



UNIVERSIDADE POLITÉCNICA-Á POLITÉCNICA

Instituto Superior Politécnica e Universitária de Nacala

ISPUNA

Licenciatura em Enfermagem

**Incidência de Índice de casos de Fístulas Obstétricas - caso Hospital Distrital de
Memba 2019-2020.**

Emília Tarcísio

Nacala-Porto, Maio de 2021

Emília Tarcísio

**Incidência de Índice de casos de Fístulas Obstétricas - caso Hospital Distrital de
Mombaça 2019-2020.**

Monografia a ser apresentado ao ISPUNA-
Universidade Politécnica como requisito parcial
para Obtenção do Grau de Licenciatura em
Enfermagem para fim do Curso.

Supervisor: Humberto Salamandane

Nacala-Porto, Maio de 2021

Índice

Lista de figuras	iv
Lista de Tabelas	v
Lista de Abreviaturas.....	vi
Lista de gráficos.....	vii
DECLARAÇÃO DE HONRA	viii
DEDICATÓRIA.....	ix
AGRADECIMENTOS	x
Resumo	xi
CAPÍTULO I.....	12
1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. Tema	13
1.2. Delimitação do Tema:	13
1.3. Problematização.....	14
1.4. Justificativa.....	16
1.5. Objectivos.....	18
1.5.1. Objectivo geral	18
1.6. Hipóteses	18
CAPÍTULO II.....	16
REVISÃO DA LITERATURA	16
2. FÍSTULA OBSTÉTRICA	16
2.1. Contexto histórico	16
2.2. Mecanismos de ocorrência e factores de risco	17
2.3. Sintomas	19
2.4. Diagnostico.....	19
2.5. Tratamento.....	20
2.6. A Fístula Obstétrica no Mundo	23
2.7. A Fístula Obstétrica em Moçambique	24
2.7.1. Factores prevalentes da Fístula Obstétrica.....	25
2.8. As estratégias para enfrentar a doença	27
CAPÍTULO III	28
METODOLOGIA DE PESQUISA	28
3.1. Tipos de pesquisa	28
3.1.1. Pesquisa quanto aos objectivos	28

3.1.2. Pesquisa quanto a abordagem.....	29
3.1.3. Pesquisa quanto aos procedimentos	29
3.2. Técnicas e instrumentos de colecta de dados	29
3.2.2. Entrevista.....	30
3.3. Universo da pesquisa.....	30
3.4. Amostra	30
CAPÍTULO IV	31
APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	31
Parte I.....	31
4.1. Questões dirigidas ao Director do Hospital.....	31
Parte II	33
4.2. Questões dirigidas aos Médico Generalista.....	33
Parte III.....	35
4.3. Questões dirigidas aos Enfermeiros, ESMI e Clínicos.....	35
Parte IV.....	39
4.4. Relato de casos	39
4.5. Discussão.....	40
CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	47
APÊNDICE	48

Lista de figuras

Figura 1: Visualização da FO.	17
Figura 2: Abordagem vaginal, cateterização dos meatos, encerramento da bexiga.	21
Figura 3: Abordagem vaginal, encerramento da mucosa vaginal.	21
Figura 4: Abordagem abdominal, incisão da bexiga em bivalve 2 cm para além.	22
Figura 5: Abordagem abdominal, encerramento da vagina, com sutura contínua.	22

Lista de Tabelas

Tabela 1: Hipóteses, variáveis e indicadores.....	15
Tabela 2: Assistência de casos de FO.....	36
Tabela 3: Cuidados de saúde às mulheres com FO.	38

Lista de Abreviaturas

FAQP – Falta de Atendimento Qualificado no Parto

FO – Fístula Obstétrica

FVV - Fístula Vesico Vaginal

GP – Gravida Precoce

HDM – Hospital Distrital de Memba

OMS – Organização Mundial da Saúde

PP – Parto Prolongado

UNFPA - United Nations Population Fund

WHO -World Health Organization

WLSA - WLSA – Women and Law in Southern Africa

Lista de gráficos

Gráfico 1: Causas das fístulas obstétricas.	37
Gráfico 2: Cuidados às Mulheres com FO.	38

DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu, Emília Tarcísio declaro que este trabalho com o tema: **Incidência de índice de casos de Fístulas Obstétricas** - caso Hospital Distrital de Memba 2019-2020, é da minha autoria que resultou de um trabalho de investigação.

Nacala-Porto, de Maio 2021

/Emília Tarcísio/

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido;

Aos meus filhos;

E aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradecer a Deus, todo poderoso que sempre me deu forças para lutar e enfrentar as dificuldades encaradas ao longo dos momentos difíceis da carreira estudantil;

Ao meu supervisor dr. Humberto Salamandane pela orientação académica e científica deste trabalho.

Igualmente agradeço aos meus docentes e aos meus colegas que sempre compreenderam os meus erros e as dificuldades;

De igual modo, estende-se aos meus colegas e amigos que sempre me acompanharam de perto nos derradeiros momentos da vida académica.

Aos funcionários do Serviço Distrital de Saúde Mulher e Acção Social de Memba pelo acolhimento e participação na pesquisa.

Finalmente, a todos que directas ou indirectamente contribuíram com o seu saber, prestando informações valiosas para o trabalho, vai o meu agradecimento.

Resumo

A Fístula Obstétrica (FO) consiste numa comunicação entre a vagina e a bexiga e/ou reto resultante da necrose dos tecidos por compressão da cabeça do feto numa circunstância de trabalho de parto arrastado. Existem casos de Fístulas que são derivadas de abuso e violação sexual, complicações traumáticas e cirúrgicas como do aborto ou de cesariana. O mecanismo de aparecimento da FO nos casos de trabalho de Parto Prolongado (PP), é a permanência da cabeça Fetal, durante muito tempo no canal de parto. Estas FO podem ir desde um pequeno orifício por onde a mulher perde constantemente urina, até uma destruição extensa da bexiga, da parede anterior e/ou posterior da vagina e necrose das paredes do recto, períneo, e esfíncter anal, devido ao compromisso vascular da região pélvica e mesmo lesão dos ureteres, compressão do plexo sagrado e parte do nervo ciático, criando uma comunicação anormal entre a vagina e uretra/bexiga ou recto, dependendo da posição da cabeça fetal. Foi realizado um estudo no Hospital Distrital de Memba com tema: Incidência de índice de casos de Fístulas Obstétricas no período de 2019-2020, com objectivo de descrever a incidência dos casos de Fístulas Obstétricas. Tratou-se de uma pesquisa exploratória quanto aos objectivos baseando no método hipotético-dedutivo mediante um levantamento bibliográfico. Comportou estrutura do trabalho: Capítulo I onde se apresenta a introdução que contempla o tema e a sua delimitação, problematização, a justificativa, objectivos (gerais e específicos) e as hipóteses do tema; seguido do Capítulo II, com enquadramento teórico que contempla os conceitos relacionados com o tema; o Capítulo III, referente aos procedimentos metodológicos, onde destaca o método de procedimento, os tipos de pesquisa, as técnicas de recolha de dados, o universo e a amostra da pesquisa e por fim o Capítulo IV que apresenta os dados e os resultados alcançados. Neste estudo levantou-se a questão: Será que a expansão dos serviços de saúde, poderá reduzir dos casos de fístulas obstétricas no Hospital Distrital de Memba? O estudo proporcionou a colheita de dados que subsidiaram a pesquisa tendo se concluído que as massivas ocorrências de casos de FO devem-se muito a não abrangência dos serviços de saúde, gravidas precoces que originam partos prolongados, falta de informação nas comunidades sobre prevenção das fístulas e outros factores adjacentes. Desde modo é imperioso o envolvimento de todos sectores da sociedade para colmatar este mal.

Palavras-chaves: Fístula, Obstétrica, Parto Prolongado.

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

Constitui tema da presente monografia de pesquisa: **Incidência de Índice de casos de Fístulas Obstétricas** - caso Hospital Distrital de Memba 2019-2020, com objectivo de procurar entender o papel desempenhado no Hospital Distrital de Memba na prevenção e combate das fistulas obstétricas nas mulheres.

Fistula Obstétrica é de uma lesão, que pode ser prevenida e tratada, que ocorre durante um parto prolongado ou obstruído sem a assistência devida e atempada de um profissional de saúde qualificado, e origina uma abertura e comunicação entre a vagina e a bexiga. Pode igualmente ser causada por uma violação sexual, que pode resultar na ruptura do canal vaginal. Esta condição dolorosa provoca a perda do controlo da urina, o que deixa a mulher envergonhada e, muitas vezes, leva ao seu isolamento na comunidade.

Esta doença se não for tratada, pode transformar-se num problema de saúde crónico, incluindo o aparecimento de úlceras, problemas renais e a danificação dos nervos das pernas, bem como a impossibilidade de levar uma vida e trabalho normais. Apesar do seu impacto devastador na vida de raparigas e mulheres, a fístula obstétrica tem sido relativamente negligenciada, como aponta a OMS que em países em desenvolvimento, as fístulas obstétricas constituem um problema de Saúde Pública. A maior parte das raparigas e mulheres com fistula obstétrica nem sequer sabem que existe tratamento, ou se sabem não tem acesso ao tratamento. Há que questionar-se sobre o papel desempenhados pelas entidades de saúde locais no âmbito de conscientização da população local sobre as fístulas obstétricas, como preveni-las ou mesmo elimina-las.

Faz estrutura da monografia: No capítulo I apresenta-se a introdução que contempla o tema e a sua delimitação, problematização, a justificativa, objectivos (gerais e específicos) e as hipóteses do tema; no capítulo II, inicia-se com enquadramento teórico que contempla os conceitos relacionados com o tema; e no capítulo III, refere-se aos procedimentos metodológicos, onde destaca o método de procedimento, os tipos de pesquisa, as técnicas de recolha de dados, o universo e a amostra da pesquisa., o orçamento e o cronograma de actividades e o Capítulo IV que apresenta os dados e os resultados alcançados.

1.1. Tema

A presente pesquisa tem como tema: **Incidência de índice de casos de Fístulas Obstétricas - caso Hospital Distrital de Memba 2019-2020.**

Para Lakatos & Marconi (2003, p.158) “tema é o assunto que se deseja estudar e pesquisar e, pode perdurar por toda a pesquisa, onde nesse caso, deverá ser frequentemente revisto”.

1.2. Delimitação do Tema:

Segundo Lakatos & Marconi (2003, p.161) delimitar a pesquisa é estabelecer limites para a investigação.

Sendo assim, trata-se de uma pesquisa ligada a área da saúde, particularmente na saúde materno infantil da mulher e na cadeira de Obstetrícia.

Esta pesquisa decorreu no Hospital Distrital de Memba no período de Janeiro de 2019- Novembro de 2020. A preferência deste local é de tratar-se da maior unidade do distrito que recebe maior número de doentes daquela região e trata dos casos de fístulas obstétricas.

1.3. Problematização

As Fístulas Obstétricas constituem uma das complicações da gravidez e parto, das mais incapacitantes, fisicamente, psicologicamente e socialmente, devido à condição de perda descontrolada e permanente de urina e/ou fezes, por via vaginal, colocando a mulher numa situação de profunda vergonha, em virtude do permanente odor desagradável que a estigmatiza. Estas mulheres são muito jovens, pobres, com baixa escolaridade, algumas delas no início da sua adolescência, que enfrentaram um casamento e gravidez prematuros, e por viverem em zonas periurbanas muito distantes de uma unidade sanitária que possa oferecer cuidados obstétricos de emergência, ou por não terem tido acesso a transporte, desenvolveram um trabalho de parto arrastado com o consequente desenvolvimento da Fístula Obstétrica (FO), vesico ou retovaginal.

Como afirma Abreu (2015, p 27), as fistulas obstétricas correspondem a uma comunicação entre a bexiga e a vagina que resulta da necrose dos tecidos envolventes. Este tipo de fístulas foi inicialmente descrito no antigo Egito. No entanto, a sua associação com o trabalho de parto prolongado só foi descrita 1000 a.C. pelo médico Perso-Árabe Avicenna, no seu texto *Al Kanoun*. Apenas no século XIX J. Marion Sims, descreve a técnica cirúrgica de reparação de fístulas obstétricas. Desde então a técnica tem evoluído, até aos dias de hoje. A reparação das fístulas obstétricas é quase sempre cirúrgica, uma vez que a abordagem conservadora (drenagem vesical prolongada, por exemplo) falha na maioria dos casos. As fístulas obstétricas podem ocorrer de forma congénita, embora a maioria sejam secundárias ao trabalho de parto prolongado, cirurgia, radiação, neoplasia e outras causas como violação, especialmente de meninas, ou resultante da violação por vários homens.

O problema da fístula em Moçambique é antigo, a história do tratamento é recente. Em Moçambique, seriam cem mil mulheres afectadas. Não havendo estudos, os dados são apenas estimativos. Nos países de alta mortalidade materna, estima-se que em 1000 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 anticoncetivos. 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 (Guerra 2016, p.7).

O pesadelo da fístula obstétrica continua forte e negligenciado em Moçambique. Poucas pessoas conhecem este problema médico que prejudica as vidas de cerca de cem mil mulheres moçambicanas e o Distrito de Mombaça não é excepção.

São vários os relatos na comunidade de mulheres que padecem ou já padeceram da doença, o sofrimento vivido, o isolamento e a impossibilidade de trabalhar devido a esta doença. Ao nível do Hospital Distrital de Mombaça é notório entrada de casos de FO no sector da maternidade e em alguns casos são de re-intervenção.

A população do Distrito de Mombaça é maioritariamente pobre, com um nível económico baixo, não alfabetizada e com menos acesso aos hospitais. Estes factores podem estar a concorrer de certa forma para a ocorrência das fistulas obstétricas na região do país.

Deve haver uma mudança na abordagem da atenção às FO, passando da intervenção baseada especificamente no tratamento médico-cirúrgico, para uma abordagem integrada, holística e multidisciplinar com vista à participação efectiva de todos os intervenientes, tais como as lideranças a todos os níveis, os Ministérios da Saúde, da Educação, da Mulher e Acção Social, da Juventude, as associações profissionais de saúde, Associação de Médicos Obstetras e Ginecologistas, Associação das Parteiras de Moçambique, as Agências de Cooperação e as ONGs nacionais e estrangeiras ligadas à promoção da saúde e ao estatuto da mulher.

É com estes fundamentos que se pretendia perceber o nível de incidência desta doença, factores concorrentes e acções levadas a cabo de maneiras a reduzir ou mesmo eliminar os casos de fistulas obstétricas. Portanto, para a sua resposta coloca-se a seguinte questão de pesquisa: **Será que a expansão dos serviços de saúde, poderá reduzir dos casos de fístulas obstétricas no Hospital Distrital de Mombaça?**

1.4. Justificativa

A etiologia da Fístula Vesico Vaginal – FVV é variada e pode ser dividida entre fístulas congênicas ou adquiridas, sendo esta última dividida entre fístulas obstétricas, cirúrgicas, pós-radiação, câncer ou outra doença associada.

Há necessidade de realizar esta pesquisa surge no contexto em que as fístulas normalmente acontecem em mulheres mais pobres, especialmente aquelas que vivem longe das unidades sanitárias, sendo um problema que deriva da vulnerabilidade dessas mulheres, as quais não beneficiam dos direitos e cuidados de saúde reprodutiva, entre os quais a assistência ao parto.

É importante tomar-se em conta que a fístula ocorre quando os cuidados obstétricos de emergência não estão disponíveis para as mulheres com complicações durante o parto, o que acontece nas zonas rurais remotas, com difícil acesso, a escassez ou ausência de cuidados médicos, tendo um maior risco de sofrer uma complicação desta natureza. Dai que, desde já é pertinente através desta pesquisa consciencializar as demais instituições de formação nas áreas da saúde, investigadores e a comunidade no geral a tomar acções que visem a criar condições para a menos ocorrências desta doença.

Em países desenvolvidos, como Estados Unidos e Inglaterra, 70% dos casos de fístulas adquiridas são resultantes de cirurgias pélvicas, já nos países em desenvolvimento (como é o caso da maioria dos países africanos) 90% das fístulas são causadas pelo trabalho de parto obstruído.

Foi importante a realização desta pesquisa dada a sua relevância como instrumento de disseminação da informação sobre as FO, visto que esta estreitamente ligada a pobreza tornando assim como factor social mais determinante, porque está associada ao casamento prematuro. Além disso, a pobreza reduz as possibilidades de uma mulher obter cuidados obstétricos atempadamente. Por serem colocadas num estatuto subalterno, as mulheres, em muitas comunidades, não têm o poder de decidir quando e onde ter filhos.

Este estudo foi levado a cabo porque verifica-se que a fístula é um problema relativamente oculto em Moçambique, essencialmente porque afecta as pessoas mais marginalizadas da sociedade: raparigas e mulheres jovens, pobres, analfabetas, que vivem nas zonas rurais remotas. Muitas delas não procuram tratamento. A sua condição é ignorada ou mal-entendida, porque muitas delas sofrem em silêncio. Por isso, é importante quebrar o silêncio à volta do problema e o estigma a ele ligado. Ao mesmo tempo, é importante garantir o envolvimento e o

cometimento do sector de saúde, porque de uma maneira geral, na situação actual, apenas um pequeno número de profissionais se dedica ao problema.

Tem-se verificado que há uma limitação de aconselhamento pré e pós-operatório o que de certa forma propicia e perpetua a ocorrência das fistulas obstétricas naquela região do país. As instituições ligadas à mulher devem 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, infelizmente, o tratamento cirúrgico não resolve todos os problemas destas mulheres.

Para a pesquisadora foi oportuno através desta pesquisa a consolidação dos conteúdos e conhecimentos adquiridos aquando da formação uma vez interagido com o problema. É importante esta pesquisa, visto que, após realizada trará soluções para o problema vivido pelas mulheres para além de que vai despertar atenção por parte das entidades responsáveis pela área da saúde naquilo que é o seu papel em relação as fistulas obstétricas.

1.5. Objetivos

Para Sousa (2008, p.18), a definição dos objetivos determina o que o pesquisador quer atingir com a realização do trabalho de pesquisa. Objetivo é sinônimo de meta, fim. Alguns autores separam os objetivos em objetivo geral e objetivos específicos, mas não há regra a ser cumprida quanto a isto e outros autores consideram desnecessário dividir os objetivos em categorias.

1.5.1. Objectivo geral

De acordo com Lakatos (2003, p. 219), objetivo geral está ligado a uma visão global e abrangente do tema. Relaciona-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenómenos e eventos, quer das ideias estudadas. Vincula-se directamente à própria significação da tese proposta pelo projecto.

Sendo assim, a presente pesquisa tem como objectivo geral:

- Descrever a incidência dos casos de Fistulas Obstétricas no Hospital Distrital de Memba.

1.5.2. Objectivos específicos

De acordo com Sousa (2008, p.18), derivam do objetivo geral. Devem explicar, de modo claro e preciso, as ações a serem desenvolvidas para se alcançar os objetivos gerais, especialmente relacionados com as hipóteses que serão testadas.

Assim, a pesquisa tem como objectivos específicos:

- Explicar os factores que ditam a ocorrência de fistulas obstetrícias no HDM;
- Explicar os tipos de tratamentos das FO no Hospital Distrital de Memba;
- Ilustrar os cuidados prestados às mulheres com FO no pré e pós-tratamento.

1.6. Hipóteses

Para Gil (2002, p.31) a pesquisa científica se inicia sempre com a colocação de um problema solucionável. O passo seguinte consiste em oferecer uma solução possível, mediante uma proposição, ou seja, uma expressão verbal suscetível de ser declarada verdadeira ou falsa. A essa proposição dá-se o nome de hipótese. Assim, a hipótese é a proposição testável que pode vir a ser a solução do problema.

Para tal foram levantadas as seguintes hipóteses para a satisfação do problema:

Hipótese I: Expansão da rede de saúde permitirá a redução dos casos das fístulas obstétricas;

Hipótese II: Criação de activistas locais vai permitir a expansão da informação sobre a prevenção e tratamento das FO;

Hipótese III: Contratação de mais pessoal médico ajudará a responder a demanda dos casos de FO nas comunidades.

Tabela 1: Hipóteses, variáveis e indicadores

Hipóteses	Variáveis (x e y)	Indicadores
Expansão da rede de saúde permitirá a redução dos casos das fístulas obstétricas;	(x) independente Expansão da rede de saúde ao nível das comunidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centros de saúde em cada posto administrativo; ▪ Menos partos ocorridos em casa; ▪ Menos distâncias para CS.
	(y) dependente Acesso rápido às consultas e tratamentos das fístulas obstétricas	
Criação de activistas locais vai permitir a expansão da informação sobre a prevenção e tratamento das FO;	(x) independente Criação de activistas locais nas comunidades remotas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuo envolvidos na capacitação das comunidades; ▪ Pessoas com conhecimento sobre prevenção das FO;
	(y) dependente Expansão da informação sobre a prevenção e tratamento das FO	
Contratação de mais pessoal medico ajudará a responder a demanda dos casos de FO nas comunidades.	(x) independente Contratação de mais pessoal medico especializado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico para cada centro de saúde; ▪ Rácio Médico/Paciente abaixo de 1/500.
	(y) dependente Responder a demanda dos casos de FO nas comunidades	

Fonte: Autora.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

2. FÍSTULA OBSTÉTRICA

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS: 2010, p.10) a Fístula Vesico Vaginal – FVV ou Fístula Obstétrica, como é comumente chamada, é um orifício anormal que se forma na pelve genital como consequência de um trabalho de parto obstruído ou arrastado. Ainda de acordo com a OMS na Ásia e na África subsaariana mais de 2 milhões de mulheres sofrem com a doença.

Segundo esta organização a Fístula Obstétrica (FO) consiste numa comunicação entre a vagina e a bexiga e/ou reto resultante da necrose dos tecidos por compressão da cabeça do feto numa circunstância de trabalho de parto arrastado. Existem casos de Fístulas que são derivadas de abuso e violação sexual, complicações traumáticas e cirúrgicas como do aborto ou de cesariana.

De acordo com Arrowsmith (1996, p.51), a fístula obstétrica é uma lesão devastadora, mas muitas vezes negligenciada, que ocorre como consequência de um trabalho de parto prolongado ou com incompatibilidade feto-pélvica (e que normalmente também resulta num nado-morto). O trauma da parede vaginal causa uma abertura entre a vagina e a bexiga, a vagina e o reto, ou ambos; isto faz com que a mulher tenha perdas constantes de urina e/ou fezes através da vagina.

2.1. Contexto histórico

A fístula foi descrita pela primeira vez no século XI, como uma ruptura associada ao trabalho de parto prolongado, pelo médico persa Ibn Sina, no seu Tratado de Medicina¹ mas só em 1957 que esta ruptura, atribuída ao trabalho de parto, foi nomeada como Fístula Vesico Vaginal – FVV, pelo médico Luiz de Mercado no seu Tratado de Ginecologia.²

A mais antiga evidência da doença data de 2050 a.C. no Cairo. Onde foi encontrada, na década de 1960, a múmia de Henhenit uma das esposas do faraó Mentuhotep II. Tendo falecido aos 22 anos em decorrência de um trabalho de parto complicado, o seu corpo apresentava uma grande fístula urinária e ruptura completa do períneo.

¹ Al Qanunn fi AL-Tibb.

² WLARET (2011).

2.2. Mecanismos de ocorrência e factores de risco

Segundo Hilton (2003, p.82), as fístulas vesico-vaginais podem ocorrer de forma congénita, embora a maioria sejam secundárias ao trabalho de parto prolongado, cirurgia, radiação, neoplasia e outras causas.

Durante o trabalho de parto normal, a base da bexiga, a parede anterior da vagina e a uretra, são comprimidas entre a cabeça do feto e a porção posterior da sínfise púbica. Se esta compressão durar pouco tempo não existe qualquer risco, no entanto, se esta compressão for prolongada, os tecidos ficam desvitalizados devido à isquemia (idem).



Figura 1: Visualização da FO.

Fonte: Rovner 2001.

Este facto deve-se a uma incompatibilidade feto-pélvica. Em muitos casos as parturientes são jovens, mal-nutridas, com atrasos no desenvolvimento ósseo, logo com pélvis pequenas e não preparadas para um parto eutócico. Outras causas menos frequentes, são complicações da cesariana, nomeadamente a incisão acidental da parede posterior da bexiga.

Tahzib (1983, p.90) salienta que a utilização de fórceps, pode também provocar lesões nos órgãos pélvicos, conduzindo à formação de fístulas. Em algumas regiões do globo, a prática de cirurgias tradicionais, como por exemplo a mutilação genital feminina “gishiri”, bem como a gravidez precoce logo após a menarca, aumenta o risco deste tipo de fístulas.

Para a WHO (2006)

O mecanismo de aparecimento da FO nos casos de Trabalho de Parto Arrastado (TPA), é a permanência da cabeça fetal, durante muito tempo no canal de parto. Estas FO podem ir desde um pequeno orifício por onde a mulher perde constantemente urina, até uma destruição extensa da bexiga, da parede anterior e/ou posterior da vagina e necrose das paredes do recto, períneo, e esfíncter anal, devido ao compromisso vascular da região pélvica e mesmo lesão dos ureteres, compressão do plexo sagrado e parte do nervo ciático, criando uma comunicação anormal entre a vagina e uretra/bexiga ou recto, dependendo da posição da cabeça fetal (idem).

Em alguns países em vias de desenvolvimento, as mulheres no pós-operatório de cirurgias pélvicas, muitas vezes são obrigadas a deslocarem-se em transportes totalmente lotados durante longas horas, sem possibilidade de urinar aumentando assim o risco de formação de fístulas. A formação precária de muitos técnicos de cirurgia pode levar a complicações cirúrgicas, resultando em fístulas vesico-vaginais. O coito precoce, após cirurgias pélvicas, é também considerado um factor que agrava o risco de fístulas.

Para (Abreu, Varregoso, Vaz, Gomes 2015 p.28) A prevalência de fístulas vesico-vaginais varia de país para país. Na África subsariana, apenas a África do Sul tem feito um esforço no que diz respeito ao estudo da prevalência deste tipo de fístulas.

De acordo com Rovner (2011), no caso particular de Moçambique, não existem estimativas do número de mulheres afectadas por esta patologia. Nos países industrializados a principal etiologia é a cirurgia ginecológica, onde a histerectomia abdominal vem no topo da lista, correspondendo a 83% dos casos.

Para Rovner (2011) a desvascularização dos tecidos, colocação de suturas inadvertidamente, hematomas pélvicos, ou infeções pós-operatórias, podem estar na origem da necrose dos tecidos. Nos pacientes, com bexiga hipocontráctil ou que urinem com pouca frequência, têm um risco maior de retenção urinária pós-operatória. Se esta situação não for identificada precocemente o risco de fístula aumenta, pelo que se recomenda algaliação nas primeiras 24-48h no pós-operatório.

Murphy (1981, p.131) alerta que sem uma operação cirúrgica, as consequências físicas da fístula são graves e incluem a incontinência vaginal, um odor fétido, infeções pélvicas e/ou urinárias frequentes, dores, infertilidade e muitas vezes mortalidade prematura.

E Kelly (1993, p.279) salienta que

as consequências sociais da fístula são terríveis: as mulheres com fístula são ostracizadas e muitas vezes abandonadas pelos maridos, pelas famílias e pelas comunidades; tornam-se frequentemente indigentes e têm de lutar pela sobrevivência. Para piorar a situação, muitas mulheres ficam tão embaraçadas com a sua condição que sofrem em silêncio, em vez de procurarem ajuda médica, mesmo quando essa ajuda está disponível.

Para Vangeenderhuysen (2001, p.65-66), esta condição devastadora afecta mais de 2 milhões de mulheres em todo o mundo. Estima-se que surjam, por ano, mais 50000 a 100 000 casos, um número que alguns acreditam ser demasiado baixo para ser fiel à realidade.

De acordo com Rasheed (2004), as fístulas ocorrem em zonas onde o acesso aos cuidados no parto é limitado, ou onde estes são de baixa qualidade, o que se verifica, sobretudo, na região da África Subsariana e em certas partes do sul da Ásia. Nas áreas onde a fístula é mais frequente, poucos hospitais oferecem a cirurgia correctiva necessária, que não é rentável e para a qual os cirurgiões e as enfermeiras muitas vezes não foram adequadamente preparados.

2.3. Sintomas

Os principais sintomas físicos da doença são a perda contínua de urina (e/ou fezes) pela vagina. Se não for logo tratada a fístula pode transforma-se num problema crónico de saúde (UNFPA, 2012) desenvolvendo irritação cutânea da vulva e períneo, dor durante a relação sexual e infecções do trato vaginal ou urinário de repetição.

De acordo com a UNFPA (2003) em alguns casos, durante o trabalho de parto, a mulher sofre danificação dos nervos das pernas, que os médicos em Moçambique chamam de síndrome do pé pendente, que leva à falta de mobilidade nos membros inferiores, sendo necessário para além da cirurgia da reparação da fístula um longo tratamento de reabilitação física.

Para Vaz, (2011) as fístulas variam de tamanho e de grau de complexidade, podendo ser uma Fístula Simples, pequeno orifício de cerca de 1cm por onde a mulher perde constantemente urina ou uma Fístula Complexa com destruição extensa da bexiga, vagina, reto, períneo, esfíncteres, compromisso vascular e neurológico da região pélvica.

2.4. Diagnostico

Segundo Cardoso (2009) no que diz respeito à investigação, o primeiro passo é:

1. Excluir uma incontinência urinária por incompetência esfíncteriana;
2. Verificar que a perda é extra-uretral;
3. Identificar o local exacto da perda urinária;
4. Identificar ou excluir outros trajectos fistulosos.

A cistouretroscopia e a cistografia são exames de primeira linha. No entanto, muitas vezes o exame objectivo é suficiente para caracterizar a fístula. A cistografia poderá ter mais interesse nas fístulas vesico-uterinas. A utilização de fenazopiridina como corante por via oral ou Indigo Carmino por via intravenosa, são dois métodos importantes na investigação destas fístulas.

De forma a diferenciar as fístulas uretéricas das fístulas vesico-vaginais, deverá utilizar-se o teste de corante duplo. Utiliza-se o azul-de-metileno para corar a urina contida na bexiga e a

fenazopiridina administrada por via oral. Esta última vai corar a urina proveniente dos ureteres de cor laranja em contraste com o azul-de-metileno. Com uma compressa na vagina pode-se distinguir qual a origem do processo fistuloso (idem).

As fístulas vesico-vaginais consideram-se complexas se recidivaram após tratamento prévio, se o seu tamanho é superior a 2 cm, se apresentam fibrose residual ou se estão associadas a radioterapia.

2.5. Tratamento

Para Waaldijk (1997, p.27) relativamente ao tratamento, a cateterização precoce é essencial. 28% das fístulas de pequena dimensão resolvem-se espontaneamente com algaliação. As pacientes sujeitas a trabalho de parto prolongado, deverão permanecer algaliadas durante 6-8 semanas, como medida profiláctica. É necessário otimizar o estado geral da doente. Algumas destas pacientes podem estar malnutridas e anémicas. No que diz respeito ao período operatório, para as fístulas de causa obstétrica o tempo recomendado é de 3 meses.

A maioria das fístulas deve ser abordada por via vaginal. Esta tem inúmeras vantagens:

- Rápida convalescença;
- Tempo operatório mais curto;
- Menor risco de hemorragia;
- Evita a incisão alargada da bexiga;
- Não esta dependente de cirurgias abdominais anteriores.

Por esta via é possível realizar concomitantemente cirurgia anti-incontinência, possibilidade de retalhos pediculados adjacentes e encerramento por planos.

Para Rovner (2011) a via abdominal fica reservada para fístulas de grande dimensão, com uma localização alta, em casos de necessidade de cistoplastia de aumento ou em caso de reimplantação dos ureteres. Em casos específicos, em que exista estenose da vagina ou impossibilidade de colocar a paciente em posição de litotomia, deverá optar-se pela via abdominal.

Segundo Hilton (2003, p.285) o objectivo principal da utilização dos retalhos é, fundamentalmente, ocupar o espaço livre e conferir suporte vascular. Vários tecidos podem ser utilizados, nomeadamente o músculo bulbocavernoso e a gordura do grande lábio (retalho de Martius). Também o epíplon, o músculo reto abdominal, a parede vaginal e o peritoneu podem servir para melhorar a abordagem de determinadas fístulas.

Na via vaginal a paciente deve ser colocada em posição de litotomia dorsal, deverá utilizar-se um espécuro e colocar suturas nos grandes lábios para melhorar a exposição. Deverá colocar-se uma algália no trajecto fistuloso (idem).

Rovner (2011) explica:

- 1) É importante verificar a permeabilidade da uretra. Muitas vezes a uretra está obstruída, ou estamos perante uma fístula circunferencial em que é necessário fazer uma anastomose circunferencial ao nível do colo vesical. Em caso de fístulas de maior dimensão, em que se visualizem os meatos ureterais estes devem ser cateterizados, abordagem vaginal, cateterização dos meatos, encerramento da bexiga, 1º plano.

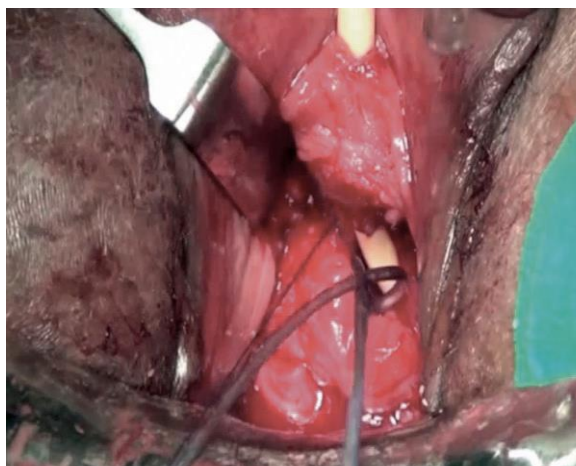


Figura 2: Abordagem vaginal, cateterização dos meatos, encerramento da bexiga.
Fonte: Vaz 2015.

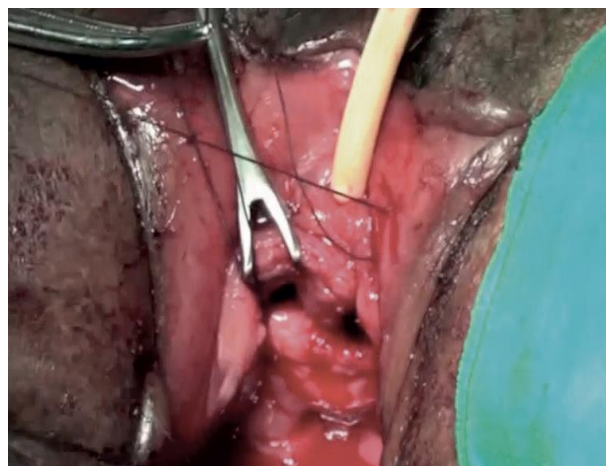


Figura 3: Abordagem vaginal, encerramento da mucosa vaginal.
Fonte: Vaz 2015.

Após cateterização do trajecto fistuloso, marcar com uma caneta dermográfica o plano da incisão. Este deverá circunscrever a fístula. A incisão poderá ser em U ou em J. Em seguida, procede-se à disseção da parede da vagina, criando o plano dos retalhos laterais, isolando a fístula. Poderá ser importante injectar uma solução sub-mucosa diluída contendo adrenalina, ou mesmo oxitocina, substâncias vasoconstritoras, que não só facilita a separação dos planos, como diminui a hemorragia intra-operatória, melhorando a disseção dos planos. O primeiro plano de suturas é colocado, retira-se a algália. Pontos simples, sem atravessar a mucosa, separados cerca de 3 mm. Evitar suturas contínuas, existe maior probabilidade de isquemia, por último, avança-se o retalho vaginal lateral 2 a 3 cm à frente do segundo plano de suturas. Encerra-se a parede vaginal, com uma sutura absorvível contínua.

- 2) A via abdominal comparativamente com a via vaginal, tem um tempo de recuperação mais elevado, maior risco de hemorragia, e em geral maior morbidade.

- 3) Deverá colocar-se cateteres ureterais intra-operatoriamente podendo ser retirados no final da cistografia, excepto se implicou uma reimplantação ureteral. Incisão da bexiga, em bivalve até à localização da fístula, aspecto em forma de raquete, deverá dissecar-se a vagina da bexiga 2 a 3 cm no sentido distal ao trajecto fistuloso.

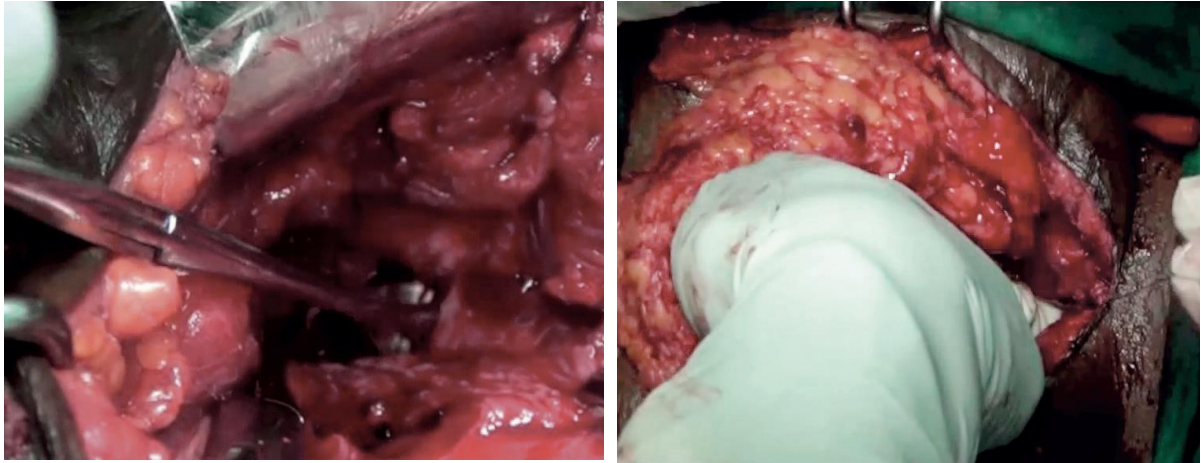


Figura 4: Abordagem abdominal, incisão da bexiga em bivalve 2 cm para além.

Fonte: Vaz 2015.

- 4) A vagina é encerrada com uma sutura contínua, nesta fase, a interposição de epíploon, deverá ser colocada numa posição distal à excisão da fístula, deixando-se uma algália.

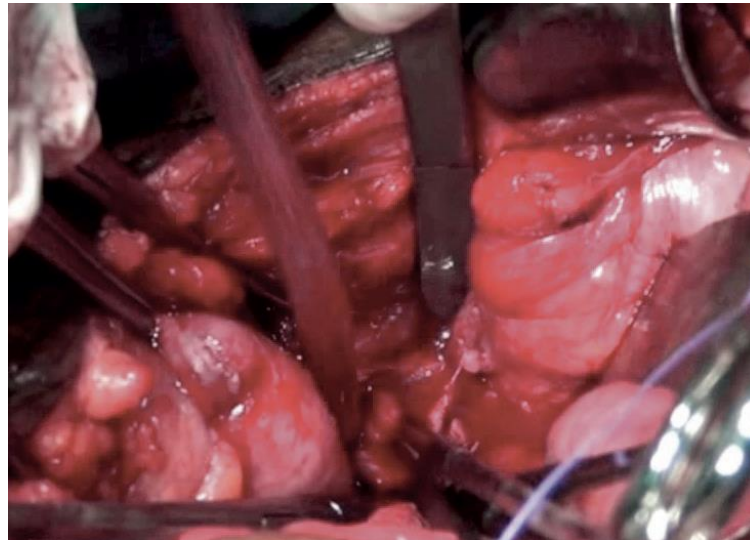


Figura 5: Abordagem abdominal, encerramento da vagina, com sutura contínua.

Fonte: Vaz 2015.

A necessidade de optar por uma derivação urinária é pouco frequente, os números apresentados num estudo conduzido no sul da Nigéria, em 2484 doentes com fístula vesico vaginal de causa obstétrica, apenas 0,6% necessitaram de derivação urinária permanente.

Em Moçambique, em particular as derivações urinárias utilizadas com maior frequência são a Mainz II. A derivação urinária permanente, deverá ser utilizada apenas em casos muito seleccionados em que todo o tipo de abordagens tenha falhado. A avaliação inicial das doentes é de extrema importância. Nos casos descritos não seria necessário a utilização de corante, visto que as fístulas eram evidentes à inspeção devido ao seu tamanho.

Vaz (2015, p.4) salienta que infelizmente existem casos em que a fístula é considerada incurável, são os casos de destruição total da bexiga e uretra. Como alternativa os médicos a submetem a uma cirurgia de Urostomia, a paciente terá de utilizar um saco para “guardar” a urina, o que acaba lhe proporcionando uma melhor condição de vida do que a sua perda incontrolada.

Também existem os casos de destruição completa da vagina ou remoção do útero (Histerectomia total), que implicam na impossibilidade de a mulher voltar a ter relações sexuais e/ou gerar filhos o que acarreta uma série de problemas para estas mulheres, relacionados principalmente com sua incapacidade de exercer sua “função” de esposa/mãe (idem).

2.6. A Fístula Obstétrica no Mundo

De acordo com Amalique, (2008, p.8) a Fístula Obstétrica foi eliminada na Europa e nos Estados Unidos, na sequência de um esforço de saúde pública que decorreu 1935 a 1950 e que permitiu o acesso universal das mulheres aos cuidados do parto seguro (OMS, 21 de abril de 2015). ³Actualmente, nos países desenvolvidos a fístula ocorrem principalmente em decorrência de gênese cirurgias pélvicas, como é o caso da histerectomia ou cesarianas.

As fístulas associadas, em particular, com a histerectomia total abdominal respondem por 75% de todos os casos em países desenvolvidos, bem diferente da realidade dos países em desenvolvimento onde as fístulas obstétricas constituem um problema de Saúde Pública. Particularmente em África, a causa mais comum é o trabalho de parto arrastado, sendo responsável por 65% a 96% dos casos de FVV (idem, p.9).

De acordo com Hamerski et al (2006), não existe um número exacto da prevalência da Fístula Obstétrica, refletindo o como a doença (e estas mulheres) tem sido sistematicamente negligenciada. Para o médico nigeriano Babtunde Osotimehin, Chefe do Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA à persistência da Fístula Obstétrica nos países em

³ Organização Mundial de Saúde 2015.

desenvolvimento reflete o fracasso dos sistemas de saúde sexual e reprodutiva, o que ocasiona anualmente de 50.000 a 100.000 novos casos de Fístula Obstétrica em todo o mundo.

Desde 2004 algumas perguntas sobre a Fístula foram incluídas nos estudos demográficos de saúde em mais de vinte países do continente africano. Entre os anos 2008 a 2013, onze destes países relataram percentagens de mulheres que, quando entrevistadas, afirmaram que tinham ouvido falar ou relataram ter a doença.

Além dos Inquéritos Demográficos de Saúde, também se faz necessário que as unidades de saúde sejam capazes de diagnosticar as fístulas durante as visitas pós-parto, notificar e encaminhar estas pacientes para os centros de reparação de Fístula Obstétrica.

Para Tunçalp et al (2015), só será possível alocar os recursos (humanos e financeiros) necessários para tratar as fístulas, quando houver precisão nos dados sobre a doença.

Segundo WLSA, (2011) em Moçambique também não se sabe precisar o número de mulheres que convivem com a doença, mas os médicos estimam que seja algo em torno de 75 a 100 mil mulheres.

2.7. A Fístula Obstétrica em Moçambique

O nascimento de uma criança é um dos momentos mais alegres de qualquer família, mas infelizmente o parto continua a representar um grande risco, tanto para mãe como para o bebê. Em alguns países em desenvolvimento, este evento é tão frequente, que é capaz de produzir uma razão de 2.000 mortes materna por 100.000 nascidos vivos.

De acordo com dados da Cia World Factbook (2015) dentre os vinte países que possuem os maiores índices de mortalidade materna, todos estão localizados no continente africano, Moçambique ocupa a vigésima posição neste ranking com 490 mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos.

Para a Organização Mundial de Saúde – OMS estima que anualmente 20 milhões de mulheres apresentem complicações agudas da gestação, destas cerca de 550.000 morrem no parto. Considerando as estatísticas da OMS, que para cada morte materna ocorrem vinte complicações incapacitantes para a mulher, pode-se concluir que uma parcela significativa das mulheres no país está afectada pela Fístula Obstétrica⁴.

⁴ MISAU, (2012, p.6).

De acordo com Guerra (2016, p.7), durante encontro realizado em Maputo em julho de 2014 para discutir a Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas em Moçambique, Alexandre Manguela, Ex-Ministro da Saúde de Moçambique reconheceu que ainda há um longo caminho a percorrer, e que apenas 20% das mulheres com fístula tem acesso ao tratamento.

Para Vaz (2011) As zonas que apresentam elevadas taxas de aparecimento de fístula são as províncias de Niassa, Tete, Zambézia, Nampula, Inhambane, Manica e a zona sul da província de Sofala⁵. Para Vaz a elevada prevalência da doença nestas províncias deve-se ao facto de serem regiões rurais onde a maioria da população vive na pobreza absoluta e que possui baixa cobertura da assistência ao parto.

Para UNFPA, (2003, p.42) outro agravante está relacionado com o transporte e ao sistema de comunicação que são precários e insuficientes, fazendo com que uma mulher com parto obstruído não tenha acesso aos serviços de saúde, principalmente na região norte do país onde o terreno é montanhoso.

Como afirma o Dr. Armando Melo, responsável do Programa Nacional de Fístulas ao dizer que, “quanto mais cedo chega uma cirurgia de paciência e precisão a fístula ao hospital no distrito, mais fácil é de tratar. Ainda há muito por fazer”. Para este, não existem estudos nacionais sobre a incidência da fístula porque até agora não foi considerado um problema prioritário de saúde pública (WLSA Moçambique 2011).

Para Dr. Marchesini do Hospital Provincial da Zambézia, 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 morbidade materna. Com base aos cálculos de 3 a 4 fístulas por cada mil nascimentos, e sendo que ocorrem uns 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 (WLSA Moçambique 2011).

2.7.1. Factores prevaletentes da Fístula Obstétrica

Segundo Vaz (2011), para além das causas físicas já descritas responsáveis por esta patologia: trabalho de parto prolongado, lesões cirúrgicas acidentais relacionadas com a gravidez e

⁵ Idem, p.13.

operações invasivas para induzir o aborto ou histerectomia, a UNFPA, juntamente com outros parceiros, entre eles a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, elencou, após a revisão de relatórios elaborados em 11 dos 16 países do continente africano, os principais factores que contribuem para a incidência da fístula obstétrica, entre os quais destaca-se:

- i. Pobreza extrema e o limitado acesso a informação e aos cuidados de maternidade segura (planeamento familiar, parto institucional e cuidados obstétricos)** - A Fístula normalmente acontece em mulheres pobres, especialmente aquelas que vivem longe das unidades sanitárias. Dentre os fatores que contribuem para a fístula, a pobreza é mais determinante, porque está associada ao casamento prematuro e à desnutrição.
- ii. Casamento prematuro, tendo como consequência a gravidez na adolescência** - Em Moçambique quem tem o maior risco de desenvolver a doença, são as mulheres jovens e adolescentes, loboladas aos 11/12 anos, grávidas aos 13/15 anos e que dão à luz em casa, como manda a tradição (WLSA, 2011). Segundo Afonso Pães (1982, p.675) o parto obstruído prolongado está relacionado à desproporção entre o tamanho do feto e a estrutura óssea destas mulheres, que é muito pequena ou imatura, talvez devido à juventude ou à desnutrição que inibi o crescimento (Cook e Dickens, 2004). A desnutrição e a baixa estatura são fatores fisiológicos que contribuem igualmente para o parto obstruído.
- iii. Elevada taxa de natalidade** - Contudo, outros factores directos ou indirectos predis põem a mulher a ter um parto arrastado ou obstruído. Os riscos de complicações na gravidez e no parto são maiores se a mulher tiver tido muitas gestações. Estas distocias, que incluem hemorragia e Desproporção Céfalo Pélvica são frequentes em mulheres múltíparas e que podem também, igualmente as primigestas, desenvolver fístula durante um parto complicado, sem assistência médica (Miller et al, 2005).
- iv. Grandes distâncias entre as residências e as Unidades Sanitárias (falta de atendimento qualificado no parto e de cuidados obstétricos de emergência)** - Em países em desenvolvimento a falta de atendimento qualificado no parto e a falta de emergência nos cuidados obstétricos contribuem para altas taxas de trabalho de parto obstruído e como consequência a fístula obstétrica (Miller et al, 2005). A maioria das pacientes é proveniente de zonas rurais remotas, tendo de percorrer longas distâncias para chegar às Unidades de Saúde, que não estão preparadas para realizar uma cesariana. Chega-se ao outro impasse que é a escassez ou ausência de transporte para transferência destas pacientes aos centros médicos. O principal factor causador das FVV em

Moçambique é justamente a deficiência na assistência obstétrica (Amalique, 2008, p.26).

- v. **Aspectos culturais** - Os mitos comuns em relação às fístulas são que as mesmas foram causadas por culpa dos maus espíritos, de que a mulher está amaldiçoada ou que está sendo punida, por que ofendeu os deuses ou foi infiel ao marido. Conforme podemos atestar no estudo realizado pelo Health Poverty Action (2011) com mais de 600 líderes comunitários em Serra Leoa, onde 57% atribuíram à doença a “vontade de Deus” ou responsabilizaram a mulher, conferindo à causa da doença a infidelidade feminina. Em algumas províncias de Moçambique, o trabalho de parto complicado também está associado à infidelidade feminina. O que acaba provocando atrasos em levá-la ao hospital, pois só quando a mulher confessar a infidelidade (real ou imaginada) é que é assistida (WLSA, 2011). Estas tradições fazem com que as parturientes se recusem a dar à luz nas maternidades, sobretudo quando sabem que serão assistidas por homens ou parteiras jovens que ainda não têm filhos.

2.8. As estratégias para enfrentar a doença

Enquanto os médicos vêm desenvolvendo esforços individuais para acabar com a FVV, os governantes não reconhecem esta condição como um problema de saúde pública. Em resposta ao impacto da fístula obstétrica na vida das mulheres a UNFPA lançou em 2003 uma campanha mundial pelo Fim da Fístula (The Fístula End).

De acordo com Velez (2007, p.144) o objetivo da campanha é tornar a doença tão rara nos países em desenvolvimento como é nos países industrializados, ampliando as ações para as questões de saúde materna/reprodutiva e equidade de gênero.

A UNFPA tem apoiado financeiramente desde 2003 o tratamento cirúrgico de cerca da metade dos casos de fístula tratados nos países em desenvolvimento, foram mais de 47 mil mulheres operadas, conforme dados divulgados.

A campanha pelo fim da Fístula abarca hoje mais de 50 países nos continentes africano e asiático, de forma a tratar os casos existentes, objetivando erradicar a doença nos países em desenvolvimento, prevenir o surgimento de novos casos através do acesso imediato aos cuidados obstétricos de emergência e ajudar na reintegração destas mulheres na sociedade.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE PESQUISA

Para Ruiz, (1996, p.131) Método é “o conjunto de etapas e processos a serem vencidos ordenadamente na investigação dos fatos ou na procura da verdade”.

Para esta pesquisa usou-se o método hipotético-dedutivo.

Segundo Lakatos e Marconi (1995, p.106), Hipotético-dedutivo: que se inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos acerca da qual se formula hipóteses e, pelo processo dedutivo, testa-se a ocorrência de fenômenos abordados pela hipótese.

3.1. Tipos de pesquisa

Quanto ao tipo, esta é uma pesquisa Descritiva uma vez que pretende trazer a tona as ações desenvolvidas no HDM com vista a eliminar os casos de FO naquela região.

De acordo com Gil (2002, p.42) “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática”.

3.1.1. Pesquisa quanto aos objetivos

Quanto aos objetivos, trata-se de uma pesquisa Exploratória. Nesta pesquisa fez-se um estudo aprofundado sobre a prevalências de casos de FO, seus factores adjacentes e como as entidades de saúde lidam com este problema.

Para Gil (2002, p.42) “Pesquisa exploratória: Esta pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso”.

3.1.2. Pesquisa quanto a abordagem

Quanto a abordagem, é uma pesquisa qualitativa. Esta pesquisa visou buscar dados comprovativos da ocorrência das FO no HDM, com base em técnicas de pesquisa como questionários, entrevistas e observação para posterior elaboração de um relatório.

Lakatos (1991) afirma que pesquisas qualitativas são elaboração de um relatório, levantamento de dados de empresa, formulação de dados, elaboração de um questionário, observação dados e a descrição, porque o pesquisador procura aprofundar-se na compreensão dos fenómenos que estuda –ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente e contexto social – interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes da situação.

3.1.3. Pesquisa quanto aos procedimentos

Trata-se de um estudo de caso, que segundo Gil (2002, p.54) é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais. Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados.

3.2. Técnicas e instrumentos de colecta de dados

Segundo Oliveira (1996, p. 296), entende-se por técnicas ao conjunto de processos operativos ou operações simples, que nos permitem pesquisar algo, enquanto por método ao processo de selecção de técnicas de pesquisa adequadas ao trabalho que se pretende fazer, o controlo da sua utilização e integração dos resultados.

Para a pesquisa, usou-se, o questionário e a entrevista, como instrumento de colecta de dados.

3.2.1. Questionário

Para Gil (1999, p.128), pode ser definido “como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objectivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”.

Para esta pesquisa, previu-se o uso de um guião, contendo uma série ordenada de perguntas que deverão ser respondidas pelos envolvidos da pesquisa preenchidos e posteriormente devolvidos a pesquisadora.

3.2.2. Entrevista

Segundo Lakatos & Marconi (2013, p.80) “a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”.

A Entrevista foi do tipo semiestruturada que ocorre através do início de algumas questões específicas e depois seguindo o curso de pensamento do entrevistado através de investigações do entrevistador. Portanto, o referido guião será constituído de uma série ordenada de perguntas abertas que deverão ser respondidas pelos entrevistados da pesquisa e preenchidas pela pesquisadora.

3.3. Universo da pesquisa

De acordo com Gil (2002, p.41) Universo ou população é um “conjunto de elementos que possuem determinada característica”.

A esta pesquisa, tem como universo, 35 funcionários do sector de Medicina, Maternidade e Administrativo.

3.4. Amostra

Gil (2002, p.88) afirma que amostra é a “parcela convenientemente seleccionada do universo (população); é um subconjunto do universo”.

Portanto, a pesquisa teve como amostra: 20 inquiridos, sendo 1 médico generalista, 3 enfermeiros, 9 enfermeiras de saúde materno infantil, 3 clínicos e Director do Hospital, e serão ouvidos 3 relatos de algumas pacientes identificadas aleatoriamente.

Para Lakatos & Marconi (2003 p. 224), este tipo de amostragem baseia-se na escolha aleatória dos pesquisados.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Neste capítulo far-se-á a apresentação dos dados obtidos ao longo desta pesquisa, que resultaram de uma observação sistemática directa e foram compreendidos como acontecem na realidade, e confrontados com as teorias existentes a respeito do assunto investigado.

Segundo Teixeira (2003) defende que a análise e interpretação de dados são processos intrínsecos, isto é, estão intimamente vinculados um do outro.

Para Gil (1999, p.168) a interpretação tem como objectivo a procura de sentido mais amplo das respostas, o que foi mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos.

Para o autor do trabalho entende que, os dados obtidos ao longo da pesquisa de campo devem ser compreendidos como acontecem na realidade, e confrontados com as teorias existentes a respeito do assunto investigado, para que possam ser tabulados, permitindo que esse pesquisador possa argumentar a respeito das teorias e fatos que envolvem esses dados, assim como tirar as suas conclusões.

Para a compilação dos dados colhidos, o autor faz-se apoiar por softwares como o Ms Office Excel para efeitos de cálculos estatísticos, moldagem das tabelas e dos respectivos gráficos.

Em seguida são apresentados em pontos pertinentes relacionados com as variáveis e hipóteses levantadas na pesquisa, iniciando com as questões colocadas ao Director do Hospital, seguida das perguntas feitas aos enfermeiros, num total de 17 inquiridos e 2 relatos de casos.

Parte I

4.1. Questões dirigidas ao Director do Hospital

Neste ponto são ilustrados dados colhidos através de uma entrevista feita ao Director do Hospital de Mombaça. A entrevista teve como objectivo aferir a abrangência dos serviços de saúde naquele distrito. Assim foram as questões colocadas:

1. Quantos centros de saúde existem ao nível do distrito de Mombaça?

De acordo com o Director do HDM o distrito tem 14 unidades de saúde. Esta informação confirma com os dados contidos no Anuário Estatístico da Província de Nampula de 2019 do Instituto Nacional de Estatística na sua pág. 31. Assim a rede sanitária do distrito de Mombaça conta com 14 unidades sanitárias sendo estas 1 Hospital, 12 Centros de Saúde e 1 Posto de Saúde.

2. Quantos postos administrativos tem unidades sanitárias?

“todos eles”, assim afirmou o entrevistado. Isto faz perceber que em todos os postos administrativos, nomeadamente: Chipene, Lúrio, Mazua e Memba, existem unidades sanitárias.

3. Nelas (unidades sanitárias) existem médicos?

“Não” respondeu o Director do HDM sem especificar as razões.

4. Qual é o rácio médico/paciente?

Colocada esta questão o entrevistado responde nos seguintes termos: o calculo do rácio médico/paciente do distrito é baseado no rácio do país no geral, e com base nisso pode-se afirmar que o rácio médico/paciente esta em 8,7 médicos para 100.000 habitantes. Fazendo uma análise, chega-se a conclusão que este rácio médico/paciente está muito distante do rácio ideal da OMS fixados em 2,3/1000 habitantes. De outro lado pode-se constatar que ao nível do distrito de Memba é bastante baixo este rácio, uma vez que de acordo com o Anuário Estático da Província de Nampula de 2019 na sua pág. 16 estima uma população do distrito de Memba em 328.460 habitantes⁶ contra 6 médicos existentes em 2019⁷. Com base nestes números o rácio médico/habitante fixa-se em 1,8 médicos para 100.000 habitantes, valor este muito baixo do que deveria ser.

5. No seu ponto de vista a rede sanitária do distrito é abrangente?

Responde o Director do HDM “esta rede sanitária não é abrangente uma vez que o seu rácio revela valores muito baixos do recomendado”. Há que corroborar com este posicionamento uma vez que a extensão do distrito comporta um total de 4 postos administrativos com um total de 8 localidades e com uma população de 328.460 habitantes para apenas 14 unidades sanitária.

6. Quanto aos médicos o número existe ao nível do distrito é suficiente para cobrir a demanda?

O Director disse: “no meu ponto de vista o número de médicos existente neste distrito esta longe de responder a demanda, basta para tal relacionar o número de habitantes e o número de médicos que tem, há um grande défice de médicos para todos habitantes”. De facto, estas afirmações

⁶ INE, CENSO 2017.

⁷ INE, Anuário Estatístico 2019 Província de Nampula.

conferem com o verificado no local, há bastante falta de médicos, razão pela qual nota-se gente que percorrem longas distancias para ter um tratamento adequado.

Parte II

4.2. Questões dirigidas aos Médico Generalista

Neste item foi inquirido o médico generalista do HDM a fim de colher por parte dele informações da sua responsabilidade sobre a ocorrência das FO e foram questões abertas e fechadas. Assim constitui o leque das perguntas feitas:

1. Como classifica o seu trabalho?

“O meu trabalho é bom”. Foi nestes termos que respondeu o médico, fazendo entender que exerce o seu trabalho no dia-a-dia com tanto gosto.

2. Em média quantos partos acontecem por ano em casa e no hospital?

Esta questão objectivava saber o número médio de nascimentos que ocorrem em casa ou melhor fora do hospital e dentro do hospital. Feita esta pergunta o inquirido afirma que a média de partos que ocorrem fora do hospital estimam-se em 297 partos em relação aos que acontecem no hospital estimados em 840 partos. Ora, este número de nascimentos fora dos estabelecimentos hospitalares é bastante elevado, é 35,3%. Este cenário faz perceber que factores como distância percorrida pelas gestantes para os centros de saúde, falta de sensibilização da população e rede sanitária não abrangente, pode estar contribuindo para a ocorrência deste número de partos.

3. Tem existido caso de parto prolongados?

Colocada esta pergunta o inquirido afirma sim ter existido casos de partos prolongados em um de 14 partos por mês. Este número de partos prolongados por mês é elevadíssimo, estimando em um ano chega-se aos 168 partos. Para perceber-se das causas destes partos, partiu-se para a questão que segue.

4. A que se devem os partos prolongados?

O médico questionado, como especialista que lida com os casos, afirma tratar-se na maioria das vezes de aspectos culturais e de grávidas precoces. De facto, olhando e considerando que o índice de escolaridade naquele distrito é baixo, o acesso ao ensino é deficiente, pode-se concluir que a cultura toma conta de todos princípios da vidas das pessoas, a tradição exerce forte

influência no quotidiano da sociedade, casamentos prematuros como também resultado da tradição, da falta de escolaridade o que origina por sua vez as grávidas precoces, e como as meninas não estão preparadas para lidar com a gestação e com falta de hospitais mais próximos resulta assim em situações como fistulas obstétrica.

5. O hospital trata de casos de fistulas obstétricas?

“Sim”, assim respondeu o médico colocada a questão dando a perceber que o HDM sendo a maior unidade de saúde naquele distrito, tem a responsabilidade de cuidar dos casos de FO.

6. Existem activistas nas comunidades para difundir informação sobre prevenção das FO?

7. A comunidade está capacitada em matéria de fistulas obstétricas?

Com estas perguntas a pesquisadora pretendia saber se a população de Momba é informada sobre cuidados a ter o problema das FO, tarefa que devia ser levada a cabo através de agentes naqueles povoados. Como resposta do médico foi de afirmar que não existem. Isto pode explicar as razões de ocorrência de muitos casos naquele ponto do país, uma vez que a comunidade não está informada desde as suas causas até às consequências. Esta análise é também válida para a questão nº 7 do questionário.

8. Tem se registado histerectomia total?

É sabido que histerectomia total é a destruição completa da vagina ou remoção do útero da mulher. Assim constatou-se que tem ocorrido estes casos no HDM. Para chegar-se a esta conclusão foi por meio da questão acima escrita feita ao médico generalista daquele hospital. Este faz entender que as consequências que advêm das fistulas se não prevenidas, vão além das rupturas dos canais urinários, chegando ao extremo como é o caso de remoção do útero impossibilitando assim a mulher de procriar.

9. Quanto tempo em média leva uma paciente com FO a melhoria?

O tempo de melhoria de um paciente é o tempo decorrente de dor e sofrimento até a passagem total da doença. Assim quanto menor for o tempo de melhoria menos é o sofrimento. Foi neste pressuposto que se colocou a questão com objectivo de perceber o período médio de recuperação dos pacientes de fistulas obstétricas no HDM. Segundo o inquirido são 45 dias para a melhoria das mulheres padecentes de FO naquele hospital. Estes dias não só são de dor, mas

também de uma vida parada, tarefas paradas em sua a situação socioeconómica da mulher fica comprometida.

10. Quantos casos em média de FO se registam por ano?

Para se saber o número de casos de FO ocorridos por ano, foi indagado o médico do HDM com a questão acima citada. Por sua vez este afirma ter-se registado números que vão até 96 casos por ano, isto significa que em cada 14 partos prolongados registados por mês, pelo menos 6 resultam em fístulas obstétricas. Estes valores são preocupantes sob ponto de vista social e económico.

11. Quais as factores são frequentes para a ocorrência das FO?

Foi feita esta questão para se aferir por parte do médico as reais causas que estão por de trás dos casos de FO naquele distrito. Este afirma que o que causa mais esta doença são os partos prolongados e as grávidas precoces. Mais uma vez confirma-se que os partos prolongados constituem factor pertinente para as FO em comparação como outras causas.

12. Que tratamento é realizados em FO?

Esta pergunta objectivou entender que cuidados recebem as pacientes com FO. O inquirido responde à questão dizendo que com vista a colmatar o problema, as pacientes passam por uma intervenção cirúrgicas uma vez que os danos consistem certos estragos no órgão genital da paciente.

13. Qual a distancia máxima de proveniência das pacientes de FO?

Acima dos 20km, afirmou o médico, dando a perceber que a população em percorrido longas distancias para ter acesso aos tratamentos de FO. Também pode entender que o tratamento desta doença não é feito em postos de saúde uma vez que exige de um especialista e equipamentos cirúrgicos, o que pode não se encontrar em pequenas unidades sanitárias.

Parte III

4.3. Questões dirigidas aos Enfermeiros, ESMI e Clínicos

Neste item são destacadas as perguntas feitas aos enfermeiros, ESMI e Clínicos num total de 15 inquiridos, de forma a colher-se dados relacionados aos casos de FO no HDM no período em alusão. Deste modo são as questões:

1. Gostas do seu trabalho?

O intuito desta pergunta era de ambientar os inquiridos, uma forma de preparação psicológicas e enquadrá-lo no assunto a tratar. Desta questão, colheu-se a sensibilidade de todos inquiridos de que gostam do seu trabalho. Esta resposta faz entender que estes fazem as suas tarefas com amor, paciências e zelo.

2. Tem assistido casos de fistulas obstétricas?

Era objectivo desta pergunta, filtrar os inquiridos, aqueles que o seu trabalho está ligado estreitamente a assistência de casos de FO. Dos 15 inquiridos numa percentagem de 100%, 13 equivalentes a 86,7% trabalham com casos de FO e apenas 13,3% não trabalham com os casos.

Pergunta	Resposta		Percentagem
Tem assistido casos de FO?	Sim	13	86,7%
	Não	2	13,3%
Total	15		100%

Tabela 2: Assistência de casos de FO.

Fonte: A Autora 2021

3. Quais as causas de FO as pacientes relatam?

Como essa questão a pesquisadora pretendia perceber as reais causas da ocorrência das fistulas obstétricas no distrito de Memba. Para tal foram inquiridos um total de 15 indivíduos que por sua vez afirmaram nas seguintes proporções: 6,7% destes apontam Violências e partos prolongados (PP, V), e em seguida, 13,3% dizem dever-se das gravidas precoces que ocorrem as FO (GP), mais adiante 26,7% afirmam serem os Partos Prolongados que causam as FO na sua maioria (PP), mas outros 13,3% declaram tratar-se de falta de atendimento qualificado durante o parto (FQAP). Com relação a esta questão estão mais 26,7% dos inquiridos que dizem tratar-se de uma junção de partos prolongados e gravidez precoce (PP, GP) e por ultimo existe outro grupo equivalente a 13,3% que afirmam ser uma combinação de factores como falta de atendimento qualificado durante o parto e os partos prolongados (PP, FAQP). Fazendo-se uma comparação das respostas colhidas nota-se uma predominância dos partos prolongados como causa originaria das fistulas obstétricas naquela região numa proporção de 73,3%. Assim não deixa margem de duvida que se trata meso de partos prolongados combinados a outros factores adjacentes a este que catapultam as fistulas obstétricas.

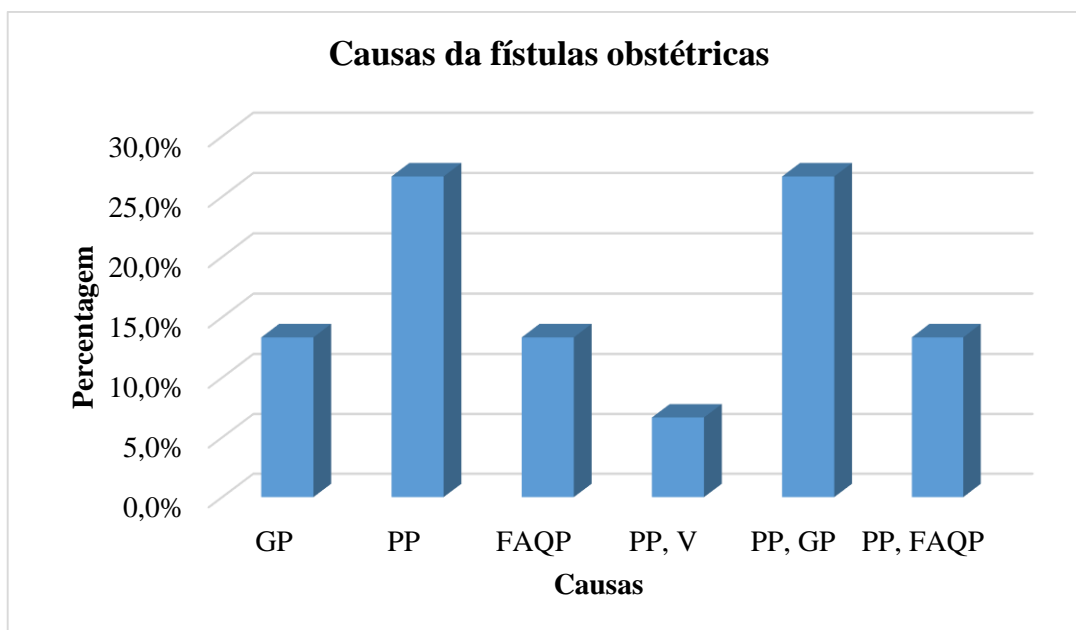


Gráfico 1: Causas das fístulas obstétricas.

Fonte: A Autora 2021.

4. A que distância as pacientes provem?

Com esta pergunta a pesquisadora pretendia apurar o máximo de distância que as pacientes percorrem para ter acesso ao tratamento hospitalar. Assim dos inquiridos em um numero de 15 todos (100%), afirmam que as pacientes provem de distancias que variam de 1 a 20km. Atendendo e considerando que os 20kms foi o máximo de distância estimada pela pesquisadora, pode-se perceber que as pacientes chegam a percorrer mais que o previsto, numa clara evidencia de que os serviços de saúde no distrito de Memba não são tao abrangente a todos comunidades.

5. Que cuidados de saúde fazem às mulheres com FO?

Para esta pergunta estavam envolvidos 15 indivíduos, com objectivo de aferir que cuidados recebem as pacientes com FO. Com relação a isso, 6,7% dos inquiridos relatam que as vitimas são submetidas ao estancamento da saída incontrolável da urina, tratamentos com antibióticos, e são instruídas em manter a higiene pessoal. Dos restantes 93,3% afirmam que em determinados casos são encaminhados a consultas e intervenções cirúrgicas junto ao medico. Das respostas colhidas pode-se verificar que na maioria dos casos são de intervenção cirúrgica, aqui fica claro que estes casos podem se tratar de uma obstrução parcial ou total dos canais.

Pergunta	Resposta		Percentagem
Que cuidados de saúde fazem às mulheres com FO?	Estancar urina, administração de antibióticos.	2	6,7%
	Intervenção Cirúrgica	14	93,3%
Total		15	100%

Tabela 3: Cuidados de saúde às mulheres com FO.

Fonte: A Autora 2021

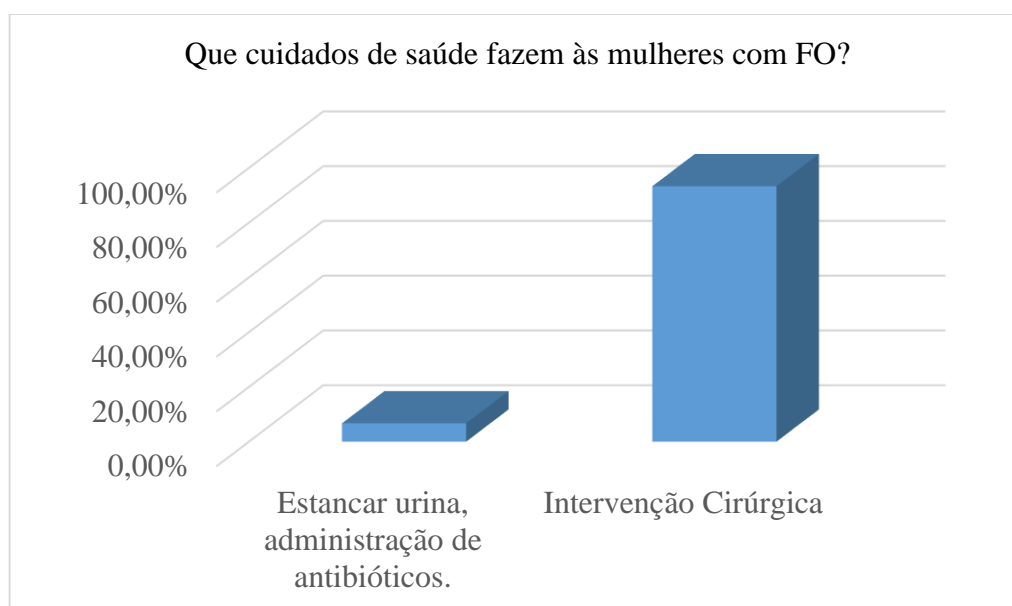


Gráfico 2: Cuidados às Mulheres com FO.

Fonte: A Autora 2021.

6. Tem aconselhado as pacientes sobre a prevenção e tratamento das fistulas obstétricas?

Com esta questão pretendia-se saber se as pacientes recebiam algum aconselhamento em relação a FO, de forma a preveni-lo de futuros danos. Para tal dos 15 inquiridos afirmam ter aconselhados a todos pacientes que fazem a aquele hospital, como prevenir as FO, atitudes a tomar durante e apos o tratamento como: manter a higiene, abstinência sexual num período de 6 meses e em casos de complicações dirigir-se ao centro de saúde. Assim, fica percebido que as vitimas de FO saem do hospital com uma noção dos problemas que padecem e sabem como prevenir-se.

Parte IV

4.4. Relato de casos

Caso 1

Carlota (nome fictício) de 14 anos de idade, sexo feminino, raça negra, de nacionalidade moçambicana, natural de Memba, residente no bairro Buagine conta:

Antecedentes obstétricos primigesta

Tudo começou após ter dado parto em casa e teve a placenta removida, depois levaram me ao hospital onde fiquei internada durante 6 dias e no 7º dia teve alta, mas com problemas de fistula obstétrica. Passados um tempo teve que voltar ao hospital, só de lá descobriu que eu padecia de fistula obstétrica após a descoberta, a minha família comunicou a equipe da saúde, na altura o cirurgião estava ausente do distrito.

Passei momentos difíceis, o meu marido me discriminou bastante, abandonou-me, já não podia participar de convívios familiares, e sobrevivia de sob cuidados dos meus pais. Após 1 ano, ouvi noticiário na rádio sobre uma campanha de tratamento das fistulas obstétricas. Foi neste momento que me dirigi e aderi ao tratamento. Hoje me sinto bem graças ao Dr. Pedro Mazembe que me tratou cirurgicamente no bloco operatório. De momento me recomendaram a não fazer sexo durante 6 meses, caso engravide devo dar parto na maternidade (anexo B).

Caso 2

Marta (nome fictício) de mais ou menos 45 anos de idade residente no bairro Vazulo – Memba

Gesta XIV Para -13, Fal – 2, Aborto – 1, Vivos – 10.

Queixa principal

O problema começou no último parto depois de ter levado ao centro de saúde mais próximo, teve meu parto e fui transferido para o hospital distrital de Memba, onde fui internada e levada no bloco operatório porque tinha perda de urina descontroladamente. Depois de alta recomendaram-me para ficar 6 meses se relações sexuais, e mais tarde me informaram que já tinham me laqueado com consentimento do meu esposo e irmã (anexo C).

4.5. Discussão

Constituíram objectivos específicos deste trabalho, explicar os factores que ditam a ocorrência de fistulas obstétricas no HDM; explicar os tipos de tratamentos das FO no Hospital Distrital de Memba e Ilustrar os cuidados prestados às mulheres com FO no pré e pós-tratamento.

Ora, partindo dos factores adjacentes a ocorrência de casos de fistula obstétricas no caso do HDM no período em referência, após um o estudo desenvolvido, constatou-se que a ocorrência das FO, deve-se na sua maioria a partos prolongados juntamente com as grávidas precoces sem deixar de fora outros factores que influenciam em menor proporção. Indo mais além, buscando-se causas que originam os partos prolongados, encontram-se factores culturais e grávidas precoces no epicentro, como afirma (Bueno, 2006) de que “algumas complicações que podem surgir no decurso da gravidez ou do parto ocorrem com maior frequência na gestação da adolescente e consequência disto é à imaturidade pélvica da gestante, com o parto prolongado, com as lacerações do canal do parto. Observa-se ainda uma maior incidência de partos operatórios”. Por sua vez (Muleta et al, 2010, p.45) concorda afirmando que “mães de primeira viagem e fisicamente imaturas são particularmente vulneráveis a trabalhos de parto prolongados, obstruídos, que podem resultar em fístula obstétrica, especialmente quando não há disponibilidade ou acesso a uma cesariana de emergência.

Olhando que a maioria da população do distrito de Memba é rural, com um acesso dos serviços de saúde baixo, chegando as mulheres a darem parto em casa sem excluir de acordo com (Miller et al, 2005), as longas distâncias percorridas para os hospitais, há que sem sombra de dúvida afirmar que “*Expansão da rede de saúde permitirá a redução dos casos das fístulas obstétricas*”.

Dos casos de FO que dão entrada no Hospital de Memba na maior parte deles são tratados cirurgicamente, porque tem se registado um estrangulamento parcial ou total dos canais vaginais, urinários, até mesmo remoção de útero, assim como são administrados nos pacientes certos antibióticos, xaropes e cuidados higiénicos. No final do tratamento os pacientes são aconselhados a tomar certas medidas com vista a prevenção dos próximos casos. Neste cenário constata-se que a comunidade não esta informada sobre FO, se uma e outra mulher sabe sobre este problema não é por meio de entidades responsáveis em difundir a informação, mas de outros canais que de certa forma não são abrangentes (exemplo do relato do caso 1). Esta situação revela falta de pessoal de saúde como activistas no terreno para fazer chegar a mensagem sobre cuidados a ter para prevenir as FO, como salienta Vaz (2011) de que, dos principais factores que contribuem para a incidência da fístula obstétrica, entre os quais destaca-

se: Pobreza extrema e o limitado acesso a informação e aos cuidados de maternidade segura (planeamento familiar, parto institucional e cuidados obstétricos). Com base nestes dizeres, fica comprovado que com a “*Criação de activistas locais vai permitir a expansão da informação sobre a prevenção e tratamento das FO*”.

Como acima referenciado de que a população do distrito de Memba ronda nos mais de 328.460 habitantes e que o número de médico, enfermeiros é baixo (6 médicos e 14 unidades sanitárias)⁸, fica claro que o rácio médico/habitante é baixo, sendo assim necessário mais recursos humanos na área da saúde para satisfazer a população de Memba. A OMS recomenda 2,3 médicos para 1000 habitantes⁹ e aqui destaca-se 1.8 médicos para 100.000 habitantes. O aumento dos recursos humanos deve refletir também no aumento de hospitais ao nível do distrito de Memba de modo a eliminar o défice de serviços de saúde.

⁸ INE, Anuário Estatístico 2019 Província de Nampula.

⁹ INE, CENSO 2017.

CONCLUSÃO

As fístulas obstétricas são, de todas as fístulas do aparelho urinário, as mais frequentes. A etiologia deste tipo de fístulas, varia de acordo com a região do globo. Nos países em vias de desenvolvimento, a principal causa de fístulas obstétricas corresponde a pressão exercida pelo feto, nas paredes da vagina, bexiga e uretra proximal levando muitas vezes à necrose dos tecidos. Esta necrose pode levar a um conjunto de complicações que vão desde as fístulas vesico vaginais, estenose vaginal, atresia rectal, infertilidade secundária, ou mesmo à incompetência do esfíncter anal e osteíte púbica.

Apesar de Fístula Obstétrica representar um grave problema de saúde em Moçambique, muitas pessoas não têm conhecimento sobre a doença, é o caso da população do distrito de Mombaça, este desconhecimento deve-se ao facto dela afectar essencialmente as pessoas mais marginalizadas da sociedade: mulheres pobres, analfabetas e que vivem nas zonas rurais remotas do país. Acredita-se que a prevenção, mais do que o tratamento, é a chave para o fim da fístula.

No caso de gravidez precoce, as meninas devem ter acesso à assistência ao parto e ao tratamento por pessoal qualificado, evitando desta forma as complicações que derivam disso, como o trabalho de parto obstruído e a fístula.

Após o estudo, constatou-se que há falta da disseminação da informação sobre as FO nas comunidades, para além da insuficiência de hospitais e médicos levando assim as mulheres a percorrerem longas distancias para ter acesso ao tratamento hospitalar e em certos casos são obrigadas a dar parto em suas casas. Apesar de tudo o hospital tem aconselhado as pacientes a prevenirem das FO e cuidados higiénicos de modo a ter um processo de recuperação adequado. Há necessidade do alargamento dos serviços sanitário de modo a encurtar a distância, sensibilização da sociedade e outras medidas de forma a se evitar elevada ocorrência de casos de FO naquele ponto do país. Por último ficam aqui algumas recomendações a todos intervenientes na mitigação deste problema que apoquentam a população feminina:

Ao MISAU

- É necessário implementar reformas profundas, nomeadamente, no acesso de cuidados obstétricos, e na identificação de áreas onde a prevalência de fístulas seja maior;
- Deverá procurar melhorar o papel da mulher na sociedade, bem como facilitar o acesso à educação e aos métodos contraceptivos.

Ao HDM

- Criar estratégias de difusão da informação inerente a prevenção das fistulas obstétricas nas comunidades;
- Conscientizar a toda comunidades sobre riscos e consequências das gravidas precoces e dos partos realizados em casa.

À sociedade

- Pautar pela conservação da saúde mediante a observâncias de todas medidas preventivas de doenças seguindo assim as orientações das entidades da saúde para evitar situações negativas ao desenvolvimento humano e do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, Rui Duarte (2015). Fístulas Vesico-Vaginais: uma visão sobre Moçambique Vesico-Vaginal fistulae: mozambique, an overview.
- Amalique, António João (2008). Estudo do tratamento de Fístulas Vesico-vaginais no Hospital Provincial de Quelimane. Maputo.
- Arrowsmith, SD, Hamlin EC, Wall LL (1996). Obstructed labour injury complex: obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity or maternal birth trauma in the developing world, Obstetrical and Gynecological Survey.
- Bueno, Gláucia da Motta (2006). Variáveis de risco para a gravidez na adolescência. Disponível em: <http://www.virtualpsy.org/infantil/gravidez.html> Acesso em: 12/04/2021
- Cardoso A, Soares R, Correia T, Reis F, Cerqueira M, Almeida M et.al. (2009). Abordagem Terapêutica de Fístulas Vésico-Vaginais - Análise retrospectiva e revisão temática. Acta urológica.
- Cook, R.J e Dickens, B.M. (2004). Obstetric fistula: the challenge to human rights. Int J Gynaecol Obstet.
- Gil, C. António (2002). Como elaborar projectos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Revista de Administração de Empresas, São Paulo.
- Guerra, Lúcia Helena (2016). Uma análise sócio-antropológica da Fístula Obstétrica em Moçambique. Disponível em:
<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/38766/1/TESE%20L%C3%BAcia%20Helena%20Barbosa%20Guerra.pdf> Acesso em 02 de Fevereiro de 2021.
- Hamerski, Maria Goretti et al. (2006). Fístulas Urogenitais. 2006. Disponível em: <http://uroginecologia.com.br/index/?q=node/17> Acesso em: 2 de Fev. 2021.
- Hilton P. (2003). Vesico-vaginal fistulas in developing countries. Int J Gynaecol Obstet.
- IOF-Inquérito aos Orçamentos Familiares 2014-15.*
- Kelly J, Kwast BE. (1993). Epidemiological study of vesico-vaginal fistulas in Ethiopia. International Urogynecology Journal.

Lakatos, Eva Maria; Marconi, Marina de Andrade (1995). Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Atlas.

Marconi, A. Andrade; Lakatos, M. Eva (2003). Fundamentos de Metodologia científica - 5ª ed, São Paulo.

Marconi. A. Andrade; Lakatos, M. Eva (2001) Técnicas de pesquisas. São Paulo.

Miller, Suellen. Lester, Felicia et al. (2012). Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy. American College of Nurse-Midwives. Volume 50.

MISAU (2012). Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento de Fístulas Obstétricas. Kriando: Maputo.

Muleta M., S. Rasmussen, T. Kiserud. (2010). Obstetric fistula in 14,928 Ethiopian women.” Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.

Murphy M. (1981). Social Consequencies of vesico-vaginal fistulae in northern Nigeria. Journal of Biosocial Science.

Pães, Afonso. (1982). Manual de Cirurgia: Cirurgia Geral e Cirurgia Tropical. Porto: Asa - (Ministério da Saúde de Moçambique).

Rasheed AH. (2004). Journeys and voices: a collection of excerpts. Obstetric fistula: a sociomedical problem in Morocco 1988–1993.

Rovner, E. (2011). Urinary tract fistulae. Campbell-Walsh Urology. 10th edition. Philadelphi: Saunders Elsevier.

Rui Duarte Abreu, João Varregoso, Igor Vaz, Carrasquinho Gomes (2015). Fístulas vesico-vaginais: uma visão sobre moçambique vesico-vaginal fístulae: mozambique, an overview

Ruiz, João A. (1996). Metodologia Científica. São Paulo: Atlas.

Sousa, Alesandra Saraiva de (2008). Manual de trabalhos científicos 2ª Ed. Rio de Janeiro.

Tahzib, F. (1983). Epidemiological determinants of vesicovaginal fistulas. Br J Obstet Gynaecol.

UNFPA (2012). Unidos vamos eliminar a Fístula Obstétrica em Moçambique 2012. Disponível em:

http://countryoffice.unfpa.org/mozambique/drive/BROCHURA_FISTULA_19_09_12.pdf

Acesso em 2 de Fev. 2021.

Vangeenderhuysen C, (2001). Obstetric Fistula: incidence estimates for sub-Saharan Africa. International Journal of Gynecology and Obstetrics.

Vaz, Igor (2011). A Fístula Obstétrica e a situação em Moçambique. Revista Outras Vozes.

Velez, Allyson et al. (2007). The Campaign to End Fistula: What have we learned? Findings of facility and community needs assessments. International Journal of Gynecology and Obstetrics.

Waalwijk K. (1997). Immediate indwelling bladder catheterisation at postpartum urine leakage- personal experience of 1200 patients. Trop Doctor.

WHO (2006). Obstetric Fistula, Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development, Department of Making Pregnancy Safer.

WLSA Moçambique (2011). Mulheres com Fístula Obstétrica em Moçambique. Disponível em: <https://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2014/03/Brochura-Fistula.pdf> Acesso em 02 de Fevereiro de 2021.

ANEXOS

A - Credencial

B – Relato de caso 1

C – Relato de caso 2

APÊNDICE

A - Entrevista dirigida ao Director do Hospital

B - Questionário dirigido ao médico generalista

E - Questionário dirigido aos enfermeiros, esmi e clinicos

G, H – Fotos ilustrativo do Hospital Distrital de Momba

ENTREVISTA DIRIGIDA AO DIRECTOR DO HOSPITAL

Bom-dia / Boa tarde. Sou _____, estudante do curso de _____ no. _____ . Pretendo obter algumas informações com o senhor/a através de um inquérito que estou levando a cabo acerca da: **Incidência de casos de Fístulas Obstétricas e a exclusão social de mulheres** - caso Hospital Distrital de Memba 2019-2020.

Agradeça a sua colaboração, respondendo as questões abaixo indicada.

A entrevista é anónimo e garanto total sigilo no tratamento das respostas.

1. Quantos centros de saúde existem ao nível do distrito de Memba?
2. Quantos postos administrativos tem centros de saúde?
3. Neles existem médicos?
4. Qual é o rácio médico/paciente?
5. No seu ponto de vista, a rede sanitária do distrito é abrangente?
6. Quanto aos médicos, o número existente ao nível do distrito é suficiente para cobrir a demanda?

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AO MÉDICO GENERALISTA

Bom-dia / Boa tarde. Sou _____, estudante do curso de _____ no. _____ . Pretendo obter algumas informações com o senhor/a através de um inquérito que estou levando a cabo acerca da: **Incidência de casos de Fístulas Obstétricas e a exclusão social de mulheres** - caso Hospital Distrital de Memba 2019-2020.

Agradecia a sua colaboração, respondendo as questões abaixo indicada.

O questionário é anónimo e garanto total sigilo no tratamento das respostas.

Responda as questões marcando X na opção que acha correcta ou escreva assim que necessário.

1. Como classifica o seu trabalho?

Bom Estressante Satisfatório

2. Em média quantos partos acontecem por ano em casa? _____ e no Hospital? _____

3. Tem existido casos de partos prolongados?

Sim Não

a) Se sim em que proporção?

4. A que se devem os partos prolongados?

Aspectos culturais	
Falta de assistência na gestação	
Falta de atendimento qualificado no parto	
Gravida precoce	

5. O hospital atende casos de fistulas obstétricas?

Sim Não

6. Existem activistas nas comunidades para difundir informações sobre prevenção das fístulas obstétricas?

Sim Não

7. A comunidade está capacitada em matéria de fistulas obstétricas?

Sim Não

8. Tem se registado casos de histerectomia total?

Sim Não

9. Quanto tempo em média leva para a melhoria de pacientes de FO¹⁰?

R:

10. Quantos casos em média de FO se registam por ano?

R:

11. Quais motivações frequentes das FO?

Parto prolongado

Violação sexual

Falta de atendimento qualificado no parto

Gravida precoce

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

12. Que tratamentos fazem as FO?

Intervenção cirúrgica

Outro

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

a) Se é outro, qual é a denominação?

¹⁰ Fístula Obstétrica

R:

13. Qual a distância máxima de proveniência dos pacientes com FO?

R:

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS, ESMI E CLINICOS

Bom-dia / Boa tarde. Sou _____, estudante do curso de _____no.
 _____. Pretendo obter algumas informações com o senhor/a através de um
 inquérito que estou levando a cabo acerca da: **Incidência de casos de Fístulas Obstétricas e a
 exclusão social de mulheres** - caso Hospital Distrital de Memba 2019-2020.
 Agradecia a sua colaboração, respondendo as questões abaixo indicada.
 O questionário é anónimo e garanto total sigilo no tratamento das respostas.

Responda as questões marcando X na opção que acha correcta ou escreva assim que necessário.

1. Gostas do seu trabalho?

Sim Não

2. Tem assistido casos de fistulas obstétricas?

Sim Não

3. Quais as causas as pacientes relatam?

Parto prolongado	<input type="checkbox"/>
Violação sexual	<input type="checkbox"/>
Falta de atendimento qualificado no parto	<input type="checkbox"/>
Gravida precoce	<input type="checkbox"/>

4. A que distancias elas provem?

1 a 5 km	<input type="checkbox"/>
5 a 10 km	<input type="checkbox"/>
10 a 15 km	<input type="checkbox"/>
15 a 20 km	<input type="checkbox"/>
A todas distâncias	<input type="checkbox"/>

5. Que cuidados de saúde fazem as mulheres com fistulas obstétricas?

6. Tem aconselhado as pacientes sobre a prevenção e tratamento das fistulas obstétricas?

Sim

Não

