



Omitidas

MULHERES COM FÍSTULA OBSTÉTRICA EM MOÇAMBIQUE

COORDENAÇÃO: Mercedes Sayagues

REDACÇÃO: Mercedes Sayagues, Maria José Arthur e Paola Rolletta, com a colaboração de Salane Muchanga e Helene Christensen

PROJECTO GRÁFICO E PAGINAÇÃO: Luciana Hees

FOTOS: Mercedes Sayagues, Cecilia Fernandez Villa-Lobos, Glória Santos, Joel Chiziane, Tommaso Rada e Centro de Documentação e Formação Fotográfica.

O semanário SAVANA autorizou gentilmente a republicação das entrevistas na página 6.

WEBSITES:

www.wlsa.org.mz

www.padrealdo.net

www.endfistula.org

www.fistulacare.org

MANUAL DE FISTULAS DO DR. MARCHESINI:

<https://open.umich.edu/education/med/oernetwork/med/ob-gyn/vvf/2011>

AGRADECIMENTOS: Hospital Central de Beira e de Maputo e todos os médicos, enfermeiras e mulheres que partilharam o seu tempo e as suas histórias.

Brochura financiada por FNUAP e MASC

A WLSA Moçambique é financiada pela Embaixada do Reino dos Países Baixos, HIVOS, OXFAM e Programa AGIR

O texto desta brochura pode ser reproduzido e divulgado, citando a WLSA.

IMPRESSÃO: Brithol Michcoma

Maputo, 2011



LUCIA LEMOS

Graças a cirurgia já não mudo o penso a cada hora. Antes, dormia e acordava molhada. Em casa me insultavam porque molhava a cama. Eu chorava. Agora vou viver em paz.



UMA PRISÃO ONDE NENHUMA MULHER DEVERIA VIVER

O pesadelo da fistula obstétrica continua forte e negligenciado em Mocambique. Poucas pessoas conhecem este problema médico que prejudica as vidas de cerca de cem mil mulheres moçambicanas.

A fistula obstétrica é uma lesão que resulta de um trabalho de parto complicado, demorado, e sem assistência médica adequada. Durante o trabalho de parto, que chega a durar dias, a cabeça do bebé comprime e destrói os tecidos ao redor. Os tecidos morrem, e fica um orifício entre a bexiga e a vagina, ou entre o recto e a vagina.

A mulher fica incontinente. Isto é, perde urina e fezes sem controlo. Se é pobre, não tem dinheiro para comprar pensos e sabão. Não tem água corrente. Vive lavando os panos para segurar a urina. Cheira mal. Fica envergonhada. Perde a auto estima. Perde a capacidade de levar uma vida normal: ir à machamba, ao mercado, ao fontanário, à igreja, usar o transporte público.

Vizinhos e amigos afastam-se. Frequentemente, o marido abandona-as. E o bebé quase sempre nasce morto.

As consequências medicas incluem ulcerações, infecções e doenças renais, paralisia por danos aos nervos nas pernas (o chamado “pé pendente”), infertilidade e até mesmo a morte.

Quem tem maior risco de fistula? As raparigas jovens, loboladas ou casadas aos 11 e 12 anos, grávidas aos 13 e 15 anos, que dão à luz em casa da sogra, como manda a tradição, e não no hospital. Os canais de parto são muito estreitos nesses jovens corpos ainda não desenvolvidos.

Mulheres adultas com vários filhos também podem desenvolver fistula durante um parto complicado, sem assistência médica.

Nalgumas províncias, a crença de que um parto complicado implica infidelidade da mulher provoca atrasos em levá-la ao hospital.



WLSA Moçambique
Maputo, 2011





O trabalho de parto de uma mulher não deveria ver o sol a surgir e a pôr-se.

Provérbio africano



Resulta também de um sistema de saúde pública fraco, com pessoal mal pago e sobrecarregado, que não proporciona atendimento adequado. São os três atrasos da fístula:

- Atraso em tomar a decisão de ir ao hospital
- Atraso em chegar ao hospital
- Atraso em ser atendida no hospital

Porém, a fístula pode ser tratada. Oito em cada dez fístulas podem ser curadas com uma operação simples.

Cem mil mulheres moçambicanas sofrem de fístula. Menos de 300 são operadas cada ano, enquanto que se estima que anualmente apareçam 300 a 400 fístulas novas.

Faltam médicos, hospitais, sangue, e medicamentos. Falta vontade política e solidariedade para libertar estas mulheres.

E dizemos libertar, porque a fístula obstétrica é uma prisão onde nenhuma mulher deveria viver.



A FÍSTULA OBSTÉTRICA E OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Os direitos humanos buscam estabelecer princípios e bases para que os seres humanos, sem distinção, possam usufruir de uma vida digna, em paz e desenvolvendo as suas potencialidades.

O conjunto dos direitos humanos, tal como o conhecemos hoje, representa várias décadas de lutas sociais, discussões e consensos alcançados. Trata de acordos que estão em permanente construção, que reflectem as grandes mudanças sociais e novos problemas que se colocam, e as lutas sociais dos grupos que se consideram excluídos.

Infelizmente, a maioria dos cidadãos e cidadãs não conhece os seus direitos, muito menos os instrumentos legais internacionais que os garantem, nem, às vezes, as leis nacionais, desde a Constituição que é a Lei mãe, até à legislação ordinária que garante direitos em áreas específicas.

Os direitos sexuais e reprodutivos só muito recentemente foram reconhecidos como tal. Trata-se de garantir princípios nas áreas da sexualidade e da reprodução, que até há bem

poucos anos se regiam por normas estritas e uma moral estruturada a partir da desigualdade entre mulheres e homens. Também incorpora o direito à saúde nestas mesmas dimensões.

Com a demanda de igualdade de género, protagonizada a partir dos anos 60 pelo movimento feminista, o livre exercício da sexualidade das mulheres e dos homens tornou-se uma importante reivindicação.

Direitos sexuais, porque todos os seres humanos devem poder gozar a sua sexualidade de forma prazerosa, livre, e sem discriminação. Isto inclui o direito a conhecer o seu corpo, a ter uma educação sexual e saúde sexual e reprodutiva de qualidade.

Os direitos reprodutivos referem-se ao direito de controlo do seu corpo, de decidir ter ou não ter filhos, em que condições, quantos e com que espaçamento.

Alguns sectores mais conservadores da sociedade tendem a ignorar os direitos sexuais e reprodutivos ou mesmo a negá-los, embora eles estejam consagrados no sistema universal, regional e nacional dos direitos humanos.

Têm a ver com a liberdade e com a livre expressão dos interesses e das necessidades de cada pessoa. Têm a ver com a dignidade, igualdade e o respeito que cada ser humano merece.

A persistência da fístula obstétrica significa que há muitos direitos humanos que não estão a ser respeitados, mas sobretudo os direitos sexuais e reprodutivos e o direito à saúde reprodutiva.

O CASAMENTO PREMATURO

Uma violação dos direitos humanos das meninas. A prática habitualmente chamada de casamento prematuro é na realidade uma união forçada, pois envolve crianças do sexo feminino, sem maturidade para tomarem decisões tão importantes que afectarão as suas vidas e sem poder para se recusarem.

Em Moçambique, a incidência destas uniões forçadas é dramática. Dados de 2010 revelam que quase 56% das mulheres no país se casam antes dos 18 anos.

Mais grave ainda, a percentagem de casadas antes dos 15 anos de idade é de 11,2% nas áreas urbanas e 21,4% nas rurais.



A incidência das uniões forçadas é maior em meninas em situações desfavorecidas, tais como zonas rurais pobres com pouco acesso à escola, e nas zonas Centro e Norte do país, com menor investimento tanto na esfera económica como sociocultural.

A união forçada significa que elas têm menos oportunidades de gozar dos seus direitos. Portanto, falar em casamento prematuro é falar em discriminação das raparigas em relação aos rapazes, e discriminação entre as meninas consoante, entre outros, o nível de rendimentos da sua família e a sua escolarização.

As crianças que vivem nestas uniões forçadas, para além de se verem impossibilitadas de gozarem dos seus direitos, sofrem severas

consequências no que diz respeito ao seu bem-estar psicológico e emocional, à sua saúde reprodutiva, e às suas oportunidades educativas e na vida como adultas.

Uma importante proporção destas jovens contraem a fístula obstétrica em resultado de gravidezes precoces, quando o seu corpo ainda não está preparado para o parto.

Elas perdem a sua juventude, impossibilitadas de fazer uma vida normal, excluídas e auto-isoladas. Mais uma discriminação, mais uma violação dos seus direitos. Mais uma razão para proibir, dissuadir e punir a união forçada.



De todas as formas de desigualdade, a injustiça na saúde é a mais chocante e desumana.

Martin Luther King Jr.

A persistência da fístula é um sinal do falhanço dos sistemas de saúde perante as necessidades das mulheres.

OMS



AGENDA

- 1) É tempo de exigir o fim da complacência com que a sociedade tem encarado as uniões forçadas de crianças. A cultura não pode ser invocada para desculpar a violação mais elementar dos direitos humanos.
- 2) É necessário que se usem os instrumentos legais de que o país já dispõe e se criminalizem os violadores de crianças, estejam eles validados ou não pela tradição, e todos aqueles que favorecem situações destas.
- 3) O tratamento da fístula obstétrica deve ser uma prioridade nos planos da saúde e estar contemplado no orçamento para que se disponibilizem mais recursos.
- 4) As organizações que trabalham nas comunidades têm que estar conscientes deste problema e colocá-lo na sua agenda. A solução não passa só pela via cirúrgica, mas também pela identificação das mulheres ignoradas e invisíveis que vivem, isoladas, o drama da fístula.
- 5) É preciso que elas saibam que pode haver uma cura, e depois enquadrá-las para que se possam reintegrar na comunidade.

PERFIL

O único estudo feito sobre pacientes com fístula em Moçambique analisou 84 mulheres no Hospital Central da Beira, entre 2010 e 2011. Dados rápidos:

IDADE MÉDIA: 29 anos.

EDUCAÇÃO: 60 nunca frequentaram a escola, 19 tinham a escola primária, 5 com a secundária.

ESTADO CIVIL ANTES DA FÍSTULA: 76 casadas ou em união, 8 solteiras ou divorciadas.

DEPOIS DA FÍSTULA: 39 separadas.

TRABALHO DE PARTO: durou mais de 24 horas para 76 delas.

BEBÉS: apenas 4 nados vivos.

TEMPO VIVENDO COM FÍSTULA: uma média de 54 meses (quatro anos e meio!), mínimo 3 meses e máximo 432 meses.

*Dra. Marilena Urso e estudantes.
Cuamm-Universidade Católica de Moçambique

Muitas mulheres jovens e adultas com fístula não utilizam os serviços de saúde por causa do seu limitado poder de decisão e pelas crenças sobre a gravidez e o parto.

OMS



PERDER A MINHA DIGNIDADE Lúcia Sozinho, 30 anos

Sou de Nhamatanda e tenho a 5ª classe. Fiquei grávida pela primeira vez aos 18 anos. Tenho 4 filhos e perdi o quinto este ano, durante o parto, que foi prolongado. Sofro de fístula há vários meses. Graças a Deus conto com o apoio do meu marido e da minha família. Já fui observada pelos médicos e aguardo a operação dentro de dias. Espero recuperar tudo o que perdi com a doença, sobretudo a minha dignidade. Sou camponesa, vivia da minha machamba. Antes de ter fístula, produzia milho. Nunca passava fome. Hoje tenho que pedir comida à minha mãe e à família. Posso ir à igreja porque fica perto da minha casa; qualquer problema, volto para casa. Aconselho outras mulheres a não terem vergonha e não perderem tempo nos curandeiros, pois a fístula tem cura e só se trata no hospital.

RECUPERAR A DIGNIDADE



GATINHEI PARA CHEGAR ATÉ AO HOSPITAL
Zélia Matimbe, 22 anos

Sou de Inharrime, Inhambane. Deixei de ir à escola na 3ª classe quando perdi a minha mãe. Tive o meu primeiro filho aos 14 anos e o segundo aos 18. As fezes começaram a sair da vagina momentos depois do segundo parto. Fiquei muito doente. O corpo aquecia, as pernas doíam. Chegou uma altura em que perdi a mobilidade. O meu marido não cuidava de mim. Arranjou outra mulher mais nova e tirou-me as crianças. Fiquei malnutrida e anémica. Gatinhei para chegar ao hospital provincial e de lá fui transferida para Maputo. Aqui, o hospital é que me alimenta e dá roupa.



COM 17 ANOS, DOIS DIAS DE PARTO
Ana Fernando, 22 anos

Não tenho filhos. Perdi o único, em 2007, durante o parto, que durou dois dias. Nem cheguei a ver o seu rosto. Duas semanas após o parto, a urina começou a sair de forma descontrolada. Eu tinha 17 anos. Fui ao posto de saúde local em Massinga, Inhambane. Daqui fui transferida para o hospital rural de Chicuque e depois para o Hospital Provincial de Inhambane. Apesar do problema, tenho apoio do meu namorado e da minha mãe. Nunca fui à escola. No futuro espero desenvolver algo para o meu auto-sustento. Desde que fui operada no ano passado, embora ainda não completamente recuperada, estou a melhorar.



QUERO VOLTAR A FAZER TUDO
Laura João, 24 anos

Sou do Dondo, na província de Sofala. Nunca fui à escola. Sofro de fístula há onze anos. Vivo com minha mãe porque o meu marido me abandonou. Casei com doze anos, fui lobolada com um homem muito mais velho. Fiquei grávida aos 13 anos. Não fui à consulta pré-natal porque morava longe do hospital, numa zona recôndita chamada Canhandula, a cerca de 30 quilómetros da vila do Dondo. Para o parto, o meu marido levou-me para a casa da minha sogra. Não conseguia dar parto. Fiquei dois dias com muitas dores. Finalmente, decidiram levar-me para o hospital. Demoramos muito até chegar. Ali fui submetida a uma cesariana, mas o meu bebé nasceu morto. A fístula apareceu logo a seguir, quando voltei para casa. Comecei a urinar continuamente. Não podia fazer nada, só ficar em casa, durante onze anos. Não quero ver mais homens, nem dormir com nenhum. Prefiro ficar sozinha e sem filhos porque tenho medo. Depois da operação, quero voltar a fazer tudo aquilo que fazia antes.

É manhãzinha, e a minha cama está seca!
Estamos muito agradecidas.
Ficamos isoladas.
Estivemos muito longe deste mundo.
Agradecemos-te, ó doutor, por nos teres trazido de volta ao mundo.
De volta ao mundo dos vivos.

Cantado por mulheres operadas de fístula no Hospital de Boroma, na Somalilândia

AGORA QUERO TER UM FILHO

Alzira Salomão, 24 anos

Fiquei uma semana inteira no posto de saúde de Manga, uma aldeia próxima da minha casa, na província de Inhambane. Cheguei a pé, com a minha mãe. Tinha dores terríveis. O parto não abria. Fui transferida para Zavala e dali para o hospital de Inhambane, a 166 quilómetros. O meu bebé estava morto e era necessário operar-me.

Fiquei dois meses no hospital. A urina e as fezes saíam sem me dar conta. Não sentia as pernas. Não tinha força nem para comer. A minha mãe dava-me banho. Depois de meses, comecei a gatinhar. Tudo isso foi em 2003, eu tinha 16 anos, estava na 7ª classe. O meu namorado foi muito mau: não assumiu nenhuma responsabilidade. Se não fosse pela minha mãe e o meu irmão mais velho, eu não sei o que seria de mim. Toda a gente me afastava. A minha cunhada não queria que comesse à mesa. Eu cheirava mal!

A minha vida começou a mudar três anos depois, em Maputo. Primeiro fui submetida a uma colostomia, para resolver o problema das fezes. Sucessivamente, foi reconstruída a bexiga, a vagina e o recto, em sete operações.

A urina agora sai de um buraco que tenho na barriga. Uso o cateter quando vou à casa de banho. E não cheiro mais! Vivo em Maputo, com uma família amiga. Venho às consultas no hospital. A perna esquerda ficou afectada, mas com a ginástica talvez possa melhorar.

Tenho um namorado, muito carinhoso. Quando tenho relações sexuais, não sinto quase prazer nenhum. Só no último combate, sinto alguma coisa. Não posso ainda engravidar. Devo ser submetida a uma outra operação no útero. Queria muito ter um filho. Só um. E queria fosse um rapaz porque o bebé que morreu era uma menina.



BENVINDA À CASA E À VIDA

Em 2009, Vailete Rubene, grávida de trigêmeos e com um parto obstruído, foi transferida da sua aldeia de Dacata para o hospital distrital de Mossurize (35 quilómetros) e dali para o hospital provincial de Chimioio (250 quilómetros). Os bebés nasceram mortos e ela desenvolveu uma fístula.

“O pior de viver com fístula foi o problema de não poder ir à machamba ou andar livremente, a necessidade de trocar constantemente de roupa e lençóis por causa da urina, e o meu medo de ser rejeitada quando via amigos e familiares”, contou Rubene no hospital da Beira, antes de ser operada, em Maio de 2011.

Quatro meses depois, Rubene é outra mulher. Já não tem a voz trémula e ar de medo. Passeia pela aldeia com a cabeça levantada, sorridente, sem receio de se juntar a outros.

“A minha comunidade organizou uma cerimónia de boas-vindas quando voltei da Beira, curada,” disse.

Rubene não perde a ocasião de falar com outras mulheres sobre como prevenir e tratar a fístula. Já convenceu quatro a ir para a clínica.

“Eu sou o espelho do resultado positivo para aquelas que têm medo do tratamento,” disse.

O seu sonho é acrescentar mais um filho aos dois que já tem. E sabe bem o que fazer: “Para evitar a fístula é preciso fazer consulta pré-natal e ter o parto no hospital.”

UM CUSTO BÁSICO

A paciente de fístula requer 4 a 7 mudas diárias de roupa de cama, correspondente a 6 até 10 quilos. A lavanderia cobra 8 a 10 meticais por quilo, o que dá 70 meticais por dia.

César Macome, Director geral do Hospital Central da Beira



CUIDADOS PÓS OPERATÓRIOS

- 1 a 2 semanas com cateter
- 3 meses sem sexo
- 1 ano sem engravidar
- Partos futuros via cesariana



A FÍSTULA OBSTÉTRICA EM MOÇAMBIQUE MUITO SOFRIMENTO E POUCOS MEIOS

O problema da fístula em Moçambique é antigo, a história do tratamento é recente. No nosso país, seriam cem mil mulheres afectadas. Não havendo estudos, os dados são apenas estimativos. Nos países de alta mortalidade materna, estima-se que em 1.000 partos, três a quatro mulheres desenvolvam fístulas como resultado do parto complicado. O número de cem mil seriam os casos acumulados durante décadas.

A maioria das mulheres com fístula é rural e pobre. Casam-se e engravidam cedo. Têm pouca educação e desconhecem os métodos anticonceptivos. A taxa média de fecundidade é de seis filhos por cada mulher. Não ajuda que apenas 55% de grávidas tenham assistência médica qualificada durante o parto.

Existem também fístulas vaginais causadas por violação, especialmente de meninas, ou resultante da violação por vários homens.

PIONEIROS

O Dr. Aldo Marchesini foi o primeiro médico a dedicar-se ao tratamento da fístula e à formação de profissionais, após a independência em 1975. O seu primeiro estudante foi Helder de Miranda, entre 1981-1984 no Hospital Provincial de Quelimane. Em 1987, Marchesini organizou a primeira campanha de operações e de ensino médico de fístula em Inhambane. Os médicos estudantes foram Caetano Pereira e Igor Vaz. Num mês, a equipa operou 27 mulheres.

Em 2005, no Chimoio, um grupo de médicos, liderado por Marchesini, formou o Núcleo de Reparação das Fístulas da Região Centro. Duas vezes por ano organizavam campanhas, no Hospital Central da Beira, com a ideia dos médicos e dos técnicos de cirurgia aprenderem as técnicas e poderem tratar de fístulas simples nos distritos.

Em 2007, o Ministério da Saúde melhorou o seu apoio à problemática da fístula e às campanhas, e o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) juntou-se ao esforço em 2010. O número de mulheres operadas e médicos



treinados têm aumentado. Em 2011, a campanha de 15 dias em Maio, na Beira, contou com 14 técnicos – dois cirurgiões, um gineco-obstetra, um urólogo e dez licenciados e bacharéis de cirurgia – onde a equipa operou 67 mulheres em quinze dias, trabalhando seis dias por semana.

A NOSSA REALIDADE

Desde 2005, aproximadamente 900 mulheres foram operadas. O trabalho do Marchesini e o seu grupo mostra-se eficiente, com 98% de cura.

A inovação de Moçambique consiste em habilitar técnicos de cirurgia para as operações de fístula simples nos distritos. Este é um assunto polémico, porque tradicionalmente, noutros países, são médicos cirurgiões que operam fístulas.

“Esta é a nossa realidade. As senhoras têm que ser tratadas, e alguém tem que as tratar”, diz o Dr. Armando Melo, responsável do Programa Nacional de Fístulas. “Precisamos de trabalhar com os técnicos de cirurgia, e os resultados são bons. Além disso, quanto mais cedo chega

a fístula ao hospital no distrito, mais fácil é de tratar.”

Ainda há muito por fazer. Não existem estudos nacionais sobre a incidência da fístula porque até agora não foi considerado um problema prioritário de saúde pública.

Estima-se que o trabalho de parto obstruído ocorra em 5% dos partos e ocasione 8% de todas as mortes maternas. É uma das quatro causas principais de mortalidade e morbilidade materna.

Com base aos cálculos de 3 a 4 fístulas por cada mil nascimentos, e sendo que ocorrem uns 900,000 partos por ano em Mocambique, os novos casos de fístula poderiam estar entre 300 e 400 por ano, ou seja, uma por dia em todo o país.

Muitas fístulas para poucas operações, que não são suficientes para resolver nem os casos novos nem os antigos. As equipas que operam fístulas debatem-se com carências de material médico, transporte para as pacientes e todos os problemas de um sistema fraco de saúde pública.

Os médicos dão-se conta da lamentável falta de aconselhamento pré e pós-operatório.

“Estamos conscientes de que devemos melhorar o nosso trabalho,” diz Melo.

Depois do tratamento, cabe à sociedade e instituições ligadas à mulher ajudar a sua reinserção nas comunidades, melhorando a sua educação e formação em pequenos ofícios, de modo a tornarem-se auto-suficientes.

“É uma questão que deve ser analisada do ponto de vista horizontal, com todos os actores sociais envolvidos”, afirma Melo. “Infelizmente, o tratamento cirúrgico não resolve todos os problemas destas mulheres.”



PAIXÃO E SOLIDARIEDADE

ALDO MARCHESINI

Quando se fala de fístula em Moçambique, uma referência incontornável é o Dr. Aldo Marchesini, o pioneiro do tratamento da fístula no país.

Marchesini, italiano, sacerdote dehoniano e cirurgião, chegou a Moçambique em 1975. Trabalhou nas províncias do Centro, muitas vezes como único cirurgião, durante os 17 anos da guerra civil que acabou em 1992, e continua a trabalhar até hoje. Vive em Quelimane, Zambézia, desde 1981.

Começou a operar fístulas em 1975 no Hospital Rural de Mocuba, na Zambézia, tendo aprendido a técnica em 1971 com o padre missionário comboniano e médico cirurgião Giuseppe Ambrosoli, no seu hospital de Kalongo no distrito de Acholi, no norte do Uganda.

Durante muitos anos Marchesini foi o único cirurgião a operar fístulas em Moçambique. Centenas de mulheres com fístula lhe estão agradecidas. Se não foi ele a operá-las, foi um dos seus discípulos.

Todos os médicos e técnicos de cirurgia que operam fístulas em Moçambique aprenderam com ele. Aprenderam não apenas os procedimentos que ele próprio aperfeiçoou e os padrões meticulosos de pré e pós-operatórios, mas também a

sua paixão em libertar as mulheres do seu sofrimento com uma cirurgia de paciência e de precisão.

“O bom resultado depende da atenção aos detalhes e da exactidão da execução dos gestos cirúrgicos. Muitos pontos de sutura que pareceria impossível conseguir colocar em posições difíceis, tornam-se acessíveis conhecendo as maneiras alternativas de moldar a curvatura da agulha e de pegar na mão o porta agulhas,” explica.

Com 70 anos, Marchesini continua a operar e a ensinar, motivado pela “solidariedade com esse grupo de mulheres discriminadas e pobres em todos os sentidos, e o facto de ser uma cirurgia absolutamente não lucrativa e feita só pelo gosto de ajudar”.



UMA CIRURGIA DE PACIÊNCIA E PRECISÃO

A mais antiga evidência de uma fístula data de 2050 a.C. e foi encontrada no Egipto, no corpo mumificado de Henhenit, uma das esposas do faraó Mentuhotep II. Apresentava uma pélvis estreita e uma grande fístula, desenvolvida provavelmente durante o parto que causou sua morte.



O médico e intelectual persa e islâmico Ibn Sina, ou Avicena, foi o primeiro a descrever com detalhe as fístulas vesico-vaginais, relacionando-as com trabalho de parto prolongado, no seu tratado al-Qanunn fi al-Tibb (Cânon da Medicina), escrito no século XI.



Em 1597, Luiz De Mercado, médico e catedrático ibérico, usou pela primeira vez o termo fístula, em vez de ruptura, no seu tratado de ginecologia De mulierum affectionibus.



FÍSTULA: UMA MUTILAÇÃO EVITÁVEL

Helder de Miranda, chefe do Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Central da Beira

O Dr. Helder de Miranda é peremptório: Evitar a fístula é possível promovendo o parto institucionalizado e assistência rápida às parturientes.

Ele aprendeu a delicada operação da fístula com o pioneiro Aldo Marchesini em 1981. Foi seu primeiro discípulo, o primeiro no exíguo número de médicos que operam fístulas, tornando-se um dos mestres a ensinar a técnica cirúrgica no Hospital Central da Beira.

Segundo Miranda, existe uma grande falta de sensibilidade nos profissionais de saúde à volta do tema.

Em primeiro lugar, é comum a ideia de que a técnica cirúrgica seria complicada. De facto, o procedimento é delicado, mas não tão complexo, sobretudo para as fístulas simples.

A omissão deste problema é o principal obstáculo. “É uma questão de saúde pública e

de dignidade da mulher”, afirma Miranda. “As mulheres com fístula ficam completamente excluídas da comunidade”.

Uma vez que Moçambique atingiu a meta de um centro de saúde por 10.000 habitantes (o valor recomendado pela Organização Mundial da Saúde), existe a capacidade de prevenir e resolver a fístula com visitas pré-natais e cuidados obstétricos de base.

“A todas as jovens grávidas, de estatura baixa e bacia estreita, deve-lhe ser reconhecida a gravidez de risco para serem submetidas a uma cesariana.”

Contudo, há nós de estrangulamento: por questões de tradição e pobreza, a família não leva a mulher para o centro de saúde. No centro, os operadores não consideram com o devido cuidado a gravidez de risco. No hospital, demoram em socorrer os trabalhos de parto complicados.

A tragédia, diz Miranda, “é que se trata de uma mutilação muito facilmente evitável”.



ERRADICAR A FÍSTULA: UMA LUTA POLÍTICA

Igor Vaz, director de Urologia, Hospital Central de Maputo

“Deve haver maior informação nas comunidades através das próprias mulheres que sofreram de fístula.” Esta é uma das chaves para a prevenção, segundo o Dr. Igor Vaz.

Pois são elas as verdadeiras testemunhas da dor. São elas que podem marcar a diferença para as novas gerações, reduzindo o número de gravidezes em menores e promovendo o parto institucionalizado.

Com a sua vasta experiência (operou mais de 600 fístulas desde 1986), Vaz acredita que é necessário ensinar as boas práticas às parteiras tradicionais, porque no “país real” escasseiam boas estradas, postos de saúde, e profissionais de saúde habilitados.

A perícia de Vaz na reconstrução vaginal é reconhecida internacionalmente. Poderia exercer em qualquer lugar do mundo. Porém, escolheu trabalhar em prol das mulheres mais pobres e negligenciadas.

Não é apenas uma questão de mutilação física. É uma questão de direitos humanos. “A erradicação da fístula é uma luta muito mais profunda, de toda a sociedade. É uma luta política!”



UM CONFLITO ENTRE IGUALDADE E TRADIÇÃO

Lidia Baiocchi

“Erradicar a fístula requer vontade política.” A Dra. Lidia Baiocchi não mede as palavras e apela para que se encontre uma solução no conflito entre igualdade e tradição.

“A Constituição moçambicana diz que as mulheres têm os mesmos direitos que os homens. A tradição diz o contrário. As pessoas devem sentar-se e discutir como resolver esta contradição”, diz.

Baiocchi, médica cirurgiã, trabalha em Moçambique há muitos anos. Desde que chegou, em 1978, ficou chocada pelo drama das mulheres com fístula. “Negar os cuidados médicos a uma mulher em trabalho de parto é uma violação do direito à saúde”, explica.

“Precisamos de uma condenação exemplar para os parentes que não levam a mulher para o hospital na altura do parto, julgados por um



tribunal formal ou tradicional. Se uma família culpada disso for obrigada a pagar três cabritos, por exemplo, por um tribunal comunitário, será dado um forte sinal de condenação.”

Em 2004 Baiocchi instalou-se na província de Sofala e angariou fundos em Itália para um projecto de dois anos sobre a fístula na região centro, vinculando a fístula como problema médico e de desenvolvimento. Para reintegrar as mulheres nas comunidades após a operação, o projecto proporcionava-lhes uma maneira de sobrevivência através da venda de roupa em segunda mão.

Baiocchi considera que “os casos mais dramáticos são quando a fístula não pode ser operada. As mulheres sofrem uma condenação à incontinência e à marginalização por toda a sua vida, somente porque elas foram vendidas como esposas aos seus 12 anos.”



O primeiro hospital especializado no tratamento de fístulas foi fundado em Nova Iorque em 1855. Em África, o primeiro abriu em Adis Abeba, na Etiópia, em 1975.

RECRUTAR OS RÉGULOS

Dr. Silva Macoquera Castigo Chiconda

Quando o Dr. Silva Macoquera Castigo Chiconda chegou ao Buzi, em 1996, pouco podia fazer para as mulheres com fístula - até que em 2005 aprendeu a operar fístulas com Dr. Aldo Marchesini em Nhamatanda.

O distrito de Buzi, na província de Sofala (pop. 170.000), reúne todas as condições para ser “uma fábrica de fístulas”: lugares remotos, poucos postos de saúde rurais, estradas péssimas, pobreza endémica, casamentos precoces, gravidezes prematuras, e muitos partos que ocorrem em casa com parteiras tradicionais. A receita para a fístula! Mas na clínica não aparecia ninguém.

Silva procurou então pelos régulos. Explicou os sintomas da fístula e as suas causas. Os régulos não sabiam nada sobre o assunto mas conheciam mulheres que sofriam as suas consequências: incontinência e isolamento.

“Aquela foi abandonada pelo marido porque fazia xixi a toda a hora, também a filha do meu vizinho tem o mesmo problema, e lá vive uma outra...” e por aí adiante. No primeiro dia localizou 30 mulheres que sofriam de fístula.

Muitas mulheres acreditavam que tinham sido vítimas de feitiço e tinham procurado médicos tradicionais, gastando muito dinheiro ao longo dos anos, sem resultado.

Silva recruta os régulos para difundir a informação, formalmente, através de palestras nos distritos e, informalmente, no passa-palavra: “Os régulos têm a chave da saúde das mulheres”.

Antes ele levava as pacientes ao Dr. Marchesini, mas agora sente-se bastante confiante para operar sozinho no Buzi, e queria que “o sistema de saúde público fosse capaz de operar fístulas em todos os hospitais rurais.”

Desde 2005 até hoje, 300 mulheres no Buzi foram libertadas da fístula. E o Dr. Silva está a terminar o curso de cirurgia.



ENFERMEIRAS EM PRIMEIRA LINHA

Luisa Sixpence

Em cada campanha contra a fístula na Beira, ficam sobrecarregadas a enfermeira chefe Luisa Sixpence e a sua equipa.

Durante duas semanas, recebem mais 80 mulheres que se juntam ao trabalho normal, já pesado com pacientes de Sida e malária. Mas não se queixa: “É diferente de outro trabalho pelo tipo de paciente. São simples e vulneráveis. Apanham fístula por causa da gravidez e da pobreza. Elas não podem reclamar, não reivindicam, só sofrem.”

As enfermarias enchem de pacientes e Sixpence fala com todas. “Eu sei como vivem. Dormem no caniço para a urina cair no chão de terra. Usam capulana só para cobrir-se. Ou dormem encharcadas de urina. Como pensos, usam mantas antigas e panos, atados com uma fita na cintura. Os panos ficam ásperos com o ácido úrico, a pele fica irritada”.

Sixpence queria ver as enfermeiras chefe envolvidas no planeamento das campanhas. Pois, diz, os médicos olham mais para as exigências cirúrgicas.

Nas enfermarias, a comida não é suficiente para as pacientes, faltam as capas de plástico para os colchões, luvas e cateteres. Seria necessário mais um trabalhador de limpeza em cada turno e fumigar contra baratas e ratos. Quando chove, o tecto pinga.

A pesar dos problemas, Sixpence se entusiasma com as campanhas. “Vale a pena ajuda-las. Quando saem desse problema, voltam a viver”.



ENTRE CROCODILOS E FÍSTULAS

Ana Maria Figuia Zita

Enfermeira, licenciou-se em cirurgia em 2010. Treinou na Beira com Aldo Marchesini e Helder Miranda, em 2011. Há dez anos que trabalha em Marromeu, província de Sofala, um lugar remoto na margem do Rio Zambeze, onde é comum atender pacientes atacados por crocodilos e hipopótamos.

Também é frequente haver pacientes que chegam ao hospital de barco e canoa – com ruptura uterina se são parturientes, por causa da demora.

Foi mesmo a fístula que a levou a estudar cirurgia - uma das poucas mulheres cirurgiãs no país. “A vida do cirurgião é difícil, à disposição 24 horas por dia. São poucos os maridos que aceitam estas condições de trabalho para a esposa”, explica. Mas Figuia Zita não desistiu: “Via o sofrimento das mulheres. O cheiro a ácido úrico. O seu isolamento e o estigma.”

Em Junho de 2011, operou sozinha a primeira fístula, em Marromeu. Era uma jovem de 18 anos, com uma fístula desde a sua primeira gravidez aos 15 anos. Vinha do campo, a uns 30 quilómetros do hospital. “A operação correu muito bem. Ela recuperou a vida normal, está feliz.”

A jovem espalhou a notícias. Só em Julho apareceram nove mulheres com fístula no hospital de Marromeu. São fístulas complexas e serão operadas na próxima campanha na Beira.

JUNTOS CONTRA A FÍSTULA OBSTÉTRICA

Há pelo menos dois milhões de mulheres a viverem com fístula nos países mais pobres. São cem mil os novos casos de fístula em cada ano no mundo.

Por isso, em 2003, o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) e os seus parceiros juntaram-se para lançar uma campanha mundial contra a fístula obstétrica.

Em Novembro de 2010, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou uma resolução para combater a fístula obstétrica, sob proposta dos países africanos.

Meninas, raparigas, mães que perdem automaticamente a oportunidade de irem à escola assim que engravidam e dão de caras com um portão de grades a fechar-se à frente do seu futuro.

Catarina Furtado, embaixadora da campanha



COMUNICAR EM LÍNGUA LOCAL

Em Maio de 2011, quatro mulheres apanharam um machibombo de Nhamatanda para a Beira, a 100 quilómetros de distância. Tinham ouvido na Rádio Moçambique que os médicos estavam a operar fístulas na Beira, durante uma campanha.

Embora elas não constassem da lista da cirurgia, os médicos estenderam o seu horário de trabalho para operá-las. As mulheres haviam escutado na Rádio Moçambique um programa em língua local ChiSena da repórter Ilda Lourenço, que participara, na semana anterior, num curso de jornalismo sobre saúde sexual e reprodutiva organizado pela WLSA e o International Centre for Journalists/Knight Foundation.

Como diz o Dr. Michake Martins Tembe, de Mossurize, província de Manica: “A melhor forma de sensibilizar as senhoras é a rádio, e falar com os régulos e os líderes comunitários. As meninas ouvem falar da fístula na rádio.”



WLSA Moçambique
Maputo, 2011



International Center
for Journalists
Advancing Quality Journalism Worldwide

Capulanas limpas para uma vida digna.