



FACULDADE DE MEDICINA

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Perfil epidemiológico e clínico das mulheres atendidas por interrupção voluntária da gravidez, Centro de Saúde da Macia, Província de Gaza, 2019-2023

Nome do estudante: **Rita Paulo Tsandzana**

Maputo, 07 de Março de 2025

Versão 1



FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título da Dissertação

Perfil epidemiológico e clínico das mulheres atendidas por interrupção voluntária da gravidez, Centro de Saúde da Macia, Província de Gaza, 2019-2023

Nome do estudante: Rita Paulo Tsandzana

Nome e título dos Supervisores: Prof. Doutor Moshin Sidat, MD, PhD

Maputo, 07 de Março de 2025

Versão 1

Declaração de originalidade do projecto

Eu, Rita Paulo Tsandzana, declaro por minha honra que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública da Universidade Eduardo Mondlane.

Ao meu pai, pelo homem incrível que ele é.

Á minha mãe, pelo apoio incondicional em todos os momentos de minha vida.

Agradecimentos

Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe (Clarice Lispector).

Ao meu esposo *Gerson Afai*, obrigada por aceitar partilhar a minha atenção com a jornada académica.

O agradecimento especial vai para o meu supervisor, *Professor Moshim Sidat*, pela sua disponibilidade, apoio e encorajamento e a paciência em partilhar os seus conhecimentos.

Ao colégio da especialidade em Saúde Pública pela oportunidade de frequentar o curso de Mestrado em Saúde Pública e às tutoras, *Dra Belkis Machado Torres e Dra Nacyra de los Anjos*, pelo apoio técnico e moral desde a elaboração do protocolo até a presente dissertação.

Ao Departamento de Saúde da Comunidade, Faculdade de Medicina e à Universidade Eduardo Mondlane pela orientação, apoio administrativo e moral para finalizar esta jornada.

Aos Serviços Distritais de Saúde de Bilene, concretamente à *Dra Marcelina Nádia Lourenço Lindonde*, por permitirem que este local fosse o objecto de estudo da presente pesquisa e pelo suporte técnico, apoio material para finalizar esta batalha.

Aos meus colegas da Especialidade Médica em Saúde Pública, em especial à *Dra Margarida Domingos*, pela oportunidade de partilhar ideias, pelos inúmeros debates que tivemos, pelo apoio moral mútuo em diversos projectos.

Ao *Almiro Rogério Tivane*, pelo incentivo, mentoria, seu grande despreendimento em ajudar-me e amizade sincera.

1. Índice

Declaração de originalidade do projecto.....	iii
Agradecimentos	v
Resumo	ix
Palavras-chave	x
Abstract	x
Palavras-chave	Error! Bookmark not defined.
Lista de abreviaturas	xi
2. Motivação	1
3. Objectivos.....	3
4. Contribuição	4
5. Problema.....	4
6. Pergunta de pesquisa	5
7. Revisão bibliográfica;.....	5
8. Enquadramento teórico ou conceptual	18
9. Metodologia.....	23
9.1 Tipo de estudo	23
9.2 Local do estudo	23
9.3 Período do estudo	24
9.4 População do estudo.....	24
9.5 Amostragem	24
9.6 Procedimentos, técnicas e os instrumentos de recolha de dados.....	25
9.7 Variáveis, gestão e análise de dados	25
10. Considerações éticas	30
11. Limitações do estudo	31
12. Resultados e Discussão	33

12.1	Resultados.....	33
12.1.1.	Tendência anual e trimestral do atendimento das mulheres devido á interrupção da gravidez, no período de 2019-2023;	33
12.1.2.	Características sociodemográficas das mulheres atendidas devido a interrupção voluntária da gravidez	34
12.1.3.	Descrição das características clínicas e dos antecedentes obstétricos das mulheres atendidas na devido a interrupção da gravidez;	35
12.1.4.	Associação entre as características sociodemográficas e o tipo de interrupção realizado no Centro de saúde da Macia, no período de 2019-2023	39
12.1.5.	Associação entre as características sociodemográficas e o uso da contracepção após a realização da IVG, Centro de saúde da Macia, período de 2019-2023 (n=496).....	39
12.2.	Discussão	42
13.	Conclusões e recomendações.....	45
13.1.	Conclusões.....	45
13.2.	Recomendações	46
14.	Referências Bibliográficas	47
15.	Anexos	53
16.	Apêndices.....	60

Índice de Tabelas

Tabela 1: Evolução das interrupções voluntárias de gravidez, em Moçambique, no período de 2018 a 2021.....	1
Tabela 2: Descrição das características sócio-demográficas das mulheres que interromperam voluntária a gravidez, Centro de Saúde de Bilene-Macia, 2019-2023 (n=496).....	34
Tabela 3: Descrição das características clínicas da actual interrupção da gravidez, Centro de Saúde da Macia, 2019-2023 (n=496).....	35
Tabela 4: Descrição dos antecedentes obstétricos das mulheres atendidas por Interrupção da gravidez no Centro de Saúde de Macia, 2019-2023	36
Tabela 5: Frequência das mulheres que engravidaram enquanto usavam contraceptivos e a distribuição dos contraceptivos usados, Centro de Saúde da Macia, 2019-2024	37
Tabela 6: Frequência das mulheres que usaram contraceptivos após a interrupção voluntária da gravidez, e os métodos escolhidos, Centro de saúde da Macia, 2019-2024	38
Tabela 7: Estado serológicos das mulheres atendidas por interrupção da gravidez no Centro de Saúde da Macia, 2019-2023.....	38
Tabela 8: associação entre as características sociodemográficas das mulheres que interromperam voluntariamente a gestação e o tipo de interrupção praticado, Centro de saúde da Macia, 2019-2023.....	39
Tabela 9: Associação das características sóciodemográficas e o uso da contracepção após a IVG, Centro de Saúde da Macia, 2019-2023 (n=496)	40
Tabela 10: Associação das características clínicas e o uso da contracepção após a IVG, Centro de Saúde da Macia, 2019-2023 (n=496).....	41

Índice de Quadros

Quadro 1: Disposição das variáveis do estudo para análise das IVG's realizadas	28
Quadro 2: Plano de análise de dados	30

Índice de Figuras

Índice de Figuras

Figura 1: Esquema representativo da estrutura de modelo conceptual combinada de Rossier (2007) e Coast (2018)	19
---	----

Figura 2: tendência anual do atendimento das mulheres devido á interrupção voluntária da gravidez, no período de 2019-2023 33

Resumo

Introdução: A interrupção voluntária da gravidez (IVG) tem sido recurso por término de uma gravidez indesejada ou não planeada, apesar de potenciais riscos associados, incluindo infertilidade e morte materna. Saber que características têm as mulheres que fazem aborto mostra-se importante para direccionar intervenções educativas. Assim, este estudo teve como objectivo analisar o perfil epidemiológico e clínico das mulheres atendidas no Centro de Saúde da Macia devido a interrupção voluntária de gravidez no, 2019 – 2023, no Distrito de Bilene, Província de Gaza.

Material e Métodos: trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal com recolha de dados feita nos livros de registo e fichas de consentimento informado preenchidos no período de Janeiro de 2019 a Dezembro de 2023. Os dados foram analisados com recurso ao software SPSS v26, foram realizadas medidas de associação considerando duas variáveis dependentes: o tipo de aborto e a contracepção pós-aborto a um intervalo de confiança de 95%.

Resultados: Foram identificados 496 registos que tinham a idade média de 24.7 anos (desvio padrão 7.1 e variação de 13-53 anos) e 57% eram solteiras, residentes na Macia. Cerca de 51% dos abortos foram realizados entre 5ª e a 8ª semanas de gestação e 66% optaram por usar a contracepção após o procedimento. O teste qui-quadrado demonstrou haver associação entre o estado civil e a contracepção pós-aborto ($p < 0,001$ OR= 0,2 [0,11-0,35]).

Conclusões: Os abortos foram realizados pelas jovens e adolescentes, solteiras do Posto Administrativo da Macia. Esforços educacionais e intervenções para reduzir a gravidez devem ser implementadas com veemência.

Palavras-chave: Interrupção voluntária da gravidez, Aborto, Aborto induzido

Abstract

Introduction: Voluntary abortion (IVG) has been used to end unwanted or unplanned pregnancies, despite the potential associated risks, including infertility and maternal death. Knowing the characteristics of women who have abortions is important for targeting educational interventions. The aim of this study was to analyze the epidemiological and clinical profile of women attended at the Macia Health Facility for abortion in the Bilene District, Gaza Province, from 2019 – 2023.

Material and Methods: This is an observational, cross-sectional study, with data collected from log books and “informed consent” forms completed between January 2019 and December 2023. The data was analyzed using SPSS v26 software. association measures were carried out considering two dependent variables: the type of abortion and post-abortion contraception at a 95% confidence interval.

Results: In total, 496 records were identified, with a mean age of 24.7 years (standard deviation 7.1 and range 13-53 years). About 57% women were single, living in Macia. Around 51% of the abortions were carried out between the 5th and 8th weeks of pregnancy and 66% chose to use contraception after the procedure. The chi-square test showed an association between marital status and post-abortion contraception ($p < 0,001$; OR= 0.2 [0.11-0.35]).

Conclusions: Abortions were carried out by young, unmarried adolescents in the Macia Administrative Post. Educational efforts and interventions to reduce pregnancies should be implemented strongly.

Key words: Voluntary termination of pregnancy, Abortion, Induced abortion

Lista de abreviaturas

AMODEFA	Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família
DM	Decreto Ministerial
DUM	Data da Última Menstruação
G,P,A,C	Gestação, Paridade, Abortos Anteriores e Cesarianas
IVG	Interrupção Voluntaria da Gravidez
HIV/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IG	Idade Gestacional
MISAU	Ministério da Saúde
SMI	Saúde Materna e Infantil
TIG	Teste Imunológico de Gravidez
WHO	Do inglês: Organização Mundial da Saúde

2. **Motivação**

O aborto é o resultado do processo de interrupção de uma gravidez, que pode ser por causas naturais (aborto espontâneo), ou por acção voluntária da mulher, (aborto provocado ou induzido), Villela e Barbosa (2011). Esta interrupção, é uma intervenção de saúde que quando é realizada a partir de métodos recomendados, de forma adequada á duração da gravidez e por alguém devidamente capacitada, pode ser considerada segura (WHO, 2021a).

A interrupção voluntária da gravidez é comumente consequência de gravidez indesejada ou não planeada podendo ter vários efeitos negativos a longo prazo para a saúde, como situações de infertilidade, doença de inflamação pélvica e morte materna. Em países em vias de desenvolvimento, a pobreza, a desnutrição e a falta de saneamento e educação contribuem no agravamento das consequências para a saúde das mulheres que tenham uma gravidez indesejada (Klima, 1998).

Aproximadamente 121 milhões de gestações não planeadas e indesejadas ocorreram no mundo a cada ano entre 2015 – 2019, sendo que 61% destas foram interrompidas. Isto traduz-se em 73 milhões de interrupções de gravidez por ano, correspondendo a uma taxa mundial de 39 interrupções por 1.000 mulheres de 15 a 49 anos (Bearak et al., 2020)

Dados colhidos no programa de Saúde Materno infantil no ano 2023 (tabela 1), sugerem um aumento na procura da interrupção voluntária da gravidez podendo estar relacionado com a aprovação da lei da despenalização do Aborto, no entanto, ainda não foi realizado um seguimento relacionado com as características das mulheres e nem sequer é realizada a vigilância desta prática.

Tabela 1: Evolução das interrupções voluntárias de gravidez, em Moçambique, no período de 2018 a 2021

Ano	Interrupção Voluntária de gravidez	Evolução (%)
2018	6431	NA
2019	16251	↑100%
2020	20117	23.8%
2021	22345	11.6%

Fonte: Programa de Saúde Materno e Infantil, 2023

O presente estudo, surge com intuito de ajudar a preencher a lacuna, tendo em conta a identificação das mulheres que interrompem as gestações, pode ajudar a realizar actividades educativas para evitar a gravidez indesejada em utentes do Centro de Saúde da Macia.

3. Objectivos

Objectivo geral

Analisar o perfil epidemiológico e clínico das mulheres atendidas no Centro de Saúde da Macia devido a interrupção voluntária de gravidez no, 2019 – 2023, Distrito de Bilene, Província de Gaza

Objectivos específicos

- 1) Caracterizar a tendência temporal da frequência de mulheres atendidas devido a interrupção da gravidez, no período de 2019-2023;
- 2) Descrever as características sociodemográficas das mulheres atendidas devido a interrupção voluntária da gravidez;
- 3) Descrever as características clínicas das mulheres atendidas na devido a interrupção da gravidez no Centro de Saúde da Macia;
- 4) Identificar possíveis associações entre as características sociodemográficas e clínicas com o tipo de aborto
- 5) Identificar possíveis associações entre as características sociodemográficas e clínicas com o uso da contracepção após a interrupção da gravidez.

4. Contribuição

Os resultados deste estudo, embora sejam limitados a dados hospitalares, podem ajudar a identificar os subgrupos de mulheres que interrompem voluntariamente as suas gestações, o que poderá permitir a criação intervenções como educação para a saúde sobre a saúde sexual, uso de contracepção eficaz, provisão legal da interrupção voluntária da gravidez e cuidados pós-aborto a nível local ou no distrito. Também pode servir de suporte para outros estudos relacionados a interrupção da gravidez.

5. Problema

A realização da interrupção voluntária da gravidez de forma segura é um crescente desafio para a saúde pública devido ao histórico restritivo da prática de aborto, assim como pelo estigma que ele acarreta, no entanto, as mulheres por não serem reprodutoras passivas, quando se deparam com uma gravidez indesejada ou não planeada, recorrem a todos os meios possíveis para a sua interrupção (Fathalla, 2020). A gravidez indesejada afecta não só as mulheres, assim como as suas famílias e a sociedade, podendo ser resultado do não uso de métodos contraceptivos, falha contraceptiva em uso ou de situação de violência sexual. A maioria das mulheres opta pela interrupção voluntária da gravidez devido á falta de apoio do parceiro, ou por ser financeiramente instável, por ser vítima de estupro ou incesto ou mesmo por ser uma gravidez prematura (M. Abebe et al., 2022).

Anualmente cerca de 210 milhões de mulheres engravidam, com uma em cada dez gestações terminando em aborto induzido, sendo que mais da metade destes abortos ocorrem na Ásia, América Latina e na África. (Abebe et al., 2022 e WHO, 2021a). Cerca de 68000 mulheres morrem anualmente como resultado de aborto inseguro em todo mundo e outras 5,3 milhões sofrem de incapacidade temporária ou permanente para conceber (M. Abebe et al., 2022). Evidências sugerem que a interrupção da gravidez de forma segura acontece em países com leis liberais do aborto, o que facilita o acesso do aborto e contribui para a redução da ocorrência das complicações. (Latt, Milner, & Kavanagh, 2019).

Para Fathalla (2020) em seu artigo, a redução da necessidade do aborto pode ser reduzida através da difusão e disponibilidade de informações e serviços de contracepção. Esta reflexão baseou-se

na redução das interrupções da gravidez registadas após a introdução de contraceptivos modernos em países do Leste da Europa e da Ásia Central, onde a prática era o principal método de regulação da fertilidade. O artigo faz ainda menção de que as taxas mais baixas de aborto foram reportados em países da Europa Ocidental onde o uso de contraceptivos modernos é alto e o aborto é disponível legalmente mediante solicitação.

A necessidade não atendida de planeamento familiar ainda é persistente em todo o mundo, incluindo Moçambique, onde a interrupção da gravidez tornou-se voluntária em 2017, após a aprovação do decreto 60/2017, permitindo que as mulheres possam realizá-lo em instalações sanitárias mediante solicitação até 12 semanas de gestação. Segundo dados não publicados do relatório do MISAU (2022), tem se observado uma crescente procura dos serviços de ginecologia, concretamente no programa de interrupção voluntária da gravidez entre os anos 2018 a 2021 e embora durante este período, tenham ocorrido 3% das complicações em cada ano, a procura pela interrupção da gravidez pode reflectir alguma lacuna no funcionamento dos serviços de Planeamento Familiar ou contracepção pois a gravidez pode ser planificada e prevenida e os métodos estão disponíveis em todas as unidades sanitárias que prestam serviços primários saúde.

6. Pergunta de pesquisa

Quais são as características sociodemográficas e clínicas das mulheres atendidas no Centro de Saúde da Macia devido a interrupção voluntária de gravidez no período entre 2019 – 2022, Distrito de Bilene, Província de Gaza?

Que relação existe entre as características sociodemográficas assim como as clínicas com o tipo de aborto realizado e o uso da contracepção pós-aborto?

7. Revisão bibliográfica;

A interrupção de uma gravidez não planeada e ou indesejada é uma experiência compartilhada por pessoas em todo o mundo, independentemente da região, nível de renda do país ou status legal para o procedimento, representando um factor crucial na saúde da mulher. Esta interrupção afecta tanto a mulher quanto a sociedade em termos de saúde e tem implicações económicas, (Sesay et al., 2023) sendo que as mais afectadas são as mulheres em idades jovens em países em

desenvolvimento, onde o acesso á contracepção é baixo devido a barreiras financeiras, sociais e culturais (Baruwa, Amoateng, & Biney, 2022).

Globalmente, a proporção de gestações indesejadas e ou não planeadas que foram interrompidas aumentou de 51% em 1994 para 61% em 2019 e a maioria das interrupções ocorreu em países em desenvolvimento na África, Ásia e América Latina (Bearak et al., 2020).

Dados de 2010 a 2014 indicaram que aproximadamente 55% das interrupções em todo o mundo foram consideradas seguras por terem sido realizadas por um profissional de saúde treinado, usando um método recomendado pela OMS para a idade gestacional. Cerca 31% foram consideradas menos seguras, que podem ter sido realizadas por profissionais de saúde, mas com recurso a técnicas desactualizadas, como é o caso da “curetagem cortante” ou por ter sido realizada por uma pessoa não treinada mesmo que tenha usado o misoprostol. E 14% foram consideradas inseguras por terem sido realizados por pessoas não treinadas, usando métodos perigosos, como introdução de objectos estranhos e uso de misturas de ervas (WHO, 2017). Cerca de um milhão de mulheres em idade reprodutiva são hospitalizadas anualmente devido a abortos inseguros em todo o mundo (Bearak et al., 2020).

As interrupções de gravidez foram mais frequentes na África Subsahariana onde a partir do período 2015-2019, ocorreram cerca de 33 interrupções de gravidez por 1000 mulheres de 15 a 49 anos a cada ano, e o número anual de interrupções duplicou de 4,3 milhões para 8 milhões entre os períodos de 1995-1999 a 2015- 2019 (Akinrinola, Remez, Onikepe, Jesse, & Williams, 2022).

Apesar da escassez de informações sobre as interrupções de gravidez em Moçambique, estimativas indicam que no período entre 2015-2019, ocorram um total de 1.600.000 gravidezes anualmente. Destas, 604.000 podem indesejadas e 277.000 são interrompidas (Guttmacher, 2022), o que está em concordância com dados obtidos do Programa de Saúde Materno e Infantil sobre a crescente procura.

Perfil das mulheres que interrompem voluntariamente a gravidez

Devido á disponibilidade limitada de informação sobre que mulheres revelam ter feito ou interrupções voluntárias de gravidez ou que procuram cuidados as complicações, sugere-se que a

África Subsahariana incluindo Moçambique estejam seguindo o padrão geral: mulheres maioritariamente jovens, solteiras, que ainda frequentam a escola, que não são mães, residindo em áreas urbana, com níveis de escolaridade altos e ricas (Akinrinola *et al.*, 2022). Este padrão também pode ser observado nos Unidos, no entanto, apresenta a particularidade de ser em mulheres pobres e que já tenham filhos. Muitas vezes a motivação destas mulheres é financeira, pois geralmente não tem condições de criar outro filho (Bruce, Hutchens e Cowan, 2024).

Segundo dados não publicados da Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da família (AMODEFA), entre os anos 2010 a 2016, 70895 mulheres em idade produtiva, com gravidez indesejada, procuraram serviços de interrupção voluntária da gravidez na clínica da AMODEFA, sendo que do total, 43% eram mulheres de 15 a 24 anos (Frederico *et al.*, 2020).

Factores associados á interrupção voluntária da gravidez

A decisão para interromper a gravidez nunca é fácil, especialmente em países de baixa e média renda pode ser influenciada por uma variedade de factores em diferentes níveis: individual, interpessoal, social e organizacional. A nível individual destacam-se a idade, o estado civil, a independência económica, o nível educacional e o facto de ter sido vítima de violência sexual; A nível interpessoal descreve-se o apoio do parceiro e o apoio dos pais; a nível social incluem-se as normas sociais, a religião, o estigma do sexo pré-marital e extraconjugal; e a nível organizacional aponta-se a educação sexual, o sistema de saúde e as leis do aborto (Frederico *et al.*, 2018).

Para Adjei *et al.*, (2015), em um estudo transversal e de base populacional que pretendia investigar os factores que influenciam a realização da interrupção da gravidez em mulheres de 15 a 49 anos em Ghana, descreveu que para além dos factores já descritos, havia ainda o estigma pois este acto é percebido como um acto vergonhoso entre as mulheres.

Devido ás mudanças mundiais na composição demográfica e sócioeconómica das mulheres em idade reprodutiva, atitudes e preferências em relação á formação de família bem como o acesso a serviços de saúde ao longo dos anos, não é possível generalizar os resultados relacionados á identificação das mulheres que realizaram a interrupção da gravidez por países e nem por regiões, os mesmos concluíram que o facto de as mulheres estarem frequentando a escola por mais tempo

e procurando emprego formal, tem tido uma atitude de maior controle sobre os nascimentos o que pode fazer com que estas optem em interromper as gestações (Chae *et al.*, 2017).

Perfil clínico das interrupções voluntárias e suas complicações

Quando as interrupções de gravidez ocorrem de forma legal, em conformidade com os padrões clínicos recomendados ou seja, no primeiro trimestre (até a 12ª semana) da gravidez raramente resultam em complicações (WHO, 2018 e 2021a), no entanto, evidências sugerem que as mulheres sempre procuram a interrupção da gestação independentemente da lei que vigora em seu país, isso traduz-se na procura de todo o tipo de métodos para a interrupção, incluindo as práticas não atendem a padrões clínicos necessários (Akinrinola *et al.*, 2022).

As consequências da interrupção da gravidez, especialmente a insegura incluem as complicações físicas como a sepsis, hemorragia, trauma genital e até mesmo a morte. Estas complicações são mais graves em adolescente do que em mulheres mais velhas, no entanto, não se limitam apenas ao indivíduo, mas também ao sistema de saúde, com o tratamento de complicações dos recursos como os leitos hospitalares, medicamentos, suplementos de sangue entre outros (Frederico *et al.*, 2018).

A gravidade das complicações está intimamente relacionada ao método de aborto usado e o momento na gravidez em que o aborto ocorre, pois, complicações graves são significativamente mais propensas a ocorrer com abortos no segundo trimestre do que com abortos anteriores. Os registros de cuidados pós-aborto mostram uma carga substancial de complicações médicas graves de aborto induzido de forma insegura (Bankole *et al.*, 2020), sendo responsável por 4,7 - 13,3% das mortes por abortos (WHO, 2021a) e 14,5% das mortes maternas em todo o mundo, sendo que estas mortes são totalmente evitáveis através do acesso ao aborto legal e seguro ou mesmo pelo uso métodos de contraceptivos (Faúndes e Shah, 2015).

Atrasos na obtenção de cuidados podem piorar a gravidade das complicações. Muitas mulheres adiam os cuidados pós-aborto porque esperam que o problema se resolva sozinho. Outras mulheres querem evitar ser reconhecidas ou discriminadas, precisam de tempo para juntar dinheiro ou providenciar transporte. Esse medo é bem fundamentado, pois a maioria das prisões de mulheres por aborto são iniciadas pela equipe médica a quem elas recorrem para obter ajuda; além disso,

alguns provedores exigem subornos ou até mesmo se recusam a fornecer cuidados. O medo de ser envergonhada também figura nas decisões de buscar cuidados em vez de curandeiros tradicionais ou de renunciar a eles completamente. Atrasos no tratamento também podem ocorrer quando uma mulher procura atendimento. Os centros de saúde locais muitas vezes não têm pessoal treinado ou equipamento, exigindo encaminhamentos demorados para instalações de nível superior. (Bankole *et al.*, 2020).

Atendimento das mulheres para a Interrupção voluntária da gravidez na Unidade Sanitária

Evidências sugerem que tanto as mulheres que interrompem a gestação de forma segura em uma unidade sanitária assim como as que chegam após interromperem com recurso á práticas inseguras sentem-se afectadas física, emocional e socialmente. Estes todos sentimentos presentes no momento da interrupção ou do atendimento ditam a necessidade de um bom acolhimento e uma boa orientação, sendo estes elementos importantes para atenção humanizada e de qualidade (Keys, 2010 e MISAU, 2016).

Os requisitos para a sua realização incluem a observação da idade gestacional máxima de 12 semanas, em caso de violação sexual ou incesto, pode ser realizado até 16 semanas e em caso de mal formação congénita grave pode ser interrompido em até a vigésima quarta semana de gestação, quando coloca em risco em a vida da mãe (MISAU, 2016). De acordo com a OMS (2018), não há necessidade de priorizar a ecografia nem os exames laboratoriais para a realização da interrupção da gestação, a data da última menstruação, as avaliações do tamanho do útero através durante o exame físico são suficientes.

Métodos usados para a interrupção voluntária da gravidez

Existem dois métodos usados a realização da interrupção voluntária da gravidez, nomeadamente: o aborto médico ou medicamentoso que é realizado com recurso a fármacos e o aborto cirúrgico que é o procedimento realizado mediante o uso de instrumentos. (Barghazan et al., 2023 e Leichombam & Bawiskar, 2023). A escolha do método a ser usado deve ter em conta a idade gestacional que a mulher apresente durante o atendimento.

Aborto Médico

Este é um método através do qual administra-se medicamento para a interrupção da gravidez, seja pela via oral ou intramuscular, com ou sem antibióticos (Leichombam e Bawiskar, 2023). O procedimento envolve várias etapas que combina dois fármacos (Mifepristone e misoprostol), ou múltiplas doses de um só fármaco (Misoprostol). A combinação dos medicamentos é mais efectiva e tem menos efeitos secundários do que o uso isolado do Misoprostol (MISAU, 2016).

A Mifepristona é uma substância esteróide sintética que em outras circunstâncias é usada para tratar condições clínicas específicas como a síndrome de Cushing, que é marcado por altos níveis de hormónio cortisol e em casos de gravidez actua bloqueando a progesterona o que resulta em contracções uterinas que expulsam o concepto. O medicamento é frequentemente administrado de acordo com um regime definido e sob a supervisão médica, ou seja, dentro de 24 a 48 horas após a sua toma, a utente deve-se apresentar na unidade sanitária para uma segunda consulta onde será administrado o Misoprostol (Leichombam e Bawiskar, 2023).

O Misoprostol é prostaglandina que induz contracções uterinas e auxilia na expulsão do concepto. Pode ser administrado de diversas maneiras, oral, sublingual e vaginal, podendo apresentar diferentes efeitos adversos tais como dor, hemorragia, febre, náuseas, diarreia e infecção pélvica. É eficaz para a interrupção da gravidez quando ainda é precoce, embora seja um pouco menos eficaz que a sua combinação com a Mifepristona. É comumente usado para tratar hemorragia pós-parto e outras condições clínicas como úlcera péptica (Ferketa *et al.*, 2024).

Aborto Cirúrgico

Quando não há condições para a realização do aborto médico, pode-se optar pela realização da aspiração manual por vácuo ou aspiração por vácuo eléctrico. Devem ser usadas com a idade gestacional de até 12 a 14 semanas. A aspiração no vácuo é uma das técnicas recomendadas para o aborto cirúrgico no primeiro trimestre devido à sua eficácia e segurança. É segura e eficaz mesmo antes de 7 semanas de gestação, considerando que seja inspeccionado para verificar o saco gestacional.

A ordem de escolha para os diferentes métodos depende das condições de serviço e da preferência da mulher, tendo em conta os seguintes critérios:

- A disponibilidade de métodos em cada serviço de saúde;
- A capacitação, habilidade e rotinas dos serviços de saúde para cada método; e
- As condições clínicas, sociais e psicológicas das mulheres (MISAU, 2016).

No entanto, durante o primeiro trimestre de gravidez os métodos aceitáveis são o aborto médico, a aspiração intra-uterina (manual ou eléctrica) e a aspiração intra uterina após prévia dilatação cervical (MISAU, 2016).

Acesso a contraceptivos

O uso de contraceptivos é uma forma importante de reduzir a ocorrência de gravidezes indesejadas e evitar a procura da interrupção, embora aceite-se o facto destes métodos apresentarem alguma taxa de falha. A prevalência das necessidades não atendidas de contraceptivos em 2019 foi de 29% na África Subsaariana. As mulheres solteiras sexualmente activas tem níveis mais elevadas de uso de métodos contraceptivos e a capacidade de resposta dos sistemas de saúde não corresponde á necessidade, o que faz com que estas sejam altamente vulneráveis á gravidez indesejada (Fagbamigbe, 2021 e Bankole, Remez, Owolabi, Philbin, & Williams, 2020). Em Moçambique, cerca de 26% das mulheres actualmente casadas e 47% das mulheres não casadas mas sexualmente activas usam algum método de contraceptivo (IDS, 2023).

A oferta de métodos contraceptivos é uma oportunidade para a mulher decidir quantos filhos quer ter e quando os terá. Durante a oferta dos cuidados após a interrupção da gestação para o tratamento das complicações pode-se aconselhar e oferecer às mulheres a contracepção (Makins e Cameron, 2020). Apesar de se notar grandes investimentos para melhorar os cuidados a serem oferecidos, os sistemas de prestação de cuidados de saúde mostram um fracasso na oferta destes. Vários estudos demonstram este facto. Um estudo realizado em Bangladesh onde apenas 18% das mulheres tiveram cuidados após a intervenção receberam métodos contraceptivos (Hossain *et al.*, 2017), outro realizado na Tanzânia e no Paquistão relataram que 17% e 26% respectivamente, é que receberam métodos contraceptivos escolhidos pelas mulheres (Zaidi *et al.*, 2014 e Pestvenidze *et al.*, 2016).

Segundo o Relatório Anual do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, foram distribuídos 81 929 métodos contraceptivos nos cuidados pós-abortos ao longo do ano 2021, tendo a província de Gaza contribuído com 6% (5502) dos casos (MISAU, 2022). Existem vários os factores que limitam provisão de Contracepção e Planeamento Familiar para as mulheres após o aborto, que incluem a limitação do espaço físico na unidade sanitária e o tempo para o aconselhamento, a falta de métodos de planeamento familiar, a desinformação ou falta de conhecimento sobre quando iniciar a usar os contraceptivos. Estes factores contribuem para aumentar a necessidade não satisfação de planeamento familiar entre as mulheres atendidas nos cuidados pós-aborto, constituindo deste modo uma oportunidade perdida (Atuhairwe *et al.*, 2023).

Acesso aos cuidados de aborto

O acesso ao atendimento ao aborto é reconhecido como um componente essencial para criar um ambiente favorável à cobertura universal de saúde, cujo objetivo é acelerar os esforços para garantir que todas as pessoas e comunidades recebam todo o espectro de serviços essenciais de saúde de qualidade sem sofrer tensões monetárias indevidas. Além disso, a OMS reconhece, em termos de regulamentação do aborto, que é regulado em vários graus por meio da lei criminal, além da regulamentação sob a lei de assistência médica. Isso é algo diferente de outros serviços essenciais de saúde (Shakhatreh *et al.*, 2022).

O compromisso da prevenção da interrupção da gravidez através da expansão da disponibilidade de cuidados pós-aborto, a garantia da legalidade e segurança do aborto, a oferta de serviços de qualidade para a gestão de complicações incluindo aconselhamento sobre contracepção para todas as mulheres independentemente dos fundamentos legais para o aborto, são essenciais para o alcance da saúde sexual e reprodutiva plena e segura (Izugbara *et al.*, 2019).

O acesso ao aborto seguro é altamente politizado. É um serviço que só as mulheres precisam e é regulado por leis na maioria dos países do mundo. A criminalização e outras restrições legais ao aborto não reduzem as taxas; em vez disso, aumentam a incidência de procedimentos clandestinos e inseguros (Allotey e Ravindran, 2021). Os serviços de cuidados pós-aborto são um componente do sistema de saúde desde a década de 1990, quando os países comprometeram-se a fornecer

intervenções de qualidade para prevenir a morbidade e mortalidade relacionadas ao aborto inseguro (Magalona *et al.*, 2022).

Segundo uma revisão sistemática que avaliou a disponibilidade, acessibilidade e utilização dos cuidados pós-aborto ao nível da África Subsaariana, relatou que os cuidados são oferecidos por uma série de provedores públicos e privados, incluindo os centros que oferecem os cuidados de saúde primários e hospitais universitários por provedores de diversas categorias, nomeadamente enfermeiras de saúde materno e infantil, médicos e especialistas em ginecologia e obstetrícia. A distribuição e disponibilidade destes serviços, dos provedores e das tecnologias ou métodos encontram-se com frequência nas zonas urbanas, instalações públicas, instalações de Organizações Não Governamentais, hospitais privados e nos hospitais de referência (Izugbara *et al.*, 2019), isto faz com que as mulheres das áreas rurais tenham de viajar longas distâncias para ter acesso aos serviços de Cuidado pós-aborto (Netshinombelo, Maputle e Ramathuba, 2022). A descentralização dos cuidados pós aborto é essencial para fornecer cuidados imediatos que podem salvar vidas, evitando a deterioração desnecessária da condição da mulher quando o encaminhamento e o transporte são necessárias (Netshinombelo, Maputle e Ramathuba, 2022).

Legislação do aborto a nível Mundial

A Conferência sobre a População e Desenvolvimento realizada em Cairo, no ano 1994 harmonizou a política populacional em todo o mundo, reconhecendo o direito das mulheres no acesso ao aborto, esterilização e contracepção (Zaręba *et al.*, 2021). Desde então, o direito internacional sempre defendeu a necessidade da descriminalização e oferta do aborto seguro e legal. A legalização refere-se às leis que regem quem, onde e como a interrupção da gestação pode ser fornecida e onde ser acessada. Espera-se que um sistema regulamentado garanta abortos seguros para as mulheres (Shakhatreh *et al.*, 2022).

As normas de direitos humanos exigem a descriminalização do aborto no mínimo, por três motivos: quando a gravidez representa um risco ou vida a saúde pessoa grávida, onde a gravidez resulta de crime sexual (estupro, agressão sexual ou incesto) e onde há risco de lesões fetais graves e deficiência (Erdman e Cook, 2020). No entanto, apesar dos progressos observados em muitas

jurisdições, ainda existem muitos países onde o aborto continua proibido ou é aceite apenas em algumas circunstâncias (Pizzarossa, Maziwisa e Durojaye, 2023). De acordo com a legislação vigente, os países são classificados em cinco categorias com base nas circunstâncias em que o aborto é permitido:

Categoria I: Corresponde aos países que impõem uma proibição total ao aborto sem circunstâncias atenuantes, até o ano de 2019, esta categoria incluía 26 países, representando 5% das mulheres em idade reprodutiva de todo o mundo.

Categoria II: Corresponde aos países em que o aborto é permitido se for para salvar a vida da mulher, ao todo, um total de 39 países fazem parte de grupo, representando 22% das mulheres em idade reprodutiva globalmente.

Categoria III: Corresponde aos países que permitem o aborto para salvar a vida da mulher, bem como por razões de saúde. Fazem parte desta categoria 56 países (14% das mulheres em idade reprodutiva) e 25 destes países, mencionam explicitamente os possíveis danos à saúde mental como motivos para a permissão do aborto.

Categoria IV: São 14 países onde o aborto é legal em amplos fundamentos sociais e econômicos, correspondentes à 23% das mulheres de idade reprodutiva.

Categoria V: Representam 36% das mulheres do mundo que encontram-se distribuídas em 66 países onde o aborto está disponível a pedido da mulher com limites a idade gestacional.

Na maioria dos países (com exceção dos países da **categoria I**) o aborto é permitido por motivos adicionais, como a gravidez resultante do estupro ou incesto e em caso de compromisso fetal (Boland, 2007 e Allotey & Ravindran, 2021).

Legislação das interrupções de gravidez no continente Africano

A legalidade da interrupção da gravidez em África é diferente, sendo caracterizada por países que proíbem o aborto, países que permitem a interrupção para salvaguardar a vida da mulher ou permitida sem restrições como pode ser observado no quadro 1 (Bankole *et al.*, 2020). Embora estas alterações tenham como base as orientações da Conferência sobre a População realizada em

1994, o principal instrumento jurídico para proteger os direitos das mulheres em África é a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África, também conhecida como Protocolo de Maputo, que foi escrito pela União Africana, sendo que todos os países da África Subsaariana fazem parte. Foi também o primeiro documento oficial de direitos humanos a reconhecer a interrupção da gravidez, embora tenha sido de forma condicionada (Bankole *et al.*, 2020).

Quadro 1: Distribuição dos países Africanos de acordo com a classificação da legislação sobre o aborto

Categorias	Países correspondentes
Categoria I	Congo, Egipto, Madagáscar, Mauritânia e Senegal.
Categoria II	Costa do Marfim, Gabão, Gâmbia, Líbia, Malawi, Mali, Nigéria, Somália, Sudão do Sul, Sudão, Tanzania e Uganda.
Categoria III	Algeria, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Comores, República Central Africana, Chade, Camarões, Comores, Jibuti, Equador, Eritreia, Eswatini (Swazilândia), Gana, Guiné, Lesotho, Libéria, Maurícia, Marrocos, Namíbia, Níger, Quénia, República Democrática de Congo, Seychelles, Togo e Zimbabué
Categoria IV	Etiópia, Ruanda e Zâmbia
Categoria V	Benin; Cabo Verde, Guiné Equatorial, Guiné Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe, África do Sul e Tunísia

Fonte: («The World ’ s Abortion», 2023)

O Protocolo de Maputo foi adoptado em 11 de Julho de 2003 e entrou em vigor em 25 de novembro de 2005. Seus principais objectivos resumem-se á consolidação e o avanço dos direitos das mulheres da região africana, com foco na igualdade. Compromete os estados africanos a proteger e promover a igualdade de gênero nas esferas pública e privada, incluindo a saúde sexual e reprodutiva assim como o aborto (Ngwena, 2010).

O Protocolo obriga os estados membros a permitir o documento em casos de: agressão sexual, estupro e incesto; quando a gravidez representa um risco para a vida ou para a saúde física ou

mental da pessoa grávida; e em casos de mal formação fetal. O instrumento ainda faz menção de que os estados devem garantir que os serviços de aborto sejam acessíveis e de boa qualidade, tendo em conta que uma série de medidas como a integração dos serviços de aborto na prestação dos cuidados de saúde reprodutiva, eliminando restrições desnecessárias e permitindo que uma ampla gama de prestadores administrem os cuidados de aborto (Africana, 2003).

O documento contribuiu para a reforma em todos os países que acrescentaram bases jurídicas desde a adoção e levou adiante o consenso global sobre o combate ao aborto como um perigo para a saúde pública (Ngwena, 2010). Desde que o protocolo foi adoptado em 2003, vinte e um países já adoptaram bases legais mais amplas para o aborto, isto inclui onze (11) países que anularam as proibições absolutas às interrupções, dos quais quatro países que agora permitem a interrupção voluntária mediante pedido (Bankole *et al.*, 2020).

Histórico da legalização das interrupções de gravidez em Moçambique

A legalização das interrupções de gravidez em Moçambique e o subsequente aumento dos serviços de “aborto seguro” foram passos importantes na promoção dos direitos humanos da mulher e da saúde sexual e reprodutiva de mulheres e adolescentes.

A interrupção da gravidez era considerada crime, mas na década de 80, passou a ser “Quase legal” permitindo que fosse realizada á pedido da mulher e mediante a apresentação de boas razões que perigassem a saúde mental e física da mesma e era realizado apenas nos Hospitais Centrais, Provinciais e Gerais.

Reconhecendo a contribuição da interrupção voluntária da gravidez realizada de forma insegura na mortalidade materna, o aborto foi despenalizado no ano de 2014, ao abrigo da lei 34/2014, tendo entrado em vigor em julho de 2015 e posteriormente as “Normas Clínicas sobre o Aborto Seguro e Cuidados Pós-Aborto” foram aprovadas pelo Diploma Ministerial (DM) 60/2017 de 20 de setembro.

Após essa mudança legislativa, o Ministério da Saúde publicou diretrizes clínicas e legais para apoiar a prestação de cuidados abrangentes ao aborto. As diretrizes clínicas abrangem o aborto seguro e os cuidados pós-aborto, seguindo de perto as diretrizes da Organização Mundial da Saúde. Os abortos devem ser realizados com o consentimento da gestante, e as menores de idade devem

ter o consentimento dos pais, responsáveis ou outro adulto de confiança. Desde a publicação das diretrizes clínicas, os serviços de aborto seguro têm sido lentamente implementados em todo o país (Griffin *et al.*, 2023). O DM 60/2017, faz ainda menção de que a gravidez só pode ser interrompida numa unidade sanitária acreditada e certificada por um médico ou outro profissional de saúde capacitado para o efeito, em casos de a gravidez colocar em risco a vida da mulher, a saúde mental ou física, se resultar de violência sexual, incluindo o incesto, a mulher estar infectada pelo vírus do HIV/SIDA, em casos de falência de método contraceptivo e constituir um risco para a saúde do feto ou que seja portador de uma mal formação congénita.

Conhecimento da lei sobre aborto

Evidências sugerem que mulheres, profissionais de saúde e até mesmo formuladores de políticas em todo o mundo têm conhecimento limitado ou impreciso da lei e das políticas de aborto em seus países (Erdman, Ronald e Jr, 2018). No entanto, o conhecimento das leis sobre o aborto é crucial para garantir o acesso ao aborto seguro e para proteger a saúde sexual e reprodutiva e os direitos humanos, podendo afectar as decisões das mulheres relacionadas ao aborto, impactando nas suas escolhas. A compreensão de que o aborto era amplamente ilegal, independentemente de seu conhecimento ser preciso foi associado ao medo de potenciais repercussões legais ou outras de busca do atendimento em uma unidade de saúde formal (Hinson *et al.*, 2022).

Apesar dos progressos observados nas leis em Moçambique, estudos hospitalares mostram que as mulheres ainda interrompem em circunstâncias ilegais e inseguro seja pelas restrições legais, medo do estigma ou pela falta conhecimento sobre a disponibilidade de serviços de aborto (Frederico *et al.*, 2018). Segundo dados do IDS (2022) constatou-se que 16% de mulheres com idades compreendidas entre os 15-49 anos é que tinham conhecimento da legalidade das interrupções voluntárias da gravidez, sendo maior na área urbana (29%) que na rural (7%) e a Província de Gaza com 9%, constituindo a 4ª província com a menor frequência descrita. O conhecimento foi maior em mulheres que possuíam o nível superior de escolaridade e o quintil de riqueza mais alto.

8. Enquadramento teórico ou conceptual

Embora o aborto seja uma característica comum da vida reprodutiva das mulheres em todo o mundo, a pesquisa sobre o aborto é um desafio. Essa dificuldade reflecte-se no pequeno volume de recursos de investigação científica sobre o aborto, a importância da questão na vida das mulheres e nas suas experiências reprodutivas (Coast, Norris, Moore, & Freeman, 2018).

A estrutura conceptual usada nesta pesquisa é uma combinação realizada por Väisänen et al., (2022), que procura explicar que a realização do aborto pode ser usado como mecanismo adiar, evitar, espaçar e interromper a gravidez em diversas situações em que as mulheres se encontrem.

Trata-se uma combinação da estrutura conceptual descrita por Rossier (2007) que é um modelo sequencial para analisar o processo que leva a gravidezes indesejadas, com a estrutura de Coast (2018) que foi usada para a compreensão das trajectórias até ao aborto. Este modelo combinado estima a probabilidade de ter uma gravidez indesejada, seguida da probabilidade de escolher realizar a interrupção entre as mulheres que tiveram a gravidez indesejada, controlando ao mesmo tempo o uso de contraceptivos e outras características sociodemográficas (Väisänen & Batyra, 2022).

O Rossier divide a prática do aborto em 5 fases: a exposição sexual sem intenção de engravidar; o uso de contraceptivos; a gravidez indesejada, a decisão de interromper e a materialização da decisão. Quando as mulheres tornam-se sexualmente activas elas podem considerar-se ou não de ter uma gravidez indesejada, dependendo do seu desejo e do parceiro de conceber, e da sua percepção do risco em engravidar, estes podem ou não usar um método contraceptivo. Se usarem um método, expõem-se ao risco de falha contraceptiva e se não usarem nenhum método, expõem-se ao funcionamento da fertilidade natural. Quando ocorre a concepção, eles avaliam se a gravidez é desejada ou não desejada. Se for indesejada, as mulheres (ou os casais) decidem interromper e em última etapa procuram recursos ou serviços para a sua interrupção (Rossier, Michelot, Bajos, & Group, 2007).

Para o Coast (2018) os caminhos das mulheres para o aborto são influenciados também pelos contextos jurídicos, como a legalidade do aborto, o conhecimento sobre a legislação, a acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde reprodutiva bem como com as normas em torno

do aborto. Para este autor, a trajectória começa com a tomada de conhecimento de uma gravidez e termina com a assistência relacionada a interrupção; Em cada etapa deste processo assume-se que haja influência de diversas características individuais (sóciodemográficas) assim com jurídicas-culturais (Rossier, 2007).

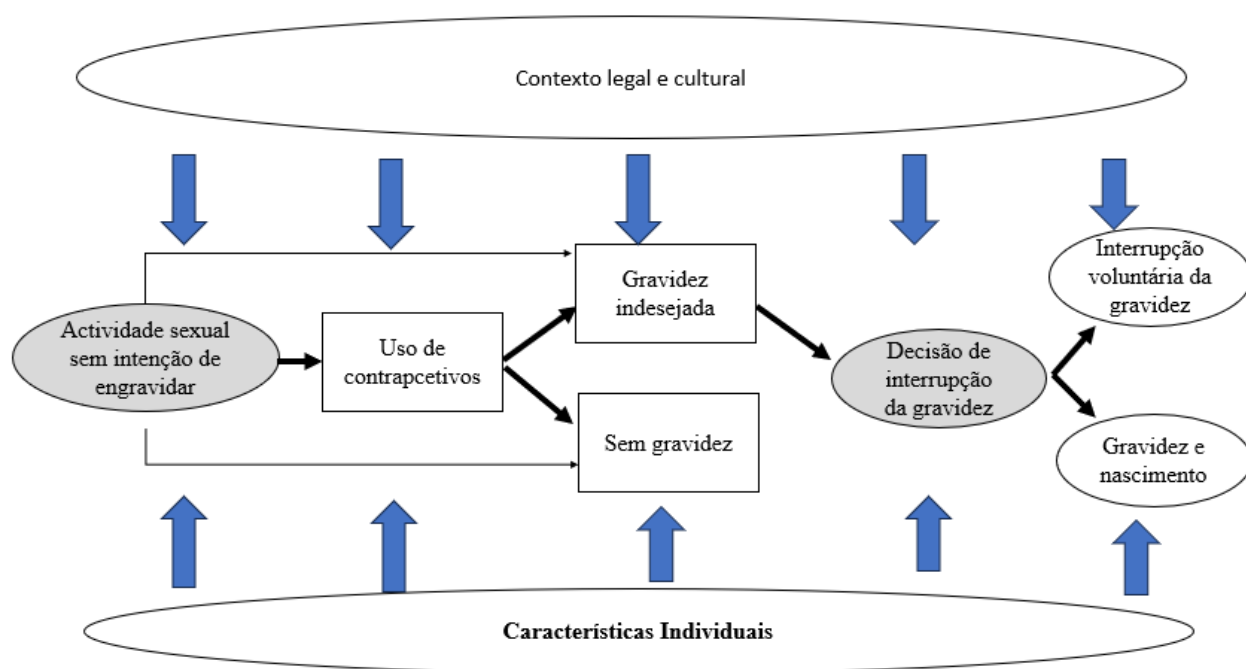


Figura 1: Esquema representativo da estrutura de modelo conceptual combinada de Rossier (2007) e Coast (2018)

Fonte: (Väisänen e Batyra, 2022).

Em relação às características individuais, referem-se as características socioeconómicas, demográfias e de saúde (idade, riqueza, educação, estado civil, condições de saúde como o HIV) intenções de fertilidade (não uso de contracepção, falha contraceptiva, número de filhos), aspirações pessoais (educação, emprego), residência, religiosidade entre outros (Coast *et al.*, 2018), de referir que neste projecto pretende-se estudar as características sociodemográficas, mas por se tratar de revisão de instrumentos registo de carácter retrospectivo, nem todas poderão ser objecto de pesquisa.

Conceitos

Aborto

Segundo a OMS o aborto é a interrupção da gravidez até 20^a ou 22^a e o produto de concepção pesando 500g, para países desenvolvidos e 28 semanas para países em via de desenvolvimento, onde Moçambique faz parte (MISAU, 2016).

Classificação quanto ao diagnóstico:

As interrupções de gravidez podem ser espontâneas, quando ocorre a perda natural de uma gravidez ou induzidos, quando é resultado de um processo de interferência externa. Quando a interferência ocorre respeitando as normas da OMS, ou seja, nas instalações apropriadas (unidades sanitárias) e manuseado por profissionais de saúde qualificados é considerada interrupção segura e é inseguro quando é praticado fora das instalações sanitárias ou por indivíduos não capacitados. E este representa uma causa importante de morbi-mortalidade materna, embora seja evitável. Pode levar a complicações de saúde física, mental, encargos sociais e financeiros para as mulheres, comunidades e sistemas de saúde (WHO, 2021b).

A escolha dos métodos da interrupção da gravidez dependem da idade gestacional, podendo ser feito através da medicação (Mifepristone seguido de Misoprostol) que é uma opção segura e menos invasiva ou através de métodos invasivos como a curetagem, aspiração entre outros, ambos fornecidos Cuidados Primários de Saúde (Mazza et al., 2020 e WHO, 2021).

Classificação clínica do aborto

- **Ameaça de Aborto:** quando a mulher apresenta sangramento genital de pequena a moderada intensidade, podendo existir dores tipo cólicas e ao exame ginecológico o colo uterino encontra-se fechado.
- **Aborto electivo ou interrupção voluntária de gravidez:** é o aborto realizado por solicitação da mulher, ou de seu representante, obedecendo a legislação vigente podendo ser médico ou farmacológico, cirúrgico por aspiração da cavidade uterina (manual ou eléctrica).
- **Aborto completo:** geralmente ocorre em gravidezes de 8 semanas e em pacientes com

história pregressa de sangramento e cólicas que diminuíram ou cessaram após a expulsão do material ovular.

- **Aborto inevitável:** quando a mulher apresenta sangramento vaginal maior que na ameaça de aborto e que diminui com a saída de coágulos ou restos ovulares e dor pélvica tipo cólica.
- **Aborto incompleto:** Quando a mulher apresenta hemorragia uterina e dor tipo cólica e ao exame ginecológico o colo uterino está aberto e identifica-se a presença de restos ovulares na vagina.
- **Aborto retido:** Quando relata-se desaparecimento dos sinais e sintomas da gravidez, ao exame o útero pode apresentar-se menor que o esperado para a idade gestacional, com o colo fechado e sangramento discreto, sendo necessário o uso da ecografia para a confirmação.
- **Aborto habitual:** Caracterizado por ser espontâneo e consecutivo de três ou mais gestações no segundo trimestre da gravidez.
- **Aborto séptico ou infectado:** está frequentemente associado a manipulações com uso de técnicas inadequadas e inseguras dos procedimentos de interrupção da gravidez. (Normas clínicas, 2016)

Cuidados de aborto seguro constituem uma forma abrangente e integrada de interrupção da gravidez que é oferecida às utentes no âmbito permitido pela legislação vigente (MISAU, 2016).

Cuidados pós aborto constituem um serviço abrangente e integrado para tratar mulheres que se apresentam na US após ocorrência de um aborto espontâneo ou que tenham tentado interromper a gravidez (MISAU, 2016)

Conceitos Operacionais

Gravidez não planeada: é uma gravidez que aparece num momento imprevisto e que pode não ser intencional ou indesejada (DM 60/2017)

Gravidez Indesejada: é uma gravidez que ocorra de forma não planeada ou aquela que ocorre sem que a mulher deseje podendo ser fruto de violência sexual (DM 60/2017);

Idade gestacional: é o número de semanas desde o primeiro dia da última menstruação (DUM) da mulher (DM 60/2017)

Aborto: significa interrupção da gravidez. Ao longo deste relatório poderão ser usados os termos “Aborto, Interrupção voluntária da gravidez, aborto induzido ou aborto electivo” como termos sinónimos.

Consentimento informado: Neste relatório, este termo refere-se ao instrumento que é usado para que as utentes ou os seus pais, confirmem a sua vontade de realização da interrupção voluntária da gravidez.

Adolescente: segundo a OMS, é um indivíduo que está entre a fase da infância e a vida adulta, entre os 10 a 19 anos de idade.

9. Metodologia

9.1 Tipo de estudo

Realizou-se um estudo observacional analítico, com colheita de dados retrospectivos e com abordagem quantitativa. Foram usados dados colectados dos livros de registo e das “fichas de consentimento informado”.

9.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Saúde de Bilene- Macia, distrito de Bilene na província de Gaza. Este distrito localizado no sul da província de Gaza, tendo como limites o distrito do Limpopo a norte, o distrito da Manhiça a sul, o distrito de Chokwé a oeste e o Oceano Índico a este. É constituído por 4 postos administrativos nomeadamente: Macuane, Messano, Mazivila e Praia de Bilene.

A rede sanitária do distrito é constituída por 12 Unidades sanitárias, classificadas em: Hospital distrital de Bilene (inaugurado em Outubro de 2023), Centro de Saúde urbano tipo I (centro de saúde de Macia), que servem de unidades sanitárias de referência para as restantes 11 unidades sanitárias do distrito. Até ao 3º trimestre do ano 2023, o Centro de Saúde de Bilene era a única unidade sanitária que oferecia os serviços de aborto seguro no distrito.

Segundo projecções do INE (2017), possui uma população de 152.898 habitantes, com densidade populacional de 80,5/km², sendo 55% indivíduos do sexo feminino e com as mulheres em idade reprodutiva representado 26% da população geral do distrito. O INE também faz menção de que em 2017, a província de Gaza apresentava uma taxa de analfabetismos de 28,8%, sendo mais predominante em mulheres (35,5%) e o folheto estatístico distrital do ano 2020, mostra a taxa líquida de escolarização de 91%.

Segundo o inquérito sobre o orçamento familiar (2019/2020), cerca de 65,5% do nosso país é rural (incluindo o distrito de Bilene), a província de Gaza possui agregados com uma composição familiar de 5 a 6 membros, com chefes de família maioritariamente camponeses (60,8%) e 50% das famílias chefiadas por mulheres devido á mobilidade dos homens para Maputo Cidade, Maputo província e África do Sul em busca de emprego. A taxa de desemprego de 22% mais predominante

em homens que mulheres, e 60,8% das famílias são camponeses. O distrito de Bilene tem a agricultura, criação animal como sua principal fonte de rendimento, mas também se destacam o turismo e o comércio informal.

9.3 Período do estudo

O estudo foi realizado nos meses de Fevereiro a Março 2024, período em que foi feita a colheita de dados. A escolha do período de estudo foi por conveniência uma vez que não há nenhum aspecto temporal que possa influenciar o objecto do estudo. Portanto, independentemente do período do ano em que for realizada a colheita dos dados, esperavam-se que apresentassem os mesmos resultados.

9.4 População do estudo

Foi considerada como população do estudo, todas as mulheres atendidas de 1 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2023 que estavam inscritas nos livros de registo e nas “fichas de consentimento informado”.

- **Critérios de inclusão**

Foram inclusos todos os registos encontrados no livro, referentes às mulheres de todas as faixas etárias que tenham sido atendidas por IVG no período em análise, podendo apresentar ou não as “fichas de consentimento informado” correspondentes.

- **Critérios de Exclusão**

Foram excluídas todas as informações referentes á mulheres que tenham sido inscritas apenas nas fichas de consentimento informado.

9.5 Amostragem

No presente estudo, foi usada amostragem não probabilística intencional para a selecção da Província e distrito. A escolha da Unidade Sanitária, baseou-se no facto de esta ser a US de referência para todos os outros centros de saúde do Distrito de Bilene, e também por ser o único a oferecer os serviços de “Aborto Seguro”. A amostra constituiu a totalidade das mulheres atendidas durante o período em análise.

9.6 Procedimentos, técnicas e os instrumentos de recolha de dados

Foi desenvolvido um formulário para a recolha de dados sobre as interrupções voluntárias de gravidez e cuidados pós interrupções a partir dos livros de registo e das fichas de consentimento informado de acordo com os objectivos do estudo. Esse instrumento de recolha de dados foi convertido numa versão electrónica através da ferramenta Kobotoolbox. Esta recolha foi feita pela estudante.

9.7 Variáveis, planos de gestão e análise de dados

Para alcançar os objectivos propostos foram colhidas variáveis sóciodemográficas, ano do atendimento, clínicas, antecedentes obstétricos, serologia da mulher e o comportamento contraceptivo, tendo em conta os seguintes grupos de variáveis:

Variáveis sociodemográficas

- Idade
- Residência
- Estado Civil
- Ano

Características Clínicas

- Idade gestacional
- Tipo de aborto
- Violência sexual
- Complicações
- Desfecho

Histórico Obstétrico

- Gestações anteriores e número de gestações
- Partos anteriores e número de partos
- Abortos anteriores e números de abortos

Serologia

- Estado serológico

Comportamento contraceptivo

- Uso da contracepção antes da gravidez
- Tipo de contraceptivo
- Uso da contracepção após a interrupção voluntária da gravidez
- Tipo de contraceptivo

Foram consideradas estas variáveis para a realização do presente estudo, porque são as que se encontram disponíveis no livro e nas fichas de “consentimento informado”.

Estratificação das variáveis sócio-demográficas

A variável “idade” foi estratificada nas seguintes categorias: 13-19, 20-29, 30-39 e 40-53 anos para a análise descritiva. A variável “residência” compreende o posto administrativo em que residem as mulheres atendidas e foi estratificada em 7 respostas (6 postos administrativos do distrito de Bilene) e outros (provenientes de outros distritos). Nos instrumentos de registo foram encontrados os bairros, sendo que após a colheita, estes eram agrupados e organizados de acordo com posto administrativo correspondente. Esta organização teve em conta o facto do Centro de Saúde estar localizado no Posto Administrativo da Macia. A variável “estado civil” foi estratificada em casada e solteira (esta incluiu as situações das mulheres divorciadas e as viúvas). O ano do atendimento foi estratificado em 5 categorias, nomeadamente 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023 de acordo com a data em que a mulher foi atendida.

Estratificação das variáveis clínicas

A variável “idade gestacional” foi estratificada nas seguintes categorias: 1-4 semanas, 5-8 semanas, 9-12 semanas e 13-24 semanas. Teve-se em conta nesta variável, que até a 12ª semana de gestação as mulheres podem livremente solicitar o aborto seguro e a partir da 13ª semana de gestação é permitido em casos especiais como a violação sexual ou mal formação congénita. Esta variável foi colhida de acordo com a idade gestacional registada no livro ou na ficha de consentimento informado, de seguida organizada e agrupada de acordo com as categorias estratificadas.

O “tipo de aborto” foi estratificado nas seguintes categorias: Seguro e não seguro. Variáveis como “violência sexual” e “complicações” foi estratificadas em duas categorias: sim e não, e o “desfecho” em alta e hospitalização.

Estratificação do histórico obstétrico

As variáveis “gestação anterior”, “partos anteriores” e “abortos anteriores” foram estratificadas em duas categorias: sim e não, e as variáveis “número de gestações”, “número de partos” e “número de abortos” foi colhida de acordo com o número registados nas fichas de “consentimento informado”.

Estratificação da Serologia

A variável “serologia” foi organizada em várias etapas. Inicialmente serviu para colher informação sobre a realização do teste de HIV durante o atendimento, que esteve estratificado em duas categorias: sim e não”. Estas categorias tornavam-se variáveis. Nos casos em que se realizou o teste de HIV, esta variável foi estaficada em três respostas: Positivo, Negativo e Indeterminado. Nos casos em que a mulher não foi testada, a variável podia assumir as seguintes categorias: testada há menos de 3 meses, positiva em TARV ou sem informação. Por fim, estes dados foram organizados e agrupados nas seguintes categorias: testada negativa, testada negativa há menos de 3 meses e positiva em TARV

Estratificação da Contracepção

A variável “Contracepção” foi abordada tendo em conta 2 horizontes temporais, um retrospectivo (uso da contracepção antes de engravidar, informação colhida na ficha de “consentimento informado” e um prospectivo (uso da contracepção aós a interrupção da gravidez). A estratificação feita para os dois horizontes temporais assumiu duas categorias, sim e não. Nos casos em que a resposta era sim, colhia-se o tipo de contraceptivo, que assumiu 4 categorias: pílulas, Depo-provera, Implante e DIU.

Quadro 2: Disposição das variáveis do estudo para análise das IVG’s realizadas

Nome da variável	Níveis que assume	Pergunta do formulário	Variável
Idade	1. 13-19 2. 20-29 3. 30-39 e 4. 40-53	Idade	Independente
Residência	1-Chissano 2-Macia, 3-Macuane 4-Mazivila 5-Messano, 6-Praia de Bilene e 7-Outros	Bairro	Independente
Estado Civil	1-Solteira 2-Casada	Estado Civil	Independente
Ano	1-2019 2-2020 3-2021 4-2022 5-2023	Data do atendimento	Independente
Idade gestacional	1.1-4, 2.5-8, 3.9-12 e 4. 13-24	Idade gestacional	Independente
Tipo de aborto	1-Seguro 2-Não seguro	Tipo de aborto realizado	Dependente
Violência Sexual	1-Sim 2-Não	Sofreu violação sexual?	Independente
Complicações	1-Sim 2-Não	Sofreu complicações?	Independente
Desfecho	1-Alta 2-Hospitalização	Qual foi o desfecho	Independente
Gestação anterior	Sim, Não	Teve gestação anteriores?	Independente
Número de gestações anteriores	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Quantas gestações anteriores teve?	Independente
Partos anteriores	1-Sim 2-Não	Teve partos anteriores?	Independente
Número de partos anteriores	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Quantos partos anteriores teve?	Independente
Abortos anteriores	1-Sim 2-Não	Teve abortos anteriores	Independente
Número de partos anteriores	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	Quantos partos teve anteriormente	Independente
Estado Serológico	1-Testada negativa, 2-Negativa há menos de 3 meses e 3-Positiva á entrada	Qual é o estado serológico da participante	Independente
Contracepção antes de engravidar	1-Sim 2-Não	Uso da contracepção antes de engravidar	Indenpendente
Tipo de contracepao	1-Pilula 2-Depo-provera, 3-Implante e 4-DIU	Tipo de contracepção usada antes de engravidar	Independente
Contracepção pós aborto	1-Sim 2-Não	Uso da contracepção após a IVG.	Dependente

Tipo de contracepao	1-Pilula 2-Depo-provera 3-Implante e 4-DIU	Tipo de contracepção usada antes de engravidar	Independente
---------------------	--	--	--------------

Durante o período da recolha de dados que acontecia de forma electrónica, os dados eram armazenados exportados diariamente uma base de dados em formato *Microsoft excel versão 2019*. Após o armazenamento os dados exportados para o pacote estatístico *SPSS versão 26*, onde foram submetidos limpeza e analisados tendo em conta os objectivos a serem alcançados.

Foi feita a descrição das características sociodemográficas das mulheres atendidas assim como das características clínicas e dos antecedentes obstétricos. Adicionalmente foi determinada a frequência das medidas de tendência central e dispersão como média e desvio padrão para a variável idade, resultados apresentados em tabelas.

As análises avançadas foram realizadas tendo em conta duas variáveis dependentes: tipo de aborto e uso da contracepção após o aborto. Para a análise das associações entre as variáveis, foram realizadas análises bivariadas cruzando as variáveis dependentes com as variáveis independentes (características sociodemográficas, clínicas e antecedentes obstétricos), considerando o Pvalue <0,05 com vista a verificar a associação entre as variáveis e o nível de significância estabelecido em 95%. De referir que as variáveis independentes foram dicotomizadas de modo a permitir a criação de tabelas de contingência 2x2 e foram excluídas da análise bivariada todas as variáveis que tinham menos de 5 contagem nas tabelas.

Quadro 3: Plano de análise de dados

Objectivo do estudo	Variáveis	Tipo de variáveis	Instrumento de colheita	Tipo de análise
Caracterizar sócio-demograficamente as mulheres atendidas nos serviços de interrupção voluntária da	Idade, Estado Civil, Residência	Quantitativa	Livro de registo e “ficha de consentimento informado”	Descritiva (estimar frequência, a média e desvio padrão)
Descrever as características clínicas, das mulheres atendidas na devido a interrupção da gravidez;	Gestações e número de gestações anteriores, partos e número de partos anteriores, abortos e número de abortos anteriores, serologia, uso de contracepção anterior á gravidez e o tipo, contracepção após a IVG e o tipo, tipo de aborto, violência sexual, complicações e desfecho.	Qualitativas e quantitativas	Livro de registo e “ficha de consentimento informado”	Descritiva (calcular as frequências)
Caracterizar a tendência anual da frequência de mulheres atendidas devido a interrupção da gravidez, no período de 2019-2022;	Ano do atendimento	Quantitativo	Livros de registo	Descritiva (calcular frequências)
Identificar possíveis associações entre as características sociodemográficas e clínicas com o tipo de aborto	Variável dependente: Tipo de aborto Variáveis independentes: características sociodemográficas e clínicas	Qualitativo e Quantitativo	Livro de registo e “fichas de consentimento informado”	Analítica (testes estatísticos: Chi-square)
Identificar possíveis associações entre as características sociodemográficas e clínicas com o uso da contracepção após a interrupção da gravidez.	Variável dependente: contracepção pós-aborto Variáveis independentes: características sociodemográficas e clínicas	Qualitativo e Quantitativo	Livro de registo e “fichas de consentimento informado”	Analítica (testes estatísticos: Chi-square)

10. Considerações éticas

O protocolo foi submetido ao Comité Institucional de Bioética em Saúde (CIBS) da Faculdade de Medicina e Hospital Central para a sua avaliação e teve aprovação (com a referência 92/2023) em Fevereiro do ano 2024. Para a recolha dos dados no Centro de Saúde da Macia, foi solicitada uma

autorização administrativa aos Serviços Distritais de Saúde de Bilene e ao Centro de Saúde da Macia por serem entidades responsáveis pela gestão dos dados e eventos de saúde em Bilene.

Potenciais riscos: Neste estudo há risco de revelação da identificação das participantes (mulheres atendidas), tendo sido minimizado a partir da codificação da identidade (nome) das mesmas, para que haja conexão entre o código e a informação clínica, e apenas a estudante tem acesso á base de dados de codificação.

Consentimento informado: Neste estudo não houve necessidade de obtenção de consentimento por tratar-se de um estudo de base hospitalar e analisar de dados secundários obtidos á partir de livro de registo das urgências da maternidade e as “fichas de consentimento informado”. Não foram feitas aos profissionais de saúde e nem às mulheres que foram atendidas.

Confidencialidade: Todos os dados foram recolhidos respeitando rigorosamente todas as regras e normas vigentes, analisadas tendo em consideração aos princípios éticos em vigor no país e não foram colhidos os nomes das mulheres atendidas.

Potenciais benefícios: Sendo a interrupção voluntária de gravidez um tema de grande relevância para a saúde pública, a realização deste estudo não traz benefícios directos aos participantes cujos dados foram usados. Contudo, trouxe evidências sobre as características das mulheres que foram atendidas por terem interrompido voluntariamente a gravidez no Centro de Saúde da Macia. No final, os resultados foram importantes para auxiliar aos gestores e tomadores de decisão ao nível do centro de saúde e do distrito na elaboração de novas estratégias que visam reduzir a ocorrência de gravidezes indesejadas ou não planeadas que poderão ter impacto na interrupção voluntária da gravidez.

11. Limitações do estudo

O presente estudo, por ser de base hospitalar, não permite que os seus resultados sejam generalizados a nível distrital ou provincial. Por se tratar de um estudo que recorre a dados secundários e retrospectivo, focou-se aos dados e variáveis existentes nas fontes consultadas podem terem sido registadas de forma inadequada (classificação inconsistente, ilegíveis entre outros), sendo por este motivo que foram usados apenas os registos que estavam perceptíveis.

A interrupção voluntária da gravidez quando é feita no contexto do “aborto seguro”, as mulheres preenchem a “ficha de consentimento informado”. No entanto, os casos de interrupções realizadas na comunidade não precisam preencher este instrumento, apenas são registadas no livro da Unidade Sanitária. O livro não tem toda a informação que consta da “ficha de consentimento informado”, como, por exemplo, não permite saber o estado civil e os antecedentes obstétricos que só são registados na “ficha de consentimento informado”. Este facto, limitou de certo modo o melhor conhecimento das mulheres atendidas por aborto inseguro na Unidade Sanitária.

O número total de mulheres atendidas no CS da Macia pode não reflectir ao número real de casos de IVG ocorridos na comunidade sendo por este motivo que os resultados não serão representativos de eventos comunitários.

12. Resultados e Discussão

12.1 Resultados

Em seguida serão apresentados os resultados de acordo com os objectivos do estudo.

12.1.1. Tendência anual e trimestral do atendimento das mulheres devido á interrupção da gravidez, no período de 2019-2023;

De acordo com a informação colhida nos livros de registo sobre as mulheres que interromperam a gravidez de forma voluntária durante o período em análise, constatou-se que as interrupções tiveram uma tendência crescente ao longo dos anos, sendo que o ano de 2019 registou uma frequência de 5% (n=25) de casos, sendo a menor observada do período e a maior frequência foi de 29% (n=145), ocorridas no ano de 2023.

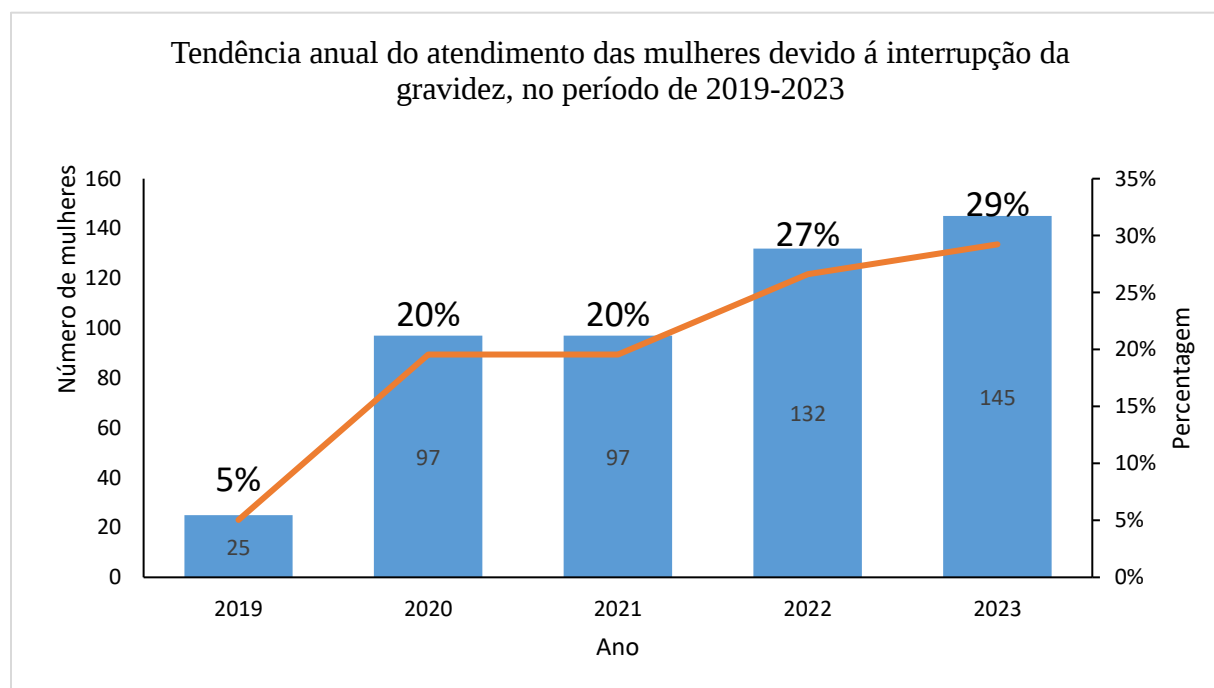


Figura 2: tendência anual do atendimento das mulheres devido á interrupção voluntária da gravidez, no período de 2019-2023

12.1.2. Características sociodemográficas das mulheres atendidas devido a interrupção voluntária da gravidez

A tabela 2 sumariza as características sociodemográficas das mulheres que participaram no estudo. Constatou-se que essas mulheres tinham idades compreendida entre os 13 á 53 anos, com uma mediana de 23 anos, um DP=7,1 e a moda observada de 21 anos. A faixa etária dos 20-29 anos foi a mais frequente com 31,14% (n=238), seguida das faixas etárias dos 10-19 anos com 26% (n=130).

O distrito de Bilene, encontra-se dividido em 6 postos administrativos, dos quais, 2 são urbanos (Macia e Praia de Bilene) e 4 rurais (Chissano, Macuane, Mazivila e Messano). Durante a revisão dos instrumentos de registo, constatou-se que 80% (n=397) eram provenientes da área urbana. A análise feita por postos administrativos, demonstrou que o Posto Administrativo da Macia (78%; n=381), apresentou a maioria dos casos e o de Macuane (1%; n=5), foi a aquele com o menor número de casos de mulheres atendidas por interrupção voluntária da gravidez. As mulheres solteiras representaram 57% (n=284) das mulheres atendidas e as casadas e 4% (n=19) casadas.

Tabela 2: Descrição das características sócio-demográficas das mulheres que interromperam voluntária a gravidez, Centro de Saúde de Bilene-Macia, 2019-2023 (n=496)

Características sócio-demográficas	n	%
Idade		
10-19	130	26.2
20-29	238	31.19
30-39	111	14.49
40 ou +	18	2.62
Residência		
Chissano	21	4
Macia	381	77
Macuane	5	1
Mazivila	15	3
Messano	46	10
Praia de Bilene	16	3
Outros	12	2
Estado Civil		
Solteiras	284	57
Casadas	19	4
Sem Informação	193	39

12.1.3. Descrição das características clínicas e dos antecedentes obstétricos das mulheres atendidas na devido a interrupção da gravidez;

Características clínicas do aborto actual

A análise da idade gestacional na qual as mulheres interromperam as gestações, permitiu constatar que a maioria das interrupções ocorreu no período compreendido entre a 5ª e a 8ª semana de gestação com 51% (252) casos, seguida das interrupções ocorridas entre as semanas 9 a 12 de gestação, com 30% (149) dos casos. A menor frequência registada foi de 3% (n=15), em interrupções que ocorreram no período entre a 13ª a 24ª semana de gestação.

Em relação a interrupção usada pelas mulheres, constatou-se que 95% (n=470) foram realizadas de forma segura na maternidade do CS da Macia, e 5% (n=26), foram realizados fora da unidade sanitária. Em 2% (n=8) dos casos, as mulheres referiram ter sido vítimas de violência sexual. Foram ainda registadas 1,4% (n=7) de complicações, assim como 0,8% (n=4) de hospitalizações.

Tabela 3: Descrição das características clínicas da actual interrupção da gravidez, Centro de Saúde da Macia, 2019-2023 (n=496)

Características clínicas	n	%
Idade gestacional		
1-4 semanas	41	8
5-8 semanas	252	51
9-12 semanas	149	30
13-24 semanas	15	3
Sem informação	39	8
Tipo de Aborto		
Seguro	470	95
Não seguro	26	5
Violência Sexual		
Sim	8	1,6
Não	481	97
Sem informação	7	1,4
Complicações		
Sim	489	98,6
Não	7	1,4
Desfecho		
Alta	492	99,2
Hospitalização	4	0,8

Antecedentes obstétricos das mulheres atendidas por interrupção voluntária da gravidez no período de 2019-2023

De acordo com os dados sobre as gestações anteriores, observou-se que 25% (n=122) das mulheres atendidas estavam grávidas pela primeira vez (primigestas), 25% (n=122) já haviam ficado grávidas duas ou mais vezes antes e 14% (n=67) já tinham ficado grávidas uma vez anteriormente. A análise do histórico de partos demonstrou que 15% (73) das mulheres atendidas tiveram um parto antes da actual gravidez e 23% (n=114) tiveram dois ou mais partos anteriormente. Em relação aos abortos, constatou-se que 7% (n=33) eram referentes às mulheres que realizaram um aborto ao longo de sua vida e 0,8% (n=4), correspondiam às mulheres que tiveram duas interrupções de gestação anteriormente.

Tabela 4: Descrição dos antecedentes obstétricos das mulheres atendidas por Interrupção da gravidez no Centro de Saúde de Macia, 2019-2023

Gestações anteriores	n	%
0	122	25
1	67	14
2 ou mais	122	25
Sem informações	180	36
Partos anteriores		
0	129	26
1	73	15
2 ou mais	114	23
Sem informações	180	36
Número de abortos anteriores		
0	274	55
1	33	7
2	4	1
Sem informações	185	37

Comportamento em relação à contracepção em mulheres atendidas por IVG, 2019-2024

Em relação á gravidez que motivou a IVG, constatou-se que 12% (n=61) das mulheres atendidas referiram ter engravidado enquanto usavam contraceptivos. Destas 61 mulheres, 62% (n=38)

referiu usar as pílulas, 18% (n=11) o método de injeção, 8%(n=5) tinham inserido o implante e 2% (n=1) tinham o DIU.

Tabela 5: Frequência das mulheres que engravidaram enquanto usavam contraceptivos e a distribuição dos contraceptivos usados, Centro de Saúde da Macia, 2019-2024

	n	%
Uso de contraceptivos antes de engravidar (N=496)		
Sim	61	12
Não	123	25
Sem Informação	312	63
Tipo de contraceptivo que usava antes de engravidar (n=61)		
Pílulas	38	62
Depo-provera	11	18
DIU	1	2
Implante	5	8
Sem informação	6	10

Após a interrupção da gravidez, a enfermeira faz o aconselhamento para o uso da contracepção, de modo a prevenir a ocorrência de novos episódios de gravidez indesejada ou não planeada. Durante o período em análise, 68% (n=333) mulheres optaram por usar métodos contraceptivos, das quais, 66% (n=218) escolheram um método de longa duração, como seja o implante. A pílula e o método injectável, tiveram uma frequência similar de 12% (n=41) e apesar do DIU ter uma longa duração, observou-se que foi o menos preferido com uma frequência de 10% (n=33).

Tabela 6: Frequência das mulheres que usaram contraceptivos após a interrupção voluntária da gravidez, e os métodos escolhidos, Centro de saúde da Macia, 2019-2024

	n	%
Uso de contraceptivos após a IVG (N=496)		
Sim	333	67.8
Não	162	33
Sem informação	1	0.2
Tipo de contraceptivo usado após a IVG (n=333)		
Pílula	41	12
Depo-provera	41	12
DIU	33	10
Implante	218	66

Estado serológico

Em 91% (n=449) das mulheres atendidas por interrupção da gravidez, o estado serológico era negativo. No entanto, apenas 16% (n=77) é que precisaram ser testadas no sector, porque as restantes haviam sido testadas há menos de 3 meses. Cerca de 8% (39) das mulheres que interromperam a gravidez eram seropositivas e estavam em TARV. Em 2% (n=8) dos casos não havia informação sobre o teste assim como informação do estado serológico.

Tabela 7: Estado serológicos das mulheres atendidas por interrupção da gravidez no Centro de Saúde da Macia, 2019-2023

Serologia Negativa		Positivo	Sem informação	Total
Testada Negativa	Negativa há 3 meses	Em TARV a entrada	-----	
77	372	39	8	496
16%	75%	8%	2%	100%

12.1.4. Associação entre as características sociodemográficas e o tipo de interrupção realizado no Centro de saúde da Macia, no período de 2019-2023

As medidas de associação foram feitas apenas em variáveis que apresentavam um valor mínimo de 5 em tabela 2x2. Assim, as variáveis que apresentaram menos de 5 em cada janela não foram analisadas tal como recomendado por Barceló (2018).

Das mulheres que realizaram a interrupção voluntária da gravidez, foram mais frequentes as que tinham as idades de 20 ou mais anos, tanto no uso de técnicas seguras na unidade sanitária com 75% (347/366) assim como no uso de técnicas inseguras (5%; 19/366). Contudo, a análise bivariada efectuada demonstrou não haver associação estatisticamente significativa entre o grupo etário e o aborto seguro ($p=0,93$; $OR= 0,96 [0,39-2,34]$).

Em relação á residência, observou-se que 76% (381/496) das atendidas eram provenientes do Posto Administrativo da Macia com 95% (363/381) da frequência de interrupções seguras e 5% (18/381) das interrupções não seguras. Esta análise também não teve associação estatisticamente significativa ($p=0,35$; $OR=1,5[0,6-3,5]$).

Tabela 8: associação entre as características sociodemográficas das mulheres que interromperam voluntariamente a gestação e o tipo de interrupção praticado, Centro de saúde da Macia, 2019-2023

Características		Aborto Seguro		OR (IC:95%)	<i>p</i> -valor
		Sim	Não		
Faixas etárias	13-19 anos	123 (94,6)	7 (5,4)	0,96 (0,39 - 2,34)	0,93
	20 ou mais	347 (74,8)	19 (5,2)		
Residência	Macia	363 (95)	18 (5)	1,5 (0,6 - 3,5)	0,35
	Outros*	107 (93)	8 (7)		

*Esta informação inclui dados de mulheres provenientes dos restantes 5 postos administrativos do distrito de Bilene e de outros distritos da Província de Gaza.

12.1.5. Associação entre as características sociodemográficas e o uso da contracepção após a realização da IVG, Centro de saúde da Macia, período de 2019-2023

Entre as mulheres que interromperam a gravidez no período de 2019 a 2023, 74% (366/496) eram do grupo etário dos 20 ou mais anos de idade, com a 68% (248/366) das mulheres usando a contracepção após o procedimento. A análise bivariada revelou não haver associação

estatisticamente significativa entre a faixa etária e o uso da contracepção após o procedimento ($p=0,62$; $OR=0,89$ [0,58 – 1,37]).

Em relação a análise feita entre a proveniência e o uso algum tipo de contracepção observou-se que 77% (381/496) eram residentes no Posto Administrativo da Macia, das quais 68% (259/381) optaram por usar algum tipo de contracepção. Contudo, na análise bivariada, não foi verificada uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p=0,46$; $OR=1,17$ [0,75 – 1,82]).

A análise feita entre estado civil e a contracepção após o procedimento, demonstrou que, de 496 mulheres atendidas, 57% (284/496) das atendidas eram solteiras, das 70% (199/85) usaram a contracepção após a IVG. De acordo com os resultados da análise bivariada, houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p<0,001$ $OR= 0,2$ [0,11-0,35]), ou seja, as mulheres casadas, tiveram 5 vezes mais probabilidades de usar a contracepção após o procedimento.

Tabela 9: Associação das características sócio-demográficas e o uso da contracepção após a IVG, Centro de Saúde da Macia, 2019-2023 (N=496)

		Contracepção		OR (IC:95%)	P-valor
Características		Sim	Não		
Faixas etária	13-19 anos	85 (65)	45 (35)	0,89 (0,58 - 1,37)	0,62
	20 ou mais	248 (68)	118 (32)		
Residência	Macia	259 (68)	122 (32)	1,17 (0,75 - 1,82)	0,46
	Outros*	74 (64,4)	41 (35,6)		
Estado Civil	Casada	195 (92)	17 (8)	4,9 (2,8 – 8,8)	<0,001
	Solteira	199 (70)	85 (30)		

*Esta informação inclui dados de mulheres provenientes dos restantes 5 postos administrativos do distrito de Bilene e de outros distritos de Chókwe e Xai-Xai na Província de Gaza.

12.1.6. Associação entre as características clínicas, antecedentes obstétricos e o uso da contracepção após a realização da IVG, Centro de saúde da Macia, 2019-2023

A análise do uso da contracepção após a IVG em relação ao tipo de interrupção realizada, demonstrou que 68,5% (322/470) das mulheres que realizaram o aborto seguro e 44,3% (11/26) das que usaram técnicas inseguras, usaram contracepção. Foi verificada uma associação estatisticamente significativa ($p=0,005$; $OR=2,96$ [1,3-6,61]) ou seja, as mulheres que realizaram o aborto seguro, tiveram 3 vezes mais chances de usar a contracepção após o procedimento em detrimento das que realizaram a interrupção insegura.

Entre as mulheres atendidas 69% (235/342) usaram a contracepção depois do procedimento, das quais 70% (154/220) eram mulheres que já tiveram gestações anteriormente e 66% (81/122) eram primigestas. Contudo, não houve significância estatísticas entre as variáveis analisadas ($p=0,49$; $OR=1,18$ [0,7-1,89]).

Em relação aos partos anteriores, 70% (154/220) das mulheres atendida declararam ter tido algum parto antes da actual gravidez, das quais 74% (138/187) eram mulheres que já tinha tido algum parto antes da actual gravidez, e 48,5% (16/33) nunca tinha tido parto anteriormente. A análise bivariada demonstrou associação estatisticamente significativa entre estas variáveis ($p=0,003$; $OR=2,9$ [1,4-6,3]), ou seja, as mulheres que já relataram ter tido parto antes da actual gravidez, tiveram mais probabilidades de realizar o aborto em relação às mulheres que referiram não ter tido parto.

A avaliação feita entre o uso da contracepção e o histórico de abortos, revelou que 78% (29/37) das mulheres atendidas já realizaram aborto antes da actual gravidez e 68,5% (122/178) daquelas mulheres sem histórico do aborto, usaram a contracepção. Contudo, de acordo com a análise bivariada, não houve associação estatisticamente significativa ($p=0,23$; $OR=1,6$ [0,7-3,87]).

Tabela 10: Associação das características clínicas e o uso da contracepção após a IVG, Centro de Saúde da Macia, 2019-2023 (N=496)

		Contracepção		OR (95% IC)	P-valor
Características clínicas		Sim	Não		
Tipo de aborto (n=496)	Seguro	322 (68,5)	148 (31,5)	2,96 (1,3 - 6,61)	0,005
	Não seguro	11 (42,3)	15 (57,7)		

Gestação anterior (n=342)	Sim	154 (70)	66 (30)	1,18 (0,7-1,89)	0,49
	Não*	81 (66,4)	41 (33,6)		
Partos anteriores (n=220)	Sim	138 (73,8)	49 (26,2)	2,9 (1,4 - 6,3)	0,003
	Não	16 (48,5)	17 (51,5)		
Abortos anteriores (n=215)	Sim	29 (78,4)	8 (21,6)	1,6 (0,7 - 3,87)	0,23
	Não	122 (68,5)	56 (31,5)		

*Inclui as mulheres que declararam ser primigestas assim como, as que não tem informação

12.2. Discussão

A interrupção voluntária da gravidez ou aborto induzido continua sendo uma grande preocupação para a saúde reprodutiva e os direitos humanos das mulheres em todo o mundo e em Moçambique, pois a sua disponibilidade e acesso constituem aspectos fundamentais para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentáveis. O presente estudo realizado no Centro de Saúde de Macia, distrito de Bilene, retrata o perfil das mulheres atendidas devido á interrupção da gravidez ao longo dos anos 2019 a 2023.

Verificou-se que 31% das mulheres atendidas eram da faixa etária dos 20-29 anos, em detrimento dos outros grupos etários. O estudo sobre determinantes socioeconómicos com recurso ao inquérito demográfico e de saúde de Moçambique e Gana, descreveu resultados similares em relação á análise dos dados obtidos em Moçambique, no entanto, análise dos dados provenientes de Gana mostrou maior frequência de mulheres da faixa etária dos 30-39 anos (Dickson, Adde e Ahinkorah, 2018).

A análise do estado civil permitiu perceber que 57% de casos de IVG eram solteiras, coincidindo com resultados de estudos previamente realizados em Gana e Moçambique (Nyarko e Potter, 2020) e em Kinshasa (Fatusi *et al.*, 2021). No entanto, estes resultados contrariam os descritos em uma pesquisa transversal realizada na Índia, que pretendia descrever os padrões de procura de cuidados de abortos, preferências e seus determinantes, onde foram entrevistadas 724 115 mulheres em idade reprodutiva e as mulheres casadas representaram 98% do total. Este resultado observado na Índia pode estar relacionado com factores étno-culturais e socioeconómicos. Entretanto, uma revisão de escopo realizada por Koiwa *et al.*, 2024, reportou que as mulheres solteiras sentiam-se vulneráveis perante uma gravidez indesejada ou não planeada, as que dependiam dos pais,

mencionaram o medo de sua reacção ao descobrir a gravidez. O desejo de continuar os estudos também foi mencionado como forma de alcançar a autonomia financeira no futuro, assim como, o receio de não conseguir ter marido no futuro, por ser uma mãe solteira.

O IDS (2022) reportou que as interrupções ocorridas em áreas urbanas foram cinco vezes mais frequentes que aquelas que ocorrem na região rural. No CS da Macia, 78% eram provenientes do posto administrativo da Macia (urbana) corroborando com estudos anteriores realizados em Gana (Ankomah e Klutsey, 2014a) e (Nyarko e Potter, 2020), Nepal (Khatri, Poudel e Ghimire, 2019), (Abebe *et al.*, 2022), Moçambique (Dickson, Adde e Ahinkorah, 2018).

Em relação às características clínicas, 89% da frequência foi de mulheres que interromperam a gestação no primeiro trimestre da gravidez á semelhança do que foi descrito na Índia (Kant *et al.*, 2015), assim como nos Estados Unidos (Bridwell *et al.*, 2022). Em 95% das mulheres atendidas, as interrupções foram realizadas na unidade sanitária de forma segura, com ocorrência de 1% complicações e igual percentagem de hospitalizações. Estes resultados, corroboram com uma análise realizada anteriormente em Moçambique, que comparava as características sociodemográficas de mulheres que se apresentaram em cinco hospitais públicos em Maputo, onde 96% das atendidas apresentaram-se no primeiro trimestre da gravidez (Ustá *et al.*, 2008). Este facto pode estar relacionado com a vigência da lei do aborto, porque quando a lei é permissiva, há facilidade de acesso aos cuidados relacionados ao aborto e consequentemente redução das complicações, o que constitui uma contribuição na redução da mortalidade materna (Kant *et al.*, 2015), (Bankole *et al.*, 2020) e (Frederico *et al.*, 2020).

A proporção das mulheres primigestas foi de 25%, sendo similar á das mulheres que tinham duas ou mais gestações assim como as que tiveram dois ou mais partos e as que possuíam um histórico de abortos anteriores representaram 7% das atendidas por interrupção de gravidez. Para Tesfaye e colaboradores, as primigestas foram representaram 58% das atendidas, assim como as mulheres que tinham 2 filhos ou mais, e a frequência das mulheres que já haviam realizado um aborto induzido anteriormente foi de 11% (Tesfaye *et al.*, 2020). O uso de contraceptivos continua sendo uma intervenção eficaz para responder às necessidades de saúde reprodutiva das mulheres para prevenir gravidezes indesejadas ou não planeadas. No entanto, os meios contraceptivos não estão isentos de falhas (Bawah *et al.*, 2021). Constatou-se que 12% das mulheres atendidas relataram estarem a usar algum método contraceptivo antes da actual gravidez. Uma pesquisa populacional

com uma amostra de 4230 mulheres da região urbana de Gana em 2018, estimou em 7,6% a falha contraceptiva, com recurso ao cálculo do número de observações de relatos de gravidez durante o uso de um método contraceptivo (Bawah *et al.*, 2021).

A experiência do aborto representa uma oportunidade para a mulher receber o aconselhamento e o método contraceptivo porque ela pode estar motivada a usar um método pelo facto de já estar em contacto uma profissional de saúde por meio do seu aborto ou cuidados pós-aborto (Magalona *et al.*, 2022). No presente estudo, 68% das mulheres adoptaram algum método contraceptivo como forma de prevenir gestações futuras, sendo que o implante, foi escolhido em 66% das mulheres. Um estudo que pretendia examinar de forma comparativa comportamento contraceptivo antes e após o aborto, que tinha como amostra 988 mulheres da Nigéria e 309 na Costa do Marfim descreveu o uso da contracepção em 59% das Nigerianas, 48% das mulheres do Costa do Marfim (Magalona *et al.*, 2022).

Não houve associação entre as características sociodemográficas (grupos etários e a residência) e a realização da interrupção da gravidez. Achados similares foram descritos em um estudo realizado em Gana, sobre os factores demográficos associados ao aborto induzido (Ankomah e Klutsey, 2014b). Mas, para Nyarko e Potter a idade teve um efeito positivo, porque o risco de realizar o aborto induzido foi aumentando significativamente com a idade das mulheres (Nyarko e Potter, 2020). A mesma constatação foi feita por outros investigadores, ao relatarem que a interrupção da gravidez era maior em mulheres mais velhas em relação às mulheres mais novas (Dickson, Adde e Ahinkorah, 2018) e (Sesay *et al.*, 2023).

Em relação ao uso da contracepção pós-aborto, observou-se que entre as características sóciodemográficas analisadas, apenas o estado civil foi estatisticamente significativo. Estes resultados são similares aos descritos em Gana (Kayi *et al.*, 2021), em um estudo que usou dados secundários de 1880 mulheres e pretendia examinar os principais factores associados ao uso imediato de contraceptivos pós-aborto. Mas, para Kokeb (2015), em seu estudo transversal de base institucional onde foram entrevistadas 414 mulheres que haviam recebido cuidados pós aborto, para além do estado civil o uso da contracepção pós aborto também esteve associada a idade.

Entre as características clínicas analisadas com a contracepção pós-aborto, o tipo de interrupção de gravidez e o histórico de partos é que apresentaram relação estatisticamente significativa em detrimento da gestação e abortos anteriores. Na Etiópia, um estudo transversal baseado em

instalações hospitalares, com 408 participantes que pretendia determinar a utilização dos contraceptivos após o procedimento, descreveu associação entre o uso da contracepção pós aborto com o histórico de gestações e abortos anteriores (Tekle Lencha *et al.*, 2022).

Em relação á paridade, um estudo transversal na cidade de Amhara (Etiópia) com uma amostra de 125 participantes, encontrou resultados que corroboram com os nossos por não encontrarem associação estatisticamente significativa entre a paridade e o uso da contracepção pós o procedimento (Abebe, Wudu e Estifanos, 2019).

13. Conclusões e recomendações

13.1. Conclusões

Apesar das limitações do estudo, os dados colhidos foram importantes para o conhecimento o perfil das mulheres atendidas no Centro de Saúde de Macia, por interrupção voluntária de gravidez, tendo sido possível chegar á seguinte conclusão:

- Observou-se uma tendência crescente de atendimento feito ás mulheres devido a interrupção voluntária da gravidez, com o ano de 2023 sendo responsável pela maior frequência de casos.
- A maior proporção de interrupções foi realizada por mulheres jovens, solteiras antes da 12ª semana de gestação, na unidade sanitária de forma segura, sem complicações e após o atendimento as mulheres tiveram alta clínica.
- A proporção de mulheres primigestas atendidas, foi similar á de mulheres que tinham 2 ou mais gestações. Entre as que já tiveram parto, as que tiveram 2 ou mais partos foram as mais atendidas.
- A falha contraceptiva foi mencionada por um quarto de mulheres atendidas e após a interrupção da gravidez três quartos, optou por usar a contracepção.
- O uso da contracepção pós-aborto foi estatisticamente significativo quando relacionado com o estado civil, tipo de aborto e os partos anteriores das mulheres atendidas.

13.2. Recomendações

- É necessário promover palestras nas comunidades para abordar a saúde sexual e reprodutiva de forma a reforçar o uso dos métodos contraceptivos e, desse modo evitar ou minimizar a IVG.
- Há necessidade de pesquisas qualitativas que possam ajudar a entender melhor as motivações para a realização da interrupção voluntária da gravidez.
- Há necessidade de criação de programas regulares de extensão comunitárias integrados que tenham como finalidade a consciencialização da comunidade sobre a contracepção eficaz e prevenção da gravides indesejada ou não planeada.
- Há necessidade de avaliação e revisão do livro de registo usado, de modo que possa permitir a incorporação de mais variáveis tais como os antecedentes obstétricos (Gestações, Partos, Abortos, Filhos vivos).

14. Referências Bibliográficas

- Abebe, A. M., Wudu, K. M. e Estifanos, S. N. (2019) «Postabortion Contraception Acceptance and Associated Factors in Dessie Health Center and Marie Stopes International Clinics, South Wollo Northeast, Amhara Region, 2017», *International Journal of Reproductive Medicine*, 2019, pp. 1–10. doi: 10.1155/2019/1327351.
- Abebe, M. *et al.* (2022) «Determinants of induced abortion among women received maternal health care services in public hospitals of Arba Minch and Wolayita Sodo town, southern Ethiopia: unmatched case–control study», *BMC Women's Health*. BioMed Central, 22(1), pp. 1–12. doi: 10.1186/s12905-022-01695-0.
- Africana, U. (2003) «PROTOCOLO À CARTA AFRICANA DOS DIREITOS DO HOMEM E DOS POVOS , RELATIVO AOS DIREITOS DA MULHER».
- Akinrinola, P. bankole *et al.* (2022) *Made possible by*. doi: 10.1363/2020.32446.
- Allotey, P. e Ravindran, T. K. S. (2021) «Trends in Abortion Policies in Low- and Middle-Income Countries», pp. 505–518.
- Ankomah, A. e Klutsey, E. (2014a) «Factors associated with induced abortion at selected hospitals in the Volta Region, Ghana», *International Journal of Women's Health*, 6, p. 809. doi: 10.2147/IJWH.S62018.
- Ankomah, A. e Klutsey, E. (2014b) «Factors associated with induced abortion at selected hospitals in the Volta Region, Ghana», *International Journal of Women's Health*, p. 809. doi: 10.2147/IJWH.S62018.
- Atuhairwe, S. *et al.* (2023) «Second trimester post - abortion family planning uptake and associated factors in 14 public health facilities in Central Uganda : a cross - sectional study», *Contraception and Reproductive Medicine*. BioMed Central, pp. 1–9. doi: 10.1186/s40834-022-00199-4.
- Bankole, A. *et al.* (2020) «From Unsafe to Safe Abortion in Sub-Saharan Africa: Slow but Steady Progress», *Guttmacher Institute*, pp. 1–45. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/report/from-unsafe-to-safe-abortion-in-subsaharan-africa>.
- Barceló, J. A. (2018) «Chi-Square Analysis», em *The Encyclopedia of Archaeological Sciences*. Wiley, pp. 1–5. doi: 10.1002/9781119188230.saseas0090.
- Barghazan, S. H. *et al.* (2023) «Comparison of the clinical efficacy of surgical versus medical

method for first trimester pregnancy termination in Iran : A quasi - experimental research», pp. 1–7. doi: 10.4103/jehp.jehp.

Bawah, A. A. *et al.* (2021) «Contraceptive method use, discontinuation and failure rates among women aged 15–49 years: evidence from selected low income settings in Kumasi, Ghana», *Contraception and Reproductive Medicine*, 6(1), p. 9. doi: 10.1186/s40834-021-00151-y.

Boland, B. R. (2007) «Developments in Laws on Induced Abortion : 1998 – 2007», pp. 1998–2007.

Bridwell, R. *et al.* (2022) «Post-abortion Complications: A Narrative Review for Emergency Clinicians», *Western Journal of Emergency Medicine*, 23(6). doi: 10.5811/westjem.2022.8.57929.

Bruce, T. C., Hutchens, K. e Cowan, S. K. (2024) «The “abortion imaginary”: Shared perceptions and personal representations among everyday Americans», *Science Advances*, 10(9). doi: 10.1126/sciadv.adj3135.

Chae, S. *et al.* (2017) «Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low- and middle-income countries», *PLOS ONE*. Public Library of Science, 12(3), p. e0172976. doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0172976.

Coast, E. *et al.* (2018) «Trajectories of women’s abortion-related care: A conceptual framework A R T I C L E I N F O». doi: 10.1016/j.socscimed.2018.01.035.

Dickson, K. S., Adde, K. S. e Ahinkorah, B. O. (2018) «Socio - economic determinants of abortion among women in Mozambique and Ghana: Evidence from demographic and health survey», *Archives of Public Health*. BioMed Central Ltd., 76(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/S13690-018-0286-0/TABLES/2.

Erdman, J. N. e Cook, R. J. (2020) «Decriminalization of abortion – A human rights imperative», *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. Elsevier Ltd, 62(XXXX), pp. 11–24. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.05.004.

Erdman, J. N., Ronald, B. e Jr, J. (2018) «Access to knowledge and the Global Abortion Policies Database», (May), pp. 120–124. doi: 10.1002/ijgo.12509.

Fagbamigbe, A. F. (2021) «How soon does modern contraceptive use starts after sexual debut in Africa? Survival analysis of timing and associated factors among never-in-union women», *Scientific African*, 11, p. 719. doi: 10.1016/j.sciaf.2021.e00719.

Fatusi, A. *et al.* (2021) «Unintended pregnancy, induced abortion and abortion care-seeking

experiences among adolescents in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a cross-sectional study», *BMJ Open*, 11(9), p. e044682. doi: 10.1136/bmjopen-2020-044682.

Faúndes, A. e Shah, I. H. (2015) «Evidence supporting broader access to safe legal abortion», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Elsevier Ireland Ltd, 131, pp. S56–S59. doi: 10.1016/J.IJGO.2015.03.018.

Ferketa, M. et al. (2024) «Journal of the American Pharmacists Association Pharmacists ’ experiences dispensing misoprostol and readiness to dispense mifepristone», *Journal of the American Pharmacists Association*. American Pharmacists Association®, 64(1), pp. 245-252.e1. doi: 10.1016/j.japh.2023.10.030.

Frederico, M. et al. (2018) «Factors Influencing Abortion Decision-Making Processes among Young Women», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), p. 329. doi: 10.3390/ijerph15020329.

Frederico, M. et al. (2020) «Induced abortion: A cross-sectional study on knowledge of and attitudes toward the new abortion law in Maputo and Quelimane cities, Mozambique», *BMC Women’s Health*. BioMed Central, 20(1), pp. 1–13. doi: 10.1186/S12905-020-00988-6/TABLES/4.

Griffin, S. et al. (2023) «The Role of Gender Norms in Shaping Adolescent Girls ’ and Young Women ’ s Experiences of Pregnancy and Abortion in Mozambique», pp. 343–365.

Hinson, L. et al. (2022) «How , when and where ? A systematic review on abortion decision making in legally restricted settings in sub - Saharan Africa , Latin America , and the Caribbean», *BMC Women’s Health*. BioMed Central, pp. 1–25. doi: 10.1186/s12905-022-01962-0.

Hossain, A. et al. (2017) «Access to and Quality of Menstrual Regulation and Postabortion Care in Bangladesh: Evidence from a Survey Of Health Facilities, 2014», (March), pp. 1–18. Disponível em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/menstrual-regulation-postabortion-care-bangladesh_0.pdf.

Izugbara, C. et al. (2019) «Health Care for Women International Availability , accessibility and utilization of post- abortion care in Sub-Saharan Africa : A systematic review», *Health Care for Women International*. Taylor & Francis, 0(0), pp. 1–29. doi: 10.1080/07399332.2019.1703991.

Kant, S. et al. (2015) «Induced abortion in villages of Ballabgarh HDSS: rates, trends, causes and determinants», *Reproductive Health*, 12(1), p. 51. doi: 10.1186/s12978-015-0040-9.

- Kayi, E. A. *et al.* (2021) «Women's post-abortion contraceptive use: Are predictors the same for immediate and future uptake of contraception? Evidence from Ghana», *PLOS ONE*. Editado por Z. N. Azene, 16(12), p. e0261005. doi: 10.1371/journal.pone.0261005.
- Keys, J. (2010) «Running the Gauntlet: Women's Use of Emotion Management Techniques in the Abortion Experience», *Symbolic Interaction*, 33(1), pp. 41–70. doi: 10.1525/si.2010.33.1.41.
- Khatrri, R. B., Poudel, S. e Ghimire, P. R. (2019) «Factors associated with unsafe abortion practices in Nepal: Pooled analysis of the 2011 and 2016 Nepal Demographic and Health Surveys», *PLOS ONE*. Public Library of Science, 14(10), p. e0223385. doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0223385.
- Koiwa, Y., Shishido, E. e Horiuchi, S. (2024) «Factors Influencing Abortion Decision-Making of Adolescents and Young Women: A Narrative Scoping Review», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(3), p. 288. doi: 10.3390/ijerph21030288.
- Kokeb, L. (2015) «Utilization of Post Abortion Contraceptive and Associated Factors among Women who Came for Abortion Service: a Hospital Based Cross Sectional Study», *Journal of Family Medicine and Disease Prevention*, 1(4), pp. 4–7. doi: 10.23937/2469-5793/1510022.
- Leichombam, R. e Bawiskar, D. (2023) «Exploring the Safety and Efficacy of Medical Termination of Pregnancy : A Comprehensive Review», 15(10), pp. 1–6. doi: 10.7759/cureus.46444.
- Magalona, S. *et al.* (2022) «Contraceptive Use Before and After Abortion: A Cross-Sectional Study from Nigeria and Côte d'Ivoire», *Studies in Family Planning*, 53(3), pp. 433–453. doi: 10.1111/sifp.12208.
- Makins, A. e Cameron, S. (2020) «Post pregnancy contraception», *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. Baillière Tindall, 66, pp. 41–54. doi: 10.1016/J.BPOBGYN.2020.01.004.
- Mazza, D. *et al.* (2020) «Medical abortion», *Australian journal of general practice*. NLM (Medline), 49(6), pp. 324–330. doi: 10.31128/AJGP-02-20-5223.
- MISAU (2016) *Normas Clinicas Sobre Aborto Seguro e Cuidados Pós-aborto*.
- MISAU (2022) «Departamento de Saúde da Mulher e da Criança Relatório Anual , 2021 Maputo , Janeiro de 2022».
- Netshinombelo, M., Maputle, M. S. e Ramathuba, D. U. (2022) «Women's Perceived Barriers to Accessing Post-Abortion Care Services in Selected Districts in KwaZulu Natal Province, South

Africa: A Qualitative Study», *Annals of Global Health*, 88(1). doi: 10.5334/aogh.3888.

Ngwena, C. G. (2010) «Protocol to the African Charter on the Rights of Women: Implications for access to abortion at the regional level», *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 110(2), pp. 163–166. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.04.013.

Nyarko, S. H. e Potter, L. (2020) «Effect of socioeconomic inequalities and contextual factors on induced abortion in Ghana: A Bayesian multilevel analysis», *PLOS ONE*. Editado por K. Navaneetham, 15(7), p. e0235917. doi: 10.1371/journal.pone.0235917.

Pestvenidze, E. *et al.* (2016) «Repeat induced abortions in Georgia, characteristics of women with multiple pregnancy terminations: secondary analysis of the Reproductive Health Survey 2010», *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. Elsevier Ireland Ltd, 205, pp. 85–90. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.08.020.

Pizzarossa, L., Maziwisa, M. e Durojaye, E. (2023) «J U N E 2 0 2 3 Health and Human Rights Journal Self-Managed Abortion in Africa: The Decriminalization Imperative in Regional Human Rights Standards lucía berro pizzarossa, michelle maziwisa, and ebenezer durojaye».

Sesay, F. R. *et al.* (2023) «Determinants of induced abortion among women of reproductive age: evidence from the 2013 and 2019 Sierra Leone Demographic and Health Survey», *BMC Women's Health*. BioMed Central Ltd, 23(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/S12905-023-02175-9/TABLES/3.

Shakhatreh, H. J. M. *et al.* (2022) «Medico-Legal Aspects of Abortion: Updates of the Literature», *Medical Archives*, 76(5), pp. 373–376. doi: 10.5455/medarh.2022.76.373-376.

Tekle Lencha, T. *et al.* (2022) «Post-abortion family planning utilization and associated factors in health facilities of Wolaita Zone, Southern Ethiopia: Mixed study», *PLOS ONE*. Editado por F. T. Spradley, 17(6), p. e0267545. doi: 10.1371/journal.pone.0267545.

Tesfaye, B. *et al.* (2020) «Induced Second Trimester Abortion and Associated Factors at Debre Markos Referral Hospital: Cross-Sectional Study», *Women's Health*, 16. doi: 10.1177/1745506520929546.

«The World's Abortion» (2023).

Ustá, M. B. *et al.* (2008) «Reproductive Health Matters An international journal on sexual and reproductive health and rights Who is Excluded When Abortion Access is Restricted to Twelve Weeks? Evidence from Maputo, Mozambique». doi: 10.1016/S0968-8080.

Väisänen, H. e Batyra, E. (2022) «Unintended pregnancy resolution among parous women in

twelve low- and middle-income countries», *Journal of Biosocial Science*, 54(4), pp. 698–724. doi: 10.1017/S0021932021000225.

WHO (2018) *Medical management*.

WHO (2021a) *Abortion*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion> (Acedido: 17 de Março de 2023).

WHO (2021b) *Abortion*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion> (Acedido: 2 de Setembro de 2022).

Zaidi, S. *et al.* (2014) «Replacement of dilation and curettage/evacuation by manual vacuum aspiration and medical abortion, and the introduction of postabortion contraception in Pakistan», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 126(SUPPL. 1), pp. 40–44. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.03.016.

Zaręba, K. *et al.* (2021) «Abortion in countries with restrictive abortion laws—possible directions and solutions from the perspective of poland», *Healthcare (Switzerland)*, 9(11). doi: 10.3390/healthcare9111594.

15. Anexos



Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo



(CIBS FM&HCM)

*Dra. Jacinta Silveira Langa, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de
Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)*

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):

Nome (s): **Rita Paulo Tsandzana**

Protocolo de investigação: **Versão 2, de Novembro de 2023**

Consentimentos informados: **N/A**

Instrumentos de recolha de dados: **Sem Versão e sem data**

Do estudo:

TÍTULO: "Perfil epidemiológico e clínico das mulheres atendidas por interrupção voluntária da gravidez, Centro de Saúde da Macia, Província de Gaza, 2019-2022."

E faz constar que:

1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia 01 de Fevereiro de 2024 e que será incluída na acta 01/2024, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.

2º Que a revisão realizou-se de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.

3º Que o protocolo está registado com o número **CIBS FM&HCM/094/2023**.

4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.

5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.

6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.

7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 08 de Fevereiro de 2025. Um mês antes dessa data o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8º Recomenda aos investigadores que mantenha o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos

E emite

RESULTADO: **APROVADO**

Jacinta Silveira Langa

Assinado em Maputo aos 09 de Fevereiro de 2024

**CIBS
FM & HCM**



UNIVERSIDADE
EDUARDO
MONDLANE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Assunto
Rita Paulo Tsandzana
15/09/23

À:

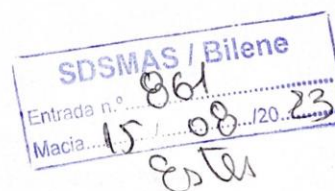
EXMA SENHORA DIRECTORA DO
SERVIÇO DISTRITAL DE SAÚDE,
MULHER E ACÇÃO SOCIAL DO
DISTRITO DE BILENE

Assunto: Pedido de realização de estudo sobre: Perfil epidemiológico e clínico das mulheres atendidas por interrupção voluntária da gravidez, no Centro de Saúde da Macia, Província de Gaza, 2019-2022

Rita Paulo Tsandzana, Médica de clínica geral, vem por meio desta solicitar a V.Excia se digne autorizar a colheita de dados no Centro de Saúde da Macia, cujo objectivo é a realização do estudo no âmbito da dissertação para candidatura à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, pela Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane com o tema: *Perfil clínico e epidemiológico e clínico das mulheres atendidas por interrupção voluntária da gravidez, Centro de Saúde da Macia, 2019-2022.*

Ciente que o assunto merecerá a vossa atenção.

Maputo, aos 14 de Setembro de 2023



Faculdade de Medicina

Declaração do Supervisor

Eu, **Mohsin Sidat**, na qualidade de supervisor da mestranda **Rita Paulo Tsandzana**, declaro que o protocolo de pesquisa apresentado com o título: "*Perfil Epidemiológico e Clínico das Mulheres Atendidas por Interrupção Voluntária da Gravidez no Centro de Saúde da Macia, Província de Gaza, 2019-2022*" foi por mim verificado e reúne condições de ser submetido para avaliação pelo Comité Institucional de Bioética e Científico na Faculdade de Medicina.

Maputo, aos 14 de Setembro de 2023

O Supervisor



Prof. Doutor Mohsin Sidat, MD, MSc, PhD

(Professor Associado)

Faculdade de Medicina

Visto

O Director da Faculdade
Professor Doutor Jafar Sacarlal, MD, MPH, PhD
(Professor Catedrático)

Ao Comité Institucional de Bioética em Saúde
da Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo (CIBS FM&HCM)

CARTA DE COBERTURA AO PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DO
ESTUDANTE DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Como parte integrante das obrigações do curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, a Mestranda **Rita Paulo Tsandzana**, pretende efectuar uma investigação intitulada *“Perfil Epidemiológico e Clínico das Mulheres Atendidas por Interrupção Voluntária da Gravidez, no Centro de Saúde da Macia, Província de Gaza, 2019-2022”*

Espera-se assim que a experiência adquirida nesta pesquisa possa contribuir para elevar o grau de conhecimentos científicos da proponente e acima de tudo contribuir para enriquecer evidências científicas no campo de Saúde Pública em Moçambique e no mundo em desenvolvimento.

Ciente da relevância desta pesquisa e por se tratar de estudante, a Faculdade de Medicina espera maior ponderação e assim apoia e sugere sua implementação.

Maputo, aos 15 de Setembro de 2023

A Coordenadora do Curso



Prof.^a. Doutora Khátia Rebeca Munguambe
(Prof. Auxiliar)



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

Parecer do supervisor (para a submissão de Protocolo de Investigação)

Departamento de Saúde da Comunidade, Curso de Mestrado em Saúde Pública

Mohsin Sidat, Docente afecto ao Departamento de Saúde da Comunidade, supervisor da estudante **Rita Paula Tsandzana**, do curso de Mestrado em Saúde Pública, tendo verificado que o **Projecto de Investigação “Perfil das Mulheres Atendidas por Interrupção Voluntária de Gravidez no Centro de Saúde da Macia, Distrito de Bilene, 2019-2023”** cumpre com os requisitos indicados do RCPG, recomendo que o trabalho seja submetido a avaliação.

Maputo, aos 18 de Julho de 2024

O Supervisor

Prof. Doutor Mohsin Sidat, MD, MSc, PhD
(Prof. Associado)

Consentimento Informado

Nome completo _____, Idade-----
Morada _____ Estado Civil _____ Documento de
Identificação BI/passaporte (circule a opção) número _____
Contacto telefónico _____

Em caso de menor de 16 anos ou incapacidade mental: Dados do tutor/Confidente

Nome
completo _____, Idade _____
Morada _____, Estado Civil _____ Documento de
Identificação BI/passaporte (circule a opção) número _____
Contacto telefónico _____

Declaro que dei o meu consentimento ao profissional de saúde sem qualquer tipo de coerção ou incentivo. Declaro ainda que, o procedimento me foi explicado em detalhe e que compreendi os benefícios, riscos que possam surgir. Se alguma complicação ocorrer durante o procedimento, autorizo o profissional de saúde a tomar as devidas medidas necessárias para resolver a intercorrência.

Nome legível de Solicitante

Nome legível do tutor/confidente (no caso
16 anos ou d incapacidade mental)

Data-----/-----/-----

Data-----/-----/-----

Resultado da avaliação clínica e exame obstétrico (preenchido pelo profissional de saúde no 1º contacto com a solitante)

Data da Última Menstruação (DUM) ----- antecedentes obstétricos G— P----A—
cirurgia.

Uterina/pélvica anterior (circule a opção) Sim Não. Se sim foi há menos de 12 meses? Sim Não
Altura do fundo uterino (em cm, se aplicável) ----- Exame ginecológico (descreva, se aplicável) _____

Gravidez confirmada (circule a opção) Sim Não Precisa de exame adicional

a) TIG (circule a opção, se aplicável) Positivo Negativo

b) Ecografia feita (circule a opção, se aplicável) Sim Não

Idade gestacional confirmada (em semanas) _____

Informação adicional relevante

E usará de algum método contraceptivo no momento? Sim Não. Se sim qual _____

Assinatura do profissional de saúde que atendeu a solitante

_____ Data _____ / _____ / _____

Autorização do Superior

Serviço autorizado

☐

Não Autorizado

☐

Se não autorizado, Motivo _____

Assinatura do profissional de saúde.

_____ Data-----/-----/20----

Assinatura do profissional de Saúde

_____ Data -----/-----/-----

16. Apêndices

Instrumento de recolha de dados

Perfil epidemiológico e clínico das mulheres atendidas por interrupção voluntária da gravidez. Centro de Saúde da Macia. Província de Gaza. 2019-2022	
Data do atendimento: ____/____/____ Ficha nº ____	
1. Dados sócios demográficos	
1.1 Idade	1. ____
1.2. Residência (Bairro)	1. ____
1.3. Estado Civil	1. Solteira ☐ 2. Casada ☐ 3. Divorciada ☐ 4. Viúva ☐
2. História Clínica e Obstétrica	
2.1. Idade Gestacional	_____
2.2. Data da última menstruação	____/____/____
2.3. Gestações anteriores	_____
2.4. Partos Anteriores	_____
2.5. Abortos Anteriores	_____
2.6. Cirurgias Anteriores	_____
2.7. Sofreu violência Sexual?	1. Sim ☐ 2. Não ☐
3. Características Clínicas	
3.1. Tipo de Aborto	1. Seguro ☐ 2. Não seguro ☐
3.2. Teve complicações	1. Sim ☐ 2. Não ☐
3.3. Desfecho	1. Alta ☐ 2. Internamento ☐ 3. Transferida ☐ 4. Óbito ☐

Perfil epidemiológico e clínico das mulheres atendidas por interrupção voluntária da gravidez. Centro de Saúde da Macia. Província de Gaza. 2019-2022	
Data do atendimento: ____/____/____ Ficha nº ____	
3.4. Testada para o HIV?	2. Sim ☐ 2. Não ☐
3.5. Porque não foi testada para o HIV?	1. Positiva em Tratamento ☐ 2. Sem informação ☐
4. Contraceptivos	
4.1. Antes de engravidar usava algum contraceptivo?	1. Sim ☐ 2. Não ☐
4.2. Após o atendimento levou contraceptivos?	1. Sim ☐ 2. Não ☐
4.3. Que tipo de contraceptivos levou?	1. Pílulas ☐ 2. Injecção (Depo-provera) 3. ☐ Implante ☐ 4. DIU ☐ 5. Preservativo ☐ 6. Outro (especificar) _____
Observações:	
Data: _____	