

INÁCIO ALFREDO DA COSTA

A IMPORTÂNCIA E A ACEITAÇÃO DE ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO PÓS-PARTO NA MATERNIDADE DO HOSPITAL NACIONAL SIMÃO MENDES

Dissertação de Mestrado em Saúde pública,
sob a orientação do Professor Doutor Paulo Moura e co-orientação da Dra. Teresa Bombas,
apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Junho 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

INÁCIO ALFREDO DA COSTA

**A Importância e a Aceitação de Aconselhamento
Contracetivo Pós-Parto na Maternidade de
Hospital Nacional Simão Mendes. Guiné**

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA.

Coimbra, 30 de junho 2016

INÁCIO ALFREDO DA COSTA

**TITULO: A IMPORTÂNCIA E A ACEITAÇÃO DE ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO
PÓS-PARTO NA MATERNIDADE DE HOSPITAL NACIONAL SIMÃO MENDES**

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Dissertação de Mestrado em Saúde Pública,
apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sob a
orientação do Professor Doutor Paulo Moura e co-orientação Dra. Teresa Bombas

Coimbra, 30 de junho 2016

Agradecimentos.

Ao meu Orientador Professor Doutor Paulo Moura, que desde sempre me incentivou a levar a cabo este trabalho e esta dissertação.

E - também e muito especialmente - à minha Co-Orientadora Dra. Teresa Bombas: pela orientação cuidadosa, sempre disponível e empenhada, pela dedicação e pela confiança que em mim depositou durante todo esse ano de trabalho.

Sem vós não seria possível a realização desta dissertação.

Agradeço ainda a todos os que no Hospital Simão Mendes me acompanharam e ajudaram na recolha dos Questionários.

E - finalmente mas não por último - a todas as puérperas minhas concidadãs que aceitaram participar neste estudo cujos resultados espero que possam trazer uma melhoria de Cuidados Assistenciais e de Vida: se não já para si próprias mas pelo menos para as suas filhas e netas.

Abreviaturas

DIU: Dispositivo Intrauterino

FIGO: Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

ISF: Índice Sintético de Fecundidade

MDGs: Millennium Development Goals

ODM: Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS: Organização Mundial da Saúde

SS&R: Saúde Sexual e Reprodutiva

Tx de fertilidade: Taxa de fertilidade

UNFPA: Fundo das Nações Unidas para a População

**A Importância e a Aceitação de Aconselhamento Contracetivo
Pós-Parto na Maternidade de Hospital Nacional Simão Mendes,
Guiné-Bissau**

Inácio Alfredo da Costa

Resumo

Introdução: Milhões de mulheres no mundo ficam grávidas de forma não planejada e não desejada. África tem a maior taxa de fertilidade do mundo para a qual também contribui a verificada menor prevalência de uso de contraceção resultante da elevada necessidade não satisfeita em planejamento familiar. A Guiné-Bissau é um dos países do continente com a maior taxa de fertilidade e de mortalidade materna e infantil. O espaçamento da gravidez diminui o risco de complicações e melhora a qualidade da assistência da mãe à família, contribuindo deste modo para a diminuição da morbidade e mortalidade materno-infantil. Um dos desafios da OMS é a melhoria da saúde materna. O pós-parto constitui uma oportunidade de promoção do planejamento familiar possibilitando assim prevenir uma gravidez não desejada, programar o espaçamento entre as gestações permitindo melhorar as condições de saúde maternas até uma nova gravidez.

Objetivos: Avaliar a importância e a aceitação do aconselhamento contraceptivo no pós-parto na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes / Bissau, Guiné-Bissau.

Material e Métodos: Estudo descritivo, observacional de tipo transversal realizado através da aplicação de um questionário anónimo, pré-codificado, maioritariamente com perguntas fechadas, às mulheres que tiveram o parto no período de Outubro a Novembro de 2015.

Resultados: Foram incluídas 725 puérperas. Tinham idade inferior a 30 anos 76,1%. Tinham conhecimento. Eram adolescentes 22,4% das quais 44,5% eram casadas. Metade da população estudada era analfabeta ou tinha a escolaridade básica. Afirmaram conhecer a existência de métodos de contraceção 65,5% das mulheres. Apenas 37,5% usam ou usaram em alguma fase da sua vida um método de contraceção. A prevalência de respostas afirmativas aumentou com o nível de escolaridade, residência em meio urbano, primeira gravidez fora da adolescência. Afirmaram não esperar engravidar / não planear engravidar 50,3% das mulheres. Aceitaram a hipótese de usar um método contraceptivo no futuro 83,4%.

Conclusões: A maioria das mulheres conhecem os métodos contraceptivos mas, não os utiliza. A baixa literacia, a residência em meio rural, primeira gravidez na adolescência, casamento na adolescência e a grande multiparidade foram as características predominantes associadas à menor utilização de contraceção, elevada prevalência de gravidez não planeada e com um intervalo inferior a dois anos conforme recomendado. A maioria das mulheres se tiver oportunidade aceita o uso de contraceção após o parto.

Palavras-chave: contraceção, planeamento familiar, gravidez não planeada, mortalidade materno-infantil.

Abstract

Introduction: Millions of women throughout the world have non-planned and non-wished pregnancies. In Africa the prevalence of contraception use is very low and, simultaneously, the fertility rate is the biggest. This high fertility rate is also conditioned and determined by non-satisfied needs concerning family planning. Guiné-Bissau is one of the countries of the African continent with the highest maternal, perinatal and infant mortality rates. Spacing pregnancies reduces the risk of complications and improves the quality of clinical care for the mother (during pregnancy and childbirth), as well as the quality of family life and health and maternal and infant morbidity and mortality. The post-partum is a unique opportunity to promote family planning and contraception, preventing non-wanted pregnancies, spacing them and promoting women's health. In this context, and considering that one of the main objectives of the WHO is the promotion of health among women, and, more specifically, during and after pregnancy it is of the utmost relevance to define the conditions that are prevalent in the most fragile communities and countries.

Objectives: The present work pretended yo: to assess the importance and acceptability of contraceptive counseling after delivery in the main Maternity of Guiné-Bissau (Maternidade Simão Mendes).

Materials and Methods: This is an observational and descriptive study made trough the application of a mainly closed and anonymous questionnaire distributed to women that were in the immediate puerperium at that maternity during October-November 2015.

Results: 725 women were included in the study after delivery. Of them, 76,1% were aged below 30 years; 44,4% of them married; 22,4% were adolescents. About half of the study group were illiterate or with very basic education. Only 65,5% of the women stated to have some knowledge of contraceptive methods and just 37,5% had ever used it throughout sexual life. Knowledge and use of contraceptive methods were higher amongst women with higher literacy, urban residency and fist pregnancy beyond adolescence. The expectation of not planning/desiring

pregnancy was stated by 50,3% of the women. The willing to use a safe contraceptive method was declared by 83,4% of the questioned women.

Conclusions: The majority of these women had some knowledge of contraceptive methods available, but usually do not use them. Low literacy levels, rural origin, first pregnancies, short interval between pregnancies, adolescence and multiparty was the main factors associated with low or scarce contraceptive use, high prevalence of unplanned pregnancies and an interval between pregnancies below 2 years.

Key-Words: contraception; family planning; non-planned pregnancy; maternal mortality; perinatal mortality; infant mortality.

Índice

I. Introdução	2
II. Objetivos do Trabalho	7
III. Material e Métodos.....	8
IV. Resultados.....	11
1. Caracterização sociodemográfica	12
2. Avaliação do conhecimento da existência de métodos de contraceção.....	13
3. Prevalência de uso de contraceção	13
4. Tipo de contraceção utilizada (último método utilizado)	14
5. Gravidez não planeada	15
6. Intervalo entre gestações.....	17
7. No futuro gostaria de usar um método de contraceção seguro.....	18
8. Gravidez na adolescência	18
9 Morbimortalidade materna, neonatal e infantil	19
V. Discussão	20
VI. Conclusões	25
VII. Pontos fracos e fortes do trabalho	26
VIII. Comentários finais	27
Anexo 1 (Inquérito)	29

I. Introdução

Milhões de mulheres no mundo ficam grávidas de forma não planeada e não desejada. No início, a promoção do planeamento familiar teve como objetivo principal o controlo do crescimento populacional. Nos últimos 10-15 anos e sobretudo depois da Conferencia Internacional do Cairo em 1994, a motivação dos programas de planeamento familiar centrou-se na ajuda individual, a homens e mulheres, que e de acordo com as suas preferências, possam decidir o número de filhos e o tempo adequado para os ter. A mulher ganha uma oportunidade para melhorar sua educação e participar mais na vida pública, em particular sob a forma de emprego remunerado em empresas que não familiares. Ter uma família pequena encoraja os pais a dedicar mais tempo a cada criança. As crianças que têm poucos irmãos tendem a passar mais anos na escola do que aqueles que têm muitos¹. O planeamento familiar é a chave para reduzir o crescimento insustentável da população e os efeitos negativos que isso traz sobre a economia, o ambiente e os esforços nacionais e regionais, para alcançar o desenvolvimento.

Surge então o conceito *de necessidades não satisfeitas em planeamento familiar* sendo definido como o número de mulheres sexualmente ativas, em idade fértil que não desejam engravidar e que não estão a usar contraceção (métodos tradicionais ou modernos). Globalmente 10% das mulheres casadas ou em união de fato e que

¹ Ashford LS, New perspectives on population: lessons from Cairo, *Population Bulletin*, Washington, DC: Population Reference Bureau, 1995, Vol. 50, Issue 1.

pretende evitar a gravidez não usa contraceção (12% nos países desenvolvidos e 22% nos países menos desenvolvidos)².

O continente Africano tem a maior taxa (tx) de fertilidade do mundo, que está estimada em 4,9 nascimentos por mulher em idade fértil, e a menor prevalência de uso de contraceção: 28 em cada 1000 mulheres dos 15-49 anos usa um método contraceutivo³. A elevada taxa de fertilidade é multifatorial e na cultura africana a maternidade é uma referência social importante, a identidade da mulher e o seu reconhecimento comunitário estão relacionados com a capacidade de ter filhos e de ter muitos filhos⁴. A elevada tx de fertilidade também é condicionada pelas necessidades não satisfeitas em planeamento familiar. As razões mais frequentes para uma mulher sexualmente ativa não usar contraceção podem ser analisadas a dois níveis: - global, e aqui encontramos o efeito relacionado com legislações restritivas, carências económicas, políticas de saúde não efetivas e nas quais a saúde reprodutiva não é uma prioridade (nestas circunstâncias as mulheres usariam um método de contraceção se tivessem oportunidade); - individual onde estão as convicções sociais, os mitos e receios relacionados com o uso de contraceção, o conceito de proteção natural em relação ao risco de gravidez relacionado com algumas fases da vida, por exemplo o período de amamentação e o limiar da idade reprodutiva, e, sobretudo, o pouco poder da mulher para decidir as condições sua atividade sexual e reprodutiva (nestas circunstâncias as mulheres podem não usar um método de contraceção mesmo que tenham oportunidade). Fora do continente africano são conhecidos os padrões de mulheres com necessidades não satisfeitas em contraceção: residentes em meio rural, baixo nível educacional e económico. Em contraste, este padrão de distribuição é mais difícil de estabelecer no continente africano onde os países são muito diferentes entre si⁵.

O espaçamento das gestações diminui o risco de complicações obstétricas e melhora a assistência da mãe à família, contribuindo também para a diminuição da morbilidade e

² UNFPA- state of world population 2015

³ Atlas of African Health Statistics 2016: Health situation analysis of the African Region. WHO Regional Office for Africa, 2016

⁴ Amadium I. Male daughters, female husband: gender and sex in an African society. London: Zed Books; 1987.

⁵ Sedgh G et al., Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method, *Occasional Report*, New York: Guttmacher Institute, 2007, No. 37.

mortalidade materno-infantil. Sendo recomendado o *intervalo de tempo recomendado* entre duas gestações o período de 24 meses. A base desta recomendação de esperar 24 meses depois de um parto de um nado vivo para uma nova gravidez, reporta-se ao fato que de acordo com a literatura este período de tempo se associa a um menor risco de complicações maternas, fetais e perinatais. Esta recomendação é também consistente com o intervalo de tempo de pelo menos dois anos recomendado pela OMS/UNICEF para a amamentação. Depois de um aborto (espontâneo ou provocado), o tempo mínimo recomendado até uma nova gestação é de 6 meses com o objetivo de também reduzir complicações maternas e perinatais⁶.

No início do novo milénio os líderes mundiais nas Nações Unidas delinearam um plano para reduzir a pobreza. Este plano foi transformado nos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM): *Millennium Development Goals (MDGs)*. O Objetivo 5 (*MDG5*) relacionava-se com a melhoria da saúde materna. A maternidade materna global (numero de mortes por 100 000 nados vivos) diminuiu de 330 no ano 2000 para 210 em 2013; o número de mulheres que recebe 4 ou mais consultas pré-natais subiu de 50% para 89% entre 1990 e 2014; o número de partos assistidos por pessoal especializado aumentou de 59% em 1990, para 71% em 2014; a prevalência de uso de contraceção em mulheres em idade fértil aumentou de 55% em 1990 para 64% em 2015⁷.

Na Guiné-Bissau, em 2015 segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁸ a população era 1 844 000. A esperança de vida é de 55 anos para os homens e 60 anos para as mulheres. A gravidez e o nascimento são na maioria dos países do mundo um símbolo de felicidade, mas em África – e especialmente na Guiné-Bissau - constituem um risco elevado. A mortalidade materna foi em 1990 de 930 mortes por 100 000 nados vivos e em 2013 passou para 560 mortes por 100 000 nados vivos (mantendo-se mesmo assim acima da média da OMS para a região). No país, as principais causas da mortalidade materna são as hemorragias puerperais, hipertensão (eclâmpsia), distocia, rotura uterina, infeções e as complicações do aborto ilegal, sendo

⁶ Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing Geneva, Switzerland, 13–15 June 2005

⁷ The Millennium Development Goals Report 2015; united Nations.

⁸ <http://www.who.int/countries/gnb/en/>

no seu conjunto responsáveis por 86% das mortes diretas⁹. Em 2015, o Índice Sintético de Fecundidade (ISF) foi em 2015 de 5,0 sendo mais elevado no meio rural (6,4 filhos por mulher em idade fértil) do que no meio urbano (3,5), sendo no mundo 2,5 e, nas regiões menos desenvolvidas 4,3. A mortalidade infantil foi de 55,4 mortes por 1000 nados vivos. A idade média de nascimento de primeiro filho situa-se nos 18 anos. A prevalência da gravidez na adolescência foi de 141 por mil, sendo maior no meio rural (189 por mil) e, nas jovens com baixo nível de educação ou não escolarizada (237 por mil) o que contribui para o empobrecimento do país. No mundo a prevalência de partos em adolescentes foi de 44/1000 entre 1999-2014, sendo nas regiões menos desenvolvidas do mundo 113/1000 nascimentos. A prevalência do uso de contraceção é no país 14% (entre as mulheres casadas ou em união de facto) sendo inferior à média africana que é de 27%. Utilizam um método contraceptivo moderno apenas 10% e 4% da população um método tradicional. Estes dados são alarmantes em pleno século XXI, e mesmo depois de todo o trabalho desenvolvido no âmbito dos ODM a Guiné-Bissau encontra-se na lista dos 49 países menos desenvolvidos do mundo¹⁰.

A nova agenda de cinco anos da OMS em África, *O Programa Africano de Transformação da Saúde para 2015-2020: uma visão para a cobertura universal de saúde*, é o quadro estratégico que irá orientar as contribuições da OMS à plataforma de desenvolvimento sustentável emergente em África. Articula uma visão para a saúde e desenvolvimento que procura abordar as desigualdades e injustiças inaceitáveis que têm mantido a nossa região muito atrás de outras em termos de índices de saúde e de apreciação dos mais altos padrões de vida possíveis. Por exemplo, em 2013 a mortalidade infantil na Região era quase o dobro da média mundial (90 vs. 46 por cada 1000 nados-vivos, respetivamente), enquanto a esperança de vida à nascença era 13 anos mais baixa que a média mundial (58 anos vs 71 anos, respetivamente).

A OMS em África irá apoiar os Estados-Membros no desenvolvimento, implementação e monitorização das políticas e planos da saúde e irá trabalhar com os parceiros de desenvolvimento para alinhar tanto os recursos internos como os externos com as prioridades domésticas. Estes investimentos têm entre os resultados esperados: um

⁹ UNFPA No. de páginas: 3 disponível em: <http://countryoffice.unfpa.org/guineabissau/?reports=8321>, 2014

¹⁰ UNFPA- state of world population 2015

aumento no número de países onde o acesso a assistentes qualificados para os partos está acima dos 75%, de 11 para 35, até 2020; um aumento no número de países que possuem uma taxa de mães adolescentes abaixo dos 45/1000, de 5 para 30, até 2020; um aumento no número de países onde a taxa das primeiras visitas pós-natais até dois dias após o parto esteja acima dos 60%, dos 7 para os 35, até 2020; uma redução de 75% nas novas infeções de VIH em todos os 47 países até 2020¹¹.

A promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva (SS&R) está incluída nas prioridades de trabalho em Saúde. O pós-parto constitui uma oportunidade de promoção do planeamento familiar, contribuindo assim para prevenir uma gravidez não desejada, programar o espaçamento entre as gestações e melhorar as condições de saúde maternas até uma nova gravidez, diminuir o número de filhos por família com contribuição para a diminuição da pobreza familiar e a melhoria do nível de educação dos filhos e diminuir o recurso ao aborto.

A saúde da mulher é vital para a saúde dos filhos. Investir na saúde materna representa, portanto, um investimento na saúde das futuras gerações.

¹¹ O Programa Africano de Transformação da Saúde para 2015–2020. Organização Mundial de Saúde. Escritório Regional da OMS para a África, 2016

II. Objetivos do Trabalho

Objetivo principal: Avaliar a importância e a aceitação de aconselhamento contraceptivo pós-parto na Maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes.

Objetivos secundários

1. Avaliar o conhecimento sobre a existência de métodos de contraceção;
2. Avaliar a prevalência de uso de métodos de contraceção;
3. Relacionar a prevalência de gravidez não planejada, o intervalo de tempo entre as gestações e o uso de contraceção;
4. Avaliar a prevalência de gravidez na adolescência;
5. Relacionar a prevalência morbidade perinatal e a mortalidade infantil por intervalo de tempo entre gravidez.

III. Material e Métodos:

Realizou-se um estudo descritivo e observacional de tipo transversal através da aplicação de um questionário anónimo (anexo 1), pré-codificado, maioritariamente com perguntas fechadas às mulheres que tiveram o parto na Maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes na Guiné-Bissau, no período de Outubro a Novembro de 2015, inclusive (Anexo 1).

Para que os resultados fossem ilustrativos da população local, foram incluídas todas as mulheres que tiveram parto no período em referência, que falavam português ou um dialeto local e com capacidade para dar o seu consentimento informado por escrito pessoalmente ou através do acompanhante nas situações de analfabetismo. Neste sentido e para facilitar a comunicação o investigador teve a colaboração de outro profissional de saúde (enfermeira).

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) foram consideradas “Adolescentes” todas as mulheres com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos, inclusive¹².

De acordo com a OMS define-se “intervalo de tempo entre gestações” como o intervalo que decorre entre o parto anterior e o início de nova gravidez, aceitando-se a recomendação de um período de 2 anos¹³.

Não existe uma definição universalmente aceite de “grande múltipara”. A OMS classifica como grande múltipara a mulher com 6 partos anteriores depois das 24

¹² http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/

¹³ Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing Geneva, Switzerland, 13–15 June 2005

semanas¹⁴. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) define como grande múltipara uma mulher ≥ 5 partos. E existem sugestões para considerar grande múltipara a mulher com mais de 4 partos. Optou o autor por considerar esta última definição por lhe parecer mais adequada e de acordo com o aumento do risco materno e perinatal proposto pela literatura¹⁵.

Considerando as dificuldades de literacia das utentes o questionário foi diariamente apresentado, explicado e aplicado pelo próprio investigador em três fases:

- A. Em grupo, nas 3 salas de puerpério durante um período de 10 a 15 minutos:
 - (1) Apresentação do estudo e seus objetivos
- B. Individualmente:
 - (2) Após reflexão individual, obtenção do consentimento informado
- C. Aplicação individual do questionário.

As respostas foram sempre individuais o foram obtidas por 3 processos:

- (1) Auto preenchimento para as utentes com conhecimento da língua portuguesa (escrita e falada)
- (2) Preenchimento usando como interlocutor o investigador para as utentes com conhecimento da língua portuguesa falada e não escrita;
- (3) Preenchimento usando como interlocutor o investigador e um intérprete para as utentes sem domínio da língua portuguesa.

Foram excluídas:

- (1) As mulheres que não aceitaram participar;

O presente estudo foi apresentado e teve a aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. A legislação Guineense é omissa relativamente à constituição de Comissões de Ética, para aprovação de trabalhos científicos. Por este fato e de acordo com as regras locais foi obtido consentimento

¹⁴ Rooney C. Antenatal care and maternal health: how effective is it? A review of the evidence. World Health Organization, Geneva, MSM/92.4, 1992.

¹⁵ Bai JB, Wong FWS, Bauman A and Mohsin M. Parity and pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 274-278.

para o presente trabalho por parte da Direção do Hospital Simão Mendes e do Diretor de Serviço da Maternidade.

Para a caracterização sociodemográfica da população foram estudadas as seguintes variáveis: idade, estado civil, área de residência, nível de escolaridade.

De acordo com os objetivos do estudo foram consideradas as seguintes variáveis: conhecimento da existência de métodos de contraceção; uso de método de método de contraceção (em alguma fase da vida), tipo de contraceção utilizada (último método) prevalência de gravidez não planeada; intervalo de tempo entre a gestação atual e a anterior; prevalência de gravidez na adolescência e morbimortalidade materna e neonatal e infantil.

Para o estudo estatístico foi utilizado o programa *IBM SPSS statistics versão 22 (wind.10)*.

IV. Resultados

Durante o período em referência ocorreram no Hospital Simão Mendes 915 partos.

Foram incluídas 725 puérperas.

Foram excluídas 190 Mulheres:

- 100 Mulheres por não aceitarem participar;
- 78 Mulheres por não ter sido possível obter o consentimento informado por escrito por dificuldade de comunicação;
- 2 Mulheres morreram durante o parto (22 / 100 000)

1. Caracterização sociodemográfica

Idade

Tinham idade inferior a 30 anos 76,1% (552) das mulheres incluídas, sendo adolescentes 22,6% (164). Apenas 1,1% (8) das mulheres tinha idade superior ou igual a 40 anos. (Quadro 1).

Estado Civil

Eram casadas 74,5% (540) das mulheres, incluídas. No grupo etário de adolescentes eram casadas 44,5% (73) (Quadro 1).

Área de Residência

Residiam em meio urbano 79,6% (577) das mulheres incluídas. Não se verificou relação entre o estado civil e a área de residência. Sendo igualmente casadas as mulheres que viviam em meio urbano e rural (Quadro 1).

Nível de escolaridade

Metade da população estudada era analfabeta ou tinha a escolaridade básica: analfabetas 25,8% (187) das mulheres; escolaridade básica 28,6% (207). Tinham escolaridade superior ao 7º ano 45,7% (331) das utentes (Quadro 1).

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica

Grupo etário	Estado civil		Total
	Casada %/n	Solteira %/n	
<20 Anos	44,5 (73)	55,5 (91)	22,6 (164)
20 - 29 Anos	79,4 (308)	20,6 (80)	53,5 (388)
30 - 39 Anos	91,5 (151)	8,5 (14)	22,8 (165)
≥40 Anos	1,5 (8)	0	1,1(8)
Residência			
Urbano	73,7 (425)	26,3 (152)	79,6 (577)
Rural	77,7 (115)	22,3 (33)	20,4 (148)
Nível de Escolaridade			
Analfabetas	96,8 (181)	4,2 (6)	25,8 (187)
1º - 7º ano	74,4 (154)	25,6 (53)	28,6 (207)
≥ 7ª ano	61,9 (205)	38,1 (126)	45,7 (331)
Total	74,5 (540)	25,5 (185)	100,0 (725)

Fonte: Questionário, HNSM 2015

2. Avaliação do conhecimento da existência de métodos de contraceção

A pergunta foi realizada de forma dicotômica com resposta *Sim* ou *Não* à questão “*conhece algum método de contraceção*” (em situações específicas foi explicado em linguagem simples o significado de contraceção).

Afirmaram conhecer a existência de métodos de contraceção 65,5% (475) das mulheres. A prevalência de respostas afirmativas aumentou com o nível de escolaridade. Entre as mulheres analfabetas 57,8% afirma não conhecer nenhum método de contraceção e nas mulheres com o nível de escolaridade $\geq 7^{\text{a}}$ ano 40% afirma não conhecer nenhum método de contraceção (Quadro 2).

3. Prevalência de uso de contraceção

Apenas 37,5% (273) usam ou usaram em alguma fase da sua vida um método de contraceção (Quadro 2).

Na população estudada não se verifica uma relação entre o conhecimento da existência de contraceção e o seu uso. Esta dissociação verificou-se quando considerados o grupo etário, estado civil e área de residência. Apenas quando considerando o grau de escolaridade se verificou que as mulheres com maior escolaridade conheciam mais a existência de métodos de contraceção ($\geq 7^{\text{o}}$ ano de escolaridade: 85,5%) e apresentam uma prevalência de utilização maior (66,4%) (Quadro 2).

Quadro 2: Conhecimento da existência de métodos de contraceção e uso de algum método contraceptivo por nível de escolaridade, por área de residência e por estado civil.

Variáveis	Total	Conhece métodos de contraceção: <i>Sim</i> % (n)	Uso de contraceção (em alguma fase da vida) % (n)
Escolaridade			
Analfabetas	187	42,2 (79)	18,7 (35)
1-6º Ano	207	55,1 (114)	23,7 (49)
≥7º Ano	331	60,4 (283)	56,8 (188)
Proveniência			
Urbana	577	70,7 (408)	42,1 (243)
Rural	148	45,3 (64)	19,6 (29)
Estado civil			
Casada	540	64,3 (347)	38,0 (205)
Solteira	185	69,2 (128)	36,2 (67)
Total	725	65,5 (475)	37,5 (273)

Fonte: Questionário, HNSM 2015

4. Tipo de contraceção utilizada (último método utilizado)

Nas mulheres que já utilizaram um método de contraceção (273) o método mais utilizado foi o DIU: 59,2% (155), seguido dos outros métodos, 16,0% (42), preservativo, 11,1% (29), contraceção oral combinada (pílula), 9,2% (25) e injetável, 4,2% (11). Verificou-se uma correlação positiva entre o nível de escolaridade, o estado civil e o uso de contraceção. As mulheres com nível escolaridade maior tendem a usar mais contraceção (Quadro 2) e métodos mais seguros (pílula, injeção e DIU) (Quadro 3).

Quadro 3. Tipo de contraceção utilizada (ultimo método utilizado) por idade, nível de escolaridade e estado civil

Nível de escolaridade	Tipo de contraceptivo utilizado (%/n)					
	Total	Preservativo	Pilula	Injeção	DIU	Outros
Analfabetas	11,0 (30)	6,7 (2)	6,7 (2)	6,7 (2)	66,7 (20)	13,3 (4)
1-6º Ano	16,2 (44)	15,9 (7)	9,1 (4)	4,5 (2)	61,4 (27)	9,1 (4)
≥ 7º Ano	69,1 (188)	10,6 (20)	10,1 (19)	3,7 (7)	57,5(108)	18,1 (34)
Estado civil						
Casada	72,4 (197)	7,1 (14)	10,2 (20)	5,1 (10)	61,4(121)	16,2 (32)
Solteira	23,9 (65)	23,1 (15)	7,7 (5)	1,5 (1)	52,3 (34)	15,4 (10)
Total	100 (272)	11,1 (29)	9,5 (25)	4,2 (11)	59,2 (155)	16,0 (42)

Fonte: Questionários HNSM 2015

5. Gravidez não planeada

Afirmaram não esperar engravidar / não planejar engravidar 50,3% (365) das mulheres. Verificou-se uma relação positiva entre a gravidez não planeada, idade, estado civil, proveniência, utilização de contraceção e a multiparidade. A prevalência de gravidez não planeada foi maior nas adolescentes 68,3% (112) vs 47,9% (239) mulheres com 30-39 anos; solteiras 68,1% (126) vs 44,3% (288) casadas, nas mulheres não utilizadoras de contraceção 59,2% (268) vs 35,66% (185) utilizadoras de contraceção, nas grandes múltiparas (≥ 4 filhos) 58,9% (142) vs 46,1 (142) mulheres com menos de 4 partos e nas mulheres residentes em meio rural 52% (77) vs mulheres residentes em meio urbano 49,9% (238) (Quadro 4).

Quadro 4: Prevalência de gravidez não planejada por idade, uso de contraceção, nível de escolaridade, estado civil, proveniência e número de filhos.

Idade (anos)	Total da amostra (%)(n)	Gravidez não planejada (%)/(n)
<20	22,8 (164)	68,3 (112)
20 - 29	53,5 (388)	43,8 (170)
30 - 39	22,8 (165)	47,9 (79)
≥40	1,1 (8)	50,0 (4)
Uso de contraceção		
Sim	37,5 (272)	35,7 (97)
Não	62, 5 (453)	59,3(268)
Nº de filhos		
<4	66,8 (484)	46,1 (223)
≥4	33,2 (241)	58.9 (142)
Estado civil		
Casada	74,5 (540)	44,3 (239)
Solteira	25,5 (185)	68,1 (126)
Proveniência		
Urbano	70,7 (577)	49,9 (238)
Rural	148 (45,3)	52,0 (77)
Total	725 (100)	50,3 (365)

Fonte: Questionários, HNSM 2015

6. Intervalo entre gestações

Verificou-se um intervalo entre as gestações inferior a 2 anos em 50,2% (265) das inquiridas.

Verificou-se uma relação positiva entre o menor intervalo de tempo entre as gestações o nível de escolaridade e a não utilização de contraceção. As mulheres com intervalo de tempo entre as gestações inferior a 2 anos têm menor nível de escolaridade (1-6º Ano), são menos utilizadoras de contraceção, são predominantemente casadas, residentes em zonas rurais e não utilizadoras de contraceção (Quadro 5).

Quadro 5: Intervalo de tempo entre as gestações por estado civil, proveniência, nível de escolaridade, o uso de contraceção e gravidez planeada vs não planeada.

Variáveis	Intervalo de tempo entre gestações				Total	
	<2 Anos		≥2 Anos		N	%
Estado civil	N	%	N	%	N	%
Casada	246	51,8	229	48,2%	475	90,1
Solteiras	19	36,5	33	63,5	52	9,9
Proveniência						
Rural	67	62,62	40	37,38	107	20,3
Urbano	198	47,1	222	52,9	420	79,7
Escolaridade						
Analfabeta	101	54,0	69	46,0	170	27,7
1-6º Ano	92	63,0	54	37,0	146	32,3
≥7º Ano	72	34,3	139	63,7	211	40,0
Contraceção						
Não	195	60,6	127	39,4	322	61,1
Sim	70	34,1	135	65,9	205	38,9
Gestações						
Planeada	109	39,6	166	60,4	275	52,2
Não planeada	156	61,9	96	38,1	252	41,8
Total	265	50,3	262	49,7	527	100,0

Fonte: Questionários, HNSM 2015

7. No futuro gostaria de usar um método de contraceção seguro

Das 725 mulheres incluídas, 83,4% (605) aceitaram a hipótese de usar um método contraceptivo no futuro vs 16,6% (120) que afirmaram não considerar esta hipótese. (Quadro 6).

Quadro 6: Aceitação de uso um método contraceptivo mais seguro no futuro.

Gostaria, no futuro, de usar um método contraceptivo mais seguro	Estado civil		Total
	Casada	Solteira	
	%/n	% / n	
Sim	80,9 (437)	90,8 (168)	83,4 (605)
Não	19,1 (103)	9,2 (17)	16,6 (120)
Total	100,0 (540)	100,0 (185)	100,0 (725)

Fonte: Questionários, HNSM 2015

8. Gravidez na adolescência

Na amostra estudada 22,4% (164) das puérperas eram adolescentes. Tiveram a primeira gravidez durante a adolescência 57,7% (418) das inquiridas. A maior prevalência verificou-se nas mulheres atualmente com menos de 30 anos: 61,8 % (341) vs 44,2% (73) nas mulheres atualmente com 30-39 anos, nas mulheres residentes em meio rural 71,16% (106) vs 54,1% (312) as residentes em meio urbano. A prevalência foi sobreponível nas mulheres casadas 57,4% (310) vs as solteiras 58,4% (108) (Quadro 7).

Quadro 7 -Prevalência de gravidez na adolescência, relação com o grupo etário, estado civil e proveniência

Variáveis	Idade na 1ª gravidez		
	<20 anos (%/n)	≥ 20anos (%/n)	Total (%/n)
Idade (anos)			
<30	61,8 (341)	38,2 (211)	76,1 (552)
30-39	44,2 (73)	55,8 (92)	22,8 (165)
≥40	50,0 (4)	50,0 (4)	1,1 (8)
Proveniência			
Urbano	54,1 (312)	45,9 (265)	79,6 (577)
Rural	71,6 (106)	28,4 (42)	20,4 (148)
Estado civil			
Casada	57,4 (310)	42,6 (230)	74,5 (540)
Solteira	58,4 (108)	41,6 (77)	25,5 (185)
Total	57,7 (418)	42,3 (307)	100,0 (725)

Fonte: Questionário, HNSM 2015

9. Morbimortalidade materna, neonatal e infantil

Tinham antecedentes de abortos provocados 2,9%. A maioria ocorreu nas mulheres que tiveram o intervalo de tempo entre as gestações inferior a 2 anos. Têm antecedentes de complicações obstétricas reconhecidas individualmente 4,8% das mulheres (Eclampsia/Pré-eclampsia: 2,07%; Hemorragia puerperal: 2,76%).

A mortalidade neonatal calculada foi de 34,5/1000 nascimentos (25 mortes), as quais 85% ocorreram em mães adolescentes e primíparas.

Tiveram filhos que morreram antes de completar os 5 anos de vida 25,9% das mulheres. Verificou-se que as mulheres com este antecedente tiveram um intervalo entre as gestações inferior a 2 anos (Quadro 8).

Quadro 8: Intervalo de tempo entre as gestações e morbimortalidade materna neonatal e infantil

Variáveis	Total (% /n)	Intervalo de tempo entre a gravidez	
		<2 Anos (% /n)	≥2 Anos (% /n)
Aborto Provocado	2,9 (21)	66,7 (13)	33,3 (9)
Complicação	4,83 (35)	42,9 (15)	57,1 (20)
Hemorragia puerperal	2,76 (20)	37,5 (7)	62,5 (13)
Pré-eclampsia/ Eclampsia	2,07 (15)	47,4 (7)	52,6 (8)
Morte de filho anterior antes dos 5 anos de idade	13,55 (258)	60,9 (157)	39,1 (101)

Fonte: Questionários HNSM, 2015

V. Discussão

A maioria da população estudada (76,1%) tem idade inferior a 30 anos de idade, o que reflete a característica da população feminina Guineense. A idade média da população no País é de 21,7 anos e a idade mediana é de 18,8 anos para a população feminina e de 17,5 anos para a população masculina, 65% têm menos de 25 anos de idade e 45% menos de 18 anos de idade¹⁶. Sabemos que na Guiné-Bissau apenas 45% dos partos são assistidos por pessoal diferenciado (médico, enfermeira, parteira) e em Serviços de Saúde¹⁷. Pelo que, deve ser considerado que os resultados apenas são demonstrativos da população estuda e não refletem a realidade do país.

Eram casadas 74,5% das mulheres. Atualmente, na Guiné Bissau, cerca de 45% da população é muçulmana e estão mais concentrados no interior do País do que na zona costeira, seguida de cristã (22,1%), animistas (14,9%), seguida de outras religiões. O casamento tradicional tanto monogâmico como poligâmico, ao longo dos anos continua a resistir aos aspetos modernos em todas as etnias e em todas as regiões do país. No entanto muitos aspetos tradicionais tais como casamentos precoces (forçados) deixaram de ser realizados em muitas etnias. Os pais, outros familiares e a comunidade começaram a perder o direito de decidir sobre o casamento dos jovens, embora persista ainda em algumas etnias a tradição dos pais escolherem os maridos ou as esposas para as suas filhas/ filhos¹⁸. Na amostra 44,5 % das adolescentes eram casadas e no país 63%¹⁹ das adolescentes são casadas.

¹⁶ Estado e Estrutura da População. III RGPH/2009. INE. Guine-Bissau. Disponível em: http://www.stat-guinebissau.com/publicacao/estado_estrutura_pop.pdf

¹⁷ UNFPA- state of world population 2015

¹⁸ Características socio-culturais. III RGPH/2009. INE. Guine-Bissau. Disponível em: http://www.stat-guinebissau.com/publicacao/caracteristicas_socio_cultural.pdf

Metade da população estudada era analfabeta ou tinha a escolaridade básica (analfabetas 25,8% e a escolaridade básica 28,6%). Tinham escolaridade superior ao 7º ano 45,7% das utentes. No país, 73% dos homens e 69% das mulheres tem a escolaridade básica e 11% dos homens e 6% das mulheres tem o ensino secundário, sendo a escolarização maior nos homens que nas mulheres²⁰. As diferenças demográficas entre a amostra e a realidade do país relacionam-se muito provavelmente com as características urbanas da população estudada.

Globalmente, o conhecimento da existência de métodos de contraceção foi baixo (65,5%). A relação entre o conhecimento da existência de métodos de contraceção e a escolarização é inversamente proporcional. Mesmo assim, 40% das mulheres com uma escolaridade $\geq 7^{\text{a}}$ ano afirma não conhecer métodos de contraceção, o que pode ser demonstrativo da falta de divulgação do planeamento familiar, da não inclusão deste tema nos objetivos curriculares do ensino e do fato da SS&R não ser uma prioridade no plano de saúde.

No mundo a prevalência de uso de contraceção é de 64% e, nos países menos desenvolvidos é 40%. Na Guiné-Bissau a prevalência de uso de contraceção é muito baixa (17%) mesmo quando comparando com os países menos desenvolvidos²¹. Na amostra recolhida a prevalência de uso de contraceção foi de 37% verificando-se superior à nacional. Este resultado provavelmente está relacionado com as características gerais da população estudada (já amplamente discutida) e o local de recolha da amostra (cidade de Bissau) onde a acessibilidade à saúde (e ao planeamento familiar) é maior (o que não foi possível de concluir com este estudo). Como seria espetável, verificou-se uma correlação positiva entre o nível de escolaridade, o estado civil, proveniência e o uso de contraceção. Nas mulheres que já utilizaram um método de contraceção (em alguma fase da vida) o método mais referido foi o DIU: 59,2% (155), seguido dos outros métodos 16,0% (42), preservativo, 11,1% (29), contraceção oral combinada (pilula), 9,2% (25) e injetável, 4,2% (11). O que vem ao encontro dos métodos que globalmente são utilizados no país: 13% usa um método moderno e 4% um método tradicional, entre os métodos modernos DIU o é

¹⁹ Idem

²⁰ UNFPA- state of world population 2015

²¹ UNFPA- state of world population 2015

método favorito (4%) seguido do preservativo (3,2%), acetato de medroxiprogesterona injetável (1,5%) e da pilula (1,2%)²².

Apesar da baixa prevalência de uso de contraceção, afirmaram não esperar engravidar / não planejar engravidar 50,3% (365) das mulheres. A gravidez não planeada está relacionada com a ausência de uso de contraceção, com o uso de métodos pouco efetivos, com o uso inadequado de contraceção e com a ausência de reconhecimento individual do risco de gravidez em algumas etapas da vida reprodutiva. A gravidez não planeada pode conduzir a gravidez não desejada e ao aborto. Globalmente o recurso ao aborto diminuiu, exceto em África, América Latina e Oceânia onde encontramos os países com menor prevalência de uso de contraceção²³. Na Guiné, o aborto por opção da mulher é ilegal e é difícil de avaliar a dimensão do aborto inseguro. Na população estudada a prevalência de aborto provocado foi de 2,9% e é maior quando o intervalo entre as gestações é menor o que é um dado que reforça positivamente a importância deste trabalho. Este antecedente provavelmente está subestimado pela dificuldade em revelar o recurso a uma prática não legal. A gravidez não planeada foi mais frequente nas mulheres no extremo da vida reprodutiva, solteiras, residentes em meio rural, grandes multíparas e nas mulheres com um intervalo entre as gestações menor. O que reforça a importância da educação sexual e do aconselhamento contraceptivo em etapas fundamentais da vida reprodutiva como é o caso do pós-parto e pós-aborto, nas quais as mulheres têm contato com profissionais de saúde.

No questionário foi incluída uma questão sobre o aborto espontâneo. Considerando que a amenorreia é um sintoma frequente na população pelas condições dietéticas e que a vigilância da gravidez inicia-se maioritariamente no 2º trimestre (quando surge aumento do volume abdominal e/ou a presença de movimentos fetais) não foi possível quantificar esta ocorrência por falta de reconhecimento individual e ou diagnóstico médico.

No futuro, a maioria da população estudada manifestou motivação para o uso de contraceção o que demonstrou o pós-parto ser uma boa oportunidade para

²² United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Contraceptive Use 2015.

²³ Sedgh G et al., Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. [www.thelancet.com](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4) Published online May 11, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30380-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4)

aconselhamento contraceutivo. Mesmo assim, 16% da população não considera a hipótese de usar contraceção sendo esta decisão mais frequente nas mulheres casadas. Este aspeto pode estar relacionado com a importância da maternidade na estrutura social das famílias guineenses e na presença de dúvidas e inseguranças relacionadas com o uso dos métodos de contraceção e que as condições em que ocorreu a aplicação do inquérito poderem não ter sido as mais favoráveis para um esclarecimento adequado. A literatura tem demonstrado que o aconselhamento contraceutivo é determinante no uso e na escolha de métodos de contraceção seguros e efetivos²⁴.

Na amostra estuda 22,4% das mulheres incluídas eram adolescentes, sendo casadas 44,6%. Sendo o estado civil independente da residência em meio urbano vs rural mas dependente da escolaridade. Houve o aumento exponencial de gravidez na adolescência, pois 61,8% das mulheres atualmente com <30 anos foram mães na adolescência comparativamente com 44,4% das mulheres com atualmente com 30-39, o que deve ser interpretado com as devidas reservas considerando as características da amostra, e não é o verificada nas estatísticas nacionais²⁵. No entanto este resultado não deve ser ignorado pois a não inclusão das adolescentes nos programas destinadas a saúde da mulher poderá ser um forte contributo. De fato estes resultados ilustram a realidade do país onde a idade média de nascimento de primeiro filho situa-se nos 18 anos e prevalência da gravidez na adolescência é de 141 por mil sendo superior a verificada nas regiões menos desenvolvidas do mundo 113/1000 nascimentos. A gravidez na adolescência é um indicador da pobreza de um país, constituindo um problema de saúde pública de grande magnitude e a sua repercussão atinge sociedade em geral. A morbidade e mortalidade materna, fetal e perinatal são maiores nas adolescentes (prematividade, baixo peso ao nascer, desnutrição materna, fistulas obstétricas, aborto ilegal). A gravidez é uma barreira no exercício dos direitos das adolescentes, incluindo o direito à educação, apoio social e transição saudável para a vida adulta²⁶. As consequências da gravidez na adolescência são repercutidas na vida da própria adolescente e nas gerações futuras, devemos olhar um pouco mais as

²⁴ Costa, AR et al. Impact of a women's counseling programme on combined hormonal contraception in Portugal--the IMAGINE Study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011 Dec;16(6):409-17.

²⁵ UNFPA- state of world population 2015

²⁶ UNFPA: Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy.2015

camadas mais jovens como sendo força e motriz de desenvolvimento de cada nação. “Quem não sabe, não se precave”. É fundamental prevenir, caso contrário, estamos sempre a tratar as consequências com custos sociais e médicos elevadíssimos. Há duas maneiras de prevenir a gravidez na adolescência investir na literacia e promover o uso consistente de métodos de contraceção efetivos. Neste processo de promoção da SS&R na adolescência não devemos esquecer os rapazes adolescentes ou adultos constituem também parte do problema e devem integrar as soluções sobretudo de âmbito educativo. Nos países menos desenvolvidos como é o caso da Guiné-Bissau a sociedade masculina está envolvida em normas rígidas de identificação de género que devem ser trabalhadas com o objetivo de alcançar a maior equidade de papéis sociais, um dos pilares de uma sociedade moderna.

Neste estudo verificamos uma elevada prevalência de gestações com um intervalo de tempo inferior a 2 anos. Este fato verificou-se mais nas mulheres casadas, provenientes de zonas rurais, grandes múltiparas, menos utilizadoras de contraceção e que consideraram que a última gravidez não foi planeada. Subjacente a estes achados está provavelmente também a precaridade socioeconómica. Curiosamente o menor intervalo de tempo entre as gestações não esteve relacionado com maior morbidade obstétrica. Este dado deve ser interpretado com precaução pois o baixo nível educacional da população e as condições médicas assistenciais atuais nem sempre privilegiam a boa e clara comunicação médico utente, pelo que muitas mulheres, não tem uma noção real dos riscos. Por outro lado, pela prevalência de doenças emergentes e complicações obstétricas, o aborto espontâneo, a morte fetal e perinatal são considerados eventos esperados e por isso nem sempre individualmente registados e valorizados. Mesmo assim devemos considerar as recomendações da OMS de um risco obstétrico maior quando o intervalo de tempo entre gestações é menor²⁷, aproveitar a motivação demonstrada para a aceitação da contraceção e promover o planeamento familiar.

²⁷ Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing Geneva, Switzerland, 13–15 June 2005

VI. Conclusões

A maioria das mulheres conhecem os métodos contraceptivos mas não os utiliza. A diferença entre a prevalência do conhecimento e do uso de método contraceptivo, demonstra a necessidade de melhorar o componente educativo em matéria de planeamento familiar. A baixa literacia, a residência em meio rural, primeira gravidez na adolescência, casamento na adolescência e a grande multiparidade foram predominantes nas mulheres com menor utilização de contraceção, elevada prevalência de gravidez não planeada e com um intervalo inferior a dois anos conforme recomendado.

A boa aceitação do acesso ao Planeamento Familiar no futuro foi elucidativa de que esta fase da vida da mulher também constituiu uma boa oportunidade de informação e aconselhamento contraceptivo.

VII. Pontos fracos e fortes do trabalho

O presente trabalho apresenta-nos a realidade das puérperas que tiveram parto na Maternidade de Hospital Nacional Simão Mendes entre outubro e novembro de 2015. Não foi delineado para investigar diferentes aspetos ligados aos eventos, no entanto, quantificar e demonstrar a necessidade de reformular/implementar um programa adequado atendendo o contexto socioeconómico e cultural do país. Não se pode considerar a amostra como representativa, tendo em conta o local em que foram acolhidas e de constituírem 0,22% da população feminina (entre 15-49 anos de idade) no setor autónomo de Bissau, segundo o último censo-INE, 2009. O resultado encontrado deve servir como exemplo para um estudo profundo e abrangente sobre o tema. E pode servir de base para incluir a SS&R nas ações a projetar em saúde.

VIII. Comentários finais

“A Guiné-Bissau é um dos países mais pobres de África, com uma política social e económica permanentemente instável, precária e pouco organizada, com dificuldade de assegurar aos seus cidadãos acesso a direitos básicos como a saúde e a educação. Agravando todas estas dificuldades existem permanentemente emergências resultantes de surtos de doenças e conflitos internos (...) o sistema de saúde permanece fraco e sem que se vislumbre a possibilidade de um plano de saúde nacional organizado”²⁸.

Sendo assim, propõe-se aos profissionais de saúde que trabalham área da SS&R e, que de acordo com as necessidades da população em que exercem a sua atividade:

1. Promovam a formação e informação de outros profissionais;
2. Promovam diretamente na comunidade a educação sexual, o planeamento familiar, a proteção das doenças de transmissão sexual e o respeito pela autonomia individual. Esta forma intervenção é um ótimo meio de divulgação de informação interpares e de educação comunitária;
3. Globalmente articulem-se com as Instituições e Programas de Ajuda Internacional para implementarem políticas de saúde concertadas que diminuam as desigualdades;

E, sobretudo, que não desistam... de reconhecer as dificuldades que a população apresenta, e sejam mobilizadores de mudanças mesmo que muito pequenas pareçam ser. Promover o planeamento familiar é promover a autonomia da mulher, a riqueza

²⁸ UNFPA- state of world population 2015

da família, o caminho no acesso à educação, garantir a segurança da gravidez e do nascimento e, contribuir para o futuro de uma sociedade melhor.

Fornecer à mulher a ferramenta (poder de decisão/direito à escolha) através de implementação de programas de aconselhamento contraceptivo não só no pós-parto e no pós-aborto assim como nas escolas de ensino básico e secundária. Permitirá evitar ou a reduzir de forma considerável o problema ligado à sexualidade e reprodução não segura.

A saúde das mães é vital para a saúde da família. Investir na saúde materna representa, portanto, um investimento na saúde das futuras gerações e no crescimento socioeconómico sustentável de um país.

Anexo 1



Inquérito

Número _____

1. Data de nascimento: _____
 2. Com que idade teve a 1ª gravidez: ____
 3. Nº de gravidezes: _____
 4. Nº de partos: ____; Nº de abortos espontâneos: ____; Nº de abortos provocados: ____.
 5. Teve filho morto? <3 Anos:
 6. Último filho está vivo? Sim: Não:
 7. Intervalo de tempo entre as gravidezes: ____ <2 Anos. ____ ≥2 Anos
 8. A última gravidez é: planeada: não planeada:
 9. Complicações durante a gravidez/ou parto anterior:
 Não:
 Sim: Qual? _____
 10. Estado civil: Solteira: casada:
 11. Proveniência Rural: Urbana:
 12. Nível de escolaridade: 1-6º Ano: ≥7º ano: Ilustrada:
 13. Conhece algum método de contraceção? Não: Sim:
 14. Usa algum método de contraceção? Não: Sim:
- Qual foi o último?
- Preservativo:
- Pílula:
- Injeção:
- DIU:
- Outro: _____
15. No futuro gostaria de usar um método de contraceção seguro?
 Sim: Não: