



UNIVERSIDADE ABERTA

Mestrado em Estudos sobre as Mulheres -

- Género, Cidadania e Desenvolvimento

Dissertação de Mestrado

**Fístula obstétrica: uma consequência da violação dos Direitos Humanos das
mulheres guineenses**

Baltazarina dos Anjos Spencer Gomes Soares da Gama

Nº: 2001373

Orientadora:

Prof.^a Doutora Bárbara Bäckström

Julho 2023



UNIVERSIDADE ABERTA

Mestrado em Estudos sobre as Mulheres -

- Género, Cidadania e Desenvolvimento

Dissertação de Mestrado

Fístula obstétrica: uma consequência da violação dos Direitos Humanos das
Mulheres guineenses

Baltazarina dos Anjos Spencer Gomes Soares da Gama

Nº: 2001373

Orientadora:

Prof.^a Doutora Bárbara Bäckström

Julho 2023

Índice

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS	iv
SIGLAS UTILIZADAS	vi
AGRADECIMENTOS.....	vii
RESUMO.....	viii
SUMMARY.....	ix
RÉSUMÉ.....	x
1 Introdução	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO GERAL.....	3
2 Apresentação do problema de investigação	4
2.1 Pergunta de investigação, objeto de estudo, objetivos	6
2.2 Guiné-Bissau, contexto do estudo.....	8
PARTE II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
3 Fístula obstétrica, conceito, causas, consequências e obstáculos.....	16
3.1 Obstáculos à procura da cura.....	20
3.2 Fístula obstétrica, Direitos humanos das mulheres	21
3.2.1 Direitos consagrados às mulheres	23
3.2.2 Educação sexual e reprodutiva	26
3.3 Violação dos direitos humanos das mulheres.....	29
3.4 Qualidade de vida e reintegração	32
PARTE III - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	36
4 Metodologia da investigação.....	37
4.1 Metodologia adotada	37
4.2 Tipo de estudo.....	38
4.3 Local da Investigação	39
4.4 População e amostra	39
4.5 Variáveis do estudo	40
4.6 Recolha e análise de dados	42
4.7 Método de análise de dados	43

4.8	Questões de ética na investigação	43
4.9	Dificuldades encontradas.....	44
PARTE – IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....		46
5	Apresentação e discussão de resultados	47
5.1	Características da amostra.....	48
5.2	Causas da prevalência da fístula obstétrica na Guiné-Bissau	51
5.3	Consequências psicológicas e físicas da fístula obstétrica.....	54
5.4	Obstáculos à procura de cura.....	56
5.5	Características sociodemográficas e consequências da fístula obstétrica	59
5.6	Características Sociodemográficas e Educação Sexual e Reprodutiva	65
5.7	Reintegração e Qualidade de Vida	74
5.7	Conclusões	83
5.8	Pontos fortes e limitações do estudo	85
	Referências bibliográficas	89
ANEXOS.....		95
Anexo I.....		96
Anexo II		97

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICOS

Gráfico 1: Idade das participantes no estudo.....	48
Gráfico 2: Consequências psicológicas e físicas da fístula obstétrica nas inquiridas	54
Gráfico 3: Consequências da fístula obstétrica na vida sexual.....	55
Gráfico 4: Participantes no estudo que receberam educação sexual e reprodutiva ..	65
Gráfico 5: : Conhecimento das inquiridas sobre as campanhas de sensibilização ..	70
Gráfico 6: Conhecimento das mulheres acerca da fístula obstétrica	70
Gráfico 7: Estatística cruzada entre as campanhas de sensibilização e a procura imediata da cura	73
Gráfico 8: Tipo de absorvente utilizado pelas inquiridas.....	74
Gráfico 9: Perceção das inquiridas sobre a sua qualidade de vida	75

Gráfico 10: Visão Geral da Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) (1 a 5 pontos)	76
Gráfico 11: Percepção das inquiridas sobre a satisfação com a sua saúde	77
Gráfico 12: Qualidade de vida das inquiridas nos quatro domínios (WHOQOL-Bref) (1 a 5 pontos)	78

TABELAS

Tabela 1: Tabela de idade das inquiridas	49
Tabela 2: Características sociodemográficas das participantes no estudo	49
Tabela 3: Percepção das inquiridas sobre as causas da fístula obstétrica	51
Tabela 4: As causas da fístula obstétrica das inquiridas, na opinião dos médicos. .	53
Tabela 5: Questões para identificar os obstáculos à procura de cura	57
Tabela 6: Respostas das inquiridas às questões abertas constantes no questionário	59
Tabela 7: Valores de prova dos testes entre características sociodemográficas e as consequências da fístula obstétrica nas inquiridas	60
Tabela 8: Cruzamento das variáveis estado civil (vive sozinha) e as consequências da fístula obstétrica na vida sexual.....	61
Tabela 9: Análise cruzada entre a situação profissional (tem rendimento) e as consequências sociais da fístula obstétrica	62
Tabela 10: Estatística cruzada entre a idade e consequências da fístula obstétrica na vida sexual	64
Tabela 11: Estatística cruzada entre o estado civil e se recebeu educação sexual e reprodutiva.....	66
Tabela 12: Síntese das análises cruzadas do quarto objetivo (tendências registadas na amostra).....	69
Tabela 13: Score de conhecimentos das inquiridas acerca da fístula obstétrica (0-3 pontos)	71
Tabela 14: Análise cruzada entre os domínios da qualidade de vida e o absorvente impermeável.....	81

SIGLAS UTILIZADAS

CEDEAO - Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental

CIPD – Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento

FVV- Fístula Vesicovaginal

FRV – Fístula Retovaginal

HNSM – Hospital Nacional Simão Mendes

MICS-6 – Sexto Inquérito aos Indicadores Múltiplos

ONU – Organizações das Nações Unidas

SAB – Setor Autónomo de Bissau

UCCLA – União das Cidades Capitais de Língua Portuguesa

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNFPA – Fundo das Nações Unidas para a População

UNIOGBIS - Gabinete Integrado das Nações Unidas para a Consolidação da Paz na Guiné-Bissau

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é o fruto da participação e colaboração de várias pessoas, razão pela qual gostaria de expressar os meus agradecimentos por ter chegado ao fim deste percurso e aprendido muito.

À minha orientadora Professora Doutora Bárbara Maria Granês Gonçalves Bäckström pela disponibilidade, incentivo e dedicação para a realização deste trabalho.

Ao Doutor Jorge Siuna Guad e à Dra. Zaida Pereira, pela colaboração, estímulo constante e prontidão.

Um agradecimento especial às mulheres que aceitaram partilhar as suas experiências participando neste estudo; sem elas este estudo não seria possível.

À minha família pelo apoio e paciência durante todo este percurso.

RESUMO

Esta dissertação intitulada, “Fístula obstétrica: uma consequência da violação dos Direitos Humanos das Mulheres guineenses”, enquadra-se no âmbito do Mestrado em Estudos sobre as Mulheres - Género, Cidadania e Desenvolvimento.

Pretendemos, com a presente dissertação, compreender como melhorar a qualidade de vida e reintegrar as mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau, de forma a garantir o gozo pleno dos seus direitos humanos. Para tal, selecionamos na população das mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau, um grupo de 20 mulheres que conforme as suas experiências, podem contribuir para responder à questão central da nossa investigação, “Qual a relação entre a utilização de um absorvente impermeável, qualidade de vida e reintegração das mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau?”.

Optamos pela metodologia quantitativa, na análise dos dados recolhidos através da aplicação de um inquérito por questionário.

Constatou-se que o parto prolongado é a principal causa da fístula obstétrica. Dentre as participantes no estudo, todas elas já foram marginalizadas, têm alterações de humor e feridas na zona genital. Os obstáculos que as impediram de procurar a cura são o desconhecimento sobre o que é a fístula e a existência da sua cura no país.

Concluimos que as mulheres com rendimentos conseguem reintegrar-se e têm uma qualidade de vida superior. Existe relação entre a utilização de absorvente impermeável, qualidade de vida e a reintegração das mulheres portadoras de fístula obstétrica que participaram no estudo na Guiné-Bissau.

Palavras-chave: Fístula obstétrica, Direitos Humanos, Saúde Sexual e Reprodutiva, Qualidade de Vida, Reintegração e Guiné-Bissau.

SUMMARY

This dissertation entitled, "Obstetric fistula: a consequence of the violation of Human Rights of Guinean Women", is part of the Master's Degree in Women's Studies - Gender, Citizenship and Development.

This dissertation aims to understand how to improve the quality of life and reintegrate women with obstetric fistula in Guinea-Bissau to ensure the full enjoyment of their human rights. To this end, we selected in the population of women carriers of obstetric fistula in Guinea-Bissau, a group of 20 women, as their experiences can contribute to answer the central question of our research, "What is the relationship between the use of a waterproof absorbent pad, quality of life and reintegration of women carriers of obstetric fistula in Guinea-Bissau?".

We opted for the quantitative methodology, in the analysis of those collected through the application of a questionnaire survey.

It was found that prolonged childbirth is the main cause of obstetric fistula. Among the participants in the study, all of them were once marginalized, have mood swings and wounds in the genital area. The obstacles that prevented them from seeking cure are, ignorance about what fistula is and the existence of its cure in the country.

We conclude that women with income manage to reintegrate and have a higher quality of life. There is a relationship between the use of waterproof absorbent pad, quality of life and the reintegration of women with obstetric fistula who participated in the study in Guinea-Bissau.

Keywords: Obstetric Fistula, Human Rights, Sexual and Reproductive Health, Quality of Life, Reintegration, and Guinea-Bissau.

RÉSUMÉ

Ce mémoire intitulé, « La fistule obstétricale : une conséquence de la violation des Droits Humains des Femmes guinéennes », s'inscrit dans le cadre du Master en Études Féminines - Genre, Citoyenneté et Développement.

Avec ce mémoire, nous cherchons à comprendre comment améliorer la qualité de vie et réintégrer les femmes porteuses de fistule obstétricale en Guinée-Bissau afin de leur assurer la pleine jouissance de leurs droits humains. Pour ce faire, nous avons sélectionné dans la population des femmes porteuses de fistule obstétricale en Guinée-Bissau, un groupe de 20 femmes, car leurs expériences peuvent contribuer à répondre à la question centrale de notre recherche, « Quelle est la relation entre l'utilisation d'un tampon absorbant imperméable, la qualité de vie et la réinsertion des femmes porteuses de fistule obstétricale en Guinée-Bissau ? ».

Nous avons opté pour la méthodologie quantitative, dans l'analyse des données recueillies par l'application d'une enquête par questionnaire.

Il a été constaté que l'accouchement prolongé est la cause principale de la fistule obstétricale. Chez les participantes à l'étude, toutes ont été autrefois marginalisées, ont des sautes d'humeur et des plaies dans la région génitale. Les obstacles qui les ont empêchées de chercher un traitement sont l'ignorance de ce qu'est la fistule et l'existence d'un traitement dans le pays.

Nous concluons que les femmes qui ont un revenu parviennent à se réintégrer et ont une meilleure qualité de vie. Il existe une relation entre l'utilisation d'un tampon absorbant imperméable, la qualité de vie et la réinsertion des femmes atteintes de fistule obstétricale qui ont participé à l'étude en Guinée-Bissau.

Mots-clés : Fistule obstétricale, droits de l'homme, santé sexuelle et reproductive, qualité de vie, réintégration, Guinée-Bissau.

1 Introdução

Nesta secção apresentamos, de forma sucinta, o que pretendemos desenvolver nesta dissertação intitulada “Fístula Obstétrica: uma consequência da violação dos Direitos Humanos das mulheres guineenses”, com o propósito de criar condições para a promoção e proteção da saúde e dos direitos das mulheres, um meio indispensável para o exercício dos seus direitos fundamentais.

Para alcançar este objetivo, a nossa investigação foi conduzida no sentido de responder à seguinte pergunta de partida: “Qual a relação que existe entre a utilização de um absorvente impermeável, qualidade de vida e reintegração das mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau?”, visto que, averiguada esta relação podemos contribuir por um lado com a produção de conhecimento no sentido de melhorar a qualidade de vida e reintegrar estas mulheres e, por outro, permitir que com base nos dados obtidos, sejam elaboradas políticas públicas concretas que poderão contribuir para a erradicação da fístula e o pleno gozo dos direitos consagrados nos tratados internacionais e no ordenamento jurídico do país.

Com a presente investigação pretendemos por um lado descrever as razões da prevalência da fístula obstétrica na Guiné-Bissau, as suas consequências para as portadoras e os obstáculos que as impedem de procurarem a cura e, por outro, perceber se existe relação entre: (i) as características sociodemográficas, consequências da fístula obstétrica, e educação sexual e reprodutiva (ii) campanhas de sensibilização já realizadas, aumento de conhecimento das mulheres acerca da fístula obstétrica e procura da cura.

A revisão da literatura permitiu-nos destacar aspetos relevantes desta temática, bem como centralizar a problemática do nosso estudo e a perspetiva a adotar para a nossa investigação.

Optamos pela realização de um estudo transversal, descritivo e correlacional. A metodologia de investigação utilizada na análise dos dados é a quantitativa.

Para melhor compreensão, estruturamos a presente dissertação em quatro partes, cada uma abordando um tema específico, ambas se complementando para a compreensão do tema principal. Na primeira parte intitulada “enquadramento geral”, apresenta-se o problema de investigação, o objeto de estudo, os objetivos da investigação e contextualização. De seguida, na segunda parte denominada “enquadramento teórico”, com

base na revisão da literatura, destacamos a relevância social do tema e a lacuna existente nesta área de investigação, razões que nos levaram a abordar esta temática na perspectiva dos Direitos Humanos.

Na terceira parte, “enquadramento metodológico”, falamos sobre o tipo de estudo, da metodologia adotada, local da investigação, a população e amostra, instrumentos de recolha de dados, dificuldades encontradas e questões de ética na investigação.

Na quarta parte, intitulada “apresentação e discussão de resultados”, procedemos à apresentação, análise e discussão dos resultados e prosseguimos com a apresentação das conclusões e recomendações para pesquisas futuras.

Finalmente, além da secção de referências bibliográficas que elenca as obras citadas ao longo do trabalho, encontram-se dois anexos, referentes aos instrumentos utilizados na recolha de dados na pesquisa empírica.

PARTE I - ENQUADRAMENTO GERAL

2 Apresentação do problema de investigação

No entender de Fortin (1999, p.48) “qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada problemática, isto é, que causa mal-estar, uma irritação, uma inquietação e, que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”.

Neste estudo, a situação problemática prende-se com o que descobrimos no âmbito profissional, durante as campanhas de sensibilização acerca da fístula obstétrica que tivemos oportunidade de coordenar em todo o território guineense. Constatamos que as mulheres portadoras desta doença são marginalizadas, estigmatizadas e ostracizadas devido ao cheiro que exalam. Como não sabíamos o que fazer para mudar a situação em que elas se encontravam, isso provocou-nos uma inquietação motivando-nos a procurar compreender melhor este fenómeno.

A pertinência desta investigação, no âmbito do Mestrado em Estudos sobre as Mulheres – Género, Cidadania e Desenvolvimento, tem que ver com o resultado pretendido, pois vai produzir conhecimento que pode ser adaptado noutros contextos geográficos e orientar os Estados e organizações que lidam com a problemática da fístula obstétrica, na criação de políticas públicas, para promover e proteger os direitos e a saúde das mulheres, contribuindo assim para a melhoria de qualidade de vida, reintegração e o gozo dos direitos humanos por parte das mulheres.

Esta investigação justifica-se também porque, além de beneficiar as mulheres guineenses portadoras de fístula obstétrica, beneficiará toda a sociedade guineense na medida em que a fístula obstétrica tem repercussões negativas na vida das mulheres; repercussões que podem ser do domínio, individual, familiar e comunitário. Por conseguinte, ao existirem mecanismos para a melhoria de qualidade de vida e reintegração das vítimas, alcança-se a coesão social e restabelecem-se equilíbrios entre os géneros.

Para atingirmos o nosso objetivo recorreremos à literatura produzida nos últimos seis anos nesta área e constatamos que o debate é centrado, sobretudo, em questões de prevenção, tratamento e reinserção social após a cirurgia. Relativamente à melhoria de qualidade de vida e reintegração das portadoras, enquanto aguardam pela cirurgia, não encontramos na literatura do espaço temporal referido, nenhum estudo. Considerando esta

lacuna, optamos por intervir neste domínio para minimizar o impacto da fístula obstétrica nas mulheres.

Constatamos, igualmente, que não existem estudos sobre a saúde da mulher na perspetiva dos Direitos Humanos, na Guiné-Bissau, assim, dada a sua dupla vantagem optamos por fazer esta abordagem no nosso estudo.

De salientar que a investigação em saúde da mulher pode promover os seus direitos humanos, mas não de uma forma automática, por isso deve-se integrar esta componente na investigação, através da “Teoria de escala de mudança” (Baptiste et al., 2010, p.1).

Uma investigação feita nesta perspetiva tem impacto a dois níveis. No primeiro nível, o benefício da investigação é para o estado clínico da paciente e no segundo procura-se eliminar os fatores externos que prejudicam a saúde da mesma. Por isso, é pertinente que os investigadores na área de saúde da mulher incluam esta vertente na pesquisa, porque nos compromissos assinados pelos Estados através de tratados e convenções internacionais, um dos seus princípios consagrados é que a saúde e a doença da mulher sejam analisadas na ótica dos Direitos Humanos (Baptiste et al., 2010).

Para estes mesmos autores, uma investigação feita a partir da perspetiva de direitos humanos está abertamente a trabalhar para a proteção da dignidade da mulher e das suas liberdades fundamentais (Baptiste et al., 2010). No mesmo sentido aponta o relatório da ONU (2020c, p.12), quando refere que “uma abordagem baseada nos direitos humanos ajuda a descobrir as desigualdades e a discriminação subjacentes que levam à fístula obstétrica, por meio de múltiplos fatores que se cruzam”.

Os direitos humanos das mulheres estão plasmados na Constituição de cada país e nos Tratados e Convenções que os mesmos ratificam. Para alcançar o nosso objetivo, além de descobrir as causas e consequências desta patologia, prosseguimos a nossa pesquisa procurando os fatores que contribuem para colocar as mulheres nesta situação, para que se possa posteriormente criar mecanismos para suprimir as violações de direitos que podem contribuir para a prevalência desta doença.

O problema da fístula obstétrica pode ser abordado de várias formas, para a escolha da problemática tomamos em consideração a posição de Campenhoudt et al. (2019, p.125), pois defendem que quando estamos perante várias problemáticas ao fazer a escolha,

devemos ter em consideração “aquela que é mais suscetível de fornecer uma perspectiva interessante e útil acerca do fenómeno estudado, tendo em conta o contexto concreto e as razões que nos levaram a iniciar a investigação”.

A nossa problemática centra-se na compreensão de fístula obstétrica como um problema social; em averiguar a existência de relação entre a utilização de um absorvente impermeável, qualidade de vida e reintegração das mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau; descrever as causas, as consequências e os obstáculos que impedem as mulheres de procurarem a cura; perceber se existe relação entre as características sociodemográficas, consequências da fístula obstétrica e educação sexual e reprodutiva; e finalmente averiguar se as campanhas de sensibilização já realizadas contribuem para aumentar o conhecimento das mulheres acerca da fístula obstétrica na Guiné-Bissau e a procura da cura.

Cientes de que, com o presente estudo, não podemos colmatar as lacunas existentes neste domínio no contexto guineense, mesmo assim pretendemos trazer à luz do dia este problema social que também aflige as mulheres guineenses, dando assim a nossa contribuição nas questões que consideramos pertinentes e urgentes para a reintegração e melhoria de qualidade de vida das mulheres portadoras desta doença.

2.1 Pergunta de investigação, objeto de estudo, objetivos

Segundo Campenhoudt et al. (2019), um investigador deve procurar enunciar o seu projeto de investigação sob forma de pergunta de partida e ela será o fio condutor da investigação. Na mesma linha de pensamento advoga Fortin (1999, p.48), ao defender que “a questão de investigação se expressa sob a forma de uma interrogação explícita relativa ao problema a examinar e a analisar com o objetivo de obter novas informações”.

Para destacar a relevância de uma questão de investigação, evidenciamos o entendimento de Coutinho (2018, pp.49-50), pois ela realça a necessidade de orientar uma investigação através de um problema explícito, na medida em que ajuda a centrar e a organizar a investigação numa área concreta, “dando-lhe coerência e direção”, “delimita o estudo”, “guia a revisão da literatura para a questão central”, “fornece um referencial para a redação do projeto” e “aponta para os dados que será necessário obter”.

Com base nos argumentos dos autores que expusemos acima, formulou-se a seguinte questão de investigação: Qual a relação que existe entre a utilização de um absorvente impermeável, qualidade de vida e reintegração das mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau? Esta questão só pode ser respondida mediante uma investigação científica, porque a sua resposta não se cinge ao binómio sim ou não e nem pode ser obtida através da consulta de diversas fontes de informação, assim respeitamos o princípio básico da formulação de uma pergunta de investigação (Haro, et al., 2016).

Os sujeitos do nosso estudo, são as mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau. A atenção dada a estas mulheres justifica-se, pois além de sofrerem as consequências desta doença podem contribuir com as suas experiências para a solução da mesma. Também tomamos em consideração, a ênfase dada às questões relacionadas com a saúde das mulheres pelas organizações internacionais que lidam com o problema de fístula obstétrica no mundo, pois referem a importância de erradicar a fístula obstétrica e restituir a dignidade às portadoras da mesma.

Numa outra perspetiva, podemos destacar o facto de, ainda na Guiné-Bissau, continuarem a existir mulheres vítimas de fístula por causa da debilidade do sistema de saúde, casamento infantil, pobreza e analfabetismo. Este ano, por ocasião da celebração do dia internacional para o fim da fístula, o secretário-geral do Ministério da Mulher, Família e Coesão Social, lamenta que ainda existam casos de partos que deixam marcas indesejáveis nas mulheres (UNFPA, 2022).

Estas mulheres ainda são estigmatizadas e ostracizadas devido ao cheiro que exalam, numa altura em que o apelo da ONU é alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), *sem deixar ninguém para trás*.

Para fazer face a esta situação, delineamos os objetivos seguintes, que serão as diferentes etapas a percorrer nesta investigação, acreditando que o alcance dos mesmos trará vantagens não só para as mulheres portadoras, mas também para toda a sociedade guineense e ainda para os Estudos sobre as Mulheres, pois o resultado da investigação será um conhecimento produzido e que poderá ser utilizado e adaptado noutros contextos geográficos.

Traçamos como objetivo geral: compreender como melhorar a qualidade de vida e reintegrar as mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau e delineamos os seguintes objetivos específicos como forma de englobar, na presente dissertação, aspetos que consideramos pertinentes para a compreensão desta temática no contexto guineense:

1. Descrever as causas da fístula obstétrica na Guiné-Bissau.
2. Compreender e identificar as consequências da fístula obstétrica na saúde física e emocional das guineenses que têm essa doença.
3. Identificar as barreiras que impedem as mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau de procurar a cura dessa doença.
4. Verificar a existência de relação entre as características sociodemográficas e: (i) consequências da fístula obstétrica; (ii) a sua educação sexual e reprodutiva.
5. Averiguar se existe relação entre as campanhas de sensibilização já realizadas na Guiné-Bissau, acerca da fístula obstétrica, e o aumento de: (i) conhecimento das mulheres afetadas acerca da doença e (ii) a procura de cura.

Significa isto que, é relevante e pertinente descrever todo o contexto que envolve a fístula obstétrica na Guiné-Bissau, como as causas, as consequências, os obstáculos enfrentados pelas mulheres e finalmente perceber se as campanhas de sensibilização que têm sido efetuadas pelas organizações e o governo estão a surtir os efeitos desejados para que se possa delinear estratégias de intervenção.

2.2 Guiné-Bissau, contexto do estudo

Nesta secção, damos a conhecer o país onde a pesquisa empírica foi realizada, destacando, por um lado, suas características geográficas e, por outro, a vulnerabilidade da camada feminina e a debilidade do sistema de saúde, para que se possa perceber a pertinência do estudo e sua vantagem para o público-alvo, em particular, e para a sociedade guineense em geral.

A Guiné-Bissau fica situada na costa ocidental da África, faz fronteiras ao norte com a República do Senegal e ao sul e este com a República da Guiné-Conacry, e é

banhado pelo oceano atlântico a oeste. Tem uma extensão territorial de 36.125km² e está dividida administrativamente em oito regiões, a saber: Bolama-Bijagós, Bafatá, Gabu, Oio, Biombo, Cacheu, Tombali e Quínara. Estas, por sua vez, estão subdivididas em 36 setores e tem um setor autónomo, que é Bissau (UNFPA, 2008).

As religiões existentes no país são: “animista (44,9%), muçulmana (41,9%), cristã (11,9%) e outras incluindo ateus (1,3%) (ANEME, 2018, p.8). A Guiné-Bissau tem um mosaico étnico, constituído por “balantas (cerca de 27%), fulas (cerca de 23%), mandingas (cerca de 12%); manjacos de Cacheu (cerca de 11%), papéis de Bissau (cerca de 10%) e, em menor quantidade, os Felupes, Baiotes, Mancanhas ou Brames, Biafares, Nalus e os Bijagós”. A língua oficial no país é o português, falado por (27,1%), a maioria fala crioulo, derivado do português (90,4%) e os restantes falam línguas nativas (ANEME, 2018).

Ainda não foi efetuado o recenseamento que estava previsto para 2020 a fim de atualizar os dados da densidade populacional do país, mas de acordo com os dados do último recenseamento efetuado em 2009,

a população da Guiné-Bissau era de 1.497.859 habitantes, correspondente a uma taxa de crescimento médio anual (TCMA), de 2,2% (entre 1991 e 2009) a nível nacional, com algumas disparidades entre as diferentes regiões. A densidade populacional do país é de 40,1 habitantes por km², havendo uma forte dispersão na distribuição da mesma pelas oito regiões administrativas, sendo o SAB, sector com maior concentração populacional (4.710,9 hab/km²) e Bolama Bijagós a região com a menor densidade (12 hab/Km²). (UNFPA, 2008, p.20).

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatísticas (INE), em 2020 o país tinha 1.624.945 habitantes, sendo a maioria do sexo feminino (822.990 habitantes) e do sexo masculino (801.955 habitantes) (INE, 2023).

De acordo com os dados do relatório do UNFPA (2008), os usos e costumes ainda têm uma influência significativa no país e podem contribuir para o atraso na procura de tratamento nos hospitais ou centros de saúde localizados nas diferentes zonas do país e consequentemente favorecer o aumento de taxas de mortalidade e a propagação de muitas doenças. Também o baixo nível de escolaridade e a fraca sensibilização da população são fatores que estão na base de atitudes que desfavorecem o estado de saúde. A maioria da

população com idade igual ou superior a 15 anos é analfabeta e as mulheres são as mais atingidas por este fenómeno (UNFPA, 2008).

Em 2009, altura da realização do recenseamento, a situação sanitária do país foi “caracterizada por uma morbilidade e mortalidade ainda elevada, sobretudo nas camadas sociais mais vulneráveis – crianças, mulheres e pobres – que são imputáveis a vários fatores, nomeadamente, de ordem ambiental, biológica, cultural, económica, demográfica, institucional e política” e as complicações de foro obstétrico eram elevadas (UNFPA 2008, pp 28-29).

Mais recentemente e de acordo com os dados do Sexto Inquérito aos Indicadores Múltiplos da Guiné-Bissau (MICS-6) realizado em 2018 - 2019 pelo Instituto Nacional de Estatística, as camadas mais vulneráveis na sociedade guineense são, sobretudo, as crianças e as mulheres, pois ainda continua a existir a prática do casamento infantil, com ênfase no contexto rural, onde os partos não são realizados num centro de saúde, implicando assim riscos para a saúde das mulheres e maiores possibilidades de nascimentos de nados mortos; as meninas iniciam as relações mais cedo do que os meninos; existe uma proporcionalidade inversa entre o nível de escolaridade e o casamento antes dos 18 anos, ou seja quanto mais elevado o nível de escolaridade menor é a taxa de casamento infantil; os contraceptivos são mais utilizados pelos homens e são eles os mais alfabetizados e com maior taxa de acesso aos Mídias (UNICEF, 2020).

A Guiné-Bissau ainda continua a depender da ajuda internacional para cumprir com as suas obrigações no que concerne a prestação de serviços, o país tem passado por “dificuldades para implementar políticas públicas efetivas no sector da saúde e oferecer os principais bens, serviços e instalações de saúde à sua população” (UNIOGBIS, 2017, p.7).

No país, “os curandeiros tradicionais representam a primeira linha de cuidados médicos”, ou seja, só se recorre aos hospitais ou centros de saúde quando não se consegue melhoras no tratamento com os curandeiros e como consequência procura-se ajuda médica quando a doença já estiver num estado avançado. De referir que “o sistema nacional de saúde é composto pelo sector público, administrado pelo governo, que inclui mais de 3.000 agentes comunitários de saúde, prestadores privados e praticantes da medicina tradicional” (UNIOGBIS, 2017, p.13).

Outro aspeto que importa realçar é que, apesar da debilidade do sistema de saúde guineense, ainda persistem desequilíbrios de poder nas relações de género e isso tem contribuído negativamente para a saúde das mulheres guineenses, no sentido em que, em alguns grupos étnicos, as mulheres persistem em não fazer as consultas pré-natais ou ginecológicas para não desagradar o marido, por ser o patriarca ou provedor do sustento familiar. Significa que o direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres guineenses é violado, porque a maior parte delas não têm controle sobre o próprio corpo e 84% das mulheres guineenses não usam contraceptivos (Silva, 2018).

Outra violação destacada no relatório do Gabinete Integrado das Nações Unidas para a Consolidação da Paz na Guiné-Bissau (UNIOGBIS), é o fato de,

em algumas partes do país, as mulheres são impedidas de fazerem escolhas em relação à sua própria saúde reprodutiva. Por exemplo, quase todos os Centros de Saúde visitados pelo UNIOGBIS tinham documentado casos de mulheres trazidas pelos seus maridos para a remoção de implantes anticoncepcionais ou dispositivos intrauterinos, porque tinham sido colocados sem o consentimento do marido (UNIOGBIS, 2017, p.28).

O mesmo relatório acrescenta que a situação é idêntica relativamente ao espaçamento dos nascimentos, acesso ao aborto e interação sexual, inclusive dentro do casamento.

Na área da educação o país regista um nível de instrução muito baixo, com alta taxa de analfabetismo repercutindo negativamente nos conhecimentos necessários para cuidar da saúde. Uma educação que inclui educação sexual e reprodutiva é inexistente, limitando assim a “capacidade da população de melhorar a sua própria saúde” (UNIOGBIS, 2017, p.8).

Relativamente aos transportes, “a frágil rede rodoviária e as conexões pouco confiáveis entre as ilhas e o continente dificultam o transporte efetivo de pacientes que necessitem de transferência ou evacuação” sem esquecer o reduzido número de transporte e o seu elevado custo, incompatíveis com a necessidade da população. Existe uma grande dificuldade em circular entre as regiões, por isso, “o UNFPA forneceu 38 pequenas moto-ambulâncias para muitos centros de saúde em toda a Guiné-Bissau, mas estes veículos não podem circular em muitas estradas das áreas mais remotas do país, deixando muitas tabancas sem transporte (UNIOGBIS, 2017, p.27).

Se nos focarmos na área dos recursos humanos necessários para garantir uma saúde de qualidade regista-se que, “a falta de recursos humanos suficientes para o sistema de saúde da Guiné-Bissau é frequentemente apontada como um dos maiores desafios que o país enfrenta na prestação de cuidados de qualidade à população” (UNIOGBIS, 2017, p.15). A esse propósito sublinha-se que,

quando as mulheres procuram assistência durante o período do parto, os cuidados de qualidade insatisfatória que elas recebem geralmente levam a resultados inadequados. A qualidade insatisfatória dos cuidados disponíveis não parece resultar da falta de medicamentos obstétricos essenciais. Todos os hospitais visitados no decurso da preparação deste relatório, incluindo os que não receberam aviso prévio das visitas, dispunham de reservas suficientes dos treze bens essenciais para se salvar vidas especificados pela ONU para mulheres e crianças, fornecidos pelo UNFPA (UNIOGBIS, 2017, p.27).

Apesar dos serviços das cesarianas estarem disponíveis nas sete regiões administrativas, “os cuidados de emergência para outras complicações obstétricas e para lidar com complicações resultantes de aborto está apenas disponível em Bissau, dado que os únicos dois obstetras do país se encontram baseados ali”, contribuindo assim para “elevada taxa de mortalidade materna que se verifica no país” (UNIOGBIS, 2017, p.27). Em termos de saúde materna, o país “está entre os países do mundo com os piores resultados” nesta matéria (UNIOGBIS, 2017, p.24).

Sendo a Guiné-Bissau um dos 195 Estados-membros, que adotou a Agenda 2030, não deve permitir que se conviva pacificamente com situações de misoginia e machismo, onde o corpo das mulheres é controlado (UNICEF, 2020).

Para fazer face a esta situação, o governo, a sociedade civil e as organizações internacionais têm conjugado esforços no sentido de erradicar a fístula, através de campanhas de sensibilização para prevenir a doença, cirurgias de reparação e reintegração social. A título de exemplo, o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) e a Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) têm financiado, no país, cirurgias de reparação e campanhas de sensibilização, no sentido de esclarecer a população acerca das causas e consequências da fístula, mas sobretudo alertando a mesma para as vantagens de controle neonatal.

Por esse motivo, em 2008, o Ministério da saúde em colaboração com a UNFPA, realizou um inquérito em todo o território nacional, para identificar os casos de fístula obstétrica existentes. Foram encontrados mais de 80 casos, e a partir daí os esforços foram conjugados no sentido de operar essas mulheres (Guad, 2010).

Foi assim que, em 2010, teve início a campanha de cirurgias para a reconstituição da fístula obstétrica, no país. Nesse ano foram feitas duas campanhas. A primeira que durou 4 dias (6-10 de janeiro) aconteceu em Bissau, no Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM); estavam previstas para a cirurgia 25 mulheres, mas efetivamente só 19 mulheres é que foram submetidas à cirurgia de reconstituição, 13 ficaram curadas e as outras 6 não. A segunda campanha foi feita em Mansoa, região de Oio, no Centro de saúde, foram operadas 47 mulheres, entre os dias 27 e 31 de julho. Dentre elas, 31 ficaram bem e 16 não. Em 2011, realizou-se outra vez em Mansoa, a terceira campanha de cirurgias, de 27 de abril a 7 de maio, com 55 mulheres, 33 ficaram curadas e as restantes não. A quarta campanha foi realizada em Bissau, durante 6 dias (19 a 24 de dezembro), onde 35 mulheres fizeram a cirurgia, 18 ficaram bem e as outras 17 recidivas (Guad, 2010; 2011).

A quinta campanha teve lugar em 2012 de 20 a 28 de novembro, com as cirurgias de 30 mulheres, 16 ficaram bem e 14 não. A sexta campanha aconteceu em 2016, de 1 a 7 de abril, com 26 mulheres, 18 tiveram sucesso e as outras 8 não. De 1 a 9 de maio de 2017, foram realizadas cirurgias com o financiamento do UNFPA, em 17 mulheres, 13 ficaram bem e 4 não (Guad, 2012; 2016; 2017).

Segundo o jornal “Nô pintcha”, em 2020 foram realizadas 29 cirurgias de reconstituição no país e em 2021, “através dos médicos nacionais, já foram realizadas três cirurgias reconstrutivas, uma verdadeira mudança de paradigma que vai contribuir para reduzir o tempo de sofrimento dos pacientes de fístula” (Alves, 2021).

Em 2022, 30 mulheres foram operadas. Anualmente na Guiné-Bissau surgem 64 casos novos de fístula obstétrica. De 2010 a 2022, foram operadas 347 mulheres guineenses com fístula obstétrica (LUSA, 2022).

Estes dados revelam, de um lado, os esforços do Estado e das organizações internacionais para melhorar a qualidade de vida destas mulheres através de cirurgias de

reconstituição. Existe, contudo, dificuldade em encontrar dados fiáveis sobre a prevalência e incidência da fístula na Guiné-Bissau.

A fístula obstétrica pode ser reparada, mas infelizmente muitas mulheres guineenses portadoras desta doença, por dificuldades financeiras e de acesso aos centros obstétricos especializados, não recorrem à cirurgia, que tem uma taxa de sucesso de até 90% para casos menos complexos.

De salientar que “o custo médio do tratamento, que inclui o procedimento, o apoio pós-operatório, os cuidados e a recuperação, é de US \$600 por paciente” (ONU, 2021). Este valor convertido na moeda em vigor no país é de aproximadamente 390.000 francos CFA, um montante elevado, tendo em conta o salário mínimo que é de 50.000 francos CFA equivalente a 75 euros (UCCLA, 2018).

De acordo com o relatório de UNIOGBIS, “a Guiné-Bissau, é um país onde a população é vulnerável por causa da pobreza generalizada”, por isso entendemos que, uma forma de minimizar o sofrimento destas mulheres é avaliar se a utilização de um absorvente impermeável pode contribuir para a melhoria de qualidade de vida e reintegração das mulheres portadoras de fístula obstétrica na sociedade, para posteriormente orientá-las (UNIOGBIS, 2017, p.7).

Para as Nações Unidas, se forem melhorados os “serviços de parteiras qualificadas e atendimento obstétrico de emergência o acesso a cuidados obstétricos” a incidência fístula obstétrica pode ser reduzida (ONU, 2021).

Terminamos esta secção citando os autores Sikora & Angelin (2019, p.58), pois entendemos que destacam a relevância desta investigação, quando afirmam que “o princípio da dignidade da pessoa humana considera o respeito ético pelos seres humanos, sua proteção e, ao mesmo tempo, a promoção de condições básicas de vida”.

PARTE II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3 Fístula obstétrica, conceito, causas, consequências e obstáculos

A fístula obstétrica é uma comunicação anormal entre duas estruturas do corpo humano que, normalmente, não se comunicam. A sua ocorrência é comum no sistema digestivo, urinário, reprodutor e circulatório. Ela é tratável e conforme a sua localização, “pode permitir a passagem de urina, fezes ou secreções para o exterior e causar sintomas como dor, irritação, náuseas ou diarreia” (CUF, nd).

No entendimento de Baker et al. (2017, p.936) “as fístulas ocorrem predominantemente devido à pressão prolongada durante o trabalho de parto obstruído que causa danos aos tecidos entre a vagina e a bexiga e/ou reto. Os tecidos mortos criam um buraco, deixando as mulheres incontinentes”. Por ex.: na Guiné-Bissau, uma senhora explicou que esteve em trabalho de parto 72 horas, como consequência teve um nado morto e desenvolveu a fístula obstétrica (Alves, 2021).

Quando se fala de fístula obstétrica, é importante fazer a distinção entre dois conceitos resultantes deste problema obstétrico que se confundem, a saber: fístula vesicovaginal (FVV) e fístula retovaginal (FRV). Nesta última, a comunicação anormal é entre o reto e a vagina e resulta na incontinência de fezes. No presente estudo, foram incluídas somente mulheres portadoras de fístula vesicovaginal, uma comunicação anormal entre a bexiga e a vagina, e esta pode resultar da “necrose dos tecidos envolventes” (Abreu et al., 2015, p.27).

Nesta dissertação utilizar-se-á o termo fístula obstétrica em vez de fístula vesicovaginal obstétrica.

Existem outros tipos de fístula também de foro obstétrico que são a “fístula “uretrovaginal e fístula vesicouterina”. Algumas fístulas são provocadas,

durante operações ginecológicas (por exemplo, histerectomia) e cesarianas devido a cuidados de saúde abaixo do padrão, assim como habilidades cirúrgicas inadequadas. São chamadas fístulas iatrogênicas. Fístulas traumáticas são causadas por violência sexual, especialmente em áreas de conflito; a destruição da vagina é considerada uma lesão de guerra (ONU, 2022).

A fístula obstétrica foi inicialmente descoberta no Egito, mas não era associada ao trabalho de parto prolongado. Esta associação foi estabelecida mais tarde, no ano 1000 a.C.

e James Marion Sims foi o primeiro ginecologista a reparar a fístula vesicovaginal (Abreu et al., 2015).

De acordo com os estudos que realizaram, concluíram que, o facto de outras técnicas de reparo falharem na sua maior parte, faz com que a cirurgia seja a solução adotada para o reparo da fístula obstétrica e apontam como as suas principais causas, nos países em desenvolvimento, a falta de acesso aos cuidados obstétricos, o trabalho de parto prolongado, “complicações da cesariana, nomeadamente a incisão acidental da parede posterior da bexiga” e/ou “utilização de fórceps”, pois, podem “provocar lesões nos órgãos pélvicos, conduzindo à formação de fístulas” (Abreu et al., 2015, p.27).

Para as Nações Unidas, a fístula obstétrica pode ser “causada por partos muito prolongados ou complicados, em situações em que a grávida não tem acesso a tratamento médico de alta qualidade” (ONU, 2017).

No entendimento de Baker et al. (2017), para prevenir a morbilidade e mortalidade causadas pela fístula obstétrica, devem ser eliminados os “três atrasos”, a saber, (i) atraso na decisão de procurar um atendimento especializado, que pode ser originado por fatores socioculturais e desconhecimento do problema; (ii) atraso em chegar num centro especializado para receber tratamento, que pode estar relacionado com problemas de transportes, distância entre a residência e o centro ou também pelo custo de transporte finalmente, (iii) atraso relacionado com o facto de a paciente já ter chegado ao centro especializado, por de falta de recursos humanos competentes ou atendimento inadequado, a situação pode agravar-se.

Na mesma direção aponta o relatório das Nações Unidas, ao referir que se devem eliminar os três atrasos como forma de prevenir a fístula (ONU, 2020c).

No entender das participantes do estudo realizado por Swain et al. (2020), a causa da fístula obstétrica pode ser também resultado da culpa dos profissionais de saúde, atraso no atendimento durante o parto e demora em obter o atendimento adequado.

Os mesmos autores realçam que existem menores probabilidades de desenvolver a fístula obstétrica e outras doenças de índole obstétrico se os intervenientes no parto estiverem preparados e se os utentes procurarem a cura, enfim, situações que podem ser melhoradas com o engajamento dos estados.

Para Abreu et al. (2015, p.27), os fatores de risco associados a fístula obstétrica são: “a prática de cirurgias tradicionais, por exemplo, a mutilação genital feminina, bem como a gravidez precoce logo após a menarca” e as deslocções das mulheres depois da cirurgia por longas horas sem possibilidades de urinar.

As consequências da fístula obstétrica para a saúde das mulheres podem ser ao nível físico, psicológico, social e económico e o estigma social é uma das razões que pode dificultar a descoberta de novos casos deste tipo de fístula (Rajaian et al., 2019). No estudo realizado por Bashah et al. (2018) são destacadas outras consequências desta doença relacionadas com a sexualidade e dificuldades em viver com a mesma.

No entendimento de Khisa et al. (2019), a fístula obstétrica coloca as mulheres numa situação muito difícil, por causa da incontinência urinária, gerando assim sentimentos de vergonha e causando perturbações no domínio físico, psicológico, social e económico sem esquecer os desafios relacionados com a higiene, isolamento e estigmatização, pois as mulheres nestas condições não participam em atividades económicas e educacionais.

Para as Nações Unidas, a fístula obstétrica tem repercussões ao longo da vida, como: marginalização, isolamento, depressão, pensamentos suicidas, estigmatização e incontinência urinária e/ou fecal. Social e sexualmente, em alguns casos as mulheres com fístula obstétrica, podem ser “abandonadas por maridos, parceiros e família, perdem oportunidades de empregos, são lançadas na pobreza e podem até começar a sofrer de problemas mentais”. Estas consequências no domínio físico, se não forem tratadas, podem causar “infecções, doença renal, feridas dolorosas, infertilidade e até à morte” (ONU, 2022).

A prevenção é uma solução, para tal existem medidas avançadas pelas Nações Unidas, que incluem o “adiamento da primeira gravidez, a eliminação de práticas tradicionais nefastas e o acesso atempado a cuidados obstétricos” (ONU, 2021).

As Nações Unidas, defendem que,

a fístula obstétrica está associada a uma morbidade devastadora ao longo da vida, com graves consequências médicas, sociais, psicológicas e económicas se não for tratada. Além da incontinência urinária, natimortos, distúrbios neurológicos, lesões ortopédicas, infecções da bexiga, insuficiência renal e infertilidade frequentemente acompanham estas mulheres. O odor do vazamento constante, combinado com perceções errôneas sobre

sua causa, geralmente resulta em estigma e ostracismo, levando à depressão e até mesmo ao suicídio (ONU, 2020c, p.3).

Ainda, de acordo com as Nações Unidas, a persistência da fístula “é um sinal de injustiça e desigualdade social global” (ONU 2020b). Apesar de vários esforços feitos no sentido de erradicar a fístula, “entre 2 milhões e 3 milhões de meninas e mulheres sofrem desta condição evitável principalmente em regiões como África Subsaariana, Ásia, mundo árabe, América Latina e Caribe” (ONU, 2021).

No mesmo sentido apontam Swain et al. (2020, p.2), quando afirmam que são escassos os dados confiáveis sobre a prevalência da fístula obstétrica, mas, “a estimativa de prevalência comumente citada é de dois milhões de casos em todo o mundo e 50.000-100.000 novos casos a cada ano”.

Para Kakembo et al. (2020, p1), a fístula obstétrica continua a ser “um desafio materno silencioso e negligenciado, associado a consequências devastadoras para a vida. Viver com fístula obstétrica apresenta preocupações físicas, sociais, psicossociais e emocionais de longo alcance, que impactam negativamente a qualidade de vida da mulher”.

Para fazer face a esta situação, até 2021, já foram apoiadas “120 mil intervenções cirúrgicas de reparação das vítimas”. Também foram concedidos apoios nas áreas de “prevenção, tratamento e reabilitação” (ONU, 2021). Por ocasião da comemoração do dia internacional para a erradicação da fístula obstétrica, em maio de 2022, a ONU divulgou os dados acerca das intervenções cirúrgicas apoiadas pelo UNFPA, foram no total, “121 mil” (ONU, 2022).

A fístula obstétrica é um problema que atinge vários países, sobretudo os mais pobres. O fato de existir o dia internacional para a erradicação da fístula obstétrica, representa uma oportunidade para aumentar a consciencialização do mundo sobre esta problemática e os países devem acelerar os esforços no sentido de acabar com esta doença, acompanhando as mulheres após a cirurgia e identificando os casos existentes (ONU, 2020a).

De realçar que a Assembleia Geral em 2007, reconheceu pela primeira vez, a fístula obstétrica, como um importante problema de saúde da mulher, “com a adoção da resolução 62/138” (ONU, 2020c, p.6).

3.1 Obstáculos à procura da cura

Começamos a nossa abordagem nesta secção citando Kyei-Nimakoh et al. (2017, p.2), para ilustrar o que os utentes esperam de um sistema de saúde:

a principal preocupação de um sistema de saúde é fornecer com eficiência serviços baseados em evidências que atendam às necessidades clínicas / médicas dos utentes, bem como às suas expectativas de receber cuidados de boa qualidade. Idealmente, os serviços de saúde devem ser acessíveis, disponíveis, baratos e aceitáveis para os clientes em todos os momentos. Isso é particularmente importante para populações vulneráveis com necessidades específicas, como mulheres grávidas e seus bebês.

Queremos realçar que, de um lado, ao existirem infraestruturas inadequadas, falta de médicos especializados, estão-se a criar obstáculos aos utentes que procuram os serviços de saúde, do outro lado, quando os utentes não têm condições financeiras ou sentem vergonha de procurar os serviços de saúde, por exemplo, é porque existem barreiras que os impedem de recorrer a estes serviços. Por outras palavras, ao falarmos de obstáculos que impedem as mulheres de procurarem a cura, devemos ter a consciência de que os mesmos podem advir de dois lados, ou seja, existem obstáculos por parte de quem procura e por parte de quem oferece os serviços.

Segundo Kyei-Nimakoh et al. (2017, p.1), os principais obstáculos por parte de quem procura os serviços médicos são, falta de meios financeiros, “indisponibilidade de meios de transporte”, “falta de informação sobre serviços/prestadores de cuidados de saúde”, questões relacionadas ao estigma e autoestima/assertividade das mulheres, uma falta de preparação para o parto, crenças / práticas culturais e desconhecimento sobre os serviços de saúde obstétrica necessários”. Por parte de quem presta serviços, podem-se destacar os seguintes obstáculos, custos elevados dos serviços prestados, “a distância física entre as unidades de saúde e a residência dos utentes dos serviços, longos tempos de espera nas unidades de saúde, pouco conhecimento e habilidades da equipe, práticas de encaminhamento inadequadas e relacionamento interpessoal inadequado da equipe”.

Baker et al. (2017) advogam que existem três níveis de obstáculos que podem impedir as mulheres portadoras de fístula obstétrica de procurarem a cura que são: os de

nível individual, coletivo e nacional. Para que se possa ter sucesso no tratamento da fístula é preciso eliminar os obstáculos que, a nível pessoal, podem ser: depressão, estigma e vergonha; e a nível comunitário e nacional eles destacam: desconhecimento por parte comunidade das causas da fístula obstétrica, desconhecimento acerca do tratamento, custos elevados com o tratamento, dificuldades na deslocação, inexistência de centros de reparo e dificuldades na reintegração no meio onde vivem.

A tomada de consciência sobre a existência destes obstáculos é importante para o nosso estudo, pois ajuda-nos a identificar melhor os tipos de barreiras encontradas pelas mulheres portadoras de fístula obstétrica para depois criarmos as condições de enfrentá-las.

A fístula obstétrica afeta geralmente as mulheres e meninas mais pobres e marginalizadas em todo o mundo. Estas mulheres e meninas se forem apoiadas podem reintegrar-se na sociedade, dando as respetivas contribuições para a igualdade e equidade de género.

3.2 Fístula obstétrica, Direitos humanos das mulheres

Procedemos à análise da literatura que tem procurado compreender a relação entre fístula obstétrica e os Direitos Humanos. Estabelecemos como limite temporal, um período de seis anos (2016 a 2022). Da análise da documentação recolhida, verificamos que não existem estudos que abordam esta temática na perspetiva dos direitos humanos na Guiné-Bissau. Noutros contextos geográficos, o debate é centrado na identificação de tipos de fístula, como preveni-la, suas causas e consequências, sua prevalência no mundo, os obstáculos que impedem as mulheres de pedirem ajuda e as características sociodemográficas das portadoras de fístula obstétrica. Parece-nos que tal se justifica pelo interesse que as organizações internacionais e locais que lidam com esta problemática, têm em priorizar a atuação nas áreas de prevenção e tratamento, embora, segundo a ONU, as intervenções devam incluir quatro domínios: “prevenção, tratamento, reintegração social e defesa de direitos” (ONU, 2020c, p.9).

Apesar de estarem incluídas nas estratégias de atuação, a reintegração social e a defesa dos direitos humanos têm sido ignoradas, colocando assim, muitas mulheres à margem da sociedade.

Para erradicar a fístula obstétrica, estudos sobre a saúde da mulher na ótica dos Direitos Humanos são necessários. A ONU tem lembrado aos estados os compromissos

assinados no sentido de promover e proteger os direitos das mulheres, recomendando a conjugação de esforços para melhorar os aspetos sociais que afetam a saúde, o bem-estar e a segurança das mulheres e meninas. Isso implica, entre outros aspetos, educação de qualidade, promoção e proteção dos direitos humanos e proteção contra todas as formas de violência (ONU, 2020c). Pode citar-se como exemplo, a relação existente entre a ocorrência da fístula obstétrica e a negação do direito à saúde, consagrado nas constituições e tratados internacionais, quando não são criadas mínimas condições para o acesso aos cuidados de saúde com qualidade.

Para Hartmann et al. (2016), quando se capacitam meninas e mulheres a conhecerem e a reivindicarem os seus direitos sexuais e reprodutivos está-se a intervir na perspectiva dos direitos humanos, por isso, defendem que apesar de existirem políticas de apoio ao acesso e adoção de planeamento familiar, muitas vezes, a perspectiva dos Direitos Humanos não é incluída na elaboração das mesmas. Constatam também, que existem lacunas quanto aos estudos que abordam diretamente direitos humanos na pesquisa sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, (SSR).

A presente dissertação é intitulada “Fístula obstétrica: uma consequência da violação dos Direitos Humanos das mulheres guineenses”. Para que se possa entender, no presente estudo, a relação entre desenvolvimento da fístula e a violação dos direitos humanos é indispensável distinguirmos os conceitos “direitos” e direitos humanos, para posteriormente abordarmos numa forma detalhada, os direitos consagrados às mulheres e a forma como os mesmos podem ser violados.

Direitos

Para Ferreira et al. (2016, p.14), ter direito significa ter a capacidade/poder de agir de forma a exigir ou não uma conduta por parte dos outros. No exercício de um direito, três elementos devem se relacionar, ou seja, “um sujeito que exige algo; alguém que deve cumprir tal exigência; a coisa sobre a qual tal exigência recai”. Também é importante que cada cidadão tenha conhecimento dos seus direitos e obrigações para que possa exigir o seu cumprimento.

Quando o Estado guineense não consegue garantir a eficiência e eficácia de cuidados básicos de saúde à população, não está a cumprir o seu dever, porque a ele cabe,

.....

“a principal responsabilidade para a concretização dos direitos humanos, incluindo o direito à saúde”. Também ao Estado cabe a obrigação de,

adotar legislação ou outras medidas para assegurar que os atores privados respeitem as normas de direitos humanos quando prestam serviços de saúde ou outros serviços (como regulamentar a composição de produtos alimentícios), controlar a comercialização de equipamentos e medicamentos médicos por agentes privados, e assegurar que a privatização não constitua uma ameaça à disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade de bens, serviços e instituições de saúde (UNIOGBIS, 2017, p.33).

Importa realçar que, o direito à saúde realiza-se de forma progressiva, isto é, “o Estado tem uma obrigação específica e contínua de atuar da forma mais ágil e eficaz possível para garantir a realização plena do direito à saúde (UNIOGBIS, 2017, p.5). Os profissionais de saúde devem ser sensibilizados acerca dos direitos humanos, pois, são ao mesmo tempo titulares de direitos e obrigações (UNIOGBIS, 2017).

Na área de saúde, os direitos incluem não só o direito de exigir, mas também a liberdade de escolha. A liberdade neste domínio tem que ver com o direito que cada um tem de aceitar ou não os “tratamentos médicos não-consensuais e experimentação” (UNIOGBIS, p.5).

3.2.1 Direitos consagrados às mulheres

Antes de começarmos a analisar os direitos humanos consagrados às mulheres, primeiramente vamos esclarecer o significado de direitos humanos. No entendimento de Ferreira et al. (2016, p.16),

o que se convencionou chamar «direitos humanos» são exatamente os direitos correspondentes à dignidade dos seres humanos. São direitos que possuímos não porque o Estado assim decidiu através de suas leis ou porque nós mesmos assim o fizemos por intermédio dos nossos acordos. Direitos humanos, por mais pleonástico que isso possa parecer, são direitos que possuímos pelo simples fato de que somos humanos.

Na mesma ordem de ideias e numa forma mais específica, a definição de direitos humanos dada pelo UNFPA reflete a definição acima, pois ressalta que,

os direitos humanos são garantias básicas, que a comunidade internacional reconhece e promete manter. Esses direitos abrangem questões civis, políticas, sociais, econômicas e culturais, e estabelecem o que os governos podem e não podem fazer, bem como o que devem fazer por todos nós, sem discriminação. Todos, independentemente de sexo,

gênero, raça, origem étnica, religião, nacionalidade, idioma, deficiência, local de residência ou qualquer outra condição, têm esses direitos” (UNFPA, 2021, p.57).

A mesma organização acrescenta, ainda, que “os direitos humanos fornecem a base comum sobre a qual os Estados constroem suas normas jurídicas e políticas nacionais para promover e proteger a autonomia e a integridade corporal no contexto da saúde sexual e reprodutiva” (UNFPA, 2021, p.83) e estes direitos “exigem que todos os serviços de saúde reprodutiva e sexual estejam disponíveis e sejam acessíveis de maneira não discriminatória e igualitária” (UNFPA, 2021, p.62).

Na Declaração Universal dos Direitos Humanos encontramos fundamento para a garantia dos direitos humanos das mulheres, pois obriga os Estados e instituições a promoverem, através da Constituição e demais leis, os direitos que garantam a igualdade de gênero. Na mesma linha argumentativa aponta o UNFPA (2021) quando refere que, são encontrados nos acordos políticos, normas de direitos humanos, por exemplo, no

“Programa de Ação da CIPD e a Plataforma de Ação da Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres de 1995. Esses acordos, com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, estabelecem políticas e metas globais para a realização dos direitos, inclusive direitos sexuais e reprodutivos” (UNFPA, 2021, p.57).

No programa de ação da Conferência Internacional para a População e Desenvolvimento, CIPD, afirma-se que “os direitos humanos das mulheres e das meninas são uma parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais, bem como o direito de atingir o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva”. A ONU lança um apelo à “eliminação de todas as práticas que discriminam as mulheres”, assim como o avanço no sentido da igualdade e equidade de gênero e do empoderamento das mulheres (ONU, 2020c, p.4).

O direito de decidir sobre o número de filhos e o intervalo entre eles também está plasmado na “Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, no seu Protocolo sobre os Direitos das Mulheres na África, o *Protocolo de Maputo*” (UNFPA, 2021, p.56-61).

O direito à saúde das mulheres e o “direito à saúde em geral, podem ser encontrados em vários tratados internacionais e regionais de direitos humanos juridicamente vinculativos dos quais a Guiné-Bissau é parte” (UNIOGBIS, 2017, p.9).

Os Estados violam os compromissos assinados, quando não criam condições para que a população tenha um alto padrão de saúde, uma vez que, está estatuído nos acordos e ordenamento jurídico de cada Estado. O Estado guineense é “membro da União Africana desde 1973 e Estado parte da Carta Africana sobre os Direitos do Homem e dos Povos desde 1986” (UNIOGBIS, 2017).

Para prevenir a fístula obstétrica deve-se melhorar “a qualidade dos cuidados de saúde materna, educação e empoderamento de mulheres e meninas, abordando fatores económicos e socioculturais que afetam negativamente mulheres e meninas, envolvendo homens e meninos e empoderando comunidades” sem esquecer que os serviços essenciais de saúde, “incluindo contraceção e cuidados obstétricos de emergência, continuam a ser essenciais para prevenir a mortalidade materna e a fístula” (ONU, 2020c, p.4). Através destes mecanismos de prevenção da fístula obstétrica destacados pelas Nações Unidas pode-se garantir a efetividade dos direitos das mulheres.

Várias iniciativas estão sendo adotadas no sentido de acabar com a fístula até 2030, assim,

em 2018, a Assembleia Geral adotou a resolução 73/147, na qual apelou a maiores investimentos e ações aceleradas para acabar com a fístula dentro de uma década, como parte da agenda das Nações Unidas para o avanço das mulheres. A Resolução 73/147 baseia-se em resoluções anteriores (adotadas em 2007, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 e 2018) nas quais os Estados-Membros reafirmaram sua obrigação de promover e proteger os direitos de todas as mulheres e meninas e se esforçar para acabar com a fístula, inclusive apoiando a campanha para acabar com a fístula (ONU, 2020c, p.6).

Esta Agenda 2030 pretende,

“não deixar ninguém para trás” e “alcançar primeiro os que estão mais para trás”, com o objetivo de eliminar todas as formas de sofrimento humano extremo. Mulheres e meninas com fístula obstétrica estão certamente entre as que ficarão para trás. Elas sofrem desnecessariamente algumas das piores misérias humanas imagináveis (Anastasi et al., 2020, p.4).

Para as Nações Unidas, “acabar com a fístula é a chave para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” e para cumprir as metas globais da Agenda 2030 e acabar com esta violação da dignidade e dos direitos humanos”. O Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), em colaboração com os Estados Membros e parceiros,

lidera os esforços para acelerar as ações para acabar com fístula numa década (ONU, 2020c, p.18).

Na Resolução da ONU de 2018, o apelo feito aos estados afetados pela fístula, vai no sentido de criar “uma estratégia nacional com custos inclusivos e um plano de ação para acabar com a fístula até 2030, e estabelecer um ministério nacional da saúde / força-tarefa liderada pelo governo acerca da fístula e reunir as partes interessadas para desenvolver e implementar esta estratégia crítica e plano de ação” (Anastasi et al., p.4).

Assim, para erradicar a fístula obstétrica e as suas consequências devastadoras para as mulheres, a intervenção deve ser nas duas vertentes, ou seja é necessário o “acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva; abordar as desigualdades socioeconómicas e os direitos humanos de mulheres e meninas precisam ser promovidos e protegidos”(ONU, 2020c, p.3), sem esquecer a “relevância de oferecer oportunidades sociais, educacionais e económicas às mesmas como forma de ajudá-las a reconstruir suas vidas e a terem meios de subsistência para recuperarem a sua dignidade e autonomia” (ONU, 2020c, p.12).

Em jeito de síntese, se nos países em desenvolvimento a fístula obstétrica pode ser eliminada através de cuidados de saúde acessíveis, universais e de alta qualidade, ONU (2020c), significa que se o Estado preocupasse com os serviços de saúde de qualidade para todos e principalmente para os mais vulneráveis, prevê-se que “mais de 8 milhões de vidas poderiam ser salvas a cada ano, nos países de baixo rendimento (Anastasia et al., 2020, p.5).

3.2.2 Educação sexual e reprodutiva

Falar de fístula obstétrica é também versar sobre questões relacionadas com a educação sexual e reprodutiva e todos os aspetos com que se relaciona. Para tal, é importante esclarecermos os seguintes conceitos: educação sexual, saúde reprodutiva, saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos.

A educação sexual,

é um processo baseado no currículo de ensino e aprendizagem sobre os aspetos cognitivos, emocionais, físicos e sociais da sexualidade. Visa dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, competências, atitudes e valores que os capacitem a: realizar a sua saúde, bem-estar e dignidade; desenvolver relações sociais e sexuais respeitadas;

Parte II - Enquadramento teórico

.....

considerar a forma como as suas escolhas afetam o seu próprio bem-estar e o dos outros; e, compreender e assegurar a proteção dos seus direitos ao longo da vida (UNESCO, 2018, p.16).

O conteúdo de educação sexual pode ser abordado em casa e na escola. A descoberta da sexualidade começa numa idade precoce e à medida que a idade avança novos conceitos são introduzidos por via da educação sexual (UNESCO, 2018).

No entendimento da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, (UNESCO), falar de educação sexual, na perspetiva dos direitos humanos, implica encorajar e sensibilizar os jovens para o respeito e reconhecimento dos seus direitos e dos direitos dos outros, mas também defender aqueles cujos direitos são postos em causa. Quando se proporciona aos jovens a igualdade de acesso a educação sexual, está-se a respeitar o seu direito à saúde, incluindo às escolhas sexuais seguras, responsáveis e respeitadas, livres de coerção e violência, bem como “o seu direito de aceder à informação de que os jovens necessitam para um autocuidado eficaz” (UNESCO, 2018, p.16).

A saúde reprodutiva é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todas as questões relativas ao aparelho reprodutivo e às suas funções e aos seus processos”, isto significa, a capacidade de ter uma vida sexual satisfatória e segura e de se reproduzir “e a liberdade de decidir se, quando” e com que frequência o fazer (UNFPA, 2021, p.82). Fica assim implícito que,

os direitos de homens e mulheres serem informados e terem acesso a métodos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis de planeamento familiar de sua escolha, bem como a outros métodos de sua escolha para a regulação da fertilidade que não sejam contra a lei, e o direito de acesso a serviços de saúde adequados que permitirão às mulheres atravessar com segurança a gravidez e o parto, e oferecer aos casais a melhor chance de ter um bebé saudável (UNFPA, 2021, p.82).

A saúde reprodutiva está relacionada com o conceito de “cuidados de saúde reprodutiva”, este último entendido como “conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde reprodutiva e o bem-estar, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva” (UNFPA, 2021, p.82).

A saúde sexual e reprodutiva, “é amplamente compreendida como bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade” e “é fundamental para o bem-estar e a saúde física e emocional de indivíduos, casais, famílias e, em última instância, ao

desenvolvimento social e econômico de comunidades e países”. Por conseguinte, para a saúde sexual e reprodutiva “seja atingida e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas precisam ser respeitados, protegidos e cumpridos” (UFRGS, 2020, pp. 12-15). Isso pressupõe a “melhoria da vida e das relações pessoais, e não apenas aconselhamento e cuidados relacionados à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis” (UNFPA, 2021, p.82).

No mesmo sentido aponta a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), quando refere que,

a saúde sexual exige uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos (UNESCO, 2018, p.113).

No estudo realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, (UFRGS), (2020, p.10), está evidenciado que, “atingir o mais alto padrão de saúde sexual é uma meta intimamente relacionada ao respeito, proteção e cumprimento de direitos humanos como o direito à não discriminação, à privacidade e à confidencialidade, a não sofrer violência e coerção, assim como o direito pleno à educação, informação e ao acesso a serviços de saúde”. O mesmo estudo destaca ainda que,

a capacidade de indivíduos terem bem-estar e saúde sexual depende do acesso a informações abrangentes sobre sexualidade, conhecimento sobre os riscos enfrentados, vulnerabilidade às consequências adversas da atividade sexual e acesso a cuidados de saúde sexual de qualidade e a um ambiente que defenda e promova a saúde sexual (UFRGS, 2020, p.10).

O âmbito dos direitos reprodutivos é o “reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsavelmente o número de filhos, o intervalo entre eles e quando tê-los, e de ter as informações e os meios para tomar tais decisões, além do direito de atingir o mais alto padrão sexual e de saúde reprodutiva” (UNFPA, 2021, p.82). Na mesma linha de pensamento Pelegrinotti et al. (2021, p.115) realçam que “o conceito de direitos reprodutivos é baseado na ideia de poder e na relação que têm a tomada de decisões e a quantidade de recursos financeiros para levar em frente às decisões,

abordando quatro princípios básicos: integridade corporal; autonomia pessoal; igualdade e diversidade”.

Atendendo que “o direito de mulheres e homens escolherem livremente o número de filhos, o momento de tê-los e o espaçamento entre eles agora é quase universalmente reconhecido”, julgamos que os estados devem criar condições para que o gozo deste direito seja uma realidade, na medida em que, “através de tratados e constituições comprometem-se a proteger e a promover a saúde da população” (UNFPA, 2019, p.75).

De seguida, vamos evidenciar situações encontradas na literatura que fundamentam que a fístula obstétrica é uma violação dos direitos humanos das mulheres.

3.3 Violação dos direitos humanos das mulheres

A literatura tem evidenciado a fístula obstétrica como resultado de parto prolongado que afeta sobretudo países onde o sistema de saúde é frágil. No entender de Swain et al. (2020), os países de baixo rendimento são os mais afetados, pois a prestação de cuidados médicos é inexistente ou irregular, violando, assim, os direitos e a dignidade dos que procuram pelos serviços. Consideram, ainda, que a ocorrência da fístula obstétrica pode ser encarada como uma violação dos direitos humanos e uma chamada de atenção sobre as desigualdades.

As Nações Unidas realçam que as mulheres com fístula obstétrica são evidências da falha dos sistemas de saúde em fornecer assistência obstétrica, universalmente acessível, oportuna e de qualidade (ONU, 2020c).

No estudo realizado por Swain et al., (2020), estes autores constataram que a fístula obstétrica tem maior prevalência na camada feminina, mais vulnerável, ou seja, nas mulheres com níveis baixos de escolaridade, poucos meios económicos, com poucas consultas pré-natais, que tiveram demora no acesso ao atendimento obstétrico de emergência e tiveram um trabalho de parto prolongado.

Esta constatação converge, em parte, com o que defende a ONU, pois considera que a fístula obstétrica afeta principalmente mulheres com poucos recursos financeiros, que vivem nas zonas rurais, onde os serviços de saúde são praticamente escassos. As barreiras por elas encontradas colidem com vários direitos humanos, “como o direito à igualdade e à não discriminação e o direito à saúde” (ONU, 2020c, p.12).

Para Pellegrinotti et al. (2021, p.118), as pessoas que se encontram numa situação socioeconómica desfavorável “têm menor acesso à saúde e muitas vezes o alto custo dos serviços de saúde impede que pessoas com baixa condição financeira tenham acesso a atendimento, especialmente em países em que os sistemas de saúde não são universais”.

Na sequência desta linha argumentativa, Anastasi et al. (2020, p.3) realçam que, nos países de baixo rendimento, a “persistência da fístula obstétrica - uma lesão de parto devastadora que ocorre principalmente entre mulheres e meninas pobres e marginalizadas - constitui uma violação dos direitos humanos e uma crise de saúde pública”.

Segundo os dados das Nações Unidas, “o casamento infantil e a gravidez precoce colocam as meninas em risco de violência, mortalidade e morbilidade, incluindo fístula” (ONU, 2020c, p.3). Pellegrinotti et al., (2021, p.118), partilham o mesmo entendimento, na medida em que consideram que, as “mulheres que casam antes de serem adultas — muitas vezes por casamentos forçados, comuns em diversas regiões — correm maior risco de sofrer violência e estupro pelo parceiro”, tudo isso consubstancia uma grave violação dos direitos humanos.

Os custos com a saúde também podem ser invocados como um dos obstáculos que impedem as mulheres de procurarem a cura, pelo fato de as famílias pobres não poderem aceder aos serviços de saúde, em caso de complicações, por incapacidade financeira. Como consequência, os casos vão-se acumulando e privando cada vez mais muitas meninas e mulheres de seus direitos, empurrando-as para o sofrimento enquanto aguardam pelos cuidados (ONU, 2020c).

Outro elemento que também pode ser considerado violação dos direitos das mulheres e pode culminar com a formação da fístula obstétrica, é a falta de autonomia por parte das mulheres, dado que, habitualmente é o homem quem decide acerca de importantes questões familiares, enquanto as mulheres não tomam nenhuma decisão, nem mesmo em relação à sua própria saúde. Por isso, no relatório do UNFPA se defende que, “a autonomia corporal no contexto das questões sexuais e reprodutivas abrange direitos que permitem aos indivíduos fazer escolhas e decisões conscientes sobre suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva, e fazê-lo livre de discriminação, coerção e violência” (UNFPA, 2021, p.55).

As probabilidades de desenvolver a fístula obstétrica e outras doenças de índole obstétrico são poucas se os intervenientes no parto estiverem preparados e se os utentes procurarem a cura, enfim, situações que podem ser melhoradas com o engajamento do Estado (Swain et al., 2020).

Considerando a falta de pessoal especializado, Swain et al. (2020), sugerem a formação de profissionais de saúde que sejam capazes de identificar e encaminhar as portadoras de fístula. Recomendam, ainda, que seja implementado um plano de ação ao nível comunitário, para a prestação de serviços de cuidados obstétricos essenciais e de emergência para mulheres grávidas, tendo especial atenção à saúde e a prevenção do trabalho de parto obstruído e prolongado, que é a causa mais comum de fístula obstétrica.

Preocupadas com o agravamento da situação, as Nações Unidas têm alertado para o facto de a fístula obstétrica, poder ser evitada se as meninas e mulheres tiverem acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva; se for adiada a idade da primeira gravidez; erradicadas as práticas nefastas à saúde da mulher e se todas tiverem acesso a cuidados obstétricos quando necessário (ONU, 2020c).

Todos estes fatores encontrados na literatura evidenciam que a fístula obstétrica é evitável e tratável, se houver engajamento dos estados à semelhança do que acontece nos países desenvolvidos.

Terminamos esta secção com o seguinte trecho que, na nossa perspetiva dá ênfase à nossa abordagem supra. No ano 2019, o tema para o Dia Internacional para o Fim da Fístula Obstétrica foi,

“Fístula é uma violação dos direitos humanos - pare agora!” é um apelo à ação para acabar com esta injustiça social global e tragédia de saúde e direitos humanos. A própria existência da fístula é uma grave violação dos direitos humanos e uma afronta ao direito de todas as pessoas à esperança, cura e dignidade. Os sobreviventes da fístula são recordações vivas do fracasso dos sistemas de saúde e um sinal trágico de desigualdade. Com muita frequência, entretanto, eles são “invisíveis” - escondidos e esquecidos” (Anastasi et al., 2020, p.4).

3.4 Qualidade de vida e reintegração

Na questão central desta presente dissertação, estão envolvidos três conceitos: qualidade de vida, reintegração e absorvente impermeável. A clarificação destes conceitos é de extrema importância para a compreensão do nosso objetivo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida “é a concepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores onde ele está inserido e, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e inquietações” (OMS, 1998, p.28). Esta organização acrescenta ainda que,

a qualidade de vida reflete a percepção que os indivíduos têm de que suas necessidades estão sendo atendidas, ou que estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, independentemente de seu estado de saúde física ou condições sociais e econômicas. O objetivo de melhorar a qualidade de vida, juntamente com a prevenção de doenças evitáveis, tornou-se mais importante na promoção da saúde. Isto é particularmente importante para satisfazer as necessidades dos idosos, dos doentes crônicos, dos doentes terminais e das populações com deficiência (OMS, 1998, p.29).

Este conceito abarca os aspectos relacionados com saúde, bem-estar, relações sociais e meio ambiente.

Para Minayo et al. (2000, p.8), “qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial” e fazem parte deste conceito “valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade”. Os mesmos autores acrescentam que, a qualidade de vida na área de saúde,

coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos Estados ou condições de morbidade. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los seja minorando consequências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los (Minayo et al., 2000, pp.15-16).

Em jeito de síntese, segundos os autores acima citados, pode-se afirmar que, a qualidade de vida pode ser entendida como,

padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde (Minayo et al., 2000, p.16).

Debruçamo-nos de seguida sobre o conceito de reintegração, entendido segundo Khisa et al. (2019, p.11), como “um processo ao longo do tempo e um resultado desejável para pacientes com fístula”. No entender das participantes deste estudo, a reintegração é quando a paciente recupera o bem-estar físico, psicológico e social e a normalidade que tinha antes de ter fístula obstétrica.

Byamugisha, et al. (2015, p.2), afirmam que, após a cirurgia de reparo os resultados clínicos positivos são muito importantes, no entanto, podem não “representar as mudanças abrangentes necessárias para restaurar a qualidade de vida das mulheres” e, muitas vezes, ao regressarem para os seus meios sociais podem encontrar “um ambiente que tem sido hostil a elas, e não se sabe até que ponto a reintegração é paralela ao estado pré-fístula”.

Entre as várias estratégias para eliminar as consequências da fístula obstétrica, elencadas por Anastasi et al. (2020, p.4), destacam-se a reintegração social das portadoras, após a cirurgia de reparo; formação e o acompanhamento necessário para que possam ser ativistas na erradicação da fístula obstétrica; os problemas sociais que afetam o bem-estar de meninas e mulheres, tais como a “eliminação das desigualdades sociais, económicas e de género, prevenção do casamento infantil e a gravidez precoce, promoção da educação e direitos humanos mais amplos e promoção e participação da comunidade na busca de soluções, (...)”.

Na mesma linha argumentativa, defendem Emasu, et al. (2019, p.1109) que a reintegração após a cirurgia de reparo implica fazer uma abordagem individualizada, “prestando atenção às suas necessidades médicas, económicas e psicossociais contínuas”, deste modo, “estes programas devem ser incorporados ao cuidado geral das pacientes com fístula para que os melhores resultados possíveis sejam alcançados”.

Estes autores recomendam o desenvolvimento de “uma rede de apoio social (muitas vezes composta por outras sobreviventes da fístula), acesso a serviços de saúde para

atender às necessidades médicas contínuas, aconselhamento psicológico e familiar, apoio econômico e desenvolvimento de suas habilidades” (Emasu, et al. 2019, p.1109).

No entendimento do UNFPA, 2021 (p.106), a reintegração deve ser feita com base em dados concretos. O modelo de reintegração atualmente utilizado após a cirurgia de reparo é o “aconselhamento em matéria de saúde, bens de primeira necessidade, como roupa nova, literacia básica e formação em competências geradoras de rendimento e, por vezes, uma pequena quantidade de dinheiro”.

Ainda segundo o UNFPA, a estratégia de reintegração recomendada para as mulheres portadoras de fístula após a cirurgia de reparação, consiste em dotá-las de competências necessárias para que as mesmas possam criar os seus meios de subsistência e promover o seu bem-estar. Alfabetização, educação financeira e outras habilidades geradoras de renda podem permitir que as mulheres recuperem o controle de suas vidas e retornem às suas comunidades com orgulho e independência (UNFPA, 2021).

Evidenciamos a reintegração das mulheres portadoras de fístula obstétrica após a cirurgia. Na presente investigação pretendemos descobrir como reintegrar as portadoras de fístula enquanto aguardam pela cirurgia, por isso, estas estratégias para a reintegração são importantes, pois podem ser aplicadas independentemente do estado clínico das mulheres (antes ou depois da cirurgia).

Algumas mulheres com fístula obstétrica que não precisam de programa de reintegração, pois, “têm um sistema familiar muito favorável e têm a educação e as competências necessárias para viver de forma independente”, assim, para que a reintegração tenha impacto positivo deve-se ter em consideração “as diferentes necessidades de apoio familiar e social, meios de subsistência e geração de rendimentos, educação e formação” (UNFPA, 2021, p.9).

A pobreza afeta meninas e mulheres, mas as que têm fístula obstétrica, “são extremamente vulneráveis, tanto econômica como socialmente, devido às suas condições de vida precárias e aos custos associados à procura de tratamento ou reparação” (UNFPA, 2021, p.8).

Para o presente estudo consideram-se reintegradas todas as mulheres que independentemente da sua condição clínica, conseguem frequentar locais públicos, ou seja, não se sentem marginalizadas e estigmatizadas.

Para frequentar locais públicos é imprescindível ter um absorvente, de acordo com o tipo de incontinência. Para a incontinência urinária são utilizados diferentes tipos de absorventes.

Neste estudo, considera-se como absorvente adequado (impermeável) todo o tipo de absorvente utilizado pelas mulheres com fístula obstétrica para absorver a urina, permitindo assim maior proteção e conforto. Importa realçar que a proteção neste contexto tem a ver com o facto do absorvente ser impermeável e não permitir a saída de urina; o conforto resulta do facto de elas se sentirem bem, ou protegidas, na zona genital para realizarem as suas tarefas e atividades normalmente.

PARTE III - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

4 Metodologia da investigação

Nesta secção, vamos tratar das opções metodológicas que vão fundamentar a nossa investigação, isto é o tipo de estudo, o local onde decorreu a investigação, a construção da amostra, as variáveis utilizadas, os instrumentos de recolha de dados, as questões éticas, as dificuldades encontradas e limitações do estudo.

Esta investigação enquadra-se no âmbito do Mestrado em Estudos sobre as Mulheres – Género, Cidadania e Desenvolvimento. Pretende-se compreender de que forma é que se pode melhorar a qualidade de vida e reintegrar as mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau, com o duplo propósito de, contribuir para a produção de conhecimento que possa permitir, não só a restituição de dignidade das mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau como a criação de políticas concretas que possam ajudar na prevenção e esclarecimento da população.

4.1 Metodologia adotada

A metodologia é um conjunto de métodos e de técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação científica (Fortin,1999).

Existem dois métodos que concorrem, para a produção de conhecimento científico, a saber, método quantitativo e método qualitativo, mas cada um tem o seu âmbito de atuação.

Quando se recorre ao método quantitativo, o investigador faz a recolha de dados “observáveis e quantificáveis” independentemente da sua vontade e ainda “adota um processo ordenado que o leva a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema à obtenção de resultados”. Quando se utiliza o método qualitativo a preocupação do investigador é a compreensão em profundidade do fenómeno em estudo, por isso “observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam sem procurar controlá-los” (Fortin, 1999, p.22).

No presente estudo optamos pelo método quantitativo, porque consideramos que se adequa aos nossos objetivos, por ser, um “processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo” (Fortin, 1999, p.322).

4.2 Tipo de estudo

Quanto à possibilidade de manipulação das variáveis, estudos científicos podem ser agrupados em três categorias, que são, “estudos não experimentais, experimentais e quase experimentais” (Haro, et al. 2016, p.34).

Um estudo é não experimental, quando o investigador “não manipula e nem altera as variáveis da investigação”, é experimental quando o investigador “manipula ou controla uma ou mais variáveis independentes, e regista o seu impacto na variável dependente”, ou seja, neste tipo de estudos estabelece-se uma relação de causalidade, e finalmente um estudo é quase experimental quando o investigador não consegue garantir a aleatoriedade da amostra, nem determinar o grupo de controlo ou se a investigação tiver somente um momento de avaliação (Haro et al., 2016, pp.35-39).

O estudo não experimental é descritivo – quando se faz descrição de um fenómeno sem manipular variáveis – e é correlacional – quando se procura averiguar a existência de relação entre duas ou mais variáveis (Haro et al., 2016).

O presente estudo tem carácter não experimental; é descritivo-correlacional, na medida em que, se pretende descrever e interpretar os fenómenos sem manipular as variáveis e estabelecendo correlações entre as mesmas. Significa isto que, de um lado, vamos descrever as causas da fístula obstétrica no contexto guineense, suas consequências na perspetiva das participantes do estudo e os obstáculos que as impedem de procurarem a cura, e de outro lado, averiguar a existência de relação entre as diferentes variáveis que fazem parte do nosso estudo.

A título de exemplo podemos citar os dois últimos objetivos da nossa investigação, que consistem na verificação da existência de uma relação entre as características sociodemográficas, educação sexual e reprodutiva e o facto de as guineenses terem fístula obstétrica e, em paralelo, averiguar a contribuição das campanhas educativas no aumento de conhecimento das mulheres afetadas e na procura de cura.

Quanto ao alcance temporal podemos classificar os estudos em transversais e longitudinais. Quando a recolha de dados é feita num único momento, o estudo é transversal, mas se é realizada em vários momentos é considerado longitudinal (Haro, et al., 2016).

Tendo em conta a questão de investigação, os objetivos e a base do conhecimento existente sobre o nosso domínio de investigação enveredamos por um estudo de tipo transversal.

Em suma, o nosso estudo é de tipo transversal, não experimental, descritivo e correlacional e o método de análise de dados é o quantitativo.

4.3 Local da Investigação

Todo o trabalho empírico foi efetuado na Guiné-Bissau, com as mulheres portadoras de fístula obstétrica. Realizamos todos os encontros com os participantes no estudo, no Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), pois a maioria estava internada aguardando pela cirurgia de reconstituição. Além do motivo acima referido, recorremos a este local por ser:

- o único hospital de referência em urgências na especialidade de obstetrícia e todos os casos de fístula obstétrica identificados nos diferentes pontos geográficos do território guineense são reportados aos técnicos desta instituição, especialistas em reparo da fístula;
- de fácil acesso
- por dispor de um espaço adequado onde os intervenientes do estudo podem reunir-se para o preenchimento do questionário e esclarecimento das dúvidas.

4.4 População e amostra

Nesta secção a clarificação dos conceitos é importante para a compreensão do papel desempenhado pelos intervenientes neste processo de investigação. Estiveram na base da escolha da nossa população e amostra, sobretudo os nossos objetivos, a metodologia adotada e do tipo de estudo.

No entender de Carmo & Ferreira (2008, 210), a definição da população e a seleção da amostra são indispensáveis independentemente da técnica de amostragem a utilizar.

A população “é o conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum” e a amostra “é o conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc.) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída” (Coutinho 2018, p.89).

No que diz respeito à população no presente estudo, tivemos como foco, todas as mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau. No entanto, desta população foram selecionadas 20 mulheres, intencionalmente de acordo com os dois critérios abaixo indicados.

Critérios de inclusão, são cumulativos:

- ser portadora de fístula vesicovaginal (a aguardar pela cirurgia ou já fez a cirurgia, mas continua com incontinência urinária);
- residir na Guiné-Bissau (facilidade de contato);
- falar “*crioulo*” ou língua portuguesa (facilidade de comunicação);
- ter disponibilidade para colaborar com a investigação;
- dar o seu consentimento assinando o respetivo termo (em anexo).

Critérios de exclusão, basta que não se verifique uma condição:

- ser portadora de fístula retovaginal;
- residir fora da Guiné-Bissau;
- não ter disponibilidade para colaborar com a investigação
- não concordar em participar na investigação.

De referir que, do total de 30 mulheres que se encontravam internadas, no HNSM, duas tinham fístula retovaginal, cinco não falavam nem crioulo, nem português e três manifestaram-se indisponíveis para participar no estudo.

4.5 Variáveis do estudo

Nesta secção definimos as principais variáveis utilizadas para medir os conceitos envolvidos neste estudo. Para melhor compreensão destacamos a definição de cada uma das variáveis e a forma como podem ser medidas.

Uma variável “é um objeto que pode tomar diferentes valores expressos em categorias dicotómicas ou ordinais”. A sua categoria varia consoante o estatuto que tem na investigação e a forma como pode ser medida (Haro et al., 2016, p.27),

Durante todo o processo investigativo, procura-se compreender as razões que levam uma variável a assumir diferentes valores e a sua relação com os valores de outras variáveis. Existem variáveis cujo critério para serem medidas depende da forma que o

.....

investigador adotar, mas há outras que, dadas as suas características, não admitem que seja o investigador a estipular como devem ser medidas (Haro et al., 2016).

Num instrumento de recolha de dados as variáveis são representadas em forma de questões. No nosso estudo, o questionário administrado à amostra foi estruturado em sete grupos de itens (cada item com as referidas variáveis), considerados importantes para alcançar os nossos objetivos. O primeiro grupo de itens tem como objetivo recolher dados relativos às características sociodemográficas das participantes no estudo (idade, morada, etnia, religião, estado civil, escolaridade, profissão e meios de subsistência).

No segundo grupo de itens, as participantes responderam as questões relacionadas com a educação sexual e reprodutiva (“recebeu educação/orientação sexual e reprodutiva, onde, qual a utilidade”) e com campanhas de sensibilização (ouviu falar de campanhas de sensibilização, onde, qual a utilidade das campanhas de sensibilização”).

No terceiro grupo de itens, são tratadas questões relacionadas com o conhecimento das participantes acerca da fístula obstétrica (“sabia que a perda de urina e/ou fezes pela vagina é denominada fístula obstétrica, sabia que a perda de urina e/ou fezes pela vagina pode ser reparada através da cirurgia, qual é a causa da sua fístula obstétrica, como descobriu que a sua incontinência era fístula obstétrica e qual é a causa da sua fístula obstétrica, segundo os médicos”).

No quarto grupo de itens, as participantes responderam as questões relacionadas com o conhecimento acerca da reparação da fístula obstétrica na Guiné-Bissau (“como teve conhecimento que a fístula pode ser reparada na Guiné-Bissau, procurou imediatamente a cura para a fístula, onde procurou a cura primeiramente, quem teve a iniciativa de procurar a cura, por que não procurou a cura imediatamente, quanto tempo depois resolveu procurar a cura”).

No quinto grupo de itens, as questões recaíram sobre o absorvente utilizado para cada tipo de incontinência urinária (“como classifica o seu tipo de incontinência urinária, utiliza algum tipo de absorvente/cueca para a sua incontinência urinária, qual o tipo de absorvente que utiliza, quanto tempo dura com um o absorvente, o absorvente que utiliza é adequado, sente-se confortável com o tipo de absorvente que utiliza, frequenta locais públicos com o absorvente que utiliza e quanto tempo consegue estar em público”).

No sexto grupo de itens, abordamos questões relacionadas com as consequências psicológicas e físicas da fístula obstétrica (quais os problemas psicológicos e físicos que sente, o que deixou de fazer na sua vida sexual e social desde que tem fístula obstétrica”).

Por fim, no sétimo grupo de itens, foram tratadas várias questões relacionadas com a qualidade de vida das participantes, através do World Health Organisation Quality of Life group WHOQOL-Bref (OMS), um instrumento de recolha de dados desenhado pela equipa da OMS, para medir a qualidade de vida composto por vinte e seis questões agrupadas em quatro domínios de investigação. Este instrumento, “baseia-se num conceito transculturalmente sensível e é considerado apropriado para uso em diferentes nacionalidades e confirmado como tendo boas a excelentes propriedades psicométricas de confiabilidade e validade” (Hurissa et al., 2022, p.3).

Não alteramos e nem suprimimos questões ao referido instrumento, pois, para o nosso estudo todas elas são relevantes.

4.6 Recolha e análise de dados

Para procedermos à recolha de dados junto das mulheres, recorreremos ao inquérito por questionário, por ser “um instrumento que permite recolher um conjunto estruturado e sequenciado de questões que serão colocadas ao inquirido” (Haro et al., 2016, p.72).

O inquérito por questionário é um método padrão porque todos os sujeitos que participam na investigação respondem às mesmas perguntas, com a finalidade de depois tratá-las de uma forma igual e proceder as respetivas comparações (Haro et al., 2016).

Assim, no questionário administrado à amostra colocaram-se perguntas abertas, para permitir as inquiridas expressarem livremente a sua opinião, (por ex.: descreva de que forma as orientações sexuais e reprodutivas lhes foram úteis); perguntas fechadas, que utilizamos para caracterizar a amostra (por ex.: idade, morada, religião, etnia, escolaridade, situação profissional e meios de subsistência) e perguntas de escolha múltipla (por ex.: quais os problemas emocionais que enfrenta após ter descoberto a fístula obstétrica).

Atendendo ao nível de escolaridade e às condições clínicas das mulheres portadoras de fístula obstétrica, foi nossa preocupação elaborar questões de fácil compreensão de modo que as respostas ao questionário não durassem muito tempo, sendo o tempo estimado de 30 minutos. Para garantir a confidencialidade dos dados o questionário é anónimo.

O questionário foi preenchido presencialmente na sua maioria pela investigadora, perfazendo, 90%. As restantes inquiridas preencheram-no de forma autónoma e posteriormente validados pela investigadora.

Procedeu-se à recolha de dados entre os dias 21 de outubro e 4 de novembro de 2022, na unidade da maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, em Bissau.

4.7 Método de análise de dados

Após a organização dos dados no SPSS, eles tomaram a forma numérica, por isso, procedemos a sua análise estatística, concretamente estatística descritiva, porque é através dela que descrevemos a nossa amostra (Coutinho, 2018).

O objetivo da utilização de estatística descritiva para análise dos dados é sobretudo, o de “organizar e descrever os dados de forma clara; identificar o que é típico e atípico; trazer à luz diferenças, relações e/ou padrões e encontrar respostas para o problema, ou seja, testar as minhas hipóteses” (Coutinho, 2018, p.152).

Na opção pela estatística descritiva é importante que o investigador tenha em consideração não só os dados de que dispõe, mas a natureza das variáveis, isto é, se são ordinais, nominais ou escalares (Coutinho, 2018).

No presente estudo, se a variável for nominal/ordinal, organiza-se a distribuição dos seus dados numa tabela de frequências “em que cada grupo/categoria está associado ao seu respetivo número de ocorrências” e os dados destas tabelas podem ser representados graficamente através de gráficos de barras e/ou gráficos circulares (Coutinho, 2018, p.155).

Para os dados provenientes de variáveis do tipo escalar, utiliza-se também a tabela de frequências para a distribuição dos seus dados, mas, a forma de representação gráfica destes dados é através de histogramas.

4.8 Questões de ética na investigação

No entender de Carrato, “um agir ético no campo da ciência, portanto, poderia ser explicado como uma forma de exploração das potencialidades técnico-científicas aliadas aos princípios encontrados na tradição moral, a fim de encontrar respostas que possam melhorar a vida sem, contudo, sobrepujar valores básicos intrínsecos à pessoa” (Carrato, 2008, p.129).

Para, Carmo & Ferreira (2008), em qualquer investigação existem princípios éticos que norteiam a relação entre o/a investigador/a e os participantes no estudo, a estes, acrescem a obrigação de explicitar todas as fontes, de “ser autêntico quando redige o relatório de investigação”, (...) (Carmo & Ferreira, 2008, pp.283-284).

Dentre os princípios destacados, o acordo prévio entre as/os participantes, é necessário, para que, “fiquem explícitas” as responsabilidades de ambas as partes; que sejam garantidos e respeitados os direitos, bem como, o acesso à informação sobre os aspetos da investigação que podem influenciar a decisão dos/as participantes e a liberdade de decidir pela continuidade ou não de participar na investigação (Carmo & Ferreira, 2008).

No caso da presente investigação, tivemos a preocupação de solicitar autorização ao Diretor do Centro Obstétrico, que está localizado nas dependências do Hospital Nacional, para ter acesso ao local e falar com as mulheres internadas sobre o propósito da nossa investigação, autorização que foi prontamente concedida. Todas as mulheres inquiridas concordaram em participar no estudo.

Para garantir a confidencialidade e não expor a privacidade das participantes, não colocamos o nome das pessoas inquiridas no questionário. Também informamos as participantes da sua importância para a investigação, assinalando, todavia, que podiam desistir sem sofrer qualquer consequência. Comprometemo-nos a informar as participantes do resultado da investigação, pois sem elas o trabalho não seria possível. Segundo Ferreira (2013, p.178), “qualquer que seja a motivação, o traço fundamental da conduta moral é uma preocupação que leva em consideração o outro, ou os outros, tidos como parceiros fundamentais na relação social que constitui toda a investigação em ciências sociais”.

4.9 Dificuldades encontradas

Relativamente à metodologia de investigação, inicialmente tínhamos pensado utilizar a metodologia investigação ação, pois, queríamos mudar a realidade das mulheres portadoras de fístula obstétrica através do contributo delas na procura da solução. Porém, as dificuldades em localizar e reunir um grupo de mulheres em várias sessões, sem esquecer as questões de ordem temporal e os recursos disponíveis para fazer a investigação levaram-nos a redefinir a nossa questão de investigação e a enveredar pela metodologia quantitativa e por um tipo de estudo descritivo e correlacional.

Dado o nível de escolaridade das participantes no estudo, quase todos os questionários foram preenchidos pela investigadora (90%), porque havia a necessidade de se traduzir as questões para o “crioulo”, língua veicular, falado e compreendido pela maioria da população.

Foram excluídas cinco mulheres interessadas em participar no estudo dada a dificuldade da investigadora em se comunicar noutras línguas faladas no país. Essa opção implicava arranjar um tradutor disponível, fato que não aconteceu, uma vez que não estava previsto anteriormente e poderia comprometer a investigação.

PARTE – IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

5 Apresentação e discussão de resultados

Nesta secção apresenta-se o resultado dos dados recolhidos durante a investigação empírica, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados seguido da sua análise e interpretação à luz de trabalhos desenvolvidos anteriormente. Os resultados que permitem responder às questões de investigação são representados sob forma de tabelas e gráficos.

Nas secções anteriores, formulou-se a pergunta de investigação (qual a relação que existe entre a utilização de um absorvente impermeável, a qualidade de vida e reintegração das mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau).

Fez-se a revisão da literatura pertinente, estabeleceram-se os objetivos (analisar as causas da prevalência da fístula obstétrica na Guiné-Bissau, compreender e identificar as consequências da fístula obstétrica na saúde física e emocional das guineenses que têm essa doença, identificar as barreiras que impedem as mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau, de procurarem a cura dessa doença; verificar, por um lado, a existência de relação entre as características sociodemográficas e: (i) consequências da fístula obstétrica; (ii) a sua educação sexual e reprodutiva; averiguar, por outro lado, se existe relação entre as campanhas de sensibilização já realizadas na Guiné-Bissau, acerca da fístula obstétrica e o aumento de: (i) conhecimento das mulheres afetadas acerca da doença e a (ii) procura de cura).

Procedeu-se, finalmente, à escolha da metodologia e do tipo de estudo; constituiu-se a amostra e escolheram-se os métodos da recolha e análise de dados. Nos parágrafos que seguem, apresentam-se os resultados da investigação empírica.

Os resultados são apresentados e analisados sequencialmente de acordo com os objetivos específicos. A última análise a ser feita é a da questão central da nossa investigação.

Recorreu-se à estatística inferencial, não para generalizar os resultados, mas, para medir a magnitude das diferenças entre as variáveis.

Assim, começar-se-á por caracterizar as mulheres participantes neste estudo antes de descrever as causas, as consequências da fístula obstétrica e os obstáculos que as impedem de procurar a cura. De seguida, verificar-se-á a existência de relação entre as características sociodemográficas, consequências psicológicas e físicas da fístula

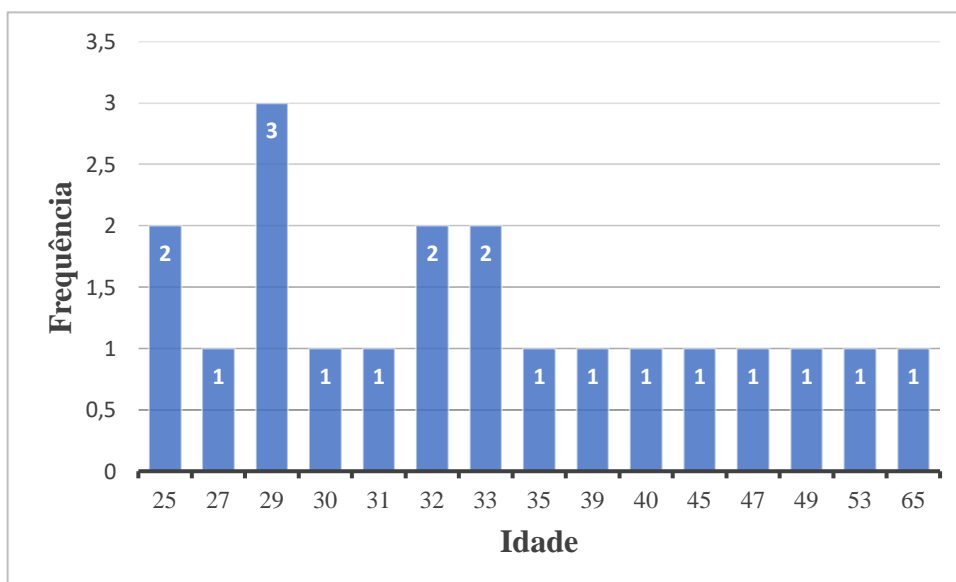
obstétrica e a educação sexual e reprodutiva. Posteriormente, avaliar-se-á se as campanhas de sensibilização estão a contribuir para o aumento do conhecimento das mulheres e da procura de cura.

Finalmente, averiguar-se-á se existe relação entre a utilização de um absorvente adequado, qualidade de vida e reintegração das mulheres.

5.1 Características da amostra

A amostra é constituída por 20 mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau e todas responderam ao questionário (n=20). No gráfico 1 está representada a idade das mulheres que participaram no estudo.

Gráfico 1: Idade das participantes no estudo



Quanto à idade das inquiridas, constata-se que se trata de uma amostra de mulheres cuja esmagadora maioria está na idade reprodutiva, se tivermos em conta que a idade reprodutiva na Guiné-Bissau varia dos 15 aos 49 anos (UNICEF, 2020). A média de idade destas mulheres é de 36,4 anos e o desvio padrão (DP) é de 10,5 anos, o que significa que há uma grande dispersão na idade destas inquiridas. A mediana é de 32,5 anos, isto é, 50% das inquiridas têm entre 25 e 32 anos e a outra metade (50%) tem entre 33 e 65 anos de idade. Na tabela 1 está ilustrada a idade das mulheres que participaram no estudo.

Tabela 1: Tabela de idade das inquiridas

Média	36,4
Mediana	32,5
Desvio padrão	10,5
Mínimo	25
Máximo	65

Na tabela 2, encontra-se o resumo das características das participantes no estudo (n=20).

Tabela 2: Características sociodemográficas das participantes no estudo

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem	
Idade	[25-32]	10	50%	
	[33-65]	10	50%	
Morada	Bissau	8	40%	
	Região	12	60%	
Religião	Animistas	10	50%	
	Muçulmana	6	30%	
	Católica	2	10%	
Etnia	Protestante	2	10%	
	Balanta	7	35%	
	Fula	3	15%	
	Biafada	3	15%	
	Manjaca	2	10%	
	Papel	2	10%	
	Bijagó	1	5%	
	Felupe	1	5%	
	Estado civil	Saracolé	1	5%
		Solteira	1	5%
Separada		10	50%	
Escolaridade	Casada/União de fato	9	45%	
	Não sabe ler e escrever	11	55%	
	Sabe ler/Ensino primário	5	25%	
	Ensino secundário	4	20%	
Situação profissional	Doméstica	11	55%	
	Empregada	2	10%	
	Vendedeira	7	35%	
Meios subsistência	Marido/Familiares/Amigos	11	55%	
	Própria	9	45%	

No que concerne à morada, constatou-se que 60% das inquiridas vivem nas diferentes regiões do país, enquanto 40% vive na capital, Bissau. De referir que a Guiné-Bissau tem 8 regiões administrativas e um setor autónomo (Bissau), onde fica a capital do país (ANEME, 2018). A maioria destas mulheres encontra-se nas diferentes regiões do país, mas vieram para Bissau, para fazer cirurgia, no Hospital Nacional Simão Mendes, o único que faz intervenções cirúrgicas nesta área (UNIOGBIS, 2017).

Quanto à religião, a maioria das participantes são animistas (50%), as muçulmanas representam 30%, seguindo-se a mesma percentagem de católicas e de protestantes (10%). No país, a religião predominante é a animista, como ficou evidente no nosso estudo (ANEME, 2018).

Relativamente à etnia, observou-se que 35% das inquiridas são balantas, as fulas e biafadas são 15% cada, manjaca e papel, são 10% cada. Das restantes etnias (bijagó, felupe e saracolé), representam, cada uma, 5% do total. No país, o grupo étnico predominante é balanta, tal como se observou no presente estudo.

No que diz respeito ao estado civil, a maioria das inquiridas vivem sozinhas (55%) e as restantes 45% vivem com um parceiro. Estas mulheres estão a viver sozinhas atualmente, por causa da fístula obstétrica. Isto porque foram abandonadas pelos parceiros a partir do momento em que descobrem que as parceiras sofrem desta patologia. Esta realidade também é evidenciada pela ONU (2022).

Em termos de escolaridade, a maior parte da amostra (55%) não sabe ler nem escrever; seguindo-se as que sabem ler ou têm até ao ensino primário (25%). As restantes têm o ensino secundário (20%). Se considerarmos que no contexto guineense, a maioria da população é analfabeta; que as mulheres são mais atingidas, UNFPA (2008) e que o nível de escolaridade dos homens é mais elevado do que o das mulheres UNICEF (2020), então pode-se compreender o baixo nível de escolaridade das mulheres que participaram no nosso estudo.

Relativamente à situação profissional, a maioria das mulheres que participaram no estudo são domésticas (55%); das restantes 35% são vendedeiras e 10% são empregadas domésticas. Na realidade, estas mulheres exercem as suas atividades no setor informal. O nível de ensino baixo pode ser um dos motivos que levou estas mulheres a exercerem a sua atividade no setor informal (Martins, 2018).

No que toca aos meios de subsistência, a maior parte destas mulheres dependem do marido, de familiares e amigos (55%); 45% das inquiridas têm rendimentos próprios, fruto das suas atividades. Apesar da pobreza ser generalizada no país, as mulheres são mais afetadas (UNIOGBIS, 2017).

5.2 Causas da prevalência da fístula obstétrica na Guiné-Bissau

Com o propósito de compreender como melhorar a qualidade de vida e reintegrar as mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau, optou-se por incluir no estudo, as causas da fístula obstétrica. A ideia consiste em criar mecanismos para a prevenção de casos futuros.

No questionário foram colocadas duas questões (escolha múltipla), com base nas quais se pretendia avaliar a perceção das inquiridas sobre a fístula obstétrica, mas igualmente identificar as razões médicas que estiveram na origem da fístula em cada uma. Na tabela 3, apresenta-se a perceção das inquiridas sobre as causas que estiveram no desenvolvimento da fístula obstétrica (na sua opinião, qual é a causa da sua fístula obstétrica?).

Tabela 3: Perceção das inquiridas sobre as causas da fístula obstétrica

Causas	Frequência	Percentagem
Cirurgia	6	30%
Cesariana	5	25%
Feitiçaria	4	20%
Castigo divino	3	15%
Parto prolongado	2	10%

Constatou-se que a maioria das inquiridas pensa que desenvolveu a fístula obstétrica por causa de uma intervenção médica (cirurgia ou cesariana). Este tipo de fístula é denominado de fístula iatrogénica.

Uma percentagem considerável (35%) pensa que tem fístula obstétrica por razões sobrenaturais (feitiçaria e castigo divino), o que evidencia o desconhecimento destas mulheres acerca da fístula obstétrica. Uma percentagem mínima (10%) desta

amostra considera que desenvolveu a fístula obstétrica, por ter ficado muitas horas em trabalho de parto, sem cuidados médicos de emergência.

Procurou-se descobrir, as evidências que levaram algumas inquiridas a pensarem que a fístula obstétrica podia ser causada por fatores sobrenaturais, como a feitiçaria e o castigo divino.

Do cruzamento dos dados percebeu-se que, a maior parte delas eram analfabetas, e não sabiam que a perda de urina e/ou fezes pela vagina é denominada fístula obstétrica. Na Guiné-Bissau, ainda se registam casos de doentes que, primeiramente, recorrem aos curandeiros, e só quando esses falham a cura, é que procuram os hospitais (UNIOGBIS, 2017).

Para o Fundo das Nações Unidas para a População, “em muitas comunidades, especialmente nas áreas rurais, as fístulas obstétricas são vistas como parte do processo de parto ou, em alguns casos, como uma maldição de Deus”. Esta realidade é verificada porque “muito pouco é compreendido ou conhecido pelos membros da comunidade sobre os fatores de risco e causas associadas à fístula obstétrica” (UNFPA, 2021).

Parece-nos ainda que se recorre aos curandeiros na Guiné-Bissau, por causa da distância entre os centros de saúde e a residência, principalmente para quem vive nas regiões. As dificuldades financeiras também podem ser um dos motivos, uma vez que o “transporte intrarregional, entre tabancas (aldeias) e postos de saúde, ou hospitais regionais, é um enorme desafio em algumas regiões” (UNIOGBIS, 2017, p.27).

No caso das mulheres que vivem nas regiões, as despesas são muitas desde deslocação, hospedagem, custos com os medicamentos, sem esquecer o medo de serem marginalizadas e estigmatizadas no local da hospedagem.

Questionadas sobre a explicação que lhes foi dada pelos médicos acerca da causa da sua fístula obstétrica, as inquiridas apontaram as razões médicas. A tabela 4, ilustra as causas da fístula obstétrica das inquiridas, com base na explicação dos médicos.

Tabela 4: As causas da fístula obstétrica das inquiridas, na opinião dos médicos.

Causas	Frequência	Percentagem
Cesariana	1	5%
Cirurgia	6	30%
Parto Prolongado	13	65%

Pela análise da tabela 4, a maior parte das inquiridas desenvolveu a fístula obstétrica por causa de parto prolongado (65%). As restantes inquiridas (35%), desenvolveram a fístula obstétrica, após uma intervenção médica (cirurgia e cesariana). Importa realçar a divergência entre a opinião médica (parto prolongado, cirurgia e cesariana) e a das inquiridas (acrescentam castigo divino e feitiçaria), na identificação das causas fístula obstétrica. De referir que a fístula causada por intervenção médica é denominada fístula iatrogénica (UNFPA, 2021b).

O parto prolongado representa a principal causa de fístula obstétrica evidenciada no presente estudo. Uma justificação possível para este fenómeno é que, na Guiné-Bissau, a maior parte das mulheres que vivem em Bissau procuram uma unidade hospitalar no momento do parto. As que vivem nas regiões, na sua maioria, não recorrem às unidades de saúde para fazer o parto (UNICEF, 2020). Além disso, os serviços de emergência em obstetrícia só se encontram em Bissau, no HNSM (UNIOGBIS, 2017).

As causas da fístula obstétrica, relatadas neste estudo, também são destacadas por Abreu et al. (2015) e pela ONU (2017; 2020c). Estas causas são evidências da fragilidade do sistema de saúde onde estas mulheres estão inseridas. Swain et al. (2020), afirmaram que o parto é a principal causa de fístula obstétrica, nos países onde o sistema de saúde é frágil. Por esse motivo é que as Nações Unidas têm alertado, continuamente,

os estados-membros para a importância de se investir na área de saúde, pois acredita-se que um “sistema nacional de saúde eficaz é um pré-requisito para a concretização do direito humano de todos e todas à saúde” (UNIOGBIS, 2017, p.13).

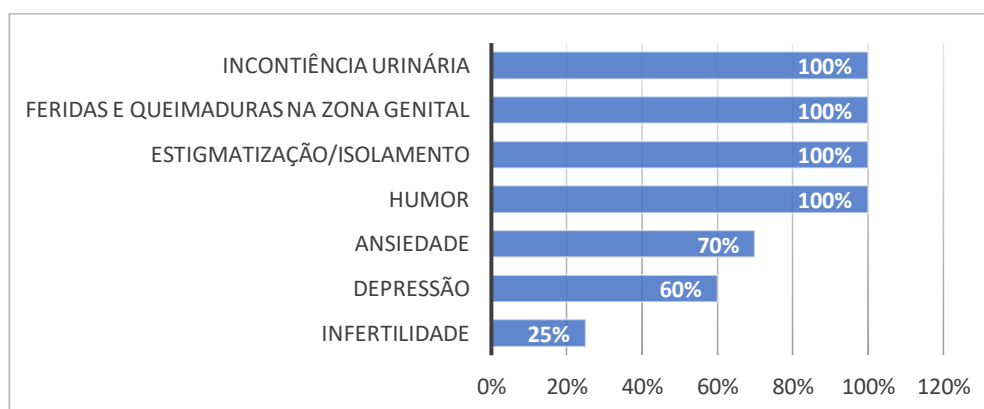
Pode-se alterar esta realidade, se se “garantir a presença em cada parto, de um profissional de saúde competente com habilidades obstétricas e, em caso de emergência, que exista um sistema de referência estabelecido instalado para proporcionar cuidados obstétricos com o nível adequado de unidade de saúde” (UNICEF, 2020, p.175).

5.3 Consequências psicológicas e físicas da fístula obstétrica

A opção de incluir neste estudo, a consequência de fístula obstétrica fundamenta-se no fato de se pretender destacar estas repercussões, para posteriormente se alertar o Estado e as organizações que lutam para erradicar a fístula obstétrica, acerca das estratégias adequadas para lidar com portadoras da fístula.

Antes de apresentar os resultados desta análise convém referir que foram colocadas duas questões de escolha múltipla, no questionário, sobre as consequências psicológicas e físicas da fístula obstétrica e as suas repercussões na vida sexual e social. Cada inquirida podia responder conforme o seu estado atual de saúde. No gráfico 2, estão representadas as consequências psicológicas e físicas da fístula obstétrica nas inquiridas.

Gráfico 2: Consequências psicológicas e físicas da fístula obstétrica nas inquiridas



Constata-se que as participantes no estudo elencaram consequências ao nível físico, psicológico, sexual e social. As consequências do foro psicológico mais sentidas

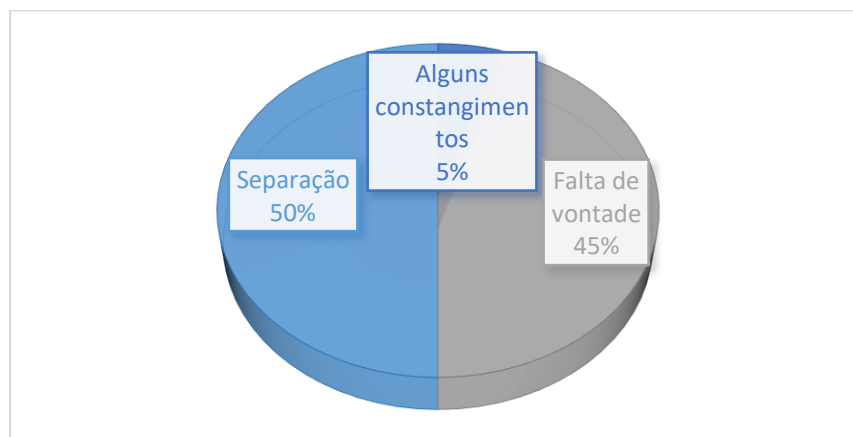
.....

pelas inquiridas foram, alterações de humor e estigmatização/isolamento todas relataram. No conjunto das inquiridas 70% indicaram sofrem de ansiedade e 60% depressão.

No domínio físico, todas as inquiridas (100%), afirmam que têm incontinência urinária e feridas e queimaduras na zona genital; 25% das inquiridas referem que já não vão poder ter filhos, por causa da infertilidade.

Relativamente às repercussões da fístula obstétrica na vida sexual e social, foi elaborada uma pergunta aberta (“o que mudou na sua vida social e sexual desde que tem fístula obstétrica?”). No gráfico 3, estão destacadas as repercussões da fístula obstétrica na vida sexual das participantes neste estudo.

Gráfico 3: Consequências da fístula obstétrica na vida sexual



Como consequência da fístula na vida sexual, a maioria encontra-se separada dos parceiros (50%), afirmando que foram abandonadas por eles, quando descobriram que elas tinham fístula obstétrica; (45%) das inquiridas sentem falta de vontade para se relacionarem com o parceiro e as restantes (5%) sentem-se constrangidas.

O facto destas mulheres utilizarem um absorvente, que lhes permita frequentar os locais públicos, sem constrangimentos, contribuiu para a manutenção da sua vida social. Estes dados revelam que é possível ter fístula e conviver com as pessoas, sem limitações, desde que se tenha um absorvente impermeável.

No domínio social os dados são positivos, porque a maioria (65%) das inquiridas afirma que nada mudou na sua vida social. As restantes inquiridas dizem que,

socialmente, muita coisa mudou (35%), porque não frequentam locais públicos. Estes dados estão em linha com os relatados por outros autores (Bashah et al., 2018; Rajaian et al., 2019).

O facto de algumas mulheres inquiridas revelarem que sentem falta de vontade, ou alguns constrangimentos, pode-se justificar pela complexidade que envolve uma relação sexual (UNFPA, 2021b). As mulheres com fístula obstétrica podem sentir-se inibidas e constrangidas durante a relação com o parceiro. Por conseguinte, no domínio das relações com o parceiro, o conhecimento acerca da fístula obstétrica e a sua compreensão podem ajudar a atenuar este sofrimento. Por exemplo, se uma mulher desenvolver a fístula por causa do parto prolongado, e se o companheiro tiver conhecimento deste facto, pode ser que a consequência não seja a separação.

Neste estudo constatou-se que as mulheres portadoras da fístula vivem maioritariamente sozinhas porque são abandonadas pelo parceiro, após a descoberta de que têm fístula. Por isso, o desconhecimento sobre o que é a fístula obstétrica por parte do parceiro, pela comunidade e até pela sociedade em geral, pode contribuir, não só, para atraso na procura da cura, mas também para marginalizar e estigmatizar as mulheres que se encontram nessa situação.

As consequências identificadas neste estudo, são uma chamada de atenção em como os esforços para acabar com o sofrimento causado pela fístula obstétrica devem ser feitos a dois níveis. No primeiro nível, a preocupação deve centrar-se na cura da doença, através de uma cirurgia de reconstituição. No segundo nível, a preocupação deve centrar-se na criação estratégias individualizadas para diminuir o impacto causado pela fístula obstétrica. O estudo realizado por Bashah et al. (2018) também realça esse aspeto. Significa que para obter melhor qualidade de vida nas mulheres portadoras da fístula obstétrica deve-se fazer uma abordagem holística das consequências da fístula (Kakembo et al., 2020).

5.4 Obstáculos à procura de cura

Para identificar os obstáculos que impedem as mulheres com fístula de procurarem a cura, foram analisados os dados da tabela 5.

Tabela 5: Questões para identificar os obstáculos à procura de cura

Variável	Categorias	Percentagem
Sabia que a perda de urina/fezes é denominada fístula obstétrica?	Sim	25%
	Não	75%
Sabia que a perda de urina/fezes pode ser reparada?	Sim	25%
	Não	75%
Como teve conhecimento que a fístula obstétrica pode ser reparada na Guiné-Bissau?	Campanhas sensibilização	10%
	Hospital	75%
	Meios comunicação social	15%
Procurou imediatamente a cura?	Sim	45%
	Não	55%
Onde procurou a cura primeiramente?	Curandeiro	10%
	Hospital	35%
	NAP (omissos)	55%
Por que não procurou a cura imediatamente?	Medo/timidez/vergonha	10%
	Não sabia da existência da cura no país	45%
	NAP (omissos)	45%

NAP (Não se Aplica)

Tendo em conta as respostas dadas pelas inquiridas concluiu-se que foram identificados cinco obstáculos, a saber, o desconhecimento: sobre o que é a fístula obstétrica, sobre a existência da sua cura; do seu tratamento no país; a procura de solução junto dos curandeiros e o medo/a timidez/vergonha.

Relativamente ao desconhecimento sobre o que é a fístula obstétrica, 75% das inquiridas não sabiam que a perda de urina/fezes de que padeciam era denominada fístula obstétrica enquanto 25% declara saber que se trata de fístula obstétrica; sobre a possibilidade de a fístula obstétrica poder ser reparada por meio de cirurgia, 75 % declara que não tem conhecimento sobre a sua reparação por meio de cirurgia, todavia 25% das inquiridas afirma que sabe que a fístula obstétrica pode ser reparada.

Após a descoberta da existência de cura da fístula obstétrica no país, (45%) das inquiridas declara ter procurado a cura imediatamente, enquanto 55% decidiu não procurar a cura.

Questionadas sobre o local onde procuraram primeiro o tratamento, (35%) das inquiridas disse que foi no hospital enquanto 10% decidiu recorrer primeiro ao curandeiro para tentar a cura. Estas respostas revelam que alguns hábitos e costumes são práticas que têm contribuído, de uma forma negativa, para a saúde das populações, onde ainda são utilizadas (UNIOGBIS, 2017).

Finalmente, apesar de (10%) das mulheres afirmarem ter conhecimento de que a fístula obstétrica podia ser tratada, na Guiné-Bissau, o medo/a timidez/vergonha,

constituíram, para elas, um obstáculo para procurar tratamento. Este obstáculo além de contribuir para o prolongamento do sofrimento, também dificulta a identificação das portadoras de fístula e o acesso a elas. Por essa razão, a incidência e prevalência da fístula obstétrica no mundo são difíceis de calcular.

Ainda na Guiné-Bissau, é possível registar casos de doentes que só recorrem aos hospitais depois do tratamento com os curandeiros falhar (UNIOGBIS, 2017). No presente estudo constatou-se isso, embora em pequena percentagem. Tal não deixa de ser preocupante, pelo facto de contribuir para a redução de chance de cura imediata nos hospitais.

Ao contrário do que foi relatado pelos autores Kyei-Nimakoh et al. (2017) neste estudo não observamos obstáculos da parte das inquiridas ao chegarem ao hospital.

Estatística cruzada, considerações

Para responder às questões correspondentes ao quarto e quinto objetivos específicos, bem como à questão principal desta investigação, utilizar-se-á a estatística inferencial, uma vez que ela “permite, com base nos elementos observados (amostra aleatória) e descritos, retirar conclusões para um domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (população ou universo)” (Laureano, 2020, p.13).

O recurso à estatística inferencial neste caso, não tem por finalidade a generalização dos resultados, mas, sim, medir a significância das diferenças entre as variáveis, dado que a amostra utilizada não é aleatória.

Durante as análises cruzadas serão feitos testes de hipótese que servem,

para verificar se as diferenças entre os valores da amostra e os valores da população em teste são devidos ao acaso. Desta forma, quando o observado na amostra estiver próximo do afirmado sobre a população (em Hipótese nula (H_0)), não se rejeita a hipótese nula, e quando estiver muito afastado, rejeita-se a hipótese nula” (Laureano, 2020, p.14).

A tabela 6, mostra-nos as respostas às perguntas abertas, que foram analisadas e categorizadas, como se segue:

Tabela 6: Respostas das inquiridas às questões abertas constantes no questionário

Descreva de que forma essas orientações sexuais e reprodutivas lhe foram úteis?	Conhecimento do corpo
	Prevenção
Como lidou com a sua sexualidade	Sozinha
Descreva de que forma as campanhas de sensibilização lhe foram úteis?	Aumentar o conhecimento acerca de fístula
	Procura da cura
Se não consegue frequentar locais públicos, qual a razão?	Absorvente inapropriado
O que mudou na sua vida sexual e social desde que tem fístula obstétrica?	Falta de vontade
	Alguns constrangimentos
	Nada mudou
	Muita coisa mudou

Com vista a ter uma amostra mais homogénea foram redefinidas as variáveis sociodemográficas. Assim, foram constituídos dois grupos etários: o das mais novas (até 32 anos) e o das mais velhas (de 33 a 65 anos). Quanto ao estado civil, foi criada uma variável dicotómica, vive sozinha cuja resposta é “sim” para as separadas e “não” para as casadas/em união de facto. Relativamente à situação profissional, criou-se uma variável dicotómica, tem rendimentos, cuja resposta é “sim” para vendedeiras/empregadas e “não” para as domésticas.

5.5 Características sociodemográficas e consequências da fístula obstétrica

Quanto às variáveis associadas às consequências da fístula obstétrica, constatou-se que, humor, estigmatização/isolamento, incontinência, feridas e queimaduras na zona genital são constantes (as 20 mulheres relataram estas consequências), por isso, não vão ser utilizadas na análise cruzada.

Serão utilizadas na análise cruzada, depressão, ansiedade, consequência na vida sexual (falta de vontade/ separação) e consequências na vida social onde criou-se uma variável dicotómica cuja resposta é sim ou não para a questão (“algo mudou na sua vida?”).

Reportam-se somente casos em que as diferenças entre as variáveis foram estatisticamente significativas, e situações de inversão de comportamentos/tendência na amostra. Na tabela 7, estão representados os valores de prova dos testes usados para cruzar as variáveis sociodemográficas com as consequências identificadas pelas inquiridas neste estudo.

Tabela 7: Valores de prova dos testes entre características sociodemográficas e as consequências da fístula obstétrica nas inquiridas

Variáveis sociodemográficas	Consequências psicológicas e físicas da fístula obstétrica				
	Depressão S/N	Ansiedade S/N	Infertilidade S/N	Na vida sexual (separação/falta vontade)	Algo mudou Na sua vida social S/N
Idade (novas/mais velhas)	1,000	0,628	0,040	0,371**	1,000
Morada (Bissau/ Regiões)	0,373	0,642	0,055	0,650**	0,642
Estado civil (vive sozinha?)	1,000	0,157	0,319	0,000	0,642
Escolaridade (é analfabeta?)	1,000	1,000	1,000	0,370**	0,374
Situação profissional (tem rendimentos?)	0,670	1,000	1,000	1,000**	0,005

**Tendência /inversão de comportamentos na amostra

Detalhando as análises resumidas na tabela 7, os cruzamentos que se seguem procuram verificar se existe relação entre as características sociodemográficas e as consequências psicológicas da fístula obstétrica.

Estatística cruzada entre a idade e a infertilidade

Importa referir que só 25% da amostra afirma que ficou infértil por causa da fístula obstétrica. Por isso pretende-se descobrir se a idade está relacionada com a infertilidade nestas mulheres.

Fez-se o cruzamento entre as duas variáveis e observou-se que a idade influencia a infertilidade das mulheres após a formação da fístula. Com efeito as mulheres que referiram ter ficado inférteis em consequência da fístula obstétrica são significativamente mais velhas (média 44,6± 13,1 anos) do que as mulheres que não referiram a infertilidade como uma das consequências da fístula (33,7± 8,3 anos).

Assim, quanto mais idade, maior a probabilidade de vir a ser infértil. Aplicou-se o teste Mann Whitney, com o valor-p = 0,040.

A idade das mulheres inquiridas exerce uma influência significativa na fertilidade tal como foi reforçada pelas Nações Unidas (ONU 2022). De uma forma geral, quanto maior for a idade, maior é a probabilidade de ficar infértil. Na Guiné-Bissau a idade reprodutiva situa-se entre os 15 e os 49 anos de idade (UNICEF, 2020). No presente estudo, há mulheres que ultrapassam esta idade. Consequentemente, se a incontinência urinária sofrida pelas mulheres mais novas, não for tratada atempadamente, poderá provocar outras doenças do foro obstétrico culminando, na infertilidade.

Estatística cruzada entre o estado civil (vive só ou não) e consequências na vida sexual (separação/falta de vontade)

Encontra-se na tabela 8, o resultado da análise cruzada entre o estado civil e as consequências da fístula na vida sexual das inquiridas.

Tabela 8: Cruzamento das variáveis estado civil (vive sozinha) e as consequências da fístula obstétrica na vida sexual

Vive sozinha?	Consequências da fístula obstétrica na vida sexual	
	Falta de vontade	Separação
Não	100%	0%
Sim	9,1%	90,9%

Neste estudo descobriram-se duas consequências da fístula obstétrica na vida sexual: separação e falta de vontade dessas mulheres. Procuramos saber até que ponto o estado civil das inquiridas está relacionado com esta realidade. Cruzaram-se as duas variáveis e observou-se que existe relação entre elas. Por outras palavras, através do teste realizado concluiu-se que, das 11 mulheres que vivem separadas, 10 delas (90%) passaram a viver sozinhas porque o companheiro as rejeitou/separaram-se após a descoberta da fístula obstétrica. Ou seja, estas mulheres vivem sozinhas por causa da

fístula obstétrica. Esta relação é estatisticamente significativa, valor-p = 0,001, de acordo com o teste Exato de Fisher.

Estes dados dão rigor científico ao que se pensa sobre a existência da relação entre o estado civil das inquiridas e o facto de terem fístula, embora não se possam generalizar à população.

Análise cruzada entre a situação profissional (se tem rendimentos) e consequências sociais

Da análise feita à variável situação profissional (tem ou não rendimentos), viu-se que a maioria das inquiridas não têm rendimentos próprios, dependem do marido, familiares e amigos. Por isso, pretende-se aferir se, o facto de ter ou não rendimentos, pode ter consequências na vida social. A tabela 9, ilustra o resultado de cruzamento entre a situação profissional (tem rendimento) e as consequências na vida social das mulheres que participaram neste estudo.

Tabela 9: Análise cruzada entre a situação profissional (tem rendimento) e as consequências sociais da fístula obstétrica

Situação profissional (tem rendimento?)	Alguma coisa mudou na vida social?	
	Não	Sim
Não	36,4%	63,6%
Sim	100%	0%

Observou-se que existe relação entre as duas variáveis. Esta relação é estatisticamente significativa, tendo em conta que o valor-p = 0,005 pelo teste Exato de Fisher. Como tal, concluiu-se que, o facto de ter rendimento influencia a vida destas mulheres na sociedade, uma vez que, todas as mulheres com rendimentos (100%), disseram que nada tinha mudado na sua vida social após a formação da fístula obstétrica. Das inquiridas que afirmaram não ter rendimentos, a maioria (63,6%), alegou que a sua vida social mudou após a formação da fístula obstétrica contra 36,40% que afirma que nada mudou.

Uma interpretação possível, é a de que as mulheres com rendimentos, têm disponibilidade financeira para comprarem os produtos necessários para a incontinência,

e frequentam locais públicos, desde que tenham tomado as precauções necessárias. As que não têm rendimentos, dependem do marido, familiares e amigos, o que pode ser um entrave, e um motivo para elas terem deixado de frequentar locais públicos.

Constatou-se neste estudo que o exercício de uma atividade geradora de rendimento, por parte das mulheres participantes tem muita influência na reintegração delas, dado que, as que têm rendimentos conseguem frequentar locais públicos ao contrário das que não têm. Este facto também se justifica pela necessidade que elas têm de garantir o seu sustento através das suas atividades e isso implica a frequência de locais públicos. O facto de terem possibilidades financeiras de comprarem os produtos necessários para fazer face à condição de saúde em que se encontram, pode contribuir para esta realidade.

A fístula obstétrica pode, de facto, tirar à mulher “a dignidade, saúde e bem-estar, a sua capacidade de trabalhar e de fazer parte da sociedade” (UNFPA, 2022b). Todavia, no presente estudo verificou-se que é possível ter fístula obstétrica e exercer uma atividade geradora de rendimentos, integrando-se assim na sociedade. Dada a dimensão da amostra, este resultado não pode ser generalizado, mas, não deixa de ser um dado importante a ser testado em estudos posteriores.

Com base nos cruzamentos, estatisticamente significativos, pode-se afirmar que existe relação entre: (i) a idade das mulheres inquiridas e a infertilidade; (ii) o estado civil e as consequências a nível sexual (separação); (iii) a situação profissional (tem rendimentos) e as consequências a nível social (mudança na vida social).

Análises cruzadas sem relevância em termos estatísticos

As análises cruzadas que a seguir apresentamos não são estatisticamente significativas, mas têm relevância do ponto de vista descritivo, porque revelam o comportamento da amostra.

Ao analisar as consequências da fístula obstétrica na vida sexual das inquiridas, constatou-se que metade da amostra revelou ter-se separado quando o parceiro descobriu que padecia de fístula obstétrica. A outra metade afirmou que sente falta de vontade para se relacionar com o parceiro. Pretendeu-se saber qual a faixa etária que se separou e a que sente falta de vontade sexual. Na tabela 10, está representado o cruzamento entre a idade e as consequências da fístula obstétrica na vida sexual.

Tabela 10: Estatística cruzada entre a idade e consequências da fístula obstétrica na vida sexual

Idade	Consequências na vida sexual	
	Falta de vontade	Separação
Mais novas (25-32 anos)	40%	60%
Mais velhas (33-65 anos)	60%	40%

Do cruzamento entre as duas variáveis, constatou-se que, para as mais novas, a consequência principal da fístula para a vida sexual foi a separação (60%). Para as mais velhas, a maioria foi a falta de vontade (60%) para se relacionar com o parceiro. Apesar de existir esta diferença de 40% para 60%, ela não foi considerada estatisticamente significativa pelo teste do qui-quadrado (o valor-p = 0,371) muito provavelmente devido ao reduzido tamanho da amostra.

De seguida, tentou-se descobrir a consequência da fístula obstétrica na vida sexual (separação/ falta de vontade), para quem vive em Bissau e para quem vive nas regiões.

Da análise cruzada viu-se que, para quem mora na capital, a maior parte separou-se do companheiro (62,5%), e para quem vive nas regiões na sua maioria (58,3%), refere que sente falta de vontade sexual. No entanto, essas diferenças não se revelam estatisticamente significativas (valor-p = 0,650 pelo teste Exato de Fisher).

Para aferir a consequência da fístula obstétrica na vida sexual (separação/ falta de vontade), das inquiridas que são analfabetas e das que não são, fez-se o teste Exato de Fisher e descobriu-se que, (63,6%) das mulheres que são analfabetas sentem falta de vontade sexual e (66,7%) das que não são analfabetas relataram que se separaram do companheiro (valor-p=0,370).

No último cruzamento, pretendeu-se analisar a consequência da fístula obstétrica na vida sexual das inquiridas que têm rendimentos próprios e das que não têm. Observou-se que, para as mulheres inquiridas que têm rendimentos, a maioria (55,6%), separou-se do companheiro e as que não têm rendimentos (54,5%), revelam falta de vontade para se relacionar com o parceiro. Essas diferenças não são estatisticamente significantes, pelo teste Exato de Fisher, (valor-p=1,000).

Conforme os resultados obtidos nos cruzamentos feitos, pode-se concluir que existe (em parte), relação entre as características sociodemográficas e as consequências da fístula obstétrica, pois três descobertas foram estatisticamente significativas, a saber: relação entre a idade e a infertilidade; entre o estado civil e a separação e entre a situação profissional (tem rendimentos) e a manutenção da vida social.

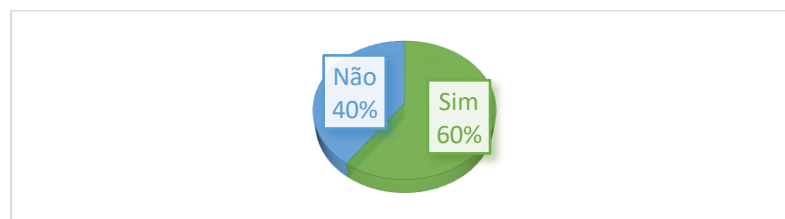
Verificaram-se também as seguintes tendências na amostra, relativamente às consequências da fístula obstétrica na saúde sexual destas mulheres: as que se separaram por causa da fístula obstétrica, têm as seguintes características: são mais novas, vivem na capital, têm alguma instrução e rendimentos próprios; as que sentem falta de vontade para se relacionarem são: mais velhas, vivem nas regiões, são analfabetas e não têm rendimentos.

5.6 Características Sociodemográficas e Educação Sexual e Reprodutiva

Para verificar a existência de relação entre as características sociodemográficas das mulheres que têm fístula obstétrica e a sua educação sexual e reprodutiva, procedeu-se à análise cruzada dessas variáveis.

Para melhor enquadramento descrever-se-á o resultado da análise feita sobre o nível de educação sexual e reprodutiva das inquiridas. O gráfico 4, mostra a percentagem de mulheres que receberam educação sexual e reprodutiva.

Gráfico 4: Participantes no estudo que receberam educação sexual e reprodutiva



Relativamente ao nível de educação sexual e reprodutiva das 20 mulheres que participaram no estudo, os dados revelaram que 60% delas receberam educação sexual e reprodutiva enquanto 40% não recebeu orientação sexual. Quando questionadas sobre o local onde receberam esta educação, a maioria (45 %) respondeu que foi em casa, 10% recebeu na escola e 5% foi orientada em casa e na escola.

A maior parte das inquiridas (35%) que receberam educação sexual e reprodutiva afirma que foi útil para a prevenção de doenças e da gravidez e as restantes (25%) dizem que a orientação sexual e reprodutiva contribuiu para o conhecimento do corpo.

As que nunca receberam orientação sexual (35%) dizem que lidaram sozinhas com a sua sexualidade e (5%) afirma que contou com a ajuda de uma colega para se orientar sexualmente.

Análise cruzada entre as características sociodemográficas e a educação sexual e reprodutiva

Como referido acima, 60% das mulheres inquiridas receberam educação sexual e reprodutiva. A tabela 11, pretende comparar a educação sexual e reprodutiva entre as mulheres que vivem sozinhas e as que vivem acompanhadas e ilustra o resultado desta comparação.

Tabela 11: Estatística cruzada entre o estado civil e se recebeu educação sexual e reprodutiva

Estado civil (vive sozinha?)	Recebeu alguma orientação sexual e reprodutiva?	
	Não	Sim
Não	11,1%	88,9%
Sim	63,6%	34,6%

Do cruzamento das duas variáveis, viu-se que, no grupo de mulheres que não vivem sozinhas, (88,9%) recebeu orientação sexual enquanto (11,1%) não recebeu. Nas mulheres que vivem sozinhas houve um número significativamente maior que não recebeu educação sexual e reprodutiva (63,6%), contra 34,6% que recebeu orientação sexual e reprodutiva. Estas diferenças são consideradas estatisticamente significativas (valor-p = 0,028) pelo teste Exato de Fisher.

Os dados apresentados, mostram que existe uma relação significativa entre o estado civil e a educação sexual e reprodutiva. Uma interpretação possível desta constatação é que a maioria das mulheres inquiridas recebeu orientação sexual e reprodutiva em casa e o companheiro pode ter contribuído para essa educação. Já as que

vivem sozinhas não terão tido a oportunidade de aprender com os parceiros ou com a família.

Esta é a única relação estatisticamente relevante entre as características sociodemográficas e a educação sexual e reprodutiva, mas de seguida abordar-se-ão outras relações entre estes dois itens.

Análises cruzadas sem relevância estatística entre as características sociodemográficas e a educação sexual e reprodutiva

Para saber a idade das mulheres que receberam educação sexual, cruzaram-se as duas variáveis e observou-se que, a idade não influencia a educação sexual e reprodutiva. Embora as diferenças não sejam estatisticamente significantes observa-se a inversão de comportamentos, ou seja, no grupo formado pelas mais novas predominam as que não receberam educação sexual e reprodutiva (60%) enquanto no conjunto formado pelas mais velhas predominam as que receberam educação sexual e reprodutiva (80%). Recorreu-se o teste Exato de Fisher, como valor-p = 0,170.

Para descobrir a utilidade da educação sexual e reprodutiva em cada faixa etária, cruzaram-se as duas variáveis e constatou-se que, para a maior parte das mais novas (75%), a educação sexual e reprodutiva serviu para conhecer o corpo enquanto as mais velhas (75%), afirmam que a educação sexual e reprodutiva foi útil para a prevenção. Fez-se teste Exato de Fisher, com valor-p=0,222.

Com intuito de conhecer a morada das inquiridas que receberam educação sexual e reprodutiva fez-se a análise cruzada; notou-se que a maioria das que vivem na capital (62,5%) não recebeu educação sexual e reprodutiva e a maior parte das que vivem nas regiões (75%) recebeu educação sexual e reprodutiva (teste Exato de Fisher, com o valor-p=0,167).

De forma a aferir a utilidade da educação sexual e reprodutiva nas diferentes localidades, fizeram-se os devidos cruzamentos e verificou-se que a maioria das mulheres que vivem na capital (66,7%), responderam que educação sexual e reprodutiva foi útil para o conhecimento do corpo; por sua vez a maior parte das que vivem nas regiões (66,7%), responderam que a educação sexual e reprodutiva foi importante para a prevenção (aplicou-se o teste Exato de Fisher, com o valor-p=0,523)

De modo a evidenciar as vantagens da educação sexual e reprodutiva, nas mulheres que vivem sozinhas e nas casadas/união de fato, cruzou-se o estado civil e a utilidade da educação sexual e reprodutiva. Verificou-se que para a maior parte das mulheres que vivem sozinhas (75%), a educação sexual e reprodutiva serviu para conhecer o corpo; para a maioria das mulheres casadas ou que vivem em união de facto (75%) a educação sexual e reprodutiva foi útil para a prevenção. Com valor- $p=0,222$, pelo teste Exato de Fisher.

Respeitante ao nível de escolaridade, para descobrir a significância da relação cruzaram-se a variável escolaridade com utilidade da educação sexual e reprodutiva e percebeu-se que para a maior parte das mulheres analfabetas (83,3%), a educação sexual e reprodutiva serviu para a prevenção; as que não são analfabetas (66,7%), afirmam que a educação sexual e reprodutiva foi útil para conhecer o corpo. Aplicou-se o teste Exato de Fisher, com o valor- $p=0,242$.

Para terminar a análise entre as variáveis sociodemográficas e de educação sexual e reprodutiva, cruzaram-se a variável situação profissional e utilidade da orientação sexual e reprodutiva. Observou-se que para a maioria das mulheres que não têm rendimentos (71,4%), a educação sexual e reprodutiva serviu para a prevenção; para as que têm rendimentos (60%), a educação sexual e reprodutiva foi importante para conhecer o corpo. Com o valor- $p=0,558$, pelo teste Exato de Fisher.

No que se refere à educação sexual e reprodutiva o comportamento registado na amostra indica que, as mais velhas e as que vivem nas regiões na sua maioria receberam educação sexual e reprodutiva. As mais novas e as que vivem na capital, na maioria não receberam educação sexual e reprodutiva.

Quanto à utilidade da educação sexual e reprodutiva, o comportamento observado na amostra é o seguinte: para as mulheres mais velhas, que vivem nas regiões, casadas/têm companheiro, analfabetas e sem rendimentos, a educação sexual e reprodutiva serviu maioritariamente para a prevenção; as mais novas, que vivem na capital, solteiras/separadas, com alguma instrução e rendimentos, defendem que educação sexual e reprodutiva foi sobretudo útil para conhecerem o corpo.

Em suma, existe uma relação estatisticamente significativa e oito relações que revelaram tendência na amostra. Com base nestas relações conclui-se que o estado civil é a única variável sociodemográfica que se relaciona estatisticamente com a educação

sexual e reprodutiva, em termos estatísticos. Encontra-se na tabela 12, a síntese da análise cruzada entre as características sociodemográficas e a educação sexual.

Tabela 12: Síntese das análises cruzadas do quarto objetivo (tendências registadas na amostra).

Variáveis sociodemográficas	Separação Falta de vontade	Recebeu educação sexual reprodutiva	Utilidade educação sexual reprodutiva
Idade	Mais novas -Separação 60%	Não recebeu 60%	Conhecer corpo 75%
	Mais velhas - Falta vontade 60%	Recebeu 80%	Prevenção 75%
Morada	Capital – Separação 62,5%	Não recebeu 62,5%	Conhecer corpo – 66,7%
	Regiões - Falta vontade 58,3%	Recebeu 75%	67,7%
Escolaridade (é analfabeta?)	Analfabetas – Falta vontade 63,6%		Prevenção 83,3%
	Não analfabetas – 67,7%		Conhecer corpo 66,7%
Situação profissional (tem rendimentos?)	Tem rendimentos Separação 55,6%		
	Não tem rendimento 54,5%		
Estado civil (vive sozinha?)	Sozinha		Conhecer corpo 75%
	Casada		Prevenção 75%

Com o propósito de averiguar se existe relação entre as campanhas de sensibilização realizadas na Guiné-Bissau, acerca da fístula obstétrica e o aumento de conhecimento das mulheres afetadas acerca da doença, far-se-á a análise cruzada para descobrir relações estatisticamente relevantes ou tendências na amostra.

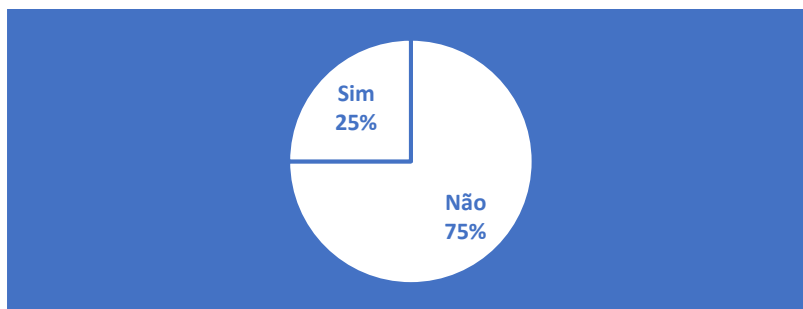
Análise cruzada entre as campanhas de sensibilização e o conhecimento das inquiridas acerca da fístula obstétrica

Para melhor enquadramento, apresenta-se primeiramente, o resultado da análise relativamente ao conhecimento das participantes no estudo, sobre as campanhas já realizadas acerca da fístula obstétrica.

Conhecimento das participantes no estudo sobre as campanhas já realizadas

Pretende-se perceber se as campanhas de sensibilização feitas no país atingem o público-alvo. Por isso, é pertinente saber se as inquiridas já ouviram falar dessas campanhas. No gráfico 5, está representado o conhecimento das inquiridas acerca das referidas campanhas.

Gráfico 5: : Conhecimento das inquiridas sobre as campanhas de sensibilização

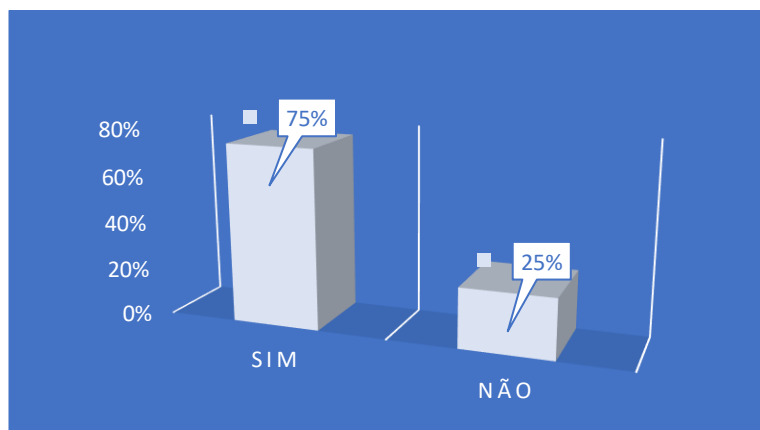


Questionadas sobre as campanhas de sensibilização acerca da fístula obstétrica realizadas no país, a maioria (75%) afirmou nunca ter ouvido falar dessas campanhas. As restantes inquiridas (25%), ouviram falar das campanhas em casa, isto é, as equipas responsáveis pelas campanhas estiveram em contato com estas mulheres nas suas residências. Para elas, as campanhas de sensibilização contribuíram para a procura da cura (15%) e para aumentar o seu conhecimento (10%).

Conhecimento das participantes no estudo acerca da fístula obstétrica

Questionaram-se as mulheres que participaram no estudo, se sabiam que a perda de urina e/ou fezes pela vagina era denominada “fístula obstétrica”, com base nas respostas obtidas elaboramos o gráfico 6, que indica o nível de conhecimento das inquiridas sobre a fístula obstétrica.

Gráfico 6: Conhecimento das mulheres acerca da fístula obstétrica



Parte IV – Apresentação de resultados

.....

Constatou-se que uma maioria significativa (75%) não sabia que a incontinência urinária de que sofria era denominada fístula obstétrica. A mesma percentagem de inquiridas também não sabia que a fístula podia ser reparada através da cirurgia. Questionadas sobre como tiveram o conhecimento de que a fístula podia ser reparada na Guiné-Bissau, 75%, afirmam que foi no hospital; 15% disse que foi através dos meios de comunicação social e as restantes 10% através de campanhas de sensibilização.

Para medir o conhecimento das mulheres inquiridas, através das respostas dadas criou-se a variável “score de conhecimento das mulheres acerca da fístula obstétrica”. Esta variável foi calculada com base nas três questões que se encontram no questionário (“sabia que a perda de urina e/ou fezes pela vagina é denominada fístula obstétrica?”; “sabia que a fístula obstétrica pode ser reparada através da cirurgia?” e “na sua opinião, qual é a causa da fístula obstétrica?”). Cada resposta certa valia 1 ponto, pelo que o score suprarreferido variou de 0 pontos (se a mulher deu resposta errada às três perguntas), até 3 pontos (se a mulher deu resposta correta às três perguntas). Quem tiver respondido acertadamente a uma questão tem conhecimento mínimo; para quem responder a duas questões tem conhecimento médio correspondente a 2 pontos; tem 3 pontos, conhecimento máximo, a inquirida que acertar as três questões.

Analisando a variável do score de conhecimentos acerca da fístula, obtiveram-se dados ilustrados na tabela 13.

Tabela 13: Score de conhecimentos das inquiridas acerca da fístula obstétrica (0-3 pontos)

Score conhecimento	Frequência	Percentagem
0	7	35%
1	8	40%
3	5	25%

Da análise da tabela 10, constatou-se que a maioria das inquiridas (40%), tem um conhecimento mínimo; 35% das inquiridas não respondeu acertadamente a nenhuma questão sobre a fístula, isto é, não acertou nenhuma questão sobre a fístula obstétrica e as restantes (25%), têm conhecimentos máximos, acertaram em todas as questões.

Para perceber se as campanhas de sensibilização realizadas no país estão a contribuir para o aumento do conhecimento das mulheres, fez-se uma análise cruzada entre as variáveis para compreender o nível de relação entre elas.

Cruzaram-se as variáveis e foi possível aferir que estatisticamente não existe relação entre as campanhas de sensibilização efetuadas no país e o aumento de conhecimento das mulheres inquiridas acerca da fístula obstétrica (valor $p= 0,306$, pelo teste Mann Whitney).

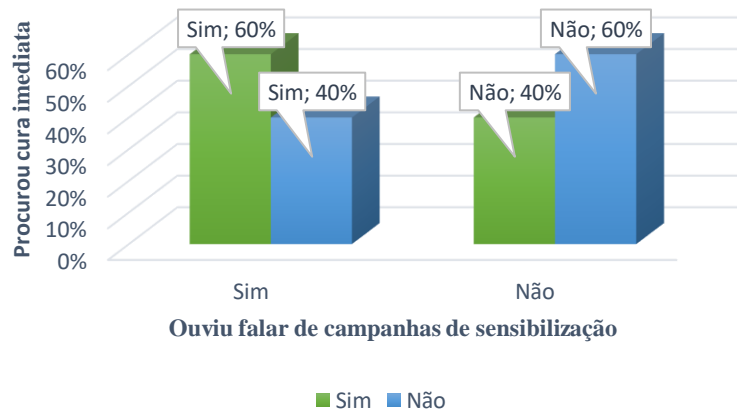
Considerou-se pertinente averiguar se o conhecimento das inquiridas sobre a fístula tem influência no tempo de procura da cura. Como tal, fez-se a análise cruzada e percebeu-se que não há relação entre as duas variáveis (valor $p= 0,297$, pelo teste Spearman). Significa que, independentemente de ter mais ou menos conhecimento acerca da fístula obstétrica, não é por isso que as mulheres procuram logo ou tardam em procurar a cura.

Com intuito de analisar se o lugar de residência tem influência no conhecimento destas mulheres, cruzaram-se as variáveis e viu-se que, apesar de, as diferenças de conhecimento sobre a fístula obstétrica não serem estatisticamente relevantes (valor $p= 0,1$, pelo teste Mann Whitney), as mulheres que vivem na capital, têm o dobro de score de conhecimento acerca da fístula obstétrica, em relação às mulheres que vivem nas regiões (médias $1,63\pm 1,2$ vs. $0,83\pm 1,1$).

Em suma, estatisticamente não existe relação entre as campanhas de sensibilização realizadas e o aumento do conhecimento das mulheres sobre a fístula obstétrica.

Para averiguar se existe relação entre as campanhas de sensibilização realizadas na Guiné-Bissau, acerca da fístula obstétrica e o aumento da procura da cura, efetuaram-se os cruzamentos necessários. Viu-se que não existe relação entre as duas variáveis, valor $p= 0,617$, pelo teste Exato de Fisher. No gráfico 7, estão representados o cruzamento entre as campanhas de sensibilização e a procura imediata da cura.

Gráfico 7: Estatística cruzada entre as campanhas de sensibilização e a procura imediata da cura



A nível descritivo pode-se destacar o facto de a maioria das mulheres que ouviu falar das campanhas (60%) ter procurado imediatamente a cura. Das que não ouviram falar de campanhas de sensibilização, apenas 40% procuraram a cura. Pode-se depreender que, as campanhas estão a contribuir para uma procura mais rápida de cura.

Para averiguar se existe relação entre o conhecimento das inquiridas e a procura imediata de cura após a descoberta da fístula obstétrica, cruzaram-se as duas variáveis, tendo-se observado que, quem tem conhecimento acerca da fístula obstétrica procurou de modo mais imediato a cura do que quem não o tem. Pelo teste de Mann Whitney, não existe relação entre estas duas variáveis em análise, valor $p= 0,105$. Significa que, a nível estatístico as diferenças não são significativas.

Pode concluir-se que não existem evidências estatísticas que permitam afirmar que, as campanhas de sensibilização estão a contribuir para o aumento de conhecimento das mulheres acerca da fístula obstétrica nem para a procura da cura. Assim, não existe relação entre as campanhas de sensibilização já realizadas no país e o aumento de conhecimento das mulheres sobre a fístula obstétrica. Também se constatou que não existe relação estatisticamente relevante entre as campanhas de sensibilização já realizadas no país e o aumento da procura da cura.

A questão central da investigação procura entender se existe relação entre o absorvente impermeável, qualidade de vida e reintegração das mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau. Antes de iniciar a análise cruzada para descobrir tendências e relações estatisticamente relevantes, far-se-á o enquadramento através da análise de cada variável.

5.7 Reintegração e Qualidade de Vida

Para melhor compreensão dos resultados apresentados nesta secção, convém esclarecer alguns termos utilizados no questionário respondido pelas mulheres participantes neste estudo e que poderão ser desconhecidos pelo leitor. Trata-se de fralda recortada, pano enrolado e penso higiénico.

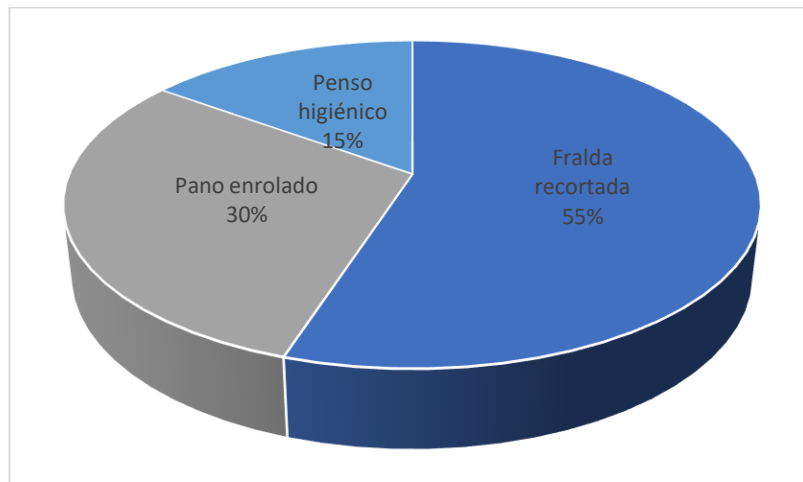
A fralda recortada, é uma fralda impermeável e descartável que estas mulheres recortam e utilizam como absorvente, por causa da sua capacidade de absorção.

O pano enrolado é um pedaço de tecido usado que elas recortam para utilizar como absorvente e que depois é lavado e reutilizado.

O penso higiénico é o tradicional penso descartável utilizado durante o período menstrual.

Seguidamente, centrar-se-á a análise no tipo de absorvente utilizado. O gráfico 8, mostra o tipo de absorvente que as inquiridas usam.

Gráfico 8: Tipo de absorvente utilizado pelas inquiridas



Das 20 mulheres participantes no estudo, todas (100%) usam absorvente para a incontinência urinária. Por ser uma constante, não deve constar na análise bivariada.

O tipo de absorvente utilizado pelas inquiridas são: pano enrolado, penso higiénico e fralda recortada. O absorvente mais utilizado pelas mulheres neste estudo é a fralda recortada (55%), seguido do pano enrolado (30%) e finalmente o penso higiénico (15%). A maior parte das inquiridas usam absorventes impermeáveis (70%).

Parte IV – Apresentação de resultados

.....

Todas as mulheres que usam fralda recortada, consideram-na muito adequada para a sua incontinência urinária (100%), as que usam penso higiênico acham-no pouco adequado e as que usam pano enrolado, consideram-no inadequado.

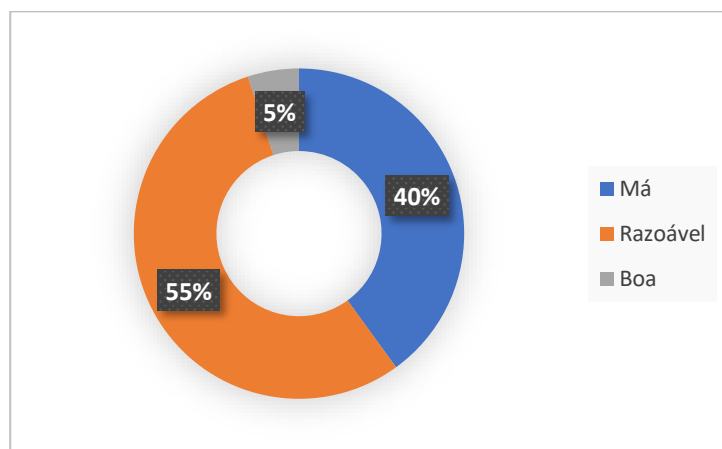
A totalidade das mulheres que usam pano enrolado (100%) não frequentam locais públicos; contrariamente às que usam fralda recortada (78,6%) e penso higiênico (21,4%) frequentam locais públicos. Existe uma relação entre o tipo de absorvente utilizado e a frequência de locais públicos (valor-p = 0,001, pelo teste Exato de Fisher). Por outras palavras, o fato de usar um absorvente impermeável faz com que seja possível a frequência de locais públicos por parte destas mulheres.

Relativamente ao conforto proporcionado pelo tipo de absorvente utilizado, as mulheres que usam fralda recortada, todas (100%) dizem sentem-se muito confortáveis; as que usam penso higiênico, afirmam, todas, que se sentem pouco confortáveis; e as que usam pano enrolado declaram, na sua totalidade, que não se sentem confortáveis com o pano que usam. Existe uma relação entre nível de conforto sentido na utilização do absorvente e o tipo de absorvente utilizado (valor-p = 0,001, pelo teste Exato de Fisher). Por outras palavras, o nível de conforto das mulheres com os absorventes varia consoante o tipo de absorvente utilizado.

Qualidade de vida das participantes no estudo

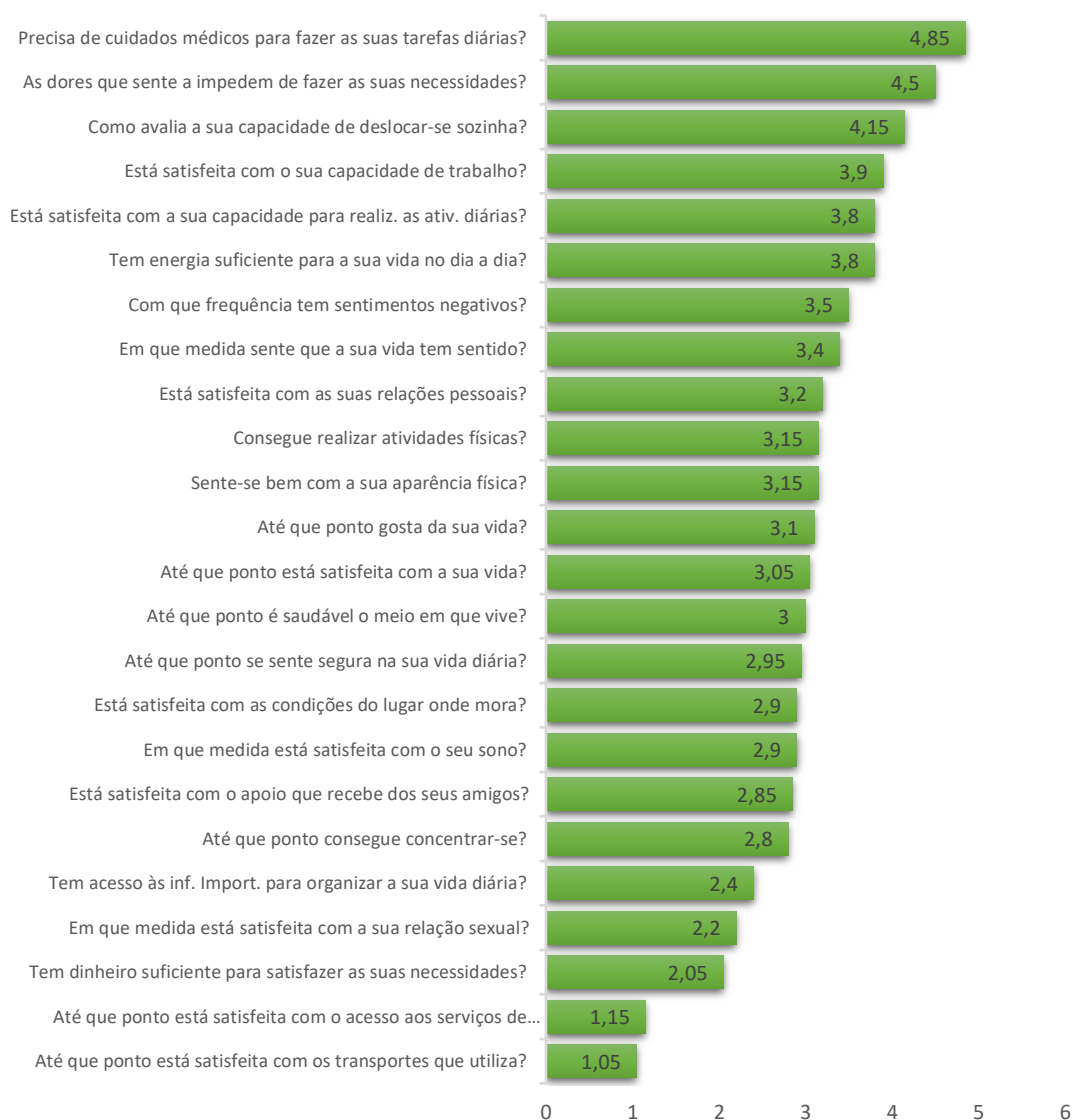
No gráfico 9, está representada a perceção das inquiridas sobre a sua qualidade de vida.

Gráfico 9: Perceção das inquiridas sobre a sua qualidade de vida



Score de perceção sobre a qualidade de vida é $26,5 \pm 5,9$.

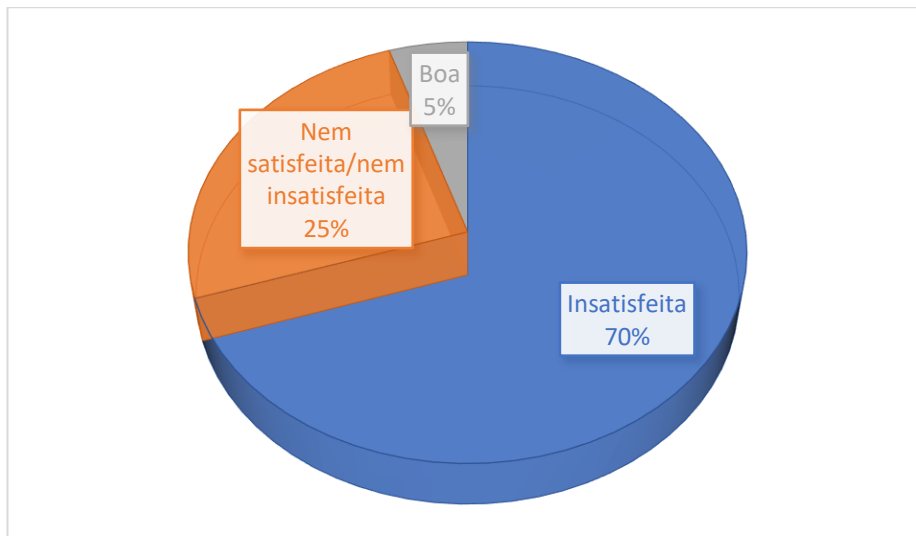
Gráfico 10: Visão Geral da Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) (1 a 5 pontos)



O gráfico 10, mostra a visão geral da qualidade de vida das mulheres que participaram no estudo, e permite concluir que, por um lado, os itens que influenciam negativamente a sua qualidade de vida estão, principalmente associados com: os transportes que utilizam, o acesso aos serviços de saúde, a relação sexual, a falta de dinheiro para satisfazerem as suas necessidades e a informação necessária para organizar a vida; por outro lado, encontram-se itens que contribuem positivamente para a melhoria de qualidade de vida dessas mulheres, tais como os que apontam para o facto de: não necessitarem de cuidados médicos para executarem as suas tarefas diárias; a dor não as incomodar; de se deslocarem sozinhas, de conseguirem trabalhar e de conseguirem fazer as suas tarefas diárias. Em suma, a fístula obstétrica não as impede

de fazerem as suas atividades diárias, tal como revelam as respostas dadas ao questionário. Se estas mulheres tiverem um absorvente impermeável e dinheiro para satisfazerem as suas necessidades, podem ser reintegradas e gozar de uma qualidade de vida razoável, dada a condição de saúde em que se encontram (incontinência urinária). No gráfico 11, está representada a perceção das inquiridas sobre a satisfação com a sua saúde.

Gráfico 11: Perceção das inquiridas sobre a satisfação com a sua saúde

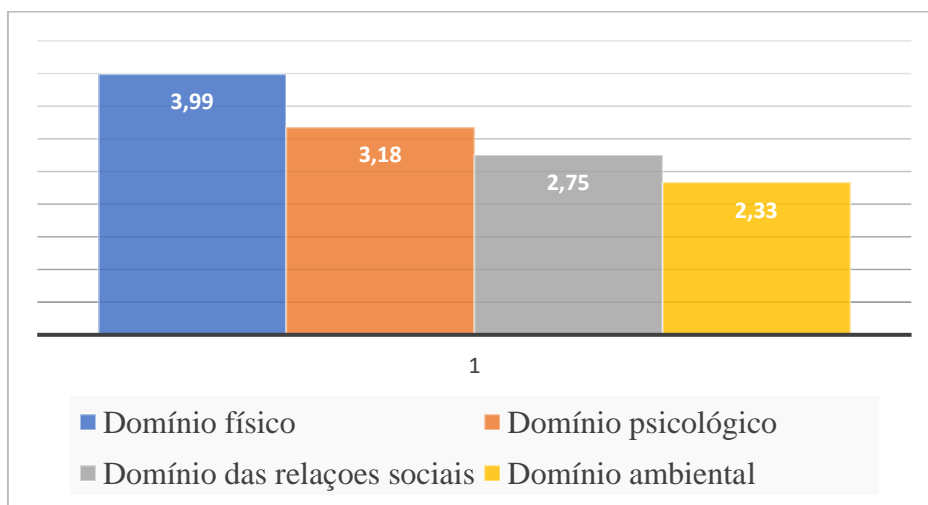


Relativamente à satisfação com o seu estado de saúde, a maior parte das inquiridas (70%) sente-se insatisfeita enquanto (25%) sente-se razoável (nem satisfeita/nem insatisfeita) e (5%) sente-se bem.

A maior parte das inquiridas não se sente satisfeita com a sua saúde. Score de satisfação com a saúde é de $23,5 \pm 5,8$ pontos. Esta insatisfação justifica-se devido à incontinência urinária e às feridas e queimaduras na zona genital, sem esquecer que são estigmatizadas e algumas não conseguem frequentar locais públicos.

A média da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, social, ambiental e o score global de qualidade de vida são respetivamente: $39,9 \pm 3,2$; $31,8 \pm 5,2$; $27,5 \pm 6,2$; $23,3 \pm 4,2$ e $30,3 \pm 3,8$. Estes dados revelam que, ao nível físico, estas mulheres não são muito afetadas, visto que, a fístula obstétrica não as impede de fazerem as suas atividades. No domínio ambiental, os dados refletem alguma insatisfação com o acesso aos serviços de saúde, local onde vivem, falta de dinheiro, falta de informação e dificuldades com os transportes. A média global de qualidade de vida é $30,3 \pm 0,9$ pontos. No gráfico 12, ilustra a qualidade de vida das inquiridas nos quatro domínios.

Gráfico 12: Qualidade de vida das inquiridas nos quatro domínios (WHOQOL-Bref) (1 a 5 pontos)



Terminado o enquadramento, relativamente à questão principal da investigação, iniciar-se-á a análise cruzada para descobrir relações estatisticamente significativas ou tendências na amostra.

Ao cruzar o score global de qualidade de vida com a utilização de um absorvente impermeável, constata-se que existe relação entre a utilização de um absorvente impermeável e a qualidade de vida, pelo teste t de student, valor-p = 0,022. Significa que, as inquiridas que usam absorventes impermeáveis têm uma qualidade de vida significativamente superior (média $3,16 \pm 0,3$ pontos) à das mulheres inquiridas que usam panos enrolados (média $2,74 \pm 0,5$ pontos). Esta diferença de médias foi considerada estatisticamente relevante pelo teste t de student para duas amostras independentes.

De realçar que, o resultado do cruzamento entre a qualidade de vida e o absorvente impermeável é o mesmo comparativamente com o resultado do cruzamento entre a qualidade de vida e a frequência de locais públicos. Por isso, uma possível interpretação destas coincidências é que a frequência de locais públicos depende da utilização de um absorvente impermeável. Se as inquiridas que usam absorventes impermeáveis, que duram mais tempo, têm uma qualidade de vida superior, então as que conseguem frequentar locais públicos consequentemente terão também uma qualidade de vida superior. Nestas duas situações o tipo de absorvente é que está a definir a qualidade de vida.

Também se procurou verificar se o tempo que as inquiridas duram com o absorvente tem relação com a qualidade de vida. Deste cruzamento observou-se que um valor- $p=0,051$, pelo teste de Spearman. Pode-se concluir que, a duração com o absorvente não influencia de forma significativa a qualidade de vida destas mulheres. No entanto, o coeficiente r de Spearman de $= 0,442$, permite considerar que existe uma correlação fraca, mas positiva entre a duração do absorvente e a qualidade de vida. Ou seja, quanto mais tempo dura o absorvente, mais satisfeitas as mulheres estão com a sua qualidade de vida (a intensidade da relação é fraca, mas existe).

Para se sentirem integradas é importante que as mulheres com fístula obstétrica consigam frequentar locais públicos sem constrangimentos. Por isso, procurou-se descobrir se a utilização de um absorvente impermeável contribui para a reintegração destas mulheres e cruzaram-se as variáveis.

Da análise cruzada entre as duas variáveis, absorvente impermeável e a frequência de locais públicos constatou-se pelo teste Exato de Fisher, com valor- $p = 0,001$, que existe uma relação estatisticamente significativa entre elas. Significa que todas as mulheres que usam absorventes impermeáveis afirmam que conseguem frequentar locais públicos sem constrangimento. As mulheres que não usam absorventes impermeáveis não conseguem frequentar locais públicos.

Procurou-se medir a intensidade da relação entre o uso de um absorvente impermeável e o tempo de duração com o absorvente. Viu-se que as mulheres que conseguem frequentar locais públicos usam absorventes que duram significativamente mais tempo (média= $1,73 \pm 0,8$ horas), comparativamente às que não conseguem frequentar locais públicos, que usam absorventes que duram pouco tempo (média= $0,5$ horas). Esta diferença de médias é estatisticamente significativa (valor- $p = 0,001$) pelo teste de Mann Whitney.

Estas análises cruzadas, permitem responder à questão central desta investigação, que é, qual a relação que existe entre o absorvente impermeável, a qualidade de vida e a reintegração das mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau.

Tendo em conta a significância das relações entre as variáveis cruzadas, pode-se afirmar que, as evidências estatísticas indicam que existe relação entre o absorvente impermeável, a qualidade de vida e a reintegração das mulheres inquiridas, na medida em que, a qualidade de vida é maior nas mulheres que usam absorvente impermeável, comparativamente às que não usam. O facto de usar absorvente impermeável permite às mulheres inquiridas frequentarem locais públicos o tempo necessário, sem constrangimentos; porém quem frequenta locais públicos (porque usa um absorvente impermeável que dura mais tempo), tem uma qualidade de vida superior a quem usa um pano enrolado.

O presente estudo permitiu confirmar que, apesar da incontinência urinária, algumas mulheres com rendimentos conseguem viver com dignidade, trabalhar e fazer parte da sociedade, por isso, concordamos que a fístula obstétrica pode tirar dignidade, saúde e bem-estar, capacidade de trabalhar e de fazer parte da sociedade (UNFPA, 2022b), mas que também existem casos que contrariam esta tendência. Considerando o tamanho da nossa amostra não podemos generalizar este resultado, mas estudos posteriores podem confirmar ou não esta conclusão.

Para o Fundo das Nações Unidas para a População, a reintegração deve ser feita com base em dados concretos. Atualmente o modelo de reintegração utilizado após a cirurgia de reparo é o “aconselhamento em matéria de saúde, bens de primeira necessidade, como roupa nova, literacia básica e formação em competências geradoras de rendimento e, por vezes, uma pequena quantidade de dinheiro” (UNFPA, 2021, p.106). No nosso entendimento, se esta estratégia for utilizada em mulheres que aguardam pela cirurgia, poderá gerar resultados positivos, tendo em conta que estas mulheres aguardam uma oportunidade para recomeçar.

Outra estratégia de reintegração recomendada, para as mulheres que fizeram a cirurgia consiste em dotá-las de competências necessárias para promoverem o seu bem-estar e se possível conceder-lhes um empréstimo de modo a terem base para iniciar uma atividade geradora de rendimentos.

Para identificar os domínios que estão a condicionar a qualidade de vida, fizemos a análise cruzada entre os dados provenientes dos quatro domínios relacionados com a qualidade de vida e o absorvente impermeável. A tabela 14, mostra a síntese da

.....
 análise cruzada entre os quatro domínios da qualidade de vida e o absorvente impermeável (valores de p).

Tabela 14: Análise cruzada entre os domínios da qualidade de vida e o absorvente impermeável

Score	Usa absorvente impermeável	Quantas horas dura com absorvente
Domínio físico	0,492 teste t de student	0,367 teste Spearman
Domínio psicológico	0,013 teste t de student	0,034 teste Spearman
Domínio relações sociais	0,248 teste t de student	0,132 teste Spearman
Domínio ambiental	0,045 teste t de student	0,032 teste Spearman

Valor p < 0,05 existe relação

Constatou-se que existe relação entre o domínio psicológico e a utilização do absorvente impermeável. Por outras palavras, as mulheres que usam absorvente impermeável têm uma qualidade de vida psicológica significativamente superior (média= 3,36±0,4 pontos) do que as mulheres que usam pano enrolado, não impermeável, (média =2,75±0,6 pontos). Estas diferenças são consideradas estatisticamente relevantes (valor p= 0,013, pelo teste t de student).

Também se verificou que existe relação entre o domínio psicológico e o tempo de duração com o absorvente. A duração com o absorvente influencia de forma significativa a qualidade de vida psicológica destas mulheres. Tendo em conta o $r = 0,475$, pode-se afirmar que existe uma correlação fraca e positiva entre a duração com o absorvente e a qualidade de vida psicológica, na medida em que quanto mais tempo dura o absorvente, mais satisfeitas se sentem as mulheres do ponto de vista (também neste caso a intensidade da relação é fraca, mas existe).

No âmbito do domínio psicológico as inquiridas responderam às seguintes questões (“até que ponto gosta da sua vida; em que medida sente que a sua vida tem sentido; até que ponto consegue concentrar-se; sente-se bem com a sua aparência física;

até que ponto está satisfeita com a sua vida; com que frequência tem sentimentos negativos como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão).

O facto de usar absorvente impermeável faz com que estas mulheres se sintam psicologicamente bem.

Da análise da tabela 14, também constatamos que existe relação entre o domínio ambiental e o absorvente impermeável. Por outras palavras, o facto destas mulheres usarem absorvente impermeável faz com que se sintam satisfeitas no meio onde vivem. A qualidade de vida ambiental nas mulheres que usam absorvente impermeável é superior (média= 2,54±0,3 pontos). As que usam pano enrolado, estão menos satisfeitas (média =2,04±0,6 pontos). Estas diferenças são consideradas estatisticamente relevantes (valor p= 0,045, pelo teste t de student).

Significa que o absorvente impermeável exerce influência na qualidade de vida ambiental destas mulheres.

Do cruzamento entre o domínio ambiental e o tempo de duração com o absorvente, foi possível verificar que o absorvente influencia de forma significativa a qualidade de vida ambiental destas mulheres. Tendo em conta o $r = 0,481$, pode-se afirmar que existe uma correlação fraca e positiva entre o tempo de permanência com o absorvente e a qualidade de vida ambiental (também neste caso a intensidade da relação é fraca, mas existe).

Dos resultados obtidos no cruzamento entre os diferentes domínios de qualidade de vida e a utilização do absorvente impermeável, torna-se evidente do ponto de vista estatístico que o absorvente impermeável pode ajudar as inquiridas a se reintegrarem, minimizando por essa via o impacto da fístula obstétrica nos domínios psicológico e ambiental.

Relativamente à reintegração, os resultados obtidos enquadram-se na perspectiva dos autores Khisa et al. (2019, p.11), segundo a qual a reintegração “é um processo ao longo do tempo e um resultado desejável para pacientes com fístula”. Apesar de não estarem curadas de fístula obstétrica, estas mulheres tentam ao máximo fazer uma “vida normal”, enquanto aguardam pela cirurgia de reconstituição.

No nosso entendimento, as estratégias utilizadas para reintegrar as mulheres após a cirurgia de reparo, segundo UNFPA (2021), se forem aplicadas às mulheres com fístula obstétrica enquanto aguardam pela cirurgia podem minimizar significativamente o impacto da fístula obstétrica na vida delas.

No presente estudo, verificou-se que a média global de qualidade de vida é (30,3±3,8%), percentagem inferior à média obtida no estudo realizado por Hurissa et al. (2022) que foi de (44,61±4,99). Importa referir que apesar de termos procedido a comparação entre os dois estudos, a diferença entre as médias obtidas não é relevante porque o tamanho da amostra e os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida das mulheres com fístula obstétrica, são diferentes.

De um modo geral, qualidade de vida “reflete a percepção que os indivíduos têm de que suas necessidades estão sendo atendidas, ou que estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, independentemente de seu Estado de saúde física ou condições sociais e económicas” (OMS, 1998, p.29). Se nos detivermos nesta definição, conseguimos perceber as razões pelas quais algumas inquiridas, mesmo com fístula obstétrica, sentem-se bem com a vida que têm e tentam fazer face às dificuldades que lhes são impostas pela doença.

5.7 Conclusões

Esta dissertação é o resultado de uma investigação acerca da situação das mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau. Procurou-se, através deste estudo, compreender de que forma se pode reintegrar estas mulheres e melhorar a sua qualidade de vida.

As participantes neste estudo são mulheres, maioritariamente na idade reprodutiva, residentes no interior do país, de religião animista, de etnia balanta, que vivem sozinhas, com baixo nível de escolaridade, domésticas e sem qualquer tipo de rendimento. As mulheres com estas características “correm maior risco” (Alves, 2021).

Pode-se afirmar que os principais objetivos propostos neste estudo foram alcançados. Os dados recolhidos permitiram identificar o parto prolongado como a principal causa de fístula obstétrica nas participantes do estudo. Alterações de humor, estigmatização, incontinência urinária e feridas na zona genital são consequências da fístula na vida destas mulheres. O desconhecimento sobre o que é a fístula obstétrica, assim como o desconhecimento sobre a existência do seu tratamento, através da cirurgia, são os obstáculos que impedem as inquiridas de procurarem a cura. Estas descobertas são relevantes dado que, para erradicar a fístula obstétrica, é preciso

identificar os fatores externos que contribuem para a sua formação, e criar mecanismos para lidar com as portadoras de fístula obstétrica (ONU, 2020).

Para o Fundo das Nações Unidas para a População, uma cirurgia de reparação da fístula obstétrica bem sucedida não é sinónimo de reintegração da portadora de fístula na comunidade que a marginalizou. Por conseguinte, é necessário identificar os fatores que influenciaram a sua qualidade de vida, bem como o grau de aceitação dentro da sua comunidade (UNFPA, 2021).

Dado que a maioria da população é analfabeta, sendo as mulheres as mais afetadas (UNFPA, 2008; UNICEF,2020), as campanhas de sensibilização podem ser um meio eficaz para informar a população acerca da fístula, servindo em paralelo para sensibilizar e identificar novos casos. Nas campanhas de sensibilização “são abordadas questões sociais como a gravidez precoce, o analfabetismo de meninas, a pobreza e a falta de poder das mulheres, o tratamento, aspetos importantes que podem ajudar a prevenir a ocorrência de fístula, principalmente”. Estas campanhas também ajudam “na redução do estigma associado à doença” e podem contribuir para a reintegração das mulheres após o tratamento (Alves, 2021).

Verificou-se, no presente estudo que, a maior parte das inquiridas que ouviu falar das campanhas de sensibilização procurou imediatamente a cura, embora estatisticamente, não exista relação entre as campanhas de sensibilização e o aumento da procura da cura. Para erradicar a fístula obstétrica na Guiné-Bissau e no continente africano até 2030, as campanhas de sensibilização têm um papel importante (Henriques, 2022).

Existe uma proporcionalidade direta observada neste estudo entre a idade e a infertilidade das mulheres inquiridas, pois à medida que aumenta a idade também aumentam as possibilidades destas mulheres ficarem inférteis. Por esse motivo, esforços devem ser feitos no sentido de priorizar as cirurgias reconstrutivas para que se possa minimizar o impacto desta doença (ONU, 2022).

As mulheres com rendimentos próprios, resultantes da sua atividade económica, sentem-se mais reintegradas, no sentido em que frequentam todos os locais públicos sem constrangimentos, porque utilizam absorventes impermeáveis (fralda recortada na sua maioria), e a qualidade de vida delas é mais alta em comparação com as que usam pano enrolado.

O estado civil das mulheres é condicionado pelo facto de terem fístula obstétrica, ou não. A maioria das inquiridas, que atualmente vivem sozinhas, eram casadas/ tinham companheiro, mas foram abandonadas assim que o parceiro descobriu a condição de saúde em que se encontravam. Esta constatação também é feita pela ONU (2022).

No que concerne ao impacto da consequência da fístula obstétrica na vida sexual destas mulheres, foram identificadas duas situações: separação e perda de vontade para se relacionar. As que se separaram são mais novas, vivem na capital, não são analfabetas e têm rendimentos próprios. As que sentem falta de vontade sexual são mais velhas, vivem nas regiões, são analfabetas e não têm rendimentos próprios.

Relativamente à educação sexual e reprodutiva, constatou-se que as mais velhas e as que vivem nas regiões é que tiveram acesso a essa educação. As mais novas e as que vivem na capital não receberam educação sexual e reprodutiva. Para as mulheres que, são mais velhas, vivem nas regiões, casadas/com companheiros, analfabetas e sem rendimentos, a educação sexual e reprodutiva serviu para a prevenção. As mulheres mais novas, que vivem na capital, solteiras/separadas, têm alguma instrução e com rendimentos defendem que educação sexual e reprodutiva foi útil para conhecerem o corpo.

Constatou-se neste estudo que, a utilização de um absorvente impermeável, contribuiu para a melhoria da qualidade de vida e para a reintegração das inquiridas. Assim, enquanto aguardam pela cirurgia, a utilização de um absorvente impermeável pode ser um meio para atenuar o impacto da fístula.

Os nossos resultados evidenciam que, no geral, a qualidade de vida destas mulheres é razoável, tendo em conta a condição de saúde em que se encontram.

5.8 Pontos fortes e limitações do estudo

Este é o primeiro estudo científico realizado na Guiné-Bissau, que aborda os problemas das mulheres portadoras de fístula obstétrica neste país. Recolheu-se muita informação pertinente que pode posteriormente orientar o Estado e as organizações que lidam com a problemática de fístula obstétrica na criação de meios para a melhoria de qualidade de vida e reintegração das portadoras enquanto aguardam pela cirurgia de reconstituição na Guiné-Bissau.

Apesar da riqueza da informação recolhida, o facto de se ter utilizado a técnica de amostragem não probabilística e uma amostra pequena (20 mulheres) faz com que os resultados deste estudo não possam ser generalizáveis, limitando-se à amostra.

Algumas respostas (como por ex.: tempo que vive com a fístula, depois de quanto tempo decidiu procurar a cura) podem ser afetadas pelo viés da memória das inquiridas.

Dada a dificuldade em encontrar as mulheres portadoras de fístula obstétrica na comunidade, este estudo limitou-se a recolher os dados das mulheres que se apresentaram para a cirurgia, no Hospital Nacional Simão Mendes.

Outra limitação que se pode destacar prende-se com o facto de se terem recolhido somente dados de mulheres que falavam crioulo/ português, ficando de fora as que falam outras línguas étnicas.

Recomendação

Este estudo foi conduzido com o objetivo de encontrar meios para melhorar a qualidade de vida das mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau.

Com base na revisão da literatura constatou-se que a realização de estudos sobre a saúde das mulheres na perspetiva dos Direitos Humanos era uma solução ideal, pela sua vantagem em articular dois domínios: saúde e social. Por isso, procurou-se destacar todos os fenómenos que podem contribuir para a formação da fístula obstétrica com impacto nos dois domínios.

Identificados os fenómenos, resta agir para minimizar o sofrimento destas mulheres. Nesta senda, recomenda-se ao governo e às organizações internacionais que lidam com a fístula obstétrica, a criação de estratégias para melhorar o sistema de saúde e as condições socioeconómicas das mulheres, para que possam enfrentar todas as barreiras.

Uma vez que se concluiu que um absorvente impermeável pode contribuir para a melhoria de qualidade de vida e reintegração destas mulheres, recomenda-se que nas futuras campanhas de sensibilização, que seja abordada a questão do absorvente impermeável como estratégia para permitir a reintegração destas mulheres enquanto aguardam pela cirurgia. Ficou a ideia de que poucas mulheres sabem que a fralda

impermeável recortada (solução encontrada por algumas portadoras de fístula obstétrica), pode ser um meio para minimizar o impacto da doença.

Empoderar estas mulheres pode também ser uma solução, enquanto aguardam pela cirurgia. Com efeito, constatou-se neste estudo, que as mulheres com rendimentos conseguem reintegrar-se, em maior número comparativamente às que não têm rendimentos. Sendo assim, delineamos um plano de ação para o combate à marginalização destas mulheres que possa ser implementado pelo governo e organizações que lidam com a problemática da fístula obstétrica na Guiné-Bissau.

Com base na “teoria da mudança de escala” que permite desenvolver estudos sobre a saúde das mulheres numa perspetiva dos Direitos Humanos, propõe-se estas estratégias de ação, adaptadas do estudo de Baptiste et al. (2010)

- trabalhar com a comunidade local que lida com questões de direitos das mulheres, para dar formação/sensibilizar sobre práticas tradicionais nocivas enraizadas na cultura e de género que podem causar a fístula obstétrica;
- incentivar as mulheres e crianças a participarem nas formações sobre a saúde sexual e reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos;
- promover a utilização de absorvente impermeável para incontinência urinária como forma de proteção das mulheres;
- avaliar os efeitos da utilização dos absorventes para que a sua utilização possa ser recomendada para portadoras de fístula enquanto aguardam pela cirurgia;
- fornecer serviços jurídicos ou de defesa para lidar com a violência ou abuso familiar;
- contratar mulheres já recuperadas para serem os rostos de campanha, elevando o seu status como líderes.

Através destas ações promove-se a saúde das mulheres e garante-se o gozo pleno dos seus direitos humanos.

Trabalho futuro

No presente estudo, os dados foram recolhidos numa unidade hospitalar em Bissau, ficando de fora as portadoras de fístula obstétrica que se encontram nas diferentes zonas do país. Para trabalho futuro, recomenda-se a realização de uma investigação para identificar as portadoras de fístula obstétrica na comunidade.

Por outro lado, é pertinente levar a cabo uma investigação para avaliar a qualidade de vida e o nível de reintegração de todas as mulheres guineenses que já passaram por cirurgia de reconstituição na Guiné-Bissau.

Referências bibliográficas

.....

Referências bibliográficas

- Abreu, R. D., J. V., Vaz, I., & Gomes, C. (2015). Fístulas Vesico-Vaginais: Uma visão sobre Moçambique. pp. 27-32. <https://vpn.uab.pt/https/revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/viewFile/171/100>
- Alves, A. (2021). Acabar com o sofrimento das mulheres. Obtido em 27 de 02 de 2023, de <http://jornalnopintcha.gw/2021/06/01/acabar-com-o-sofrimento-das-mulheres/>
- Anastasi, E., Asiamah, B., & Lal, G. (2020). Leaving no one behind: Is the achievement of the Sustainable Development Goals possible without securing the dignity, rights, and well-being of those who are “invisible”? pp. 3-5. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13031>
- ANEME. (2018). Enquadramento e Perspetivas de Desenvolvimento. Levantamento e Caracterização das Empresas Comerciais Industriais. https://www.aneme.pt/site/wp-content/uploads/2018/07/estudo_guineBissau-1.pdf
- Baker, Z., Bellows, B., Bach, R., & Warren, C. (2017). Barriers to obstetric fistula treatment in low-income countries: a systematic review. pp. 938-959. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12893>
- Baptiste, D., Kapungu, C., Khare, M. H., Lewis, Y., & Barlow-Mosha, L. (2010). Integrating Women’s Human Rights into Global Health Research: An Action Framework. pp. 2091-2099. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20973667/>
- Bashah, D. T., Worku, A. G., & Mengistu, M. Y. (2018). Consequences of obstetric fistula in sub Sahara African countries, from patients’ perspective: a systematic review of qualitative studies. pp. 1-12. <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0605-1>
- Byamugisha, J., Ayadi, A. E., Obore, S., Mwanje, H., Kakaire, O., Barageine, J., . . . Miller, S. (2015). Beyond repair - family and community reintegration after obstetric fistula surgery: study protocol. pp. 1-8.

Referências bibliográficas

-
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4683951/pdf/12978_2015_Article_100.pdf
- Campenhoudt, L. V., Marquet, J., & Quivy, R. (2019). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva.
- Coutinho, C. P. (2018). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. Almedina.
- CUF. (nd). Fístula. Obtido em 29 de 01 de 2023, de <https://www.cuf.pt/saude-a-z/fistula>
- Dejen, M. T., Yadeta, T. A., Azeze, G. G., Bizuneh, A. D., Tiruye, G., & Semahegn, A. (2022). Knowledge of obstetric fistula and its associated factors among women of reproductive age in Northwestern Ethiopia: a community-based cross-sectional study. pp. 1-10.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9685844/pdf/12905_2022_Article_2001.pdf
- El-Azab, A. S., Abolella, H. A., & Farouk, M. (2019). Update on vesicovaginal fistula: A systematic review. pp. 61-68.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6583748/>
- Emasu, A., Ruder, B., Wall, L. L., Matovu, A., Alia, G., & Barageine, J. K. (2019). Reintegration needs of young women following genitourinary fistula surgery in Uganda. pp. 1101-1110.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6586689/pdf/192_2019_Article_3896.pdf
- Ferreira, L. d., Zenaide, M. d., & Náder, A. A. (2016). Educando em Direitos Humanos. pp. 7-136. Obtido de <http://www.cchla.ufpb.br/ncdh/wp-content/uploads/2017/04/EducandoEmDireitosHumanosV1.pdf>
- Ferreira, P. (2008). A utilização da metodologia de investigação ação na intervenção social: uma reflexão teórica. pp. 215-236.
www.researchgate.net/publication/311826223_a_utilizacao_da_metodologia_de_investigacao-accao_na_intervencao_social_uma_reflexao_teorica
- Fortin, M. F. (1999). *O Porocesso de Investigação - Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Guad, J. S. (2017). *Campanha de cirurgia de fístula obstétrica : relatorio final*. Bissau.

Referências bibliográficas

.....

- Haro, F. A., Serafim, J., Cobra, J., Faria, L., Roque, M. I., Ramos, M., . . . Costa, R. (2016). *Investigação em Ciências Sociais - Guia Prático do Estudante*. Factor.
- Hartmann, M., Khosla, R., Krishnan, S., George, A., Gruskin, S., & Amin, A. (2016). How Are Gender Equality and Human Rights Interventions Included in Sexual and Reproductive Health Programmes and Policies: A Systematic Review of Existing Research Foci and Gaps. pp. 1-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5176262/pdf/pone.0167542.pdf>
- Henriques, L. (2022). Guiné-Bissau efectua campanha de luta contra a fístula obstétrica. Obtido de <https://www.rfi.fr/pt/programas/ci%3%Aancia/20220927-guin%3%A9-bissau-efectua-campanha-de-luta-contra-a-f%3ADstula-obst%3%A9trica>
- Hurissa, B. F., Koricha, Z. B., & Dadi, L. S. (2022). Quality of life and its predictive factors among women with obstetric fistula in Ethiopia: A cross-sectional study. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.987659/full>
- INE. (2023). Obtido em 23 de 02 de 2023, de <https://www.stat-guinebissau.com/>
- Kakembo, S., Atuhairwe, C., & Taremwa, I. M. (2020). Quality of Life among Obstetric Fistula Patients at Kitovu Mission Hospital: A Health Facility-Based Cross-Sectional Study in Masaka District, Uganda. pp. 1-8. <https://www.hindawi.com/journals/ogi/2020/7953915/>
- Khisa, A. M., I. K., Omoni, G. M., & Spitzer, R. F. (2019). A grounded theory of regaining normalcy and reintegration of women with obstetric fistula in Kenya. pp. 1-12. <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0692-y>
- Kyei-Nimakoh, M., Carolan-Olah, M., & McCann, T. V. (2017). Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa - a systematic review. pp. 1-16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28587676/>
- Laureano, R. M. (2020). Teses de Hipóteses e Regressão - O Meu Manual de Consulta Rápida. pp. 11-18. <https://silabo.pt/wp-content/uploads/9789895610518.pdf>
- LUSA. (2022). Arranca na Guiné-Bissau campanha para cirurgia a mulheres com fístula obstétrica. Obtido em 23 de 02 de 2023, de

Referências bibliográficas

-
<https://www.saudemais.tv/noticia/41061-arranca-na-guine-bissau-campanha-para-cirurgia-a-mulheres-com-fistula-obstetrica>
- Martins, R. S. (2018). Participação das Mulheres Guineenses no Mercado Informal e suas Contribuições para o Crescimento da economia do país. pp. 1-17.
https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2586/1/2022_arti_rossianimartins.pdf
- Minayo, M. C., Hartz, Z. M., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/MGNbP3WcnM3p8KKmLSZVddn/?lang=pt&format=pdf>
- OMS. (1998). Promoción de la Salud: glossario. pp. 1-35.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
- ONU. (2017). ONU quer o fim da fístula, um dos ferimentos mais sérios na hora do parto. Obtido de <https://news.un.org/pt/story/2017/05/1586431>
- ONU. (2019). Em Dia Internacional, ONU aponta a fístula como violação dos direitos humanos. <https://news.un.org/pt/story/2019/05/1673511>
- ONU. (2020a). No Iêmen e em todo o mundo, a fístula obstétrica atinge as mulheres mais vulneráveis. <http://www.endfistula.org/news/yemen-and-around-world-obstetric-fistula-strikes-most-vulnerable-women>
- ONU. (2020b). Pandemia ameaça ações de combate à fístula obstétrica.
<https://news.un.org/pt/story/2020/05/1714472>
- ONU. (2020c). Intensifying efforts to end obstetric fistula within a decade. Report of the Secretary-General. pp. 1-18.
<http://www.endfistula.org/sites/default/files/pub-pdf/Intensifying%20efforts%20to%20end%20obstetric%20fistula%20within%20a%20decade.pdf>
- ONU. (2021). ONU marca neste 23 de maio Dia Internacional pelo Fim da Fístula Obstétrica. <https://news.un.org/pt/story/2021/05/1751362>
- ONU. (2022). Cinco coisas que você precisa saber sobre a fístula obstétrica. 22 de 01 de 2023, de <https://news.un.org/pt/story/2022/05/1789972>

Referências bibliográficas

.....

- Pelegriotti, A. P., Brundo, C. R., Mallet, G. T., Filho, G. C., & Ciceri, I. M. (2021). Guia de estudos 2021. pp. 113-133.
vpn.uab.pt/https/www.ufrgs.br/ufrgsmundi/wp-content/uploads/2021/09/guia-de-estudos-2021.pdf
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). Manual de investigação em Ciências Sociais. pp. 11-282.
- Rajaian, S., Pragatheeswarane, M., & Panda, A. (2019). Vesicovaginal fistula: Review and recent trends. pp. 250-258.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6792412/
- Silva, C. (2018). Relatório temático sobre o direito à saúde na Guiné-Bissau. pp. 11-105.
- Swain, D., Parida, S. P., Jena, S. K., Das, M., & Das, H. (2020). Prevalence and risk factors of obstetric fistula: implementation of a need-based preventive action plan in a South-eastern rural community of India. pp. 1-10.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7055058/pdf/12905_2020_Article_906.pdf
- UCCLA. (2018). Aumento do salário mínimo na Guiné-Bissau.
<https://www.uccla.pt/noticias/aumento-do-salario-minimo-na-guine-bissau>
- UFRGS. (2020). Saúde Sexual, direitos humanos e a lei. pp. 8-87.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf>
- UNESCO. (2018). International technical guidance on sexuality education. pp. 11-138.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ITGSE_en.pdf
- UNFPA. (2008). Recenseamento Geral da População e Habitação. <https://guinea-bissau.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NUPCIALIDADERGPH2009.pdf>
- UNFPA. (2014). Programme of Action of the International Conference on Population Development. pp. 1-296.
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20english.pdf

Referências bibliográficas

.....

- UNFPA. (2019). Um trabalho inacabado: a busca por direitos e escolhas para todos e todas. pp. 7-179. https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao_da_populacao_mundial_final.pdf
- UNFPA. (2021). Meu corpo me pertence- Reveindicando o direito à autonomia e a autodeterminação. pp. 1-160. <https://brazil.unfpa.org/pt-br/autonomia>
- UNFPA. (2021). Obstetric Fistula & Other forms of Female Genital Fistula. pp. 7-113. <https://www.unfpa.org/publications/obstetric-fistula-other-forms-female-genital-fistula>
- UNFPA. (2022). Dia internacional pelo fim da Fístula Obstétrica. [https://guinea-bissau.unfpa.org/pt/news/dia-internacional-pelo-fim-da-fistula obstétrica](https://guinea-bissau.unfpa.org/pt/news/dia-internacional-pelo-fim-da-fistula-obstetrica)
- UNFPA. (2022). Fístula Obstétrica: Não deixando Nenhum Sobrevivente para Trás. Obtido de <https://mozambique.unfpa.org/pt/>
- UNICEF. (2020). Guiné-Bissau/MICS-6 Inquérito aos Indicadores Múltiplos, 2018-2019. <https://www.unicef.org/guineabissau/media/1106/file/Guinea-Bissau2018-19MICS6.pdf>
- UNIOGBIS. (2017). Relatório sobre o Direito à Saúde na Guiné-Bissau. www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Countries/GW/RightHealthGuineaBissau_PT.pdf

ANEXOS
INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

.....
Anexo I

Termo de consentimento

Eu, _____, fui contactada para fazer parte do projeto de investigação intitulado “Fístula obstétrica: uma consequência da violação dos direitos humanos das mulheres”, com o objetivo de compreender como melhorar a qualidade de vida e reintegrar as mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau.

Confirmando que, fui informada da natureza do estudo, das diferentes fases do processo de investigação, da minha importância na participação do estudo e dos benefícios para mim em particular e para toda a comunidade.

Confirmando igualmente ter esclarecido todas as dúvidas e recebido todas as informações acerca da minha liberdade de desistir a qualquer momento sem sofrer consequências.

Foi-me garantida que os dados recolhidos serão para fins científicos e que a minha identidade não será revelada.

Ciente de que o relatório final deste estudo será publicado, concordo com a mesma e em participar no estudo.

Bissau, ____ de _____ 2022

Participante

Impressão digital



Anexo II

Inquérito por questionário

Pretendemos com o presente questionário, recolher dados para a realização de um estudo científico no âmbito do Mestrado em Estudos sobre as Mulheres, Género, Cidadania e Desenvolvimento.

O nosso público alvo são mulheres portadoras de fístula obstétrica na Guiné-Bissau.

Todas as informações recolhidas são confidenciais, serão tratadas com sigilo e utilizadas exclusivamente para fins científicos.

Agradecemos desde já a sua colaboração, neste estudo científico.

Forma de administração do questionário:

- Autoadministrado (a entrevistada preenche sem necessitar de esclarecimento)
- Assistido pelo entrevistador (o entrevistador está presente para ajudar no preenchimento do questionário)
- Administrado pelo entrevistador (o entrevistador lê e preenche o questionário)

Grupo A: Características sociodemográficas das participantes no estudo

1. Idade: _____ anos
2. Local de residência: : Bissau Região
3. Etnia/religião: _____
4. Estado civil: Solteira Casada/União de fato Separada Divorciada Viúva
5. Escolaridade: Não sabe ler nem escrever Sabe ler e/ou escrever Ensino primário Ensino secundário Ensino universitário
6. Situação Profissional: Empregada Desempregada Outra _____
7. Meios de subsistência: Marido Amigos e familiares Outro _____

Grupo B: Nível da educação sexual e reprodutiva das participantes no estudo e contribuição das campanhas educativas.

8. Recebeu alguma orientação/ educação sexual e reprodutiva? Sim Não

Se sim, responda por favor, a pergunta 9 e 10.

Se não, salte por favor, para a pergunta 11.

9. Onde? Escola Casa Meios de comunicação Casa e escola

Anexos

.....
Outro _____

10. Descreva de que forma essas orientações lhe foram úteis?

11. Como lidou com a sua sexualidade na adolescência?

12. Já ouviu falar das campanhas de sensibilização/educativas acerca da fístula obstétrica?

Sim Não

Se sim, responda por favor as perguntas 13 e 14.

Se não, salte por favor para a pergunta 15.

13. Onde? casa Meios de comunicação Outro _____

14. Descreva de que forma essas campanhas lhe foram úteis?

Grupo C: Conhecimento das mulheres participantes no estudo acerca a fístula obstétrica

15. Sabia que a perda de urina e/ou fezes pela vagina é denominada fístula obstétrica?

Sim Não

16. Sabia que a perda de urina e/ou fezes pela vagina pode ser reparada através da cirurgia?

Sim Não

17. Na sua opinião, qual é a causa da sua fístula obstétrica?

Parto prolongado Cirurgia Cesariana Negligência médica Atraso no percurso da casa para o centro de atendimento Falta de consultas pré natais

Feitiçaria/ sobrenatural Infidelidade do marido Castigo divino

Casamento precoce Falta de consentimento do marido para a intervenção necessária

Demora no atendimento Demora no percurso para o centro de saúde /hospital

Utilização de instrumentos durante o parto Outro _____

18. Como descobriu que a sua incontinência era fístula obstétrica?

Campanhas de sensibilização/ educativas No hospital Nos meios de comunicação

Através de outras mulheres afetadas pela fístula na sua comunidade

Outro _____

19. Qual foi a causa da sua fístula obstétrica, segundo os médicos?

Parto prolongado Cirurgia Cesariana Negligência médica

-
- Atraso no percurso da casa para o centro de atendimento Falta de consultas pré natais
- Casamento precoce Falta de consentimento do marido para a intervenção necessária
- Demora no atendimento Demora no percurso para o centro de saúde /hospital Outra
- _____

Grupo D: Conhecimento acerca da reparação da fístula obstétrica, procura da cura e obstáculos à procura da cura.

20. Como teve conhecimento que a fístula pode ser reparada na Guiné-Bissau?

- Campanhas de sensibilização/ educativas No hospital Nos meios de comunicação
- Através de outras mulheres afetadas pela fístula na sua comunidade
- Outro _____

21. Há quanto tempo vive com esta doença? _____ dias/meses/anos (riscar o que não interessa)

22. Procurou imediatamente a cura para a fístula? Sim Não

Se sim, responda por favor as perguntas 23 e 24.

Se não, salte por favor para as perguntas número 25 e 26.

23. Onde procurou a cura primeiramente?

- Curandeiro Hospital/ centro de saúde Outro _____

24. Quem teve a iniciativa de procurar a cura?

- Meu marido Eu Outra pessoa _____

25. Por que não procurou a cura imediatamente?

- Meu marido proibiu-me Não sabia da existência da cura no país Custo elevado da cirurgia Distância entre o centro e o local de residência Falta de dinheiro para apanhar transportes Medo/timidez/vergonha Indisponibilidade de informação e de serviços qualificados Falta de tempo Necessidade de autorização do marido/parente Minha religião/crença não permite a utilização de serviços obstétricos/que a mulher seja observada por um médico Períodos longos de espera para o atendimento Outro
- _____

-
26. Quanto tempo depois resolveu procurar a cura? 2 semanas depois Meses depois 1 ano depois Outro _____

Grupo E: Absorvente utilizado para cada tipo de incontinência

27. Como classifica o seu tipo de incontinência urinária?

Pequenas perdas de urina Perdas médias de urina Grandes perdas de urina

28. Utiliza algum tipo de absorvente para a sua incontinência urinária?

Sim Não

Se sim, responda por favor, as perguntas 29 a 35

Se não, salte por favor para a pergunta 36 e 37.

29. Qual o tipo de absorvente/cueca é que utiliza para a incontinência urinária?

Panos enrolados Pensos higiênicos Cuecas para incontinência

Outro _____

30. Quanto tempo dura com o absorvente que atualmente utiliza?

Menos de 1 hora 2 horas Outro _____

31. Em que medida, o absorvente que utiliza é adequado para a sua incontinência?

Nada adequado Pouco adequado Muito adequado

32. Até que ponto se sente confortável com o tipo de absorvente/cueca que utiliza?

Nada confortável Pouco confortável Muito confortável

33. Consegue frequentar locais públicos com o absorvente que utiliza atualmente para a incontinência sem se sentir incomodada? Sim Não

Se sim, responda por favor a pergunta 34.

Se não, salte por favor para a pergunta 35.

34. Durante quanto tempo consegue estar em público?

Menos de 1 hora 2 horas Outro _____

35. Se não consegue frequentar locais públicos, qual a razão?

36. Como lida com a sua incontinência diariamente?
-

37. Consegue frequentar locais públicos?

Grupo F: Consequências psicológicas e físicas da fístula obstétrica

38. Quais os problemas psicológicos que sente desde que tem fístula obstétrica?

Humor Depressão Ansiedade Estigmatização/isolamento

Outro _____

39. Quais dos seguintes problemas físicos que sente?

Incontinência Feridas e queimaduras na zona genital Outro _____

40. O que deixou de fazer na sua vida sexual e social desde que tem fístula obstétrica?

Grupo F: Qualidade de vida das participantes no estudo

As questões que se seguem são retiradas do WHOQOL-Bref da OMS (WHO, 2012) e readaptadas ao nosso contexto de estudo.

Tomando como referências as duas últimas semanas, responde as perguntas que se seguem, colocando um círculo no número que corresponde à sua situação.

Como avalia a sua qualidade de vida?	Muito má	Má	Razoável	Boa	Muito boa
	1	2	3	4	5
Quão satisfeita se sente com a sua saúde?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita/nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
	1	2	3	4	5
Em que medida as dores que sente a impedem de fazer as suas necessidades	Nada	Pouco	Nem muito/Nem pouco	Muito	Muitíssimo
	1	2	3	4	5
Até que ponto precisa de cuidados médicos para fazer as suas tarefas diárias	Nada	Pouco	Nem muito/Nem pouco	Muito	Muitíssimo
	1	2	3	4	5
Até que ponto gosta da sua vida?	Nada	Pouco	Nem muito/Nem pouco	Muito	Muitíssimo
	1	2	3	4	5
Em que medida sente que a sua vida tem sentido	Nada	Pouco	Nem muito/Nem pouco	Muito	Muitíssimo
	1	2	3	4	5
Até que ponto consegue concentrar-	Nada	Pouco	Nem muito/Nem	Muito	M

Anexos

se?			pouco		uitíssimo
	1	2	3	4	5
Até que ponto se sente segura na sua vida diária?	Nada	Pouco	Nem muito/Nem pouco	Muito	Muitíssimo
	1	2	3	4	5
Até que ponto é saudável o meio em que vive?	Nada	Pouco	Nem muito/Nem pouco	Muito	Muitíssimo
	1	2	3	4	5
Tem energia suficiente para a sua vida no dia a dia	Nada	Pouca	Suficiente/Moderadamente	Muita	Muitíssima
	1	2	3	4	5
Sente-se bem com a sua aparência física?	Nada	Pouco	Suficiente/Moderadamente	Muito	Muitíssimo
	1	2	3	4	5
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	Nada	Pouco	Nem muito/Nem pouco	Muito	Muitíssimo
	1	2	3	4	5
Em que medida tem acesso às informações importantes para organizar a sua vida diária?	Nada	Pouco	Suficiente/Moderadamente	Muita	Muitíssima
	1	2	3	4	5
Até que ponto consegue realizar atividades físicas?	Nada	Pouco	Suficiente/Moderadamente	Muita	Muitíssima
	1	2	3	4	5
Como avalia a sua capacidade de deslocar-se sozinha?	Muito má	Má	Nem boa Nem má	Boa	Muito boa
	1	2	3	4	5
Em que medida está satisfeita com o seu sono?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita/Nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
	1	2	3	4	5
Até que ponto está satisfeita com a sua capacidade para realizar as atividades diárias?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita/Nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
	1	2	3	4	5
Em que medida está satisfeita com o sua capacidade de trabalho?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita/Nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
	1	2	3	4	5
Até que ponto está satisfeita com a sua vida?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita/Nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
	1	2	3	4	5
Até que ponto está satisfeita com as suas relações pessoais?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita/Nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
	1	2	3	4	5
Em que medida está satisfeita com a sua relação sexual?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita/Nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
	1	2	3	4	5
Em que medida está satisfeita com o apoio que recebe dos seus amigos?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita/Nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita

Anexos

	1	2	3	4	5
Até que ponto está satisfeita com as condições do lugar onde mora?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita/Nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
	1	2	3	4	5
Até que ponto está satisfeita com o acesso aos serviços de saúde?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita/Nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
	1	2	3	4	5
Até que ponto está satisfeita com os transportes que utiliza?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita/Nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
	1	2	3	4	5
Com que frequência tem sentimentos negativos como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Muitas vezes
	1	2	3	4	5

Muito obrigada pela sua colaboração!