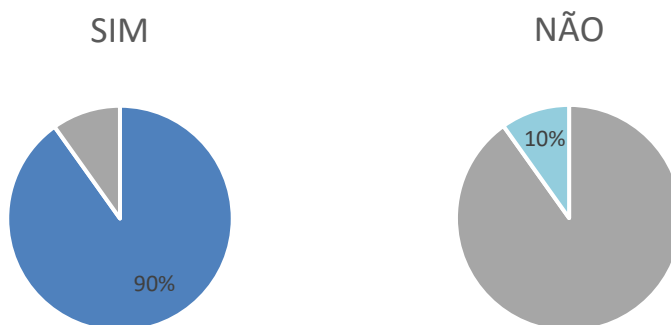
Na opinião das entrevistadas 80% das mulheres que tem problemas de saúde reprodutiva são discriminadas pela família.



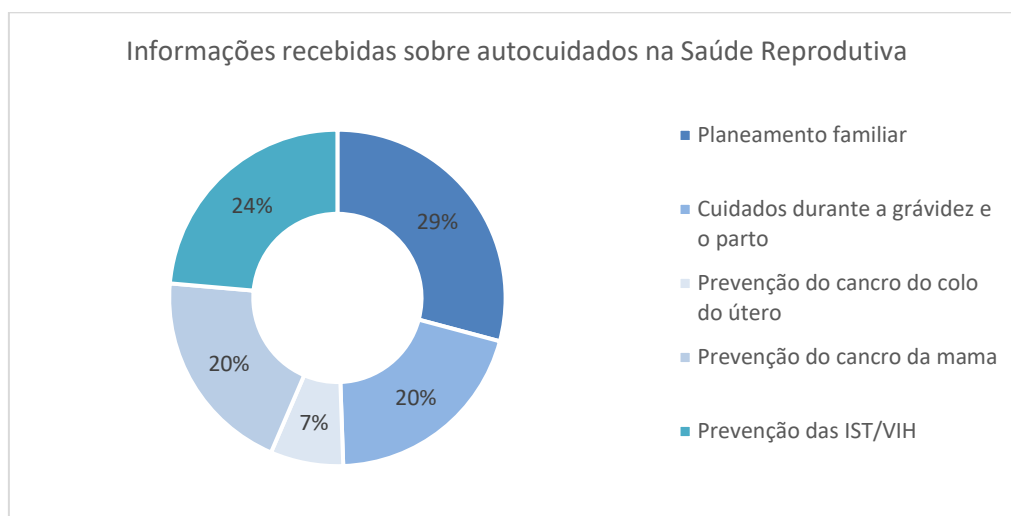
## 5.4 Práticas sobre Autocuidados na Saúde Reprodutiva

### 5.4.1 Informações recebidas sobre o autocuidado na saúde reprodutiva

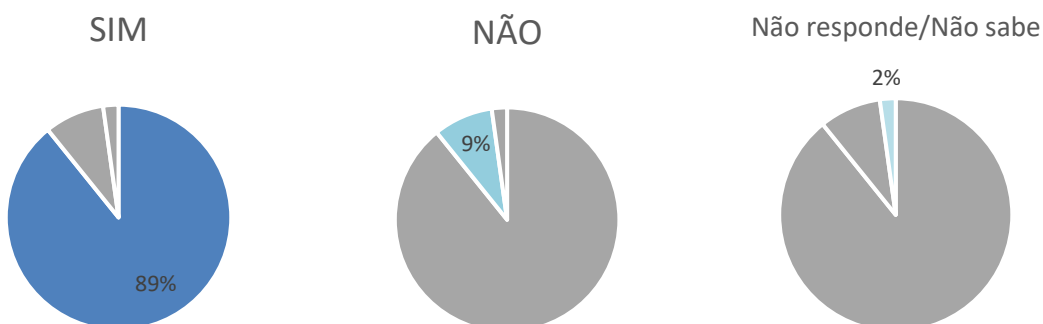
Das 500 mulheres e raparigas entrevistadas no estudo 90% receberam informações sobre o autocuidado na saúde reprodutiva.



Das quais 29% sobre a temática do planeamento familiar, 24% sobre a prevenção das IST/VIH, 20% sobre cuidados na gravidez e parto, 20% sobre a prevenção do cancro da mama e apenas 7% sobre a prevenção do cancro do colo do útero.

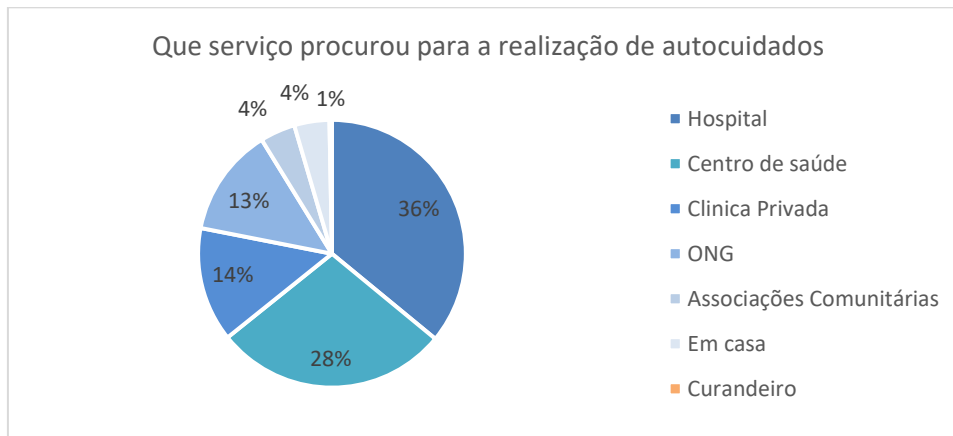


Das entrevistadas que já receberam informações sobre o autocuidado na saúde reprodutiva 89% já colocou essas informações em prática.



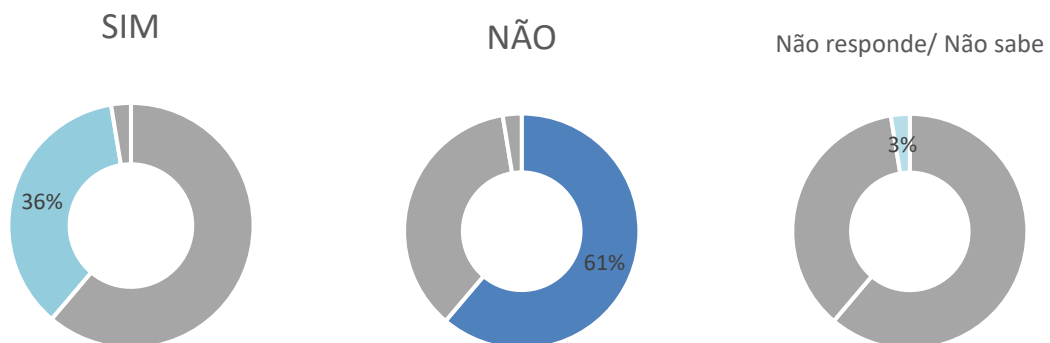
### 5.4.2 Que serviços procurou para a realização de autocuidados

Os serviços mais procurados são estruturas de saúde (78%), respetivamente 36% são hospitais, 28% centros de saúde e 14% clínicas privadas.

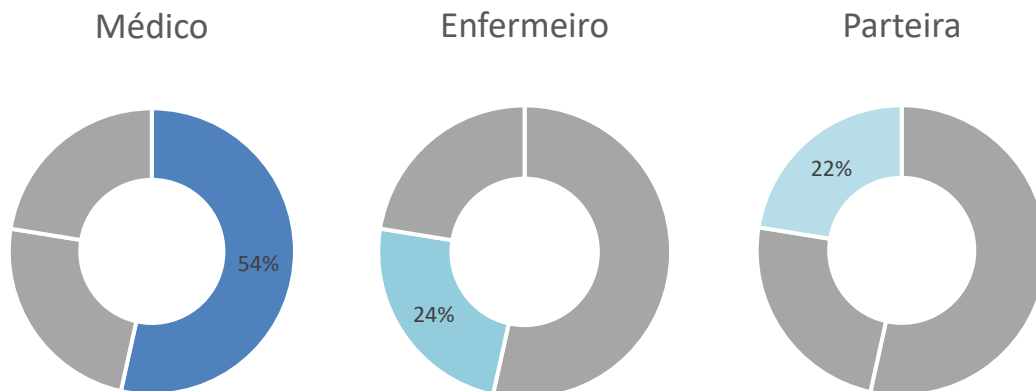


### 5.4.3 Teve alguma complicação ligeira em decorrência da falta de autocuidados

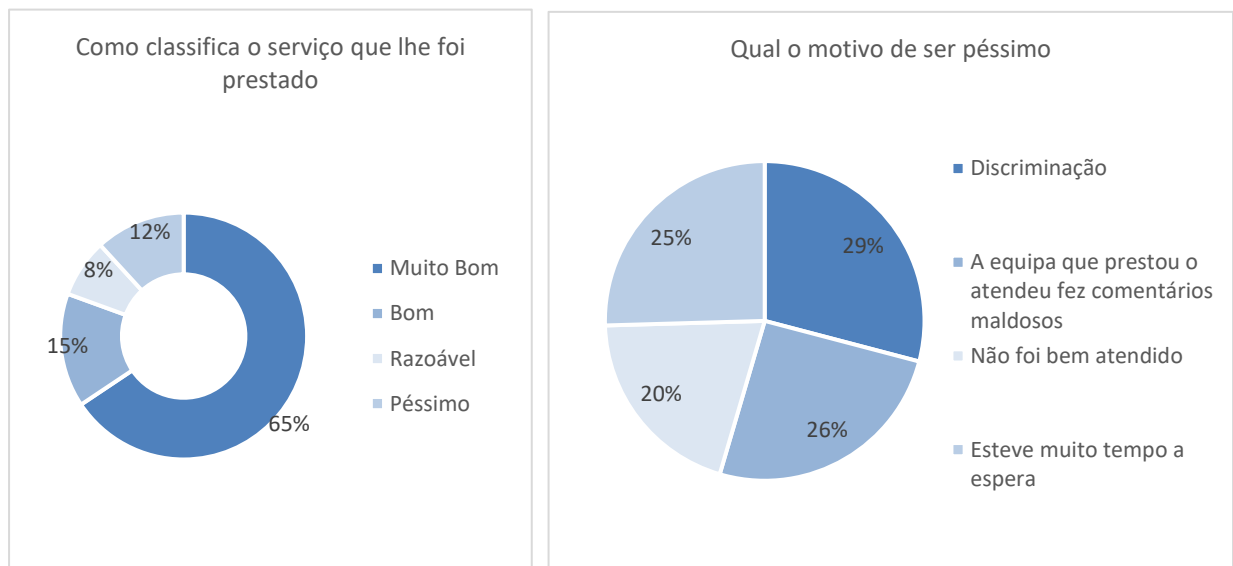
Das entrevistadas 61% diz não ter tipo complicações ligeiras em decorrência da falta de autocuidados sendo que 36% diz ter tipo complicações ligeiras em decorrência da falta de autocuidados na saúde reprodutiva.



Das complicações ligeiras em decorrência da falta de autocuidados reportadas pelas entrevistadas 54% recebeu atendimento por um médico, 24% por um enfermeiro e 22% por uma parteira.



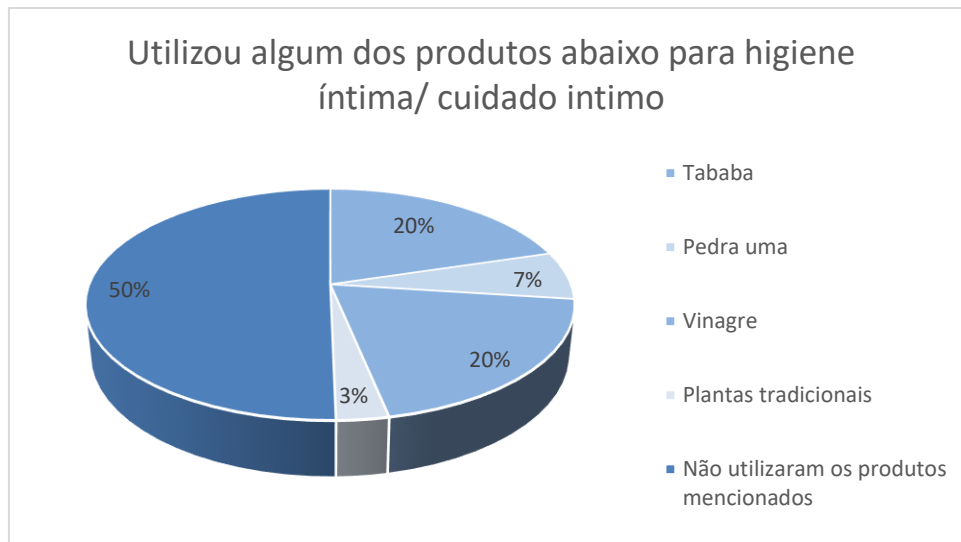
O serviço prestado foi classificado pelas entrevistas como muito bom (65%) e Bom (15%). Importa referir que 12% das mulheres e raparigas entrevistadas diz ter recebido um serviço péssimo, das quais 29% diz que se deveu a discriminação.



#### 5.4.4 Tipo de produtos utilizados para a realização da higiene íntima

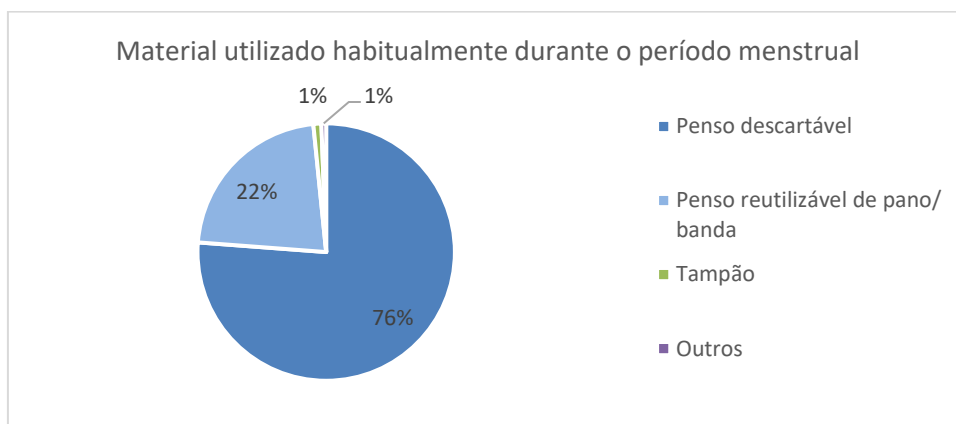
A “tababa” foi referida (20%) como um produto utilizado para a higiene íntima e/ou cuidado íntimo da mulher tal como a utilização de vinagre (20%), 7% utiliza a pedra uma e 3% plantas tradicionais. A não utilização dos produtos mencionados anteriormente foi referido por 50% das entrevistadas.



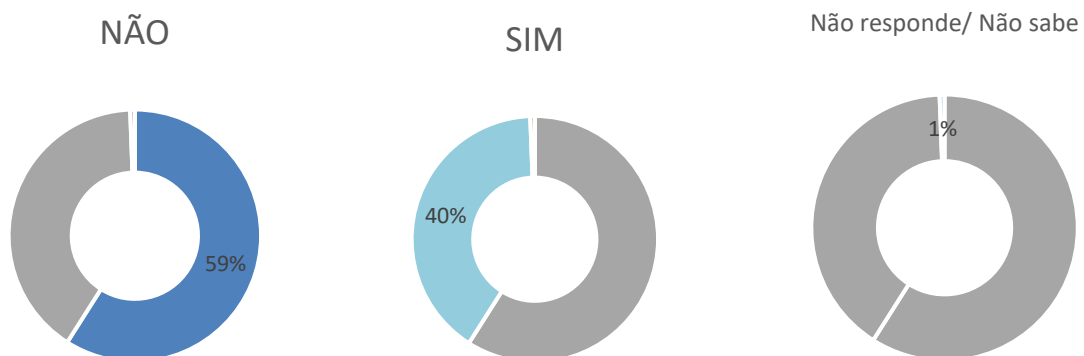


#### 5.4.5 Tipo de material utilizado habitualmente durante o período menstrual

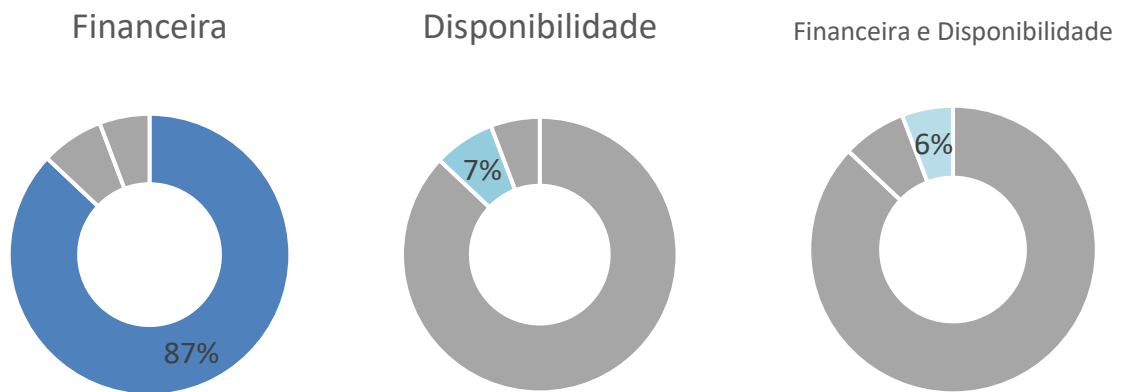
A maioria das entrevistadas (76%) utiliza pensos descartáveis durante o período menstrual e 22% utiliza pensos reutilizáveis (pano/banda).



Mais de metade das entrevistadas (59%) não tem dificuldades em obter produtos de higiene íntima quando esta com o período menstrual, sendo que 40% das entrevistas reportou dificuldades em obter produtos de higiene íntima.



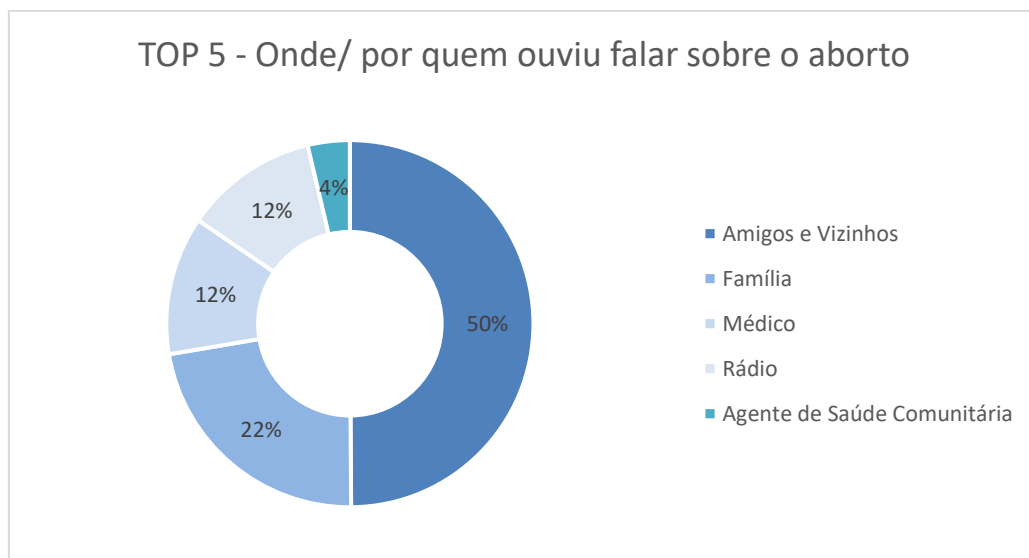
A dificuldade mais apontada para a obtenção dos produtos quando a entrevista esta com o período menstrual com a taxa de 87% é a questão financeira, 7% a disponibilidade dos produtos e 6% das entrevistadas referiu tanto a questão financeira como a disponibilidade com dificuldade.



## 5.5 Conhecimentos sobre Aborto Seguro

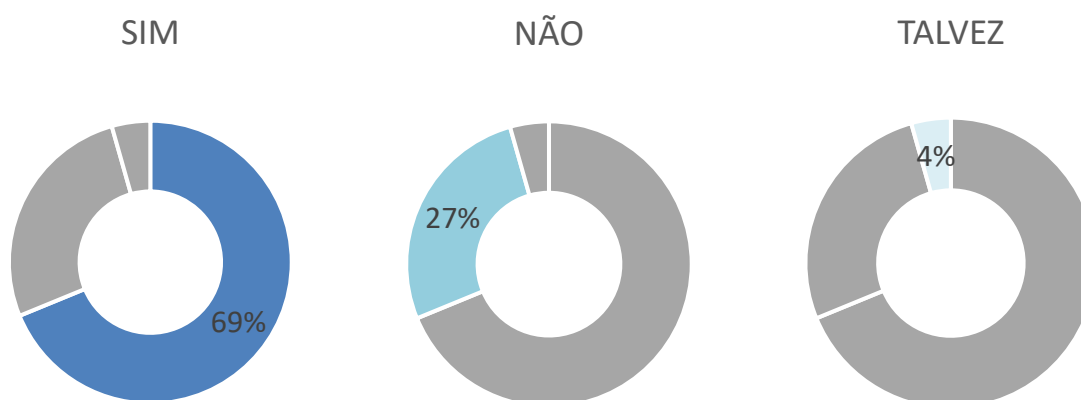
### 5.5.1 Onde/ por quem ouviu falar sobre o aborto

Durante as entrevistas realizadas 50% das entrevistadas afirma que ouviu falar sobre aborto entre amigos e vizinhos e 22% no seio familiar.



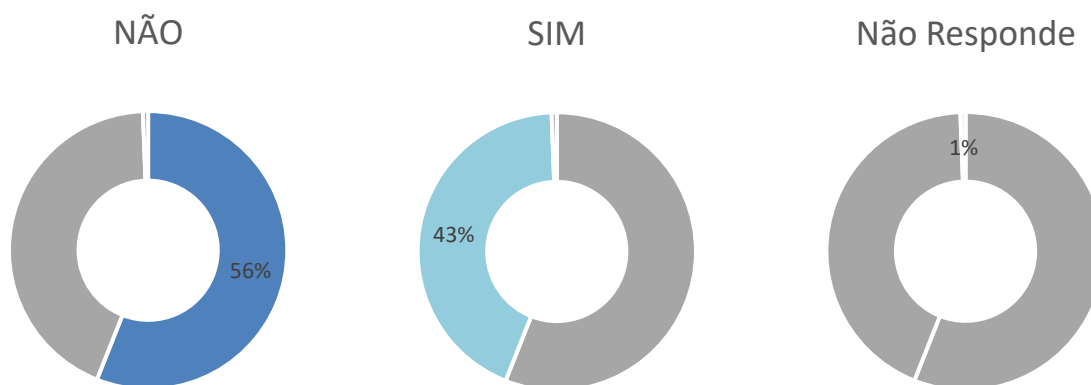
### 5.5.2 Acesso a informações sobre como realizar um aborto seguro na sua comunidade

Durante as entrevistas a 500 mulheres e raparigas 69% afirma ser possível obter informações sobre aborto seguro na sua própria comunidade contra 27% que afirma não ser possível obter essas informações.



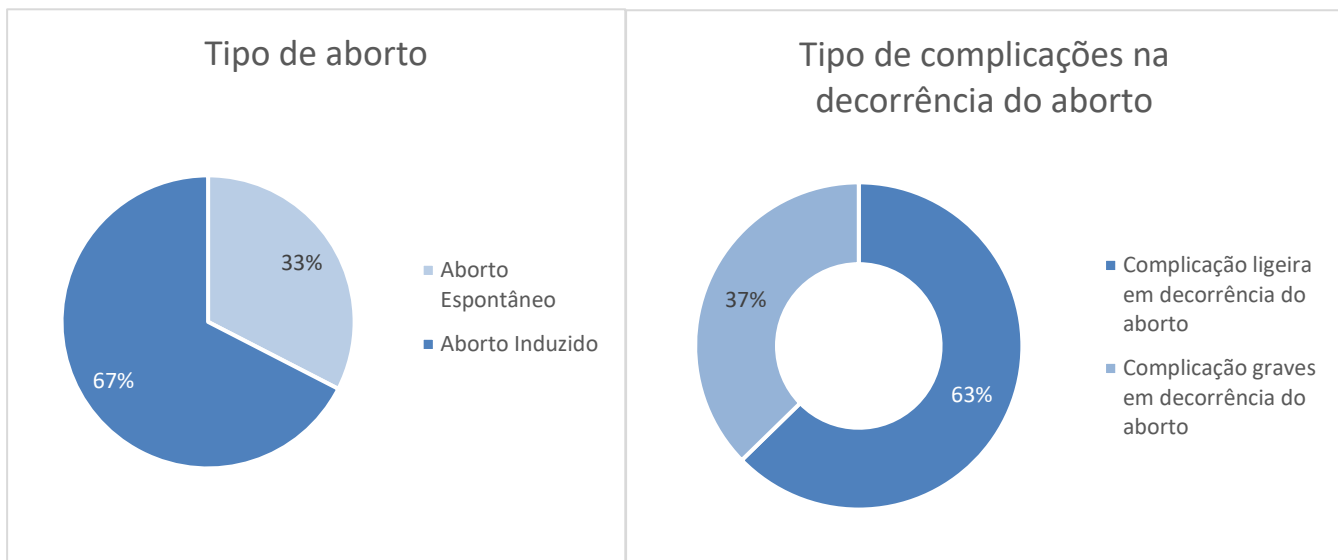
### 5.5.3 Conhece alguém que tenha feito um aborto recentemente

Das 500 entrevistadas 56% referiu que não conhece uma outra mulher que tenha feito recentemente um aborto, sendo que 43% das entrevistadas referiu que conhece uma mulher que realizou recentemente um aborto.



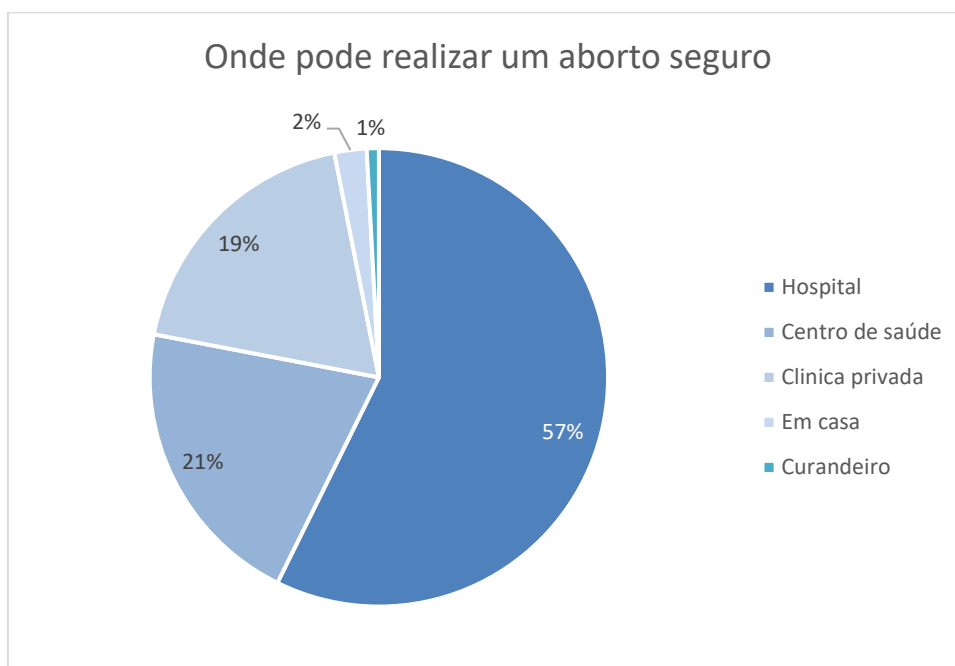
### 5.5.4 Tipo de aborto

Das 217 entrevistadas que referiram que conhecem uma mulher que realizou um aborto 67% desses abortos foram induzidos e 33% foram abortos espontâneos. Da decorrência do aborto realizado 63% alega que foram complicações ligeiras.



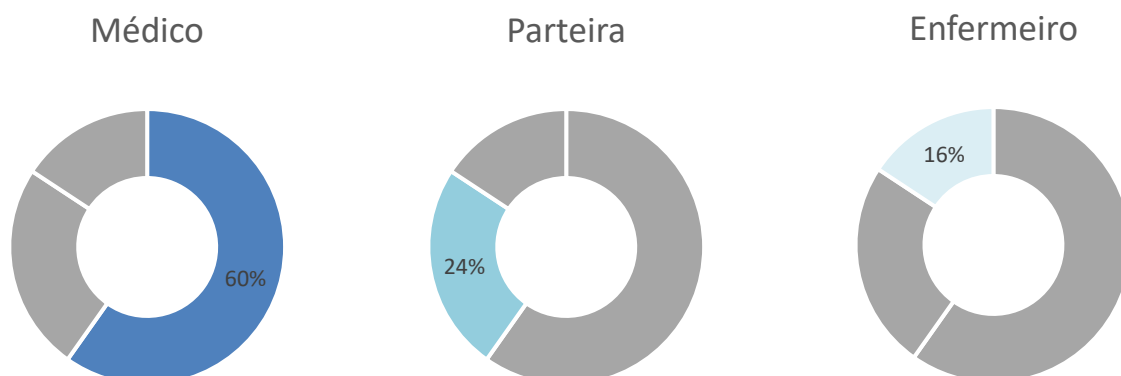
### 5.5.5 Sítios de realização de um aborto seguro

Existe uma clareza na procura de serviço seguro por parte das entrevistadas para a realização de um aborto seguro. Sendo referido as estruturas de saúde (97%) como sítios principais a realização de um aborto seguro, apenas 3% refere que o aborto pode ser realizado em casa ou com um curandeiro.



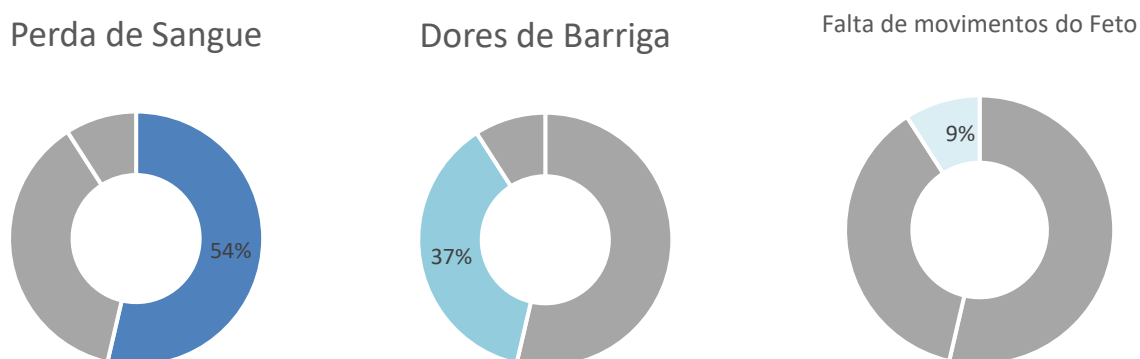
### 5.5.6 Quem pode realizar um aborto

Quanto a realização de um aborto 60% das entrevistadas refere o médico, 24% a parteira e 16% o enfermeiro.



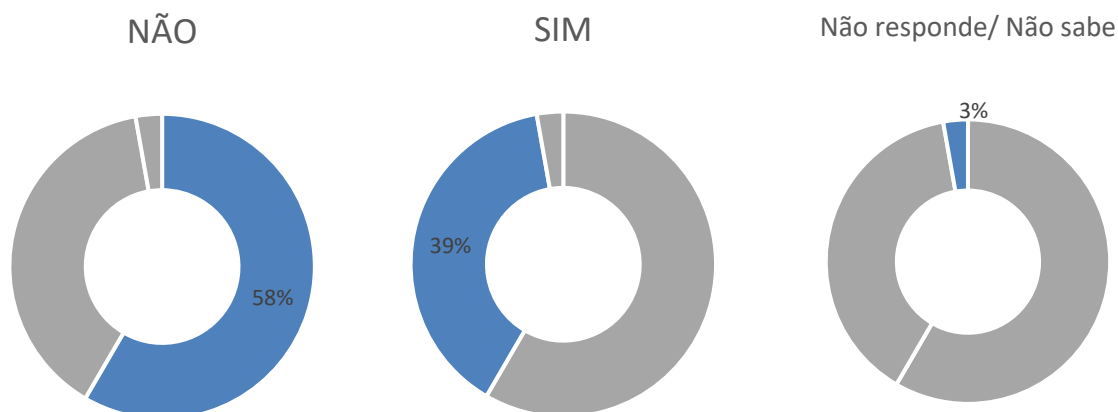
### 5.5.7 Quais os sinais de um aborto

Foram apontados 3 sinais como possíveis indícios da ocorrência de um aborto, 54% perda de sangue, 37% dores de barriga e 9% falta de movimentação do feto.



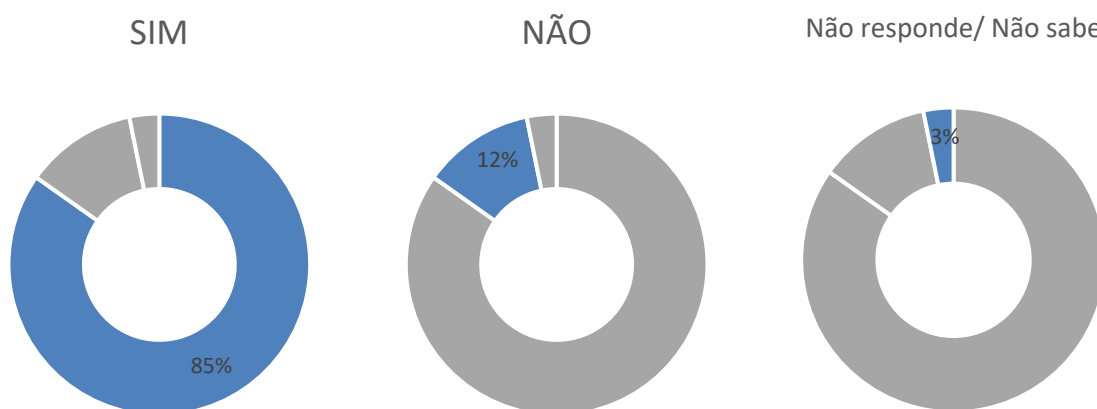
### 5.5.8 Todas as mulheres podem ter/realizar um aborto

Das entrevistadas 58% refere que nem todas as mulheres podem ter/realizar um aborto contra 39% das entrevistadas que refere que todas as mulheres podem ter/realizar um aborto.

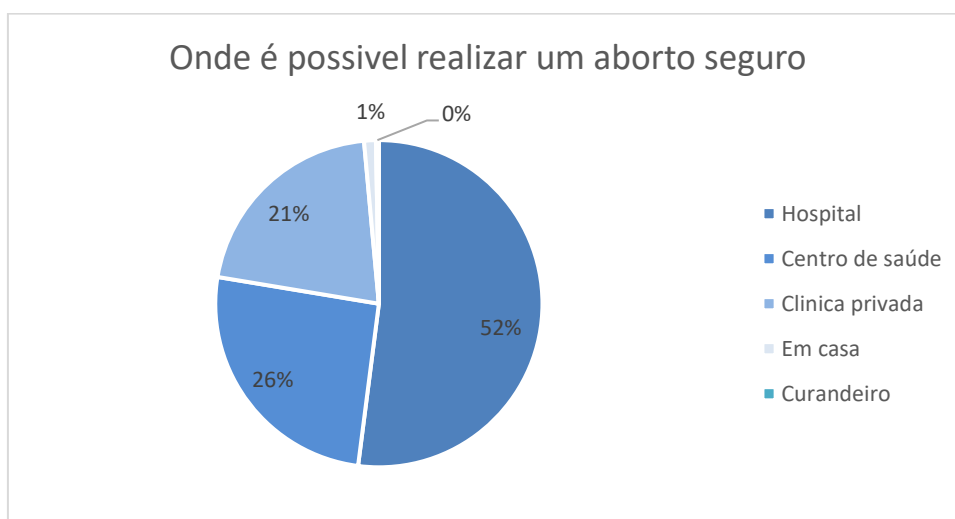


### 5.5.9 É possível realizar um aborto seguro

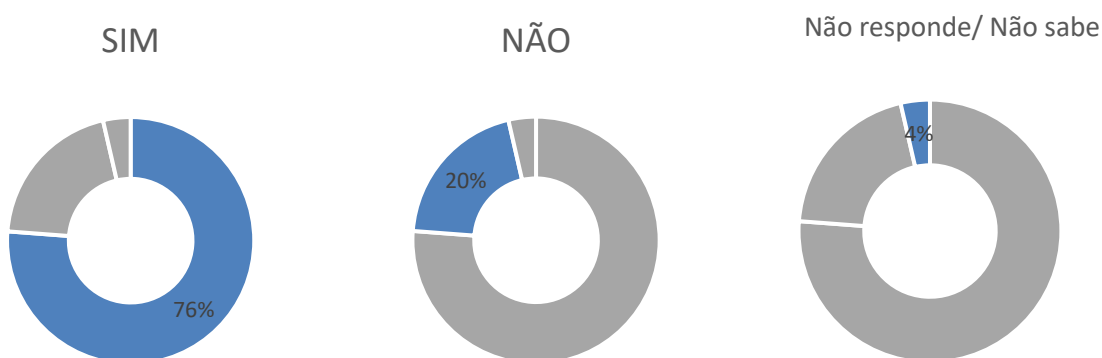
No momento da entrevista 85% das entrevistadas afirmaram que é possível realizar um aborto seguro e 12% afirmaram que não é possível realizar um aborto seguro.



Sendo que para as entrevistadas é possível realizar um aborto seguro no hospital (52%), centro de saúde (26%) e clínicas privadas (21%). A realização de um aborto seguro em casa foi referida por 1% das entrevistadas.



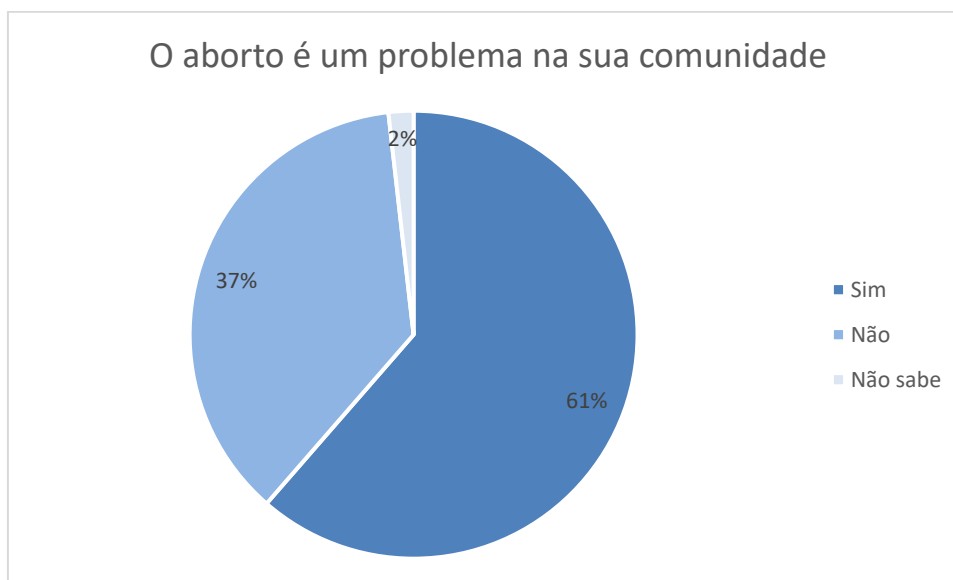
Em relação a prevenção de um aborto espontâneo 76% das entrevistadas afirma que sim e 20% afirma que não é possível prevenir o aborto espontâneo.



## 5.6 Atitudes sobre Aborto Seguro

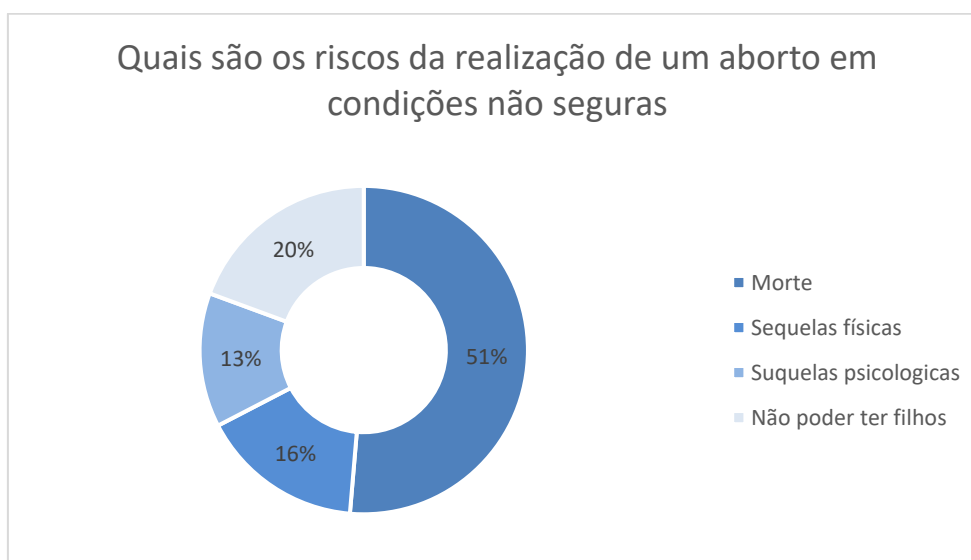
### 5.6.1 O aborto como um problema na comunidade

O aborto foi referido como um problema na comunidade por 61% das entrevistadas, enquanto 37% das entrevistadas refere que o aborto não é um problema na sua comunidade.



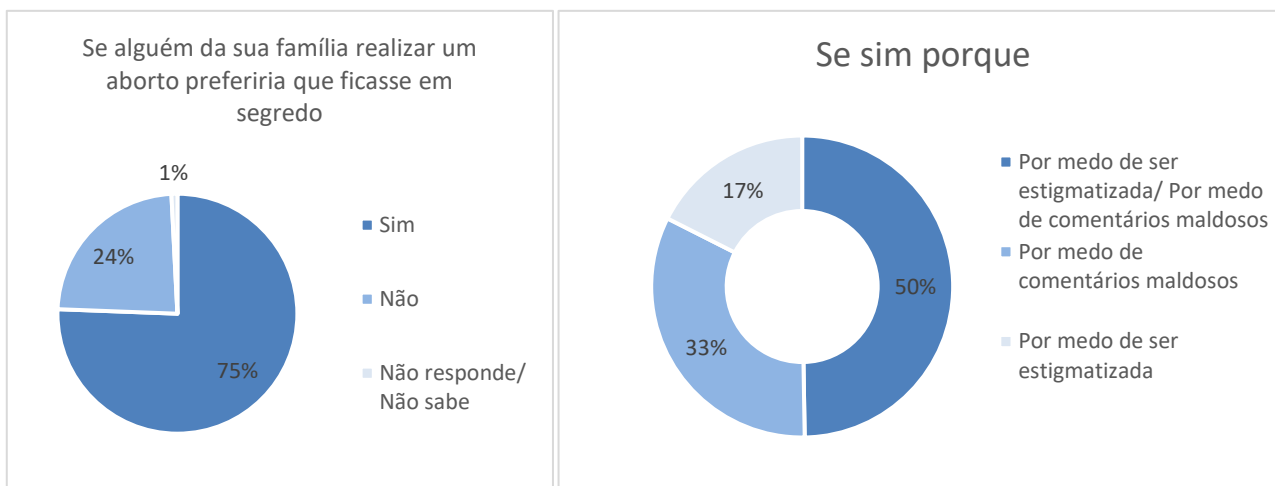
### 5.6.2 Riscos da realização de um aborto em condições não seguras

Os riscos referidos para a realização de um aborto em condições não seguras são a morte (51%), Não poder ter filhos (20%), Sequelas físicas (16%) e Sequelas psicossociais (13%).



### 5.6.3 Se alguém da sua família realizar um aborto preferiria que ficasse em segredo

Das entrevistadas 75% preferia que ficasse em segredo no caso de alguém da sua família realiza-se um aborto, destas 50% referiu que sim devido ao medo de ser estigmatizada e de comentários maldosos.

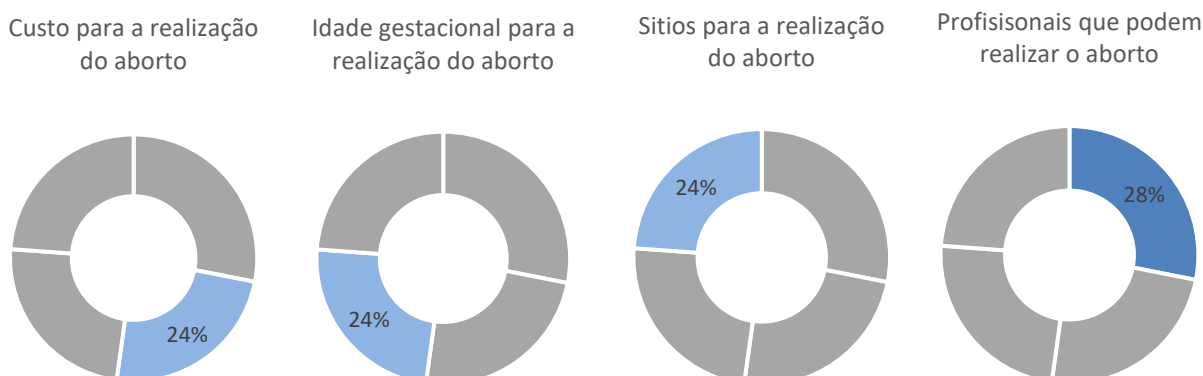


### 5.6.4 Acesso as informações sobre o aborto

As informações sobre aborto para 72% das entrevistadas são claras e de fácil compreensão.



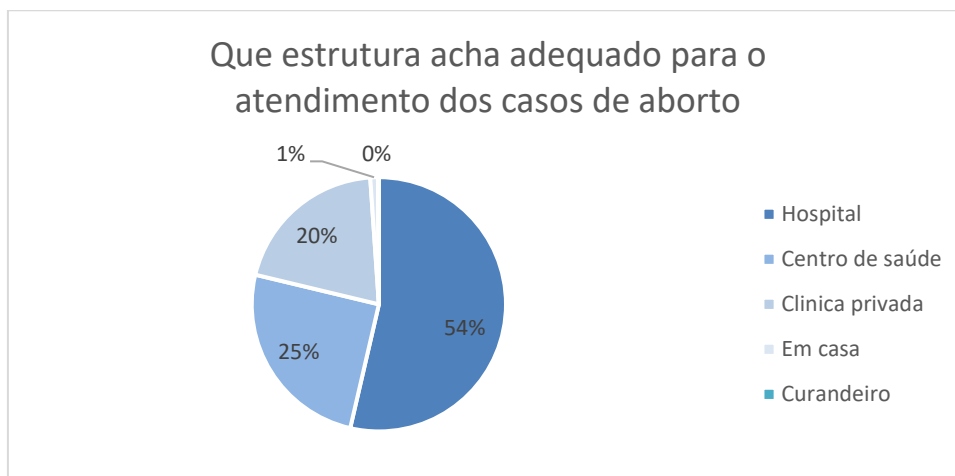
Sendo que foram referidos aspetos aos quais as entrevistadas gostariam de ter mais informações tais como profissionais que podem realizar um aborto (28%), Custos para a realização de um aborto (24%), idade gestacional para a realização de um aborto (24%) e sítios para a realização de um aborto.





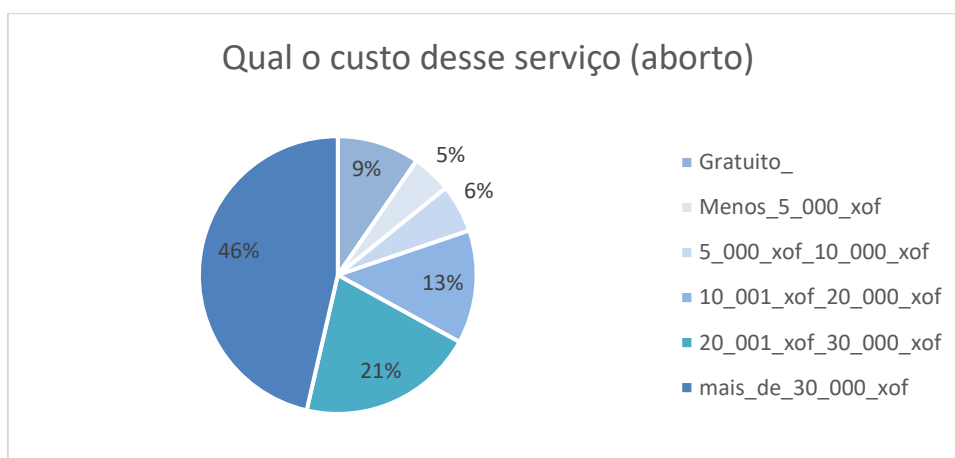
### 5.6.5 Estruturas adequadas para a realização de um aborto

Quando as estruturas para a realização de um aborto 99% das entrevistas referiu estruturas de saúde, hospitais (54%), centro de saúde (25%), clínicas privadas (20%). A realização de um aborto em casa ainda foi referida durante as entrevistas (1%).



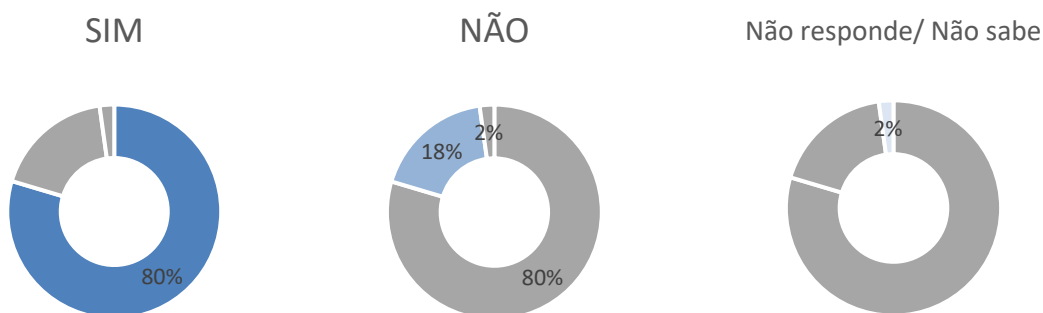
### 5.6.6 Custos para a realização de um aborto

Das entrevistadas 56% diz que o custo da realização de um aborto é superior a 30.000 xof.



### 5.6.7 Discriminação pela família na realização de um aborto

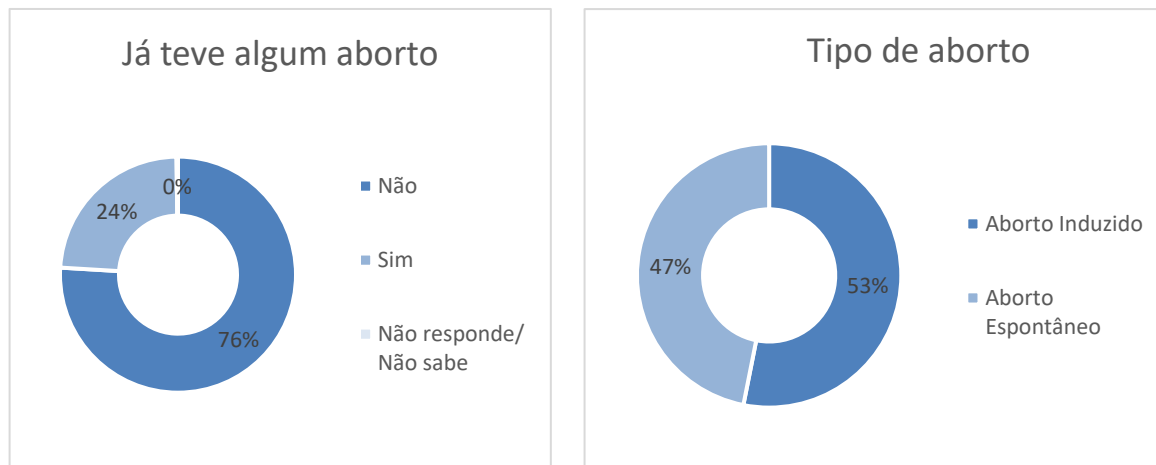
Na opinião das entrevistadas 80% refere que uma mulher que teve realizado um aborto é discriminada pela família.



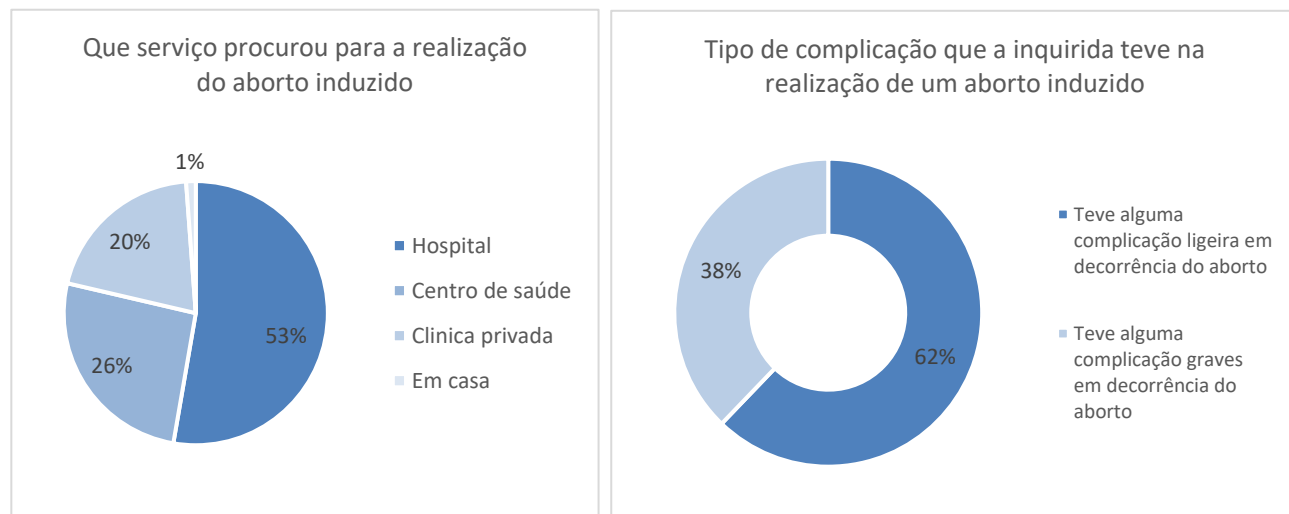
## 5.7 Práticas sobre Aborto Seguro

### 5.7.1 Realização e tipos de aborto

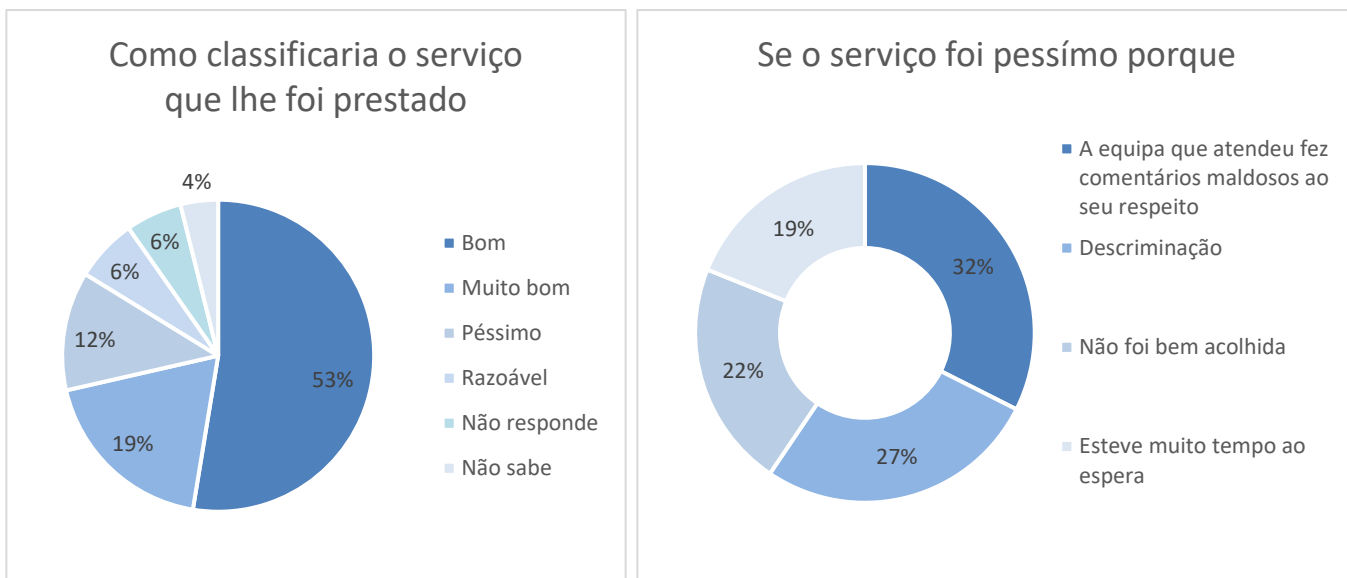
Das 500 mulheres e raparigas 76% não tiveram um aborto sendo que 24% teve um aborto, destas 53% tiveram um aborto induzido e 47% um aborto espontâneo.



Os serviços procurados para a realização do aborto induzido foram hospital (53%), centro de saúde (26%), clínica privada (20%) e ainda 1% afirma ter realizado o aborto induzido em casa. Apesar das opções de local para realização do aborto parecer ser as mais adequadas, mesmo assim houve complicações em decorrência do aborto, 38% foram mesmo complicações graves.

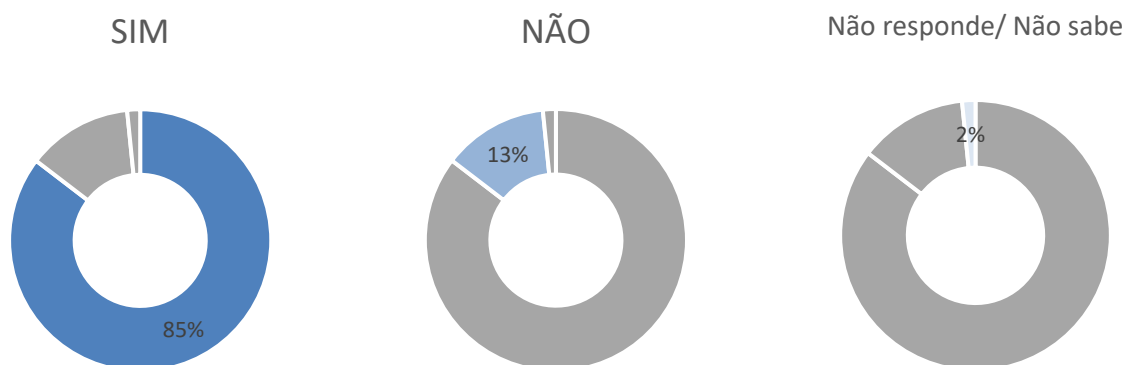


A maioria das entrevistadas classificam os serviços que lhes foram prestadas como sendo de excelência, 12% consideram os serviços prestados de péssima qualidade. Entre os que responderam que os serviços prestados eram de péssima qualidade, esta relacionada com os comentários pejorativos (32%), atitudes discriminatórias (27%), fraco acolhimento (22%) e tempo de espera até serem atendidas (19%).

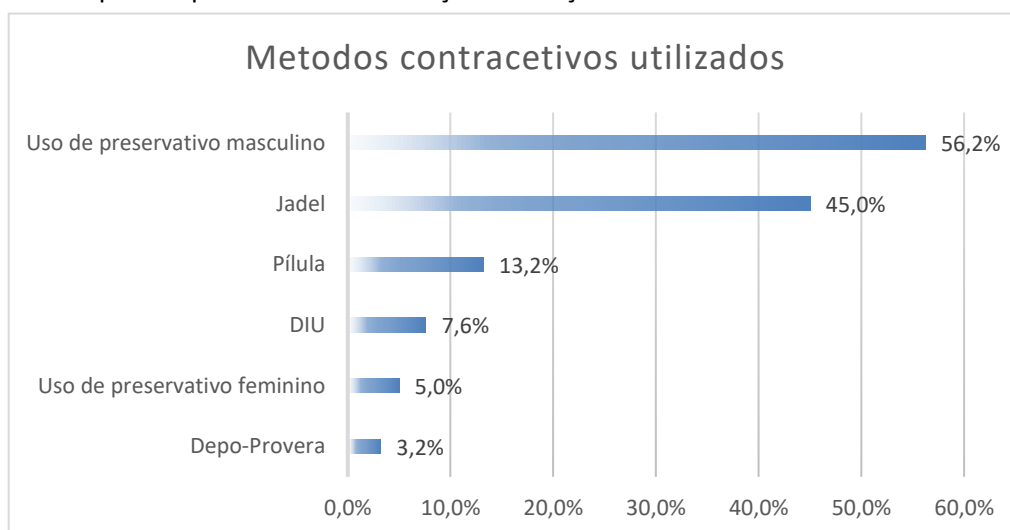


### 5.7.2 Utilização de métodos contraceptivos

85% das entrevistadas utilizam algum tipo de método contraceptivo.



O método contraceptivo mais utilizado e o contraceptivo masculino com 43%, seguido de Jodelle 35%, este último pode representar uma ameaça as doenças sexualmente transmissíveis.



## 6. Limitações do estudo

- Representatividade do meio rural
- Categorização das complicações decorrentes da realização do aborto

## 7. Conclusões e Recomendações

Para assegurar um acesso equitativo ao aborto seguro e ao tratamento pós-aborto em todo o continente, os estados-membros da União Africana que ainda não ratificaram e não implementaram integralmente o Protocolo de Maputo devem fazê-lo. Um aumento do investimento governamental nestes serviços, incluindo a priorização orçamental da atenção ao aborto seguro, ajudariam a prevenir abortos inseguros. ("Investimento na Saúde Sexual e Reprodutiva na União Africana", em <https://www.guttmacher.org/pt/fact-sheet/investing-sexual-and-reproductive-health-african-union>).

- Foram entrevistadas 349 Mulheres e 151 Raparigas, entre as quais 136 estavam grávidas no momento das entrevistas;
- Cerca de 75% das entrevistadas tinham pelo menos ensino primário completo;
- Metade (aproximadamente 50%) professam a religião católica;
- 60% Das famílias tinham entre 6 a 10 pessoas e tinham o rendimento mensal inferior a 50.000 xof;
- 20% das residências das participantes ficavam a mais de 5 km da estrutura sanitária onde procuram serviços.
- A maioria das entrevistadas já ouviram falar dos autocuidados na saúde reprodutiva, as informações são claras e de fácil compreensão, os amigos e familiares são as fontes de informação mais frequentes (44%), estas informações também são acessíveis ao nível comunitário, entre as informações recebidas sobre a saúde reprodutiva a prevenção do cancro do colo do útero foi apenas de 5%;
- A aceitação da prática do autocuidado é geral por parte das entrevistadas (96%), acreditam que tem consequências positivas na saúde da mulher, sendo que a maioria das mulheres devem praticar o autocuidado;
- Cerca de metade das mulheres (50%) entrevistadas preferia que ficasse em segredo se alguém da sua família tivesse problemas ligados a saúde reprodutiva, 50% devido ao estigma e comentários maldosos;
- Quanto a produtos de higiene íntima utilizado 50% (água morna com sal, limão, betadine, medicamentos) e curiosamente aparece TABABA com 20%, sobre este último carece de investigação mais profunda;

- As entrevistadas apontam as dificuldades financeiras e disponibilidade como barreiras na utilização de alguns produtos para quando estão com menstruação.
- O aborto ainda é visto como tabu pelas famílias, por um lado querem a prática que se mantenha em segredo se um membro da família o realizar e ainda há percepção de que haja discriminação e maus-tratos;
- As estruturas sanitárias são consideradas como locais ideais para o atendimento em caso de aborto, apenas 1% das entrevistadas considera a possibilidade de realizar um aborto em casa ou curandeiro;
- 24% Das entrevistadas já teve algum aborto, entre as quais 38% teve complicações graves em decorrência do aborto;
- 72% Das entrevistadas classifica os serviços prestados como sendo Bom ou Muito Bom, 12% classifica como sendo péssimos;
- A maioria parte dos entrevistados 85% assume que utiliza pelo menos um método contraceptivo, entre os quais os mais utilizados são preservativos (43%), Jadelle (35%) e Pílula (10%);
- Utilização de canais como rádio e televisão como fonte de informação sobre autocuidados na saúde reprodutiva e aborto seguro.

## 8. Referências Bibliográficas

- Plano Estratégico Nacional de resposta ao VIH/SIDA da Guiné-Bissau, 2019-2023, SNLS
- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, 2018-2022, PNDS III
- Relatório de Desenvolvimento Humano, 2019, PNUD
- "Investimento na Saúde Sexual e Reprodutiva na União Africana", em <https://www.guttmacher.org/pt/fact-sheet/investing-sexual-and-reproductive-health-african-union>
- 3º o fórum da CEDEAO sobre as melhores práticas da saúde, accra-ghana, 23-25 outubro 2018
- Código Penal (Decreto-Lei nº 4/93 – publicado no Suplemento ao Boletim Oficial nº 41, de 13 de outubro de 1993, com as alterações introduzidas pela Lei nº 2/2002, publicada no Boletim Oficial nº 21, de 27 de maio de 2002 e pelo artigo 13º da Lei nº 7/97, de 2 de Dezembro, publicada no suplemento ao Boletim Oficial nº 48, de 2 de Dezembro de 1997) ARTIGO 112º (Aborto)
- Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2018-2019 (MICS 6) Ministério da Economia, do Plano e Integração Regional Direcção-Geral do Plano Instituto Nacional de Estatística
- Lei da Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, 2010
- Política de Saúde Reprodutiva, 2004
- Lei Geral do Trabalho (lei nº 2/1986 – publicado no 3º suplemento ao Boletim Oficial nº14 de 5 de abril de 1986)
- SECÇÃO DE DIREITOS HUMANOS (UNIOGBIS-SDH)-ACNUDH RELATÓRIO SOBRE O DIREITO À SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU, ABRIL DE 2017
- Estratégia Nacional da Saúde Reprodutiva, Materna Neonatal, Infantil e de Adolescentes (SRMNIA), 2019-2024
- WHO Consolidated Guideline on Self – Care Interventions for Health Sexual and Reproductive Health and Rights OMS 2019
- Análise da situação da saúde materna infantil no contexto da África Ocidental, março 2021, OMS (Conferencia nacional saúde materna e infantil na Guiné-Bissau)
- Situação atual da saúde materna infantil e desafios em termo de recursos, março 2021, MINSAP (Conferencia nacional saúde materna e infantil na Guiné-Bissau)
- Práticas de cesarianas nas estruturas de saúde da Guiné-Bissau, março 2021, IMVF (Conferencia nacional saúde materna e infantil na Guiné-Bissau)
- Orientações técnicas e de política para o sistema de saúde, 2º edição 2011

## **9. Anexos**

- Autorização do comité de ética
- Modelo de Nota de Consentimento
- Modelos de Questionários