

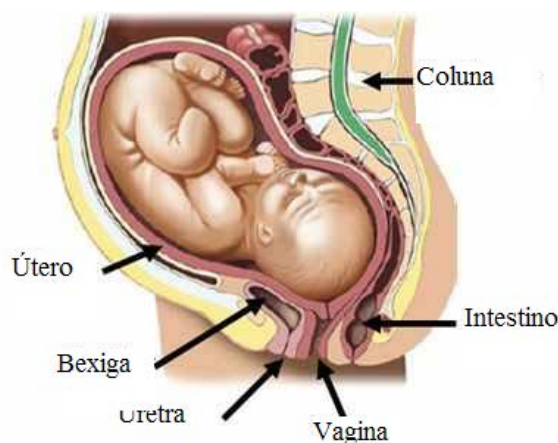
A Fístula Obstétrica e a situação em Moçambique

Por Igor Vaz¹

Publicado em Outras Vozes, nº 33-34, Fevereiro-Maio de 2011

A **fístula vesico-vaginal** consiste numa comunicação entre a bexiga e a vagina resultante de destruição dos tecidos por compressão da cabeça do feto durante o trabalho de parto.

Estas fistulas podem ir desde um pequeno orifício por onde a mulher perde constantemente urina, a uma destruição extensa da bexiga, da vagina, destruição do recto, períneo, e esfíncteres, com compromisso vascular e neurológico da região pélvica levando a perda constante de fezes, e impossibilidade de andar. Deixarão de poder ter uma gravidez, enfrentam impossibilidade de conviver com a família e com os amigos e mesmo de terem algum relacionamento.



Estas complicações são uma consequência da insuficiente rede de atendimento ao parto que assenta em factores de natureza social, cultural, política e económica e que se traduzem com maior impacto nos países em vias de desenvolvimento, e em particular, na condição das mulheres nesses países. O actual desenvolvimento económico e social da grande maioria dos países africanos não deixa grande esperança de se encontrar uma solução rápida para a diminuição da prevalência das fístulas no contexto dos cuidados de saúde materno-infantis.

Entre as muitas causas físicas já descritas, responsáveis por esta patologia, incluem-se também, para além do trabalho de parto prolongado, lesões cirúrgicas acidentais relacionadas com a gravidez e operações invasivas para induzir o aborto. Muitas destas causas ocorrem quer no contexto do próprio sistema nacional de saúde pela insuficiente cobertura da rede de assistência institucional e fraca preparação dos seus técnicos, quer à margem do sistema nacional de saúde devido à existência de atitudes prejudiciais à assistência ao parto e à grávida. Estes factores agravam-se nas zonas rurais dos países em vias de desenvolvimento entre os quais Moçambique se encontra.

¹ Urologista; Director do Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo

Estudos feitos noutros países com características sociais, culturais, políticas e económicas semelhantes a Moçambique demonstram que cerca de 70% das mulheres com fístulas se situam abaixo dos trinta anos de idade.

Nalguns casos as percentagens cobrem faixas etárias em torno dos 14, 15 anos de idade. A maioria destas mulheres desenvolve fístulas na sua primeira gravidez, numa idade muito jovem e em culturas em que a mulher é encaminhada para o casamento ainda na fase púbere e “o ser mãe” é um indicador de acesso ao estatuto de mulher casada e adulta.

Noutras situações é uma gravidez inesperada ou ainda um casamento, para fugir à situação de pobreza em que se encontra.

Frequentemente perdem a criança durante o trabalho de parto, algumas acabam mesmo por sucumbir às complicações de parto e as que sobrevivem saem traumatizadas física e psicologicamente.

Acusadas pelos maridos de serem responsáveis pela morte dos seus filhos, são socialmente estigmatizadas depois de rejeitadas pelo marido, pela família de origem e pela própria comunidade, que não encontra no seu seio mecanismos adequados ao apoio destas mulheres quer a nível físico, no seu encaminhamento para as estruturas de saúde, quer a nível psicossocial.

Assim, e em virtude da falta de resposta a todos os níveis, estas mulheres vêm-se confrontadas com enormes graus de incapacitação decorrente do agravamento das suas fístulas. Esta incapacitação ultrapassa o nível físico (na função do órgão e na sua estrutura) e atinge também o nível experiencial, contribuindo para o desenvolvimento de transtornos psicossociais, como por exemplo, uma menor capacidade para a autonomia, problemas de ansiedade, depressões, dificuldades conjugais, incapacidade para enfrentar novas gravidezes, etc.

A fraca acessibilidade às unidades sanitárias é outro factor de risco para o agravamento das fístulas vesico-vaginais.

A literatura confirma este mesmo factor de risco nos vários países em vias de desenvolvimento, com a maioria dos hospitais situados em áreas urbanas bem afastadas das áreas rurais onde se produzem grande parte das fístulas. Sem apoio, sem dinheiro e sem transporte, a experiência demonstra que é um factor de acaso que conduz uma percentagem mínima destas mulheres às unidades sanitárias, frequentemente com uma média de cinco anos de arrastamento deste problema.~

Contexto nacional

No país, as zonas de elevadas taxas de aparecimento de fístulas são as províncias de Niassa, Tete, Zambézia, Nampula e Inhambane. A elevada prevalência de fístulas prende-se com a baixa cobertura assistencial ao parto nas áreas rurais destas províncias, mas também com uma maior incidência de factores de natureza cultural, como por exemplo, os casamentos prematuros com partos numa idade muito precoce. A acrescentar aos factores institucionais e culturais, o baixo estatuto socioeconómico e a pobreza absoluta, tornam o país altamente vulnerável a um panorama dramático no contexto do problema das fístulas vesico-vaginais.

O tratamento das fístulas implica recenseamento, informação, pessoal capacitado e criação de equipas com capacidade cirúrgica. Actualmente, estas condições existem apenas em

alguns centros que, no país, têm uma rotina de trabalho nesta área e que são o Hospital Central de Maputo, Hospital Central da Beira, Hospital Central de Nampula, Hospital Provincial de Quelimane, e Hospital Provincial de Lichinga no Niassa.

O Ministério da Saúde, com o suporte do FNUAP, desde 2002 que tem um programa nacional de tratamento de fístulas e de formação de técnicos de saúde para a prevenção e tratamento das fístulas vesico-vaginais.

De uma forma irregular tem mantido cursos de formação e missões de formação e tratamento em áreas de maior prevalência de fístulas.

A grande maioria das fístulas são de tratamento cirúrgico simples, que não requer equipamento sofisticado nem conhecimentos de técnica cirúrgica avançada. O facto de grande parte das fístulas ficarem sem tratamento relaciona-se com factores que assentam basicamente na falta de sensibilidade do pessoal de saúde para esta problemática.

Devido à alta prevalência de outras patologias no país, as fístulas obstétricas não eram encaradas, a nível político, como um problema de saúde pública.

Como consequência, as fístulas não eram identificadas como um problema de saúde prioritário nas unidades sanitárias, em virtude da sobrecarga de outras patologias com maior incidência nessas unidades sanitárias. Por outro lado, a maioria das doentes não tem capacidade de decisão para exercer pressão junto da comunidade (incluindo familiares) e das instituições de saúde para reivindicar uma mudança de atitudes que defenda os seus direitos como indivíduos merecedores de atenção da parte dessas instituições. Muitas delas são, como já se disse, mulheres jovens, primíparas, sem alfabetização e que desconhecem, inclusive, as possibilidades de melhoria da sua qualidade de vida pelo tratamento cirúrgico da patologia. A própria comunidade também desconhece quer as causas que levam ao aparecimento das fístulas, quer os recursos que existem para o seu tratamento.

Do ponto de vista psicossocial, estas mulheres vêem-se, assim, confrontadas com o estigma decorrente das complicações da sua patologia por ausência de resposta do sistema de saúde e que, pelo grau de incapacitação física que provoca, as afasta da possibilidade de participação nos recursos e actividades integradoras no grupo comunitário. Perdem desta forma a sua identidade como mulheres adultas, capazes de produzirem e de se reproduzirem. É claramente um problema que se relaciona de perto com a questão da discriminação da mulher e que se enquadra, portanto, nas políticas de género que pretendem promover o “empowerment” da mulher moçambicana.

Para as poucas que conseguem ser abrangidas pelo sistema nacional de saúde, com três centros a operar fístulas no país, grande parte delas vê-se obrigada a percorrer longas distâncias para poder ter acesso ao tratamento, e a esperar meses, às vezes mesmo anos, para serem operadas.

Infelizmente a cirurgia não resolve todos os seus problemas. Algumas destas mulheres ficam com lesões incuráveis.

Depois do tratamento cabe à sociedade e outros ministérios e organizações ligadas à mulher a sua reinserção nas comunidades. Essa reinserção não significa só o regresso a casa, mas também deve permitir a estas mulheres a melhoria das suas condições de educação e formação em pequenos ofícios, de forma a poderem tornar-se auto-suficientes.