



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA E MUSEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

LÚCIA HELENA BARBOSA GUERRA

**POR DEBAIXO DOS PANOS:
um estudo etnográfico com pacientes de Fístula Obstétrica no
Hospital Central de Maputo – Moçambique**



Recife

2018

LÚCIA HELENA BARBOSA GUERRA

**POR DEBAIXO DOS PANOS:
um estudo etnográfico com pacientes de Fístula Obstétrica no
Hospital Central de Maputo – Moçambique**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Doutora em Antropologia.

Área de concentração: Antropologia

Orientador: Prof. Dr. Russel Parry Scott (Departamento de Arqueologia e Antropologia/UFPE)

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Esmeralda Celeste Mariano (Departamento de Arqueologia e Antropologia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais - UEM).

Recife

2018

Catálogo na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

G934p Guerra, Lúcia Helena Barbosa.
Por debaixo dos panos : um estudo etnográfico com pacientes de fístula obstétrica no Hospital Central de Maputo – Moçambique / Lúcia Helena Barbosa Guerra. – 2018.

332 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Russel Parry Scott.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a.Esmeralda Celeste Mariano.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.

Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Recife, 2018.

Inclui referências e apêndices.

1. Antropologia. 2. Mães – Mortalidade – Moçambique. 3. Fístula obstétrica. 4. Serviços de saúde à maternidade – Moçambique. 5. Mulheres – Moçambique – Condições sociais. I. Scott, Russel Parry (Orientador). II. Mariano, Esmeralda Celeste (Coorientadora). III. Título.

301 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2020-224)

LÚCIA HELENA BARBOSA GUERRA

POR DEBAIXO DOS PANOS:

**um estudo etnográfico com pacientes de Fístula Obstétrica no Hospital Central de Maputo
– Moçambique**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Doutora em Antropologia.

Aprovada em: 22/03/2018

Banca Examinadora

**Prof^o. Dr^o. Russell Parry Scott – Orientador
Programa de Pós Graduação em Antropologia – UFPE**

**Prof^a. Dr^a. Marion Teodósio de Quadros
Examinadora Titular Interna**

**Prof^a. Dr^a. Vânia Rocha Fialho de Paiva e Souza
Examinadora Titular Interna**

**Prof^a. Dr^a. Eliane Veras Soares
Examinadora Titular Externa**

**Prof^a. Dr^a. Sandra Valongueiro Alves
Examinadora Titular Externa**

AGRADECIMENTOS

Ao fim de uma jornada sempre que se olha para trás, verifica-se que existem indivíduos e instituições, que deram o seu contributo para o sucesso da mesma. Assim, as minhas primeiras palavras de agradecimento dirigem-se necessariamente aos Professores Russel Parry Scott (Universidade Federal de Pernambuco – UFPE) e Esmeralda Celeste Mariano (Universidade Eduardo Mondlane – UEM), orientadores científicos deste trabalho.

Aos Professores Remo Mutzemberg e Eliane Veras (UFPE), que despertaram o meu interesse para as matérias relativas às questões de gênero em Moçambique.

A Professora Clara Carvalho (ISCTE/IUL) pela disponibilidade e auxílio durante o estágio no Centro de Estudos Africanos, hoje Centro de Estudos Internacionais do Instituto Universitário de Lisboa.

Devo agradecimentos a muitos outros Professores da UFPE, pelos ensinamentos durante minha formação académica, pois é pela totalidade desse conjunto de saberes que se forma um Antropólogo.

Na impossibilidade de citar todas as pessoas que de alguma forma contribuíram com esta pesquisa gostaria apresentar os meus sinceros agradecimentos as instituições: Instituto Universitário de Lisboa – ISCTE, Instituto de Higiene e Medicina Tropical – IHMT, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Universidade Eduardo Mondlane – UEM, Ministério da Saúde de Moçambique e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

A todos os colegas de Doutorado, que também são amigos. Especialmente à Gilson Rodrigues, Gleidson Vieira, Jailma Maria, Maria Edi e Martin Fabreau por todo apoio durante todas as fases da pesquisa.

A todos os colegas e professores do Departamento de Enfermagem/UFPE, que autorização meu afastamento e seguraram “as pontas” para que eu pudesse realizar a pesquisa de campo.

Em Moçambique um agradecimento especial a todos os Profissionais de Saúde dos Hospitais pesquisados. Com destaque para o Dr. Igor Vaz (HCM), foi por seu intermédio que fiz as primeiras incursões no campo.

Obrigada Dr. Aldo Marquesini e Dr. Armando Melo, sem o seu apoio talvez este trabalho tivesse tido outro rumo.

Um agradecimento muitíssimo especial para todas as pacientes que entrevistei e convivi ao longo da pesquisa, e que me permitiram conhecer um pouco da sua realidade e experiências. Essa Tese não é só minha, mas também é de vocês e para vocês.

Muito importantes foram também Arsênio Mucage, Milton Papadakis, Carla Cordeiro, Farana Daud, Patrícia Dramos, Nafissa Ismael e Ana Paula Matusse que foram além da amizade e se tornaram minha família durante os meses que passei longe de casa.

Aos outros tantos amigos que fiz em Moçambique pelo apoio e entusiasmo.

À minha família. Sem sua paciência, amor, auxílio nada disso seria possível.

Aos meus filhos Luiza e Miguel, pelo amor e apoio incondicional, mesmo quando a mamãe precisou “trabalhar lá longe...”.

A minha irmã Rafaela e ao meu ex-marido Douglas por tomarem conta dos nossos “anjinhos” durante os meses que estive ausente.

A Dona Lucinha, minha mãe, mulher batalhadora, pela força inabalável e por me apoiar sempre.

A Valter Mucage. Foi em Maputo, durante o trabalho de campo que conheci o meu companheiro. Após meses intensos de pesquisa e paixão, tive de retornar ao Brasil, mas ao entrar naquele avião tive a certeza de que minha viagem a Moçambique seria a primeira de tantas outras a África, pois, este continente consegue emitir um chamamento a quem lá deixa o seu coração. Hoje, só tenho que te agradecer por ser meu parceiro durante todos os meses da pesquisa, por puxar minhas orelhas nos dias que estava sem saco para escrever e principalmente por ter me dado nossos filhos Heitor e Arthur.

Amo todos vocês...

Um pouco da poesia do escritor moçambicano Mia Couto:

"Descubro, enfim... nestes tristes sertões, uma humanidade que em mim mesmo desconhecia. Esta gente, aparentemente tão distante, tem me dado lições que não aprenderia em nenhum outro lugar."

(COUTO, 2015, p.26)

.....

“— Dói-te alguma coisa?

—Dói-me a vida, doutor.

(...)

— E o que fazes quando te assaltam essas dores?

— O que melhor sei fazer, excelência.

— E o que é?

— É sonhar.”

(COUTO, 2009, p.132 e 133)

RESUMO

Em Moçambique, embora se observe uma redução da mortalidade materna de 1.300mortes/100mil nascimentos em 1990 para 480/100mil em 2012, ela ainda constitui um grave problema de saúde (Pathfinder, 2016). As altas taxas de mortalidade materna estão correlacionadas com a alta prevalência dos casos de Fístula Obstétrica. Estima-se que a cada mulher que morre na gravidez/parto, trinta sofrem de complicações agudas, são doenças crônicas ou incapacitantes (Bergstrom, 2002:16). De acordo com o Ministério da Saúde de Moçambique no ano de 2013 foram realizados cerca de um milhão de partos no país, dos quais surgiram pelo menos dois mil novos casos de Fístula. A Fístula Obstétrica consiste numa comunicação anormal entre a bexiga e a vagina decorrente da destruição dos tecidos da região pélvica por compressão da cabeça do feto durante o trabalho de parto. Causando perda constante de urina e/ou fezes pela vagina, destruição de órgãos do aparelho urinário e em alguns casos a impossibilidade de andar ou de ter filhos. Se não bastasse a dor física decorrente da doença, elas também sofrem com a culpa por perderem o filho, que geralmente morre durante o parto. Sendo abandonadas pelos maridos passam a viver como “*deadwomenwalking*”, isoladas devido ao odor fétido que exalam (Ahmed e Holtz, 2007). Com receio de serem rotuladas escondem esse segredo por debaixo dos panos amarrados na cintura, as capulanas. Outro aspecto relevante é que na sociedade moçambicana a construção social de gênero está baseada na submissão feminina. Esse contexto tem influência direta sobre a vulnerabilidade feminina durante o casamento, gestação e parto, e sobre as práticas preventivas à infecção do HIV e o uso de métodos contraceptivos. Destaca-se ainda a presença de práticas culturais arraigadas que também exercem influência sobre o parto, que tem de ser realizado em casa, por outra mulher e caso haja alguma intercorrência é porque a esposa foi infiel ao marido e está sendo castigada pelos espíritos. Esta pesquisa é uma etnografia da Fístula Obstétrica em Moçambique. Tendo como objetivo analisar, não tanto as questões biomédicas da doença, mas mais substancialmente com o desejo de compreendermos se, e em que medida, o ambiente hospitalar se constitui como um espaço social caracterizado pelas relações de poder e que reproduz as relações de gênero e o controle sob os corpos femininos presentes na sociedade moçambicana.

Palavras-Chaves:Fístula Obstétrica. Moçambique. Saúde. Gênero. Moralidade.

ABSTRACT

In Mozambique, although there is a reduction in maternal mortality from 1,300 deaths / 100,000 births in 1990 to 480 / 100,000 in 2012, it is still a serious health problem (Pathfinder, 2016). The high maternal mortality rates are correlated with the high prevalence of Obstetric Fistula cases. It is estimated that for every woman who dies in pregnancy / childbirth, thirty suffer from acute complications, are chronic or disabling diseases (Bergstrom, 2002: 16). According to the Mozambican Ministry of Health in 2013, approximately one million births were performed in the country, the of which resulted in at least two thousand new cases of Fistula. Obstetric Fistula is an abnormal communication between the bladder and the vagina due to the destruction of pelvic tissues by compression of the fetal head during labor. Causing constant loss of urine and / or feces through the vagina, destruction of urinary organs and in some cases the inability to walk or have children. If the physical pain of the disease were not enough, they also suffer from the blame for losing their child, who usually dies during childbirth. Being abandoned by their husbands, they live as dead women walking, isolated due to the foul odor they exude (Ahmed and Holtz, 2007). Afraid of being labeled, they hide this secret under the cloth tied around their waist, the capulanas. Another relevant aspect is that in Mozambican society the social construction of gender is based on female submission. This context has a direct influence on female vulnerability during marriage, pregnancy and childbirth and on HIV prevention practices and the use of contraceptive methods. Also noteworthy is the presence of ingrained cultural practices that also influence the birth, which has to be performed at home, by another woman and if there is any complication, it is because the wife has been unfaithful to her husband and is being punished by the spirits. This research is an ethnography of Obstetric Fistula in Mozambique. Having as its objective to analyze, not so much the biomedical questions of the disease, but more substantially with the desire to understand if, and to what extent, the hospital environment is constituted as a social space characterized by the relations of power and that reproduces the relations of gender and control over the female bodies present in Mozambican society.

Keywords: Obstetric Fistula. Mozambique. Health. Gender. Morality.]

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa localização geográfica de Moçambique no continente africano.....	53
Figura 2 -	Divisão da África entre os países da Europa após a Conferência de Berlim.....	64
Figura 3 -	Áreas de maior incidência da Fístula obstétrica.....	135
Figura 4 -	Anotações do Dr. Aldo Marchesini - Hospital Central de Nampula.....	142
Figura 5 -	Mapa do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 2014.....	151
Figura 6 -	Mapa das províncias e a idade média das mulheres ao se casarem.....	160
Figura 7 -	“A História de Fatu” - livro produzido pela ONG <i>Health PovertyAction</i>	174
Figura 8 -	Mapa do Hospital Central de Maputo – Fonte Google Earth.....	251

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 -	Paciente com saco coletor de urina – Hospital Central de Nampula.....	Capa
Fotografia 2 -	Minhas tatuagens da África e América do Sul.....	29
Fotografia 3 -	“Dia de beleza” - Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo.....	30
Fotografia 4 -	Fachada do Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo.....	36
Fotografia 5 -	Vista do Hospital Central da Beira.....	37
Fotografia 6 -	Entrada do Hospital Central de Nampula.....	38
Fotografia 7 -	Varal com lençóis lavados utilizados no Serviço de Urologia do HCM.....	44
Fotografia 8 -	Selfie a pedido das pacientes, na enfermaria do Serviço de Urologia do HCM.	48
Fotografia 9 -	Estrada que liga o bairro do Marrere ao Hospital Central de Nampula.....	52
Fotografia 10 -	Escarificações no ventre de paciente no Hospital Central de Nampula.....	58
Fotografia 11 -	Fortim de São Lourenço (1587) - Ilha de Moçambique.....	62
Fotografia 12 -	Sede da Delegação Política da RENAMO na Ilha de Moçambique – Nampula...	70
Fotografia 13 -	Pintura em homenagem aos Ex Presidentes de Moçambique – Maputo.....	73
Fotografia 14 -	Hospital da Ilha de Moçambique - Província de Nampula.....	79
Fotografia 15 -	“Em todos os distritos temos médicos” - Hospital Central de Maputo.....	89
Fotografia 16 -	Pintura na fachada do Hospital Central de Maputo.....	94
Fotografia 17 -	Maternidade de Ngapa (Província de Cabo Delgado) – ONG WLSA.....	100
Fotografia 18 -	Pintura na fachada do HCM de gestante embaixo de rede mosqueteira.....	127
Fotografia 19 -	Cirurgia de reparação de Fístula Obstétrica - Hospital Central de Maputo.....	133
Fotografia 20 -	Colostomia dupla (fecal e urinaria) - Hospital Central de Maputo.....	137
Fotografia 21 -	Marcha promovida pelo Fórum Mulher – Maputo/2014.....	171
Fotografias 22 e 23 -	Capa da brochura “Omitidas” publicada em 2011 pela WLSA.....	174

Fotografia 24 -	Imagens extraídas dos vídeos produzidos sobre Fístula Obstétrica pela ONG WLSA.....	175
Fotografia 25 -	Drª Ambaye Michael e o Dr. Armando Melo, Nampula – agosto/2015.....	178
Fotografia 26 -	Dr. Helder Miranda observando os médicos residentes operando uma fístula.	181
Fotografia 27 -	Dr. Igor Vaz, Dr. Aldo Marchesini e Dr. Armando Melo – HCB.....	182
Fotografia 28 -	Pacientes internadas na enfermaria do Hospital Central da Beira.....	182
Fotografia 29 -	Pacientes esperando para serem avaliadas - Hospital Central de Nampula.....	184
Fotografia 30 -	Realização de exame físico em paciente – Hospital Central de Nampula.....	185
Fotografia 31 -	Pacientes no Hospital Militar de Nampula aguardando transporte.....	186
Fotografias 32 e 33 -	Cartaz do 23 de maio - Dia Mundial de Luta contra a Fístula Obstétrica.....	191
Fotografia 34 -	Orifício no abdômen de paciente operada de fístula por onde é inserida algália para esvaziamento da bexiga.....	195
Fotografia 35 -	Pacientes internadas aguardando cirurgia no Hospital Central da Beira.....	196
Fotografia 36 -	Tatuagem makua - Hospital Central de Nampula.....	201
Fotografia 37 -	Tatuagem makonde (imagem da internet)	201
Fotografia 38 -	Pacientes com lábios vaginais alongados no Hospital Central de Nampula.....	204
Fotografia 39 -	Tatuagens na região do baixo ventre - Hospital Central de Nampula.....	208
Fotografia 40 -	As mulheres usam trajes feitos com a mesma “capulana dos noivos”	218
Fotografia 41 -	Pacientes usam ao capulana para esconder os sacos coletores de urina.....	241
Fotografias 42 e 43 -	Porta de entrada do ambulatório de urologia (setor de consultas) do HCM.....	251
Fotografia 44 -	Ficha de Avaliação cirúrgica do Programa de Fístula do HCM.....	253
Fotografia 45 -	Teste com azul de metileno.....	254
Fotografia 46 -	Paciente com as unhas pintadas de verniz (esmalte).....	260
Fotografia 47 -	Paciente com o cabelo trançado.....	260
Fotografia 48 -	Pacientes internados no Serviço de Urologia.....	261
Fotografia 49 -	Paciente em posição ginecologia para o procedimento cirúrgico – HCB.....	269

Fotografia 50 -	Paciente T.S. - Colostomia dupla (fecal e urinaria).....	272
Fotografia 51 -	A paciente F.A. (40 anos – Nampula) molhou a cama após cirurgia – HCN.....	276
Fotografia 52 -	Mulheres caminhando para buscar água – Província de Inhambane.....	287

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Taxa de Mortalidade Materna em Moçambique.....	104
Gráfico 2 -	Mortalidade Materna em Moçambique (por província – ano 2007).....	104
Gráfico 3 -	Fez acompanhamento de pré-natal durante a gestação?.....	105
Gráfico 4 -	Foi a quantas consultas durante a gestação?.....	106
Gráfico 5 -	Foi devolvida pelo marido?.....	223

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Origem e quantitativo de mulheres inqueridas por província.....	35
Quadro 2 -	Número de Profissionais de Saúde atuando em Moçambique.....	87
Quadro 3 -	Distribuição dos Profissionais de Saúde por região geográfica.....	87
Quadro 4 -	Número de Mortes Maternas por 100 mil nascidos vivos, país e anos.....	102
Quadro 5 -	Número de abortos inseguros por região.....	119
Quadro 6 -	Número de gestantes com HIV em TARV.....	129
Quadro 7 -	Comparativo dos números das campanhas de Fístula Obstétrica.....	144
Quadro 8 -	Projeção do quantitativo de novos casos de Fístula Obstétrica.....	144
Quadro 9 -	Quantitativo de cirurgias de Fístula Obstétrica realizadas em Moçambique	145
Quadro 10 -	Índice de Desenvolvimento Humano de Moçambique (por ano)	152
Quadro 11 -	Compilação do Relatório do Desenvolvimento Humano (2015)	153
Quadro 12 -	Quantitativo dos partos esperados e realizados em US de Moçambique	154
Quadro 13 -	Idade das inqueridas ao casar (percentual)	162
Quadro 14 -	Número de casamentos prematuros em mulheres com idades de 20-24 anos.	163
Quadro 15 -	Número de filhos x percentual de mulheres que usam contraceptivos.....	167
Quadro 16 -	Campanhas de Fístula Obstétrica realizadas em Moçambique – 2015.....	187
Quadro 17 -	Orçamento anual destinado ao Programa de Fístula Obstétrica	189

LISTA DE SIGLAS

ABA	Associação Brasileira de Antropologia
AIDS	AcquiredImmuneDeficiencySyndrome
AMETRAMO	Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique
CEA	Centro de Estudos Africanos
DSR	Direitos Sexuais e Reprodutivos
FMI	Fundo Monetário Internacional
FVV	Fístula Vesico Vaginal
HCB	Hospital Central da Beira
HCM	Hospital Central de Maputo
HIV	HumanImmunodeficiencyVirus
HPQ	Hospital Provincial de Quelimane
IHMT	Instituto de Higiene e Medicina Tropical
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDS	Inquérito Demográfico Social
IUL	Instituto Universitário de Lisboa
ISCTE	Instituto Superior de Ciências do Trabalho e do Emprego
MISAU	Ministério da Saúde de Moçambique
MGF	Mutilação Genital Feminina
MMG	Morbidade Materna Grave
MPLA	Movimento Popular de Libertação de Angola
ONG	Organização Não Governamental
OMM	Organização da Mulher Moçambicana
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAIGC	Partido Africano para a Independência da Guiné e Cabo Verde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PARPA	Plano de Ação para Redução da Pobreza
PESS	Plano Estratégico do Setor da Saúde

PIDE	Polícia Internacional e de Defesa do Estado
PNDU	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPMI	Programa de Proteção Materno-infantil
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TARV	Terapia anti-retroviral
TPA	Trabalho de Parto Arrastado
TBN	Taxa Bruta de Natalidade
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WAHA	ONG Mulheres e Health Alliance International
WLSA	Women and Law in Southern Africa Research and Education Trust

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO.....	19
2 MOÇAMBIQUE COMO CAMPO DE PESQUISA: MÉTODOS E TÉCNICAS.....	31
2.1 O PONTO DE PARTIDA.....	31
2.2 POPULAÇÃO E LOCAIS DE ESTUDO.....	34
2.3 MATERIAL E MÉTODOS.....	39
2.3.1 Questionário.....	39
2.3.2 Entrevistas e Conversas.....	40
2.3.3 Observação participante.....	42
2.4 NOTAS SOBRE A ENTRADA NO CAMPO.....	44
3 CARACTERIZAÇÃO GERAL DE MOÇAMBIQUE E O CONTEXTO DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE.....	53
3.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS E CLIMÁTICOS.....	53
3.2 POPULAÇÃO.....	54
3.3 BREVE HISTÓRICO DA NAÇÃO MOÇAMBICANA.....	56
3.3.1 Período Pré-Colonial.....	57
3.3.2 Período Colonial.....	64
3.3.3 Período Pós-Colonial.....	69
3.4 A TRAJETÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE.....	74
3.5 O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E A SUA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA.....	78
3.5.1 Recursos físicos.....	84
3.5.2 Recursos humanos.....	86
3.5.3 Financiamento da saúde.....	92
3.6 PANORAMA DA ASSISTÊNCIA MATERNA EM MOÇAMBIQUE.....	94
3.6.1 Políticas de Assistência à saúde-materna.....	96
3.6.2 Mortalidade Materna.....	101
3.6.3 Direitos sexuais e reprodutivos.....	109
3.6.4 Planejamento Familiar e o uso de métodos contraceptivos.....	113
3.6.5 Aborto.....	118
3.6.6 Infecção conjunta HIV/Malária.....	125
4 A FÍSTULA OBSTÉTRICA COMO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	134
4.1 INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS.....	134
4.2 BREVE PANORAMA GLOBAL DA DOENÇA.....	138
4.3 CONTEXTO DA FÍSTULA OBSTÉTRICA EM MOÇAMBIQUE.....	141
4.4 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DOENÇA.....	150
4.4.1 Pobreza extrema e falta de acesso aos serviços de saúde.....	150
4.4.2 Parto institucional e acesso limitado aos cuidados da maternidade segura.....	153
4.4.3 Casamento prematuro e gravidez na adolescência.....	158

4.4.4	A taxa de natalidade e intervalo gestacional.....	166
4.4.5	Aspectos culturais.....	169
4.5	O TRABALHO DAS ONG'S.....	171
4.6	AS CAMPANHAS CIRÚRGICAS.....	177
4.7	O FINANCIAMENTO INTERNACIONAL.....	188
4.8	ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DA DOENÇA: SEGUINDO UMA AGENDA INTERNACIONAL.....	191
5	SILÊNCIOS, SEGREDOS E FÍSTULAS: O GERENCIAMENTO COTIDIANO DA DOENÇA.	197
5.1	SEXUALIDADE, CORPO E DOENÇA: IMPLICAÇÕES REGULATÓRIAS.....	198
5.1.1	Os rituais de iniciação e a (re)construção do corpo feminino.....	203
5.1.2	Casamentos: anomia e mudanças.....	213
5.1.3	“Só pode ser feitiço”.....	229
5.2	EXPERIÊNCIAS E SIGNIFICADOS DA DOENÇA.....	235
5.2.1	O segredo por debaixo da capulana.....	239
5.2.2	Busca pelo diagnóstico e tratamento.....	245
5.2.3	A internação e a espera pela cirurgia.....	257
5.3	A CIRURGIA DE REPARAÇÃO: VITÓRIAS E DERROTAS.....	267
5.3.1	Quando a paciente molha a cama.....	275
5.3.2	Retomada da sexualidade: Gravidez e infertilidade	279
5.3.3	A hora da partida (...)......	284
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	290
	REFERENCIAS.....	296
	APÊNDICE A – MODELO DO QUESTIONÁRIO APLICADO	315
	APÊNDICE B – QUADRO INFORMATIVO SOCIOCULTURAL DAS PACIENTES.....	320

1 INTRODUÇÃO

Cheguei ao meu primeiro dia no campo toda equipada com caneta, caderno de anotações, gravador, máquina fotográfica, todos os apetrechos que me delegavam o cargo de “pesquisadora”, mas minhas certezas e convicções caíram por terra ao entrevistar a paciente. Durante nossa conversa E.B. (26 anos – Inhambane) ficou sempre de cabeça baixa, sem me olhar nos olhos. Contou que ficou grávida aos quinze anos e que só procurou uma Unidade de Saúde para ter seu filho três dias após iniciado o trabalho de parto, mas lá não havia médico para realizar uma cesariana. Como consequência deste atraso a criança nasceu morta e ela desenvolveu Fístula Obstétrica¹.

Apesar da perda constante de urina só procurou ajuda médica cinco anos depois do parto, tendo sido transferida para o Hospital Central de Maputo – HCM, referência no tratamento da doença. Naquele mesmo ano realizou sua primeira cirurgia, três anos depois foi realizada a segunda, mas como consequência os médicos fecharam sua vagina, o que lhe impede de manter relações sexuais. Recentemente se casou, mas o marido é violento, lhe bate por não aceitar o fato da mesma não poder manter relações sexuais vaginais, sob a ameaça de expulsá-la de casa, lhe obriga a fazer sexo oral e anal. Por este motivo procurou o Serviço de Urologia do HCM, para que os médicos façam uma cirurgia de neo-vagina² e ela possa voltar a ter uma vida sexual.

O que mais me chamou atenção neste caso, foi o fato dela não ter coragem de relatar o ocorrido ao médico, pedindo para que eu intercedesse. Quando conversamos sobre o caso desta enferma o profissional explicou que o “fechamento” da vagina foi uma forma de salvar sua vida, enquanto falava foi interrompido pela paciente, ela afirmou que se fosse para viver desta forma preferia ter morrido na cirurgia. Fiquei impactada com a colocação daquela mulher, foi quando o médico disse uma frase que mexe comigo até hoje. Que na cultura moçambicana uma mulher que não pode fazer sexo com o marido e nem lhe dar filhos é mais insignificante do que um cachorro. Com efeito, não parecia lhe restar muitas

¹Antes de tratar especificamente da pesquisa, é fundamental esclarecer que a Fístula Obstétrica é uma comunicação anormal entre a bexiga e a vagina decorrente da destruição dos tecidos por compressão da cabeça do feto durante o trabalho de parto. Causando perda constante de urina e em alguns casos pode causar destruição extensa da bexiga, da vagina, do reto, períneo e/ou esfíncteres, com compromisso vascular e neurológico da região pélvica levando a perda constante de fezes pela vagina, e impossibilidade de andar. Estas mulheres enfrentam dificuldades para conviver com família, amigos e de terem algum relacionamento, passando a viver no isolamento devido ao seu odor fétido (Vaz, 2013).

² Neste caso os médicos fazem uma cirurgia de Vaginoplastia.

opções, só então pude entender o porquê do desespero e do olhar de tristeza daquela mulher.

Começamos pela história, sinteticamente descrita, de E.B, uma dentre as muitas mulheres que procuraram o Hospital Central de Maputo em busca de tratamento para Fístula Obstétrica. Por meio da sua narrativa, nos são apresentadas algumas das questões que pretendemos tratar ao longo deste trabalho e que tem a ver, por um lado, com a problemática da Fístula Obstétrica, e, por outro, com as consequências em relação não apenas aos inúmeros impactos físicos e sociais provocados pela doença, mas no próprio papel e lugar da mulher na sociedade moçambicana.

Abordar os casos de Fístula Obstétrica em Moçambique sob o viés antropológico implicaria, portanto, inscrever a estrutura do Sistema Nacional de Saúde, abordando a situação da fístula em políticas que transcendam o tratamento da doença e que incluam desde o combate à pobreza até o casamento infantil e o aprimoramento dos serviços de atendimento médico. O que os discursos mais recorrentes – em se tratando de Moçambique – fazem parecer é que a Fístula Obstétrica é uma condição específica das mulheres menos do que uma esfera para debater problemas gerais que assolam o país como pobreza, analfabetismo, baixos índices de desenvolvimento humano e econômico, ausência de serviços básicos de saúde, entre outros elementos que serão descritos de forma mais apropriada ao longo deste trabalho.

Desta forma, o nosso interesse de pesquisa pelo fenômeno prende-se não tanto com as questões biomédicas da Fístula Obstétrica em si, mas mais substancialmente com o desejo de compreendermos se, e em que medida, o Sistema Nacional de Saúde (e neste caso expressamente a instituição hospitalar) se constitui como um espaço social caracterizado pelas relações de poder e que reproduz as relações de gênero; a subordinação e negação da mulher enquanto pessoa; e o controle sob os corpos femininos.

Com vistas a tais questões e enquadramentos, o presente trabalho se ancora, de um lado, no campo de estudos da saúde/doença/cura – temas que têm sido estudados direta ou indiretamente por antropólogos desde o final do século XIX, possibilitando por meio da descrição e da análise etnográfica um acúmulo de conhecimentos acerca das diferentes

experiências de grupos sociais sobre esses fenômenos (Nakamura, 2009:27). Por outro lado, conseqüentemente as discussões aqui propostas também dialogam com a antropologia da moralidade, tema inerente as Ciências Sociais e que está presente desde os primórdios da antropologia, mas que apenas recentemente tem se constituído como um campo específico de debate.

Tendo em vista tais considerações, o debate teórico, sobretudo na antropologia, em torno das relações sociais, das políticas públicas, do adoecimento e das moralidades constitui um importante pano de fundo por meio do qual construímos as reflexões e descrições aqui presentes. Nesse sentido pontuo a seguir alguns aspectos dessa discussão:

Antropologia da Saúde e da Doença

A antropologia desenvolveu importante conhecimento para o estudo organizado das maneiras culturais de pensar e agir associadas à saúde. Revelando, de acordo com Denize Marroni (2007), que o estado de saúde de uma população está associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural. Nesta tese, a Antropologia da Saúde e da Doença é apresentada como uma perspectiva complementar e enriquecedora para a abordagem biomédica sobre a Fístula Obstétrica.

A importância da antropologia para compreensão do fenômeno saúde/doença é incontestável. Ceres Victora sugere que este debate sobre doença dentro da antropologia tem a idade da própria disciplina, considerando...

(...) que o sofrimento é constitutivo do mundo social, o estudo antropológico sobre outras sociedades e culturas sempre se confrontou com a questão do adoecimento, compreendido na sua relação com normas sociais, moralidades ou disputas culturais específicas. Seja com o nome de infortúnio (RIVERS, 1926; EVANS-PRITCHARD, 1937); de doenças (FOSTER e ANDERSON, 1978), de desordem e (ou) aflição (TURNER, 1970) o que está em foco são as “perturbações” que, por assim dizer, padecem de uma inevitabilidade própria da dinâmizada vida. (Victora, 2011).

Já os estudos em Antropologia da Saúde no Brasil são considerados recentes, de acordo com Ana Maria Canesqui (1998) até então a produção científica brasileira relacionada a Antropologia da Saúde e da Doença ficava por conta dos Folcloristas, que abordavam a temática de forma dispersa e acrítica, relacionando as práticas tradicionais com atraso cultural (Santos et al., 2012: 15). A institucionalização destes saberes só teve

lugar no Brasil basicamente nas décadas de 1960/1970. Sua perspectiva inicial era dada pela Sociologia com seu viés da escola funcionalista, a qual tinha suas discussões sobre as funções e como cada uma das partes tem uma importância para o bom funcionamento do todo (Barros, 2011:12).

A Antropologia feita no Brasil, especialmente na década de 1970 centrou seu olhar para a religião, destacando-se como resposta para as aflições, bem como na tensa relação entre médicos e demais agentes tradicionais de cura. Contribuindo para desindividualizar a doença mental, sob a marca sócio-cultural (Velho, 1979). Já na década de 1980 produziu conhecimentos sobre os temas da saúde, doença e alimentação, dirigindo seu olhar principalmente as classes trabalhadoras e minorias (Canesqui, 1998). São estudos preocupados em investigar e analisar de forma consciente os distintos saberes e práticas de cura, bem como suas instituições e especialistas, além de refletir sobre os confrontos ou complementaridade dos cuidados médicos com outras práticas de cura (Santos et al., 2012:15). Outros autores, na década de 1990, enfatizaram as classificações das doenças e os especialistas de cura (Maués, 1990), ou a compressão dos sistemas de cura entre as populações indígenas (Buchillet, 1991). Canesqui (1998) ainda destaca os estudos acerca dos processos rituais (Rabelo, 1994) e das representações da cura dentro do catolicismo popular (Minayo, 1994). As denominadas “alternativas de cura” sempre mereceram atenção dos antropólogos (Scott, 1986). Ainda de acordo com a autora, diversas etnografias voltaram-se para os significados sociais do corpo situando-o como reflexo da sociedade, não reduzido a dimensão biológica, como a exemplo a coletânea, *Corpo & Significado, Ensaios de Antropologia Social* (Leal, 1995).

Nesta mesma década, mais precisamente em 1993, foi realizado em Salvador o I Encontro Nacional de Antropologia Médica, com o objetivo de reunir pesquisadores que pudessem discutir as diversas tendências da Antropologia da Saúde no país. Grande parte destes profissionais estavam atuando dentro da área da saúde, em hospitais, institutos de medicina social, escolas de saúde pública e departamentos de medicina preventiva (Minayo, 1994).

Os novos objetos que então se apresentaram, como gênero e sexualidade, por exemplo, referiam-se as mudanças ou permanências nas visões de mundo e valores de nossa sociedade. Podemos acrescentar a importância, para a emergência desses “novos objetos”, da ação de diferentes

movimentos sociais, o que fica muito patente no caso da epidemia da AIDS, com o movimento LGBT, da saúde reprodutiva, como o feminismo, e da saúde mental, com o movimento pela reforma psiquiátrica e antimanicomial. (Russo e Carrara, 2015: 479)

É nesse contexto que no Brasil, com o desenrolar das pesquisas e da proposta antropológica em ver que o discurso sobre saúde e a doença estava mais além do que o campo médico e do viés biológico podiam abordar, e passando a interpretar a condição do adoecer e tudo aquilo que permeia o universo de um doente, estava ligada às condições sociais e culturais de cada sociedade (Barros, 2011:13). Que os estudos desenvolvidos no campo da Antropologia da Saúde e da Doença se intensificaram nas últimas duas décadas, trazendo como principal contribuição, novos olhares sobre representações e práticas em saúde/doença (Santos et al., 2012:15). Russo e Carrara (2015:477) citam como exemplo a proliferação de GTs voltados para discussão de temáticas relativas ao corpo e a saúde nas reuniões da Associação Brasileira de Antropologia – ABA. Pesquisas que abordam temas como reprodução, sexualidade, gênero, etnia e suas relações com as enfermidades, intervenções médicas e terapêuticas, repensando o saber médico ao introduzir valores, relações de força e do sujeito com o seu corpo, instituições e práticas sociais (Canesqui, 1998). Fazendo com que o campo da antropologia da saúde/doença venha se consolidando como espaço de reflexão, formação acadêmica e profissional de médicos, enfermeiros e outros profissionais da área da saúde no país (Langdon e Wiik, 2010: 179). Nesta perspectiva, de acordo com Alessandra Santos:

Os profissionais de saúde começam a desenvolver concepções menos preconceituosas em relação às práticas de cura popular, dirigindo cuidados mais responsáveis às pessoas e suas famílias, levando em consideração que a atenção à saúde é um sistema social e cultural, em sua origem, estrutura, função e significados. (Santos et al, 2012:16)

Como bem colocam Russo e Carrara o que está em jogo não é apenas a relação da antropologia com a área da saúde, mas a relação entre medicina e sociedade:

O que se assiste, com o surgimento e consolidação do segundo feminismo, do movimento LGBT e do movimento pela reforma psiquiátrica, é uma espécie de “socialização” de questões médicas. Trazer para a esfera social e política questões, fenômenos e temas considerados circunscritos à medicina (ou à sua lógica). (Russo e Carrara, 2015: 479)

Questões fundamentais para pensarmos o papel da Antropologia, no campo da Saúde, na medida em que apontam para o enraizamento social e cultural da prática biomédica e seus objetos (corpo, saúde e doença).

Nesta tese examinamos a influência do contexto social e cultural sobre as maneiras de pensar e agir das mulheres atingidas pela doença frente aos seus problemas de saúde e, a partir daí situamos a contribuição específica da abordagem antropológica. Deste modo, abordar a dimensão sócio-antropológica da Fístula Obstétrica em Moçambique significa olhar para a mulher (con)vivendo com esta doença, buscando desvendar alguns aspectos da realidade por elas vividas, mostrando a complexidade das suas experiências, as ações e políticas públicas que vem sendo desenvolvidas pelo governo moçambicano para tentar minimizar este sofrimento.

Antropologia da Moralidade

A moral ou a moralidade é descrita por Émile Durkheim como um sistema de regras que começa quando começa a vida coletiva, constituindo a socialidade. Sendo assim a moralidade é compreendida como um conjunto de valores e princípios não fixos de uma cultura, no qual os indivíduos podem (re)negociar o modo de conduzir-se na sociedade (Guerra, 2016:46). Signe Howell (1997:04) defende o uso do termo moralidade no plural, por acreditar que isso reforçaria o próprio sentido da disciplina antropológica, centrada na inquietação da comparação e na busca de significados distintos daqueles da sociedade do pesquisador.

Segundo Fernanda Cardozo (2016:36) muito embora a proximidade com os temas e as abordagens da antropologia, a moralidade ocupou até a década de 1990 um espaço ínfimo neste campo disciplinar. Opinião partilhada por Alexandre Werneck e Luís Roberto Cardoso de Oliveira:

Embora a moral sempre tenha sido um tema importante para a sociologia e para a antropologia ao longo da história dessas disciplinas, não tem havido, no passado recente brasileiro, muitos esforços para a realização de pesquisas empíricas nesta área, especialmente aquelas de caráter etnográfico e/ou qualitativo, centradas na compreensão do fato moral como tal, no plano fenomenológico, tendo como referência, situações em que os atores se defrontam com os desafios propostos por uma vida cotidiana, ela própria moral. (Werneck e Oliveira, 2014: 08).

Para Márnio Teixeira-Pinto (2006:13) foi Durkheim que minou a possibilidade de construir a Moralidade como um campo específico de abordagem ao reduzi-la ao problema da solidariedade. De modo similar, os estudos da Moralidade a partir da Antropologia também culminaram em uma aproximação entre os conceitos de moral/moralidade com o conceito tradicional de cultura (Cardozo, 2016:37). Desde Malinowski os estudos da antropologia sobre as organizações sociais sempre privilegiaram a apreensão de regras ou normas vigentes em cada sociedade, a partir da atitude descritiva e pouco afeita a análise crítica das justificativas apresentadas pelos sujeitos (Werneck e Oliveira, 2014: 09). Assim vemos Nicolas Baumard e Dan Sperber (2007) justificar que é justamente a onipresença da dimensão moral no parentesco, política, economia, religião, práticas sexuais...que a torna imperceptível nas pesquisas etnográficas.

Por outro lado, como indica Didier Fassin (2012:05), a Antropologia da Moral não deve ser limitada ao âmbito das “moralidades” como entidades separadas das outras esferas da atividade humana, para ele questões morais, são incorporadas na substância do social e não podem ser isoladas de conteúdos políticos, religiosos, econômicos ou sociais. Nesse sentido, ao tratar sobre a negociação das moralidades na vida de E.B. paciente de fístula obstétrica, aponto para tensões na sociedade em que ela está inserida, considerando as inclinações morais, isso é: pensando como campos dinâmicos de construção e veiculação das representações morais, nunca fechados e dependentes das experiências.

Plus encore que la diversité des pratiques et des croyances d'une société à l'autre, c'est la diversité des valeurs morales qui a été rendue si fascinante par les récits des voyageurs et qui, dans le monde de confrontations interculturelles où nous vivons aujourd'hui, rend si pertinente l'anthropologie. (Baumard e Sperber, 2007).

Ainda de acordo com Baumard e Sperber (2007), se dentro da disciplina, os antropólogos raramente dão lugar específico a Moralidade, eles frequentemente a acionam para defender um ponto de vista relativista:

Les données ethnographiques montrent en effet que ce qui est considéré comme bien ou mal peut différer dramatiquement d'une culture à l'autre. Elles justifient donc au moins un relativisme modéré qui consiste à souligner cette diversité et à l'opposer à tous ceux pour lesquels les mêmes valeurs morales peuvent et doivent s'imposer à tous, partout, et de la même manière.

Por outro lado, a Antropologia da Moralidade deve distinguir valores morais das expressões públicas destes valores, que variam de uma sociedade para outra. Sendo possível compartilhar crenças ou avaliar como essas se aplicam, a uma situação de forma diferente. Como a exemplo da discussão sobre o casamento infantil. Em determinadas culturas uma menina se torna mulher ao atingir a maioridade (18 anos), em outras, a qualidade de ser mulher é adquirida após a primeira menstruação, deste modo o casamento aos 13/14 anos não é reprovável. Sobre a questão do valor, e conseqüentemente, do juízo de valor, Oliveira & Oliveira (1996) questionam como o antropólogo pode julgar o ato de uma pessoa, membro de outra sociedade, e que tenha sido guiado por valores de sua própria cultura. Para eles não cabem a nós antropólogos julgarmos:

Isto é função de juizes, moralistas, mas também o homem comum que, imerso em seu cotidiano, é sempre impelido a julgar todo e qualquer ato (seu ou de terceiros) como condição de orientar seu próprio comportamento (Oliveira & Oliveira, 1996:52).

No sentido durkheimiano, moralidades são como enunciados socialmente demarcados em torno do valor ou do sentimento moral das ações dos próprios atores envolvidos, trazendo em si também uma dimensão de exposição e reflexão sobre os sentimentos. Nessa medida, o embate de moralidades realizado dentro do contexto hospitalar, implica, na demarcação de certas formas de perceber e expressar valores e sentimentos. A compaixão permite a produção de leituras morais sobre pacientes e profissionais de saúde, bem como sobre a relação que se estabelece entre eles. A raiva com a atitude do outro (abandonada pelo marido), a frustração por não conseguir controlar a urina, a tristeza pela impossibilidade de tratamento, a angústia para conseguir uma cirurgia e vários outros sentimentos fazem parte não só da dinâmica das relações ali experiênciadas, mas também do conforto e composição de moralidades.

Expostas às motivações teórico-etnográficas, esta tese tem como objetivo descrever, à luz da antropologia da saúde e sobre moral, os modos como se produzem sentidos, entendimentos, relações e programas em torno dos casos de Fístula Obstétrica em Moçambique. Para tanto, buscamos tornar visível as tensões, ambigüidades e controvérsias

que caracterizam o cotidiano das instituições hospitalares, das políticas públicas, quanto dos distintos atores sociais.

Em termos metodológicos, esta investigação dividiu-se, portanto, em quatro etapas. Em primeiro lugar, foi realizada uma pesquisa bibliográfica acerca das principais temáticas a abordar³. Depois se procedeu ao levantamento dos artigos da imprensa sobre a doença de forma a apurar a representação social da temática estudada face à impossibilidade, naquele momento, de obtê-las *in loco*. Para tal foram analisados todos os artigos dos três principais jornais escritos de Moçambique⁴ publicados entre os anos de 2013 – 2017 utilizando o descritor “Fístula Obstétrica”. Na terceira etapa foi realizada pesquisa de campo, com duração de sete meses, tendo início em maio de 2015, predominantemente na cidade de Maputo e com rápidas passagens pelos municípios de Nampula e Beira. Portanto, muito embora a descrição se baseie nas dinâmicas do Hospital Central de Maputo, esses dois últimos serão, vez ou outra, mencionados ao longo do texto. O último momento da pesquisa consistiu da aplicação de Questionário formulado com 40 perguntas e executado no contexto dos hospitais centrais de Moçambique. Assim, foram levantados dados de 162 casos atendidos nestas instituições, sendo possível inferir sobre as dimensões e perfil das mulheres com Fístula Obstétrica naquele país.

Quando da elaboração do projeto de pesquisa, pretendia acompanhar o dia-dia das pacientes no hospital, no trabalho, escola, em casa para observar como se davam as relações sociais e familiares fora do ambiente hospitalar. No campo a realidade foi outra totalmente diversa, as pacientes atendidas no HCM eram em sua maioria, vindas de províncias distantes. Então, diante da impossibilidade de realização da pesquisa nos espaços citados, optou-se por transformar o Hospital Central de Maputo, referência no tratamento da doença no país, no *locus* principal da investigação.

Conforme dito anteriormente, contei com o apoio e aprovação da equipe do Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo – HCM e do Ministério da Saúde na figura do Dr. Armando Melo, que me permitiu também participar de duas campanhas de cirurgias de reparação da fístula obstétrica nos Hospitais Centrais da Beira e de Nampula, nas regiões centro e norte do país respectivamente, onde realizei etnografias de curta duração (cerca de

³Esta pesquisa foi realizada na internet e nas bibliotecas da Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Eduardo Mondlane (Maputo), Centro de Estudos Internacionais e no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (ambos em Lisboa).

⁴ Estou me referindo ao Jornal de Domingo, Jornal de Notícias e o @Verdade.

dez dia em cada local). Além de uma visita técnica ao Hospital Rural de Vilankulos, onde pude conhecer suas instalações e entrevistar o Dr. Osório Trigo, Diretor daquela Unidade de Saúde.

Nos caminhos da pesquisa, também conversei com profissionais de saúde que integram o Programa Nacional de Fístulas Obstétricas. Mantive contato com médicos, residentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares administrativos. Estive presente não apenas nas consultas, mas também nas campanhas cirúrgicas de reparação da fístula obstétrica, eventos articulados e promovidos pelo Ministério da Saúde em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA.

Esta tese compõe-se, a partir daqui, de quatro tópicos de desenvolvimento. No primeiro deles, “Moçambique como campo de pesquisa: métodos e Técnicas”, apresentarei a experiência de campo, inserção, reflexões, dilemas e encruzilhadas pelos quais nós, antropólogas, acabamos passando, na prática do ofício principalmente das que adentram na esfera da saúde. Assim como também descreverei sobre a construção do objeto de estudo, o contato com o tema e aplicação da metodologia.

No segundo tópico, “*Caracterização geral de Moçambique e o contexto da construção do Sistema Nacional de Saúde*”, trato de descrever a local em que ocorreu a pesquisa de campo, com especial ênfase em aspectos que caracterizam o panorama do Sistema Público de saúde e da Assistência Materna em Moçambique, bem como o passado histórico preponderante para presente realidade. Dessa maneira, esboço algumas discussões sobre modernização e ocidentalização no panorama da saúde, a partir das ações desenvolvidas na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos. Buscando demonstrar, a partir do ponto de vista da socióloga dinamarquesa Signe Arnfred e das antropólogas nigerianas Ifi Amadiume e Oyèronké Oyewùmí, quão controversa parece a ideia de universalismo do feminismo ocidental e o uso de conceitos que não dão conta das (sutis) distinções de poder e hierarquia existente nas sociedades africanas.

No terceiro tópico, “A Fístula Obstétrica como objeto de investigação”, descrevo as concepções gerais acerca da doença. Direcionando um olhar sobre a doença, fatores, instituições e discursos que, de alguma forma, se associam. Haja visto o ineditismo do trabalho, não localizamos material acadêmico nas ciências sociais que tratassem da temática da Fístula Obstétrica, sendo necessário recorrer a biomedicina. Realizamos um diálogo entre

autores que estavam separados por fronteiras geográficas, como médicas etíopes Mulu Muleta e Ambaye Michael, e os médicos moçambicanos Igor Vaz e Aldo Marquesini. Além de recorrermos a autores como Langdon (1995), Alves e Rabelo (1999), Adam e Herzlich (2001) e Canesqui (2007) para entender a importância da experiência com a doença, ressignificações da vida e do corpo destas mulheres.

Por sua vez, o quarto tópico, “Silêncios, segredos e fístulas: Gerenciamento cotidiano da doença”, apresenta uma descrição detalhada da etnografia realizada no Hospital Central de Maputo e perante os dados recolhidos, dá-se particular ênfase em como às relações de gênero e de poder se expressam no cotidiano destas mulheres e a sua influência nos processos de saúde/doença. Em estreita relação com o anterior, por fim, este tópico visa sintetizar algumas noções centrais em relação as desigualdades de gênero na sociedade moçambicana e como as instituições hospitalares as reproduzem.

Muito embora reconheça a vasta produção acadêmica de estudos de gênero em Moçambique, produzidas por autores como Ximena Andrade (1997), Ana Loforte (2003), Clélia Pondja (2006), Maria José Arthur (2006), Conceição Osório (2008), Luiz Henrique Passador (2016) entre outros, o trabalho de campo me conduziu para outros caminhos e me colocou diante de outros desafios antropológicos.

Ao pisar em Moçambique, percorrer a sua cultura e embrenhar-me no Hospital Central de Maputo, soube que esta história não terminaria ali. Foram sentimentos que deixaram marcas tão profundas em mim, como as tatuagens das mulheres macuas, que talvez seja impossível transportá-los para o papel. Mas vou tentar, pois foram vivências tão significativas que merecem sair dos meus pensamentos e serem divididas com os leitores desta tese.

Fotografia 2 - Minhas tatuagens da África e América do Sul



MOÇAMBIQUE COMO CAMPO DE PESQUISA: MÉTODOS E TÉCNICAS

Fotografia 3 –“Dia de beleza” realizado com as pacientes do Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo.



2 MOÇAMBIQUE COMO CAMPO DE PESQUISA: MÉTODOS E TÉCNICAS

Neste capítulo, apresento uma breve espiral do campo, não pretendo enumerar exaustivamente todas as experiências – voluntárias induzidas ou forçadas – ocorridas durante minha estadia em Moçambique, mas revelar parte dos caminhos que me levaram até lá. Nele contextualizei a escolha do objeto e como ele foi se moldando ao longo do percurso do doutorado, tanto a partir das influências teóricas e metodológicas da antropologia, mas principalmente pelos eventos ocorridos no campo e em campo. Depois a partir da minha inserção no campo procurei iluminar o contexto em que se desenrolou a pesquisa, as escolhas metodológicas, expondo os vários dilemas e encruzilhadas pelos quais nós, antropólogos, acabamos passando, na prática do ofício principalmente dos que adentram no campo da Antropologia da Saúde.

2.10 PONTO DE PARTIDA

Quando concluí o Mestrado em Antropologia em 2010 fiquei com a sensação de que meu objeto havia se esgotado na minha dissertação, estava perdida e sem perspectiva sobre o que pesquisar durante o doutoramento. Havia emendado a graduação ao mestrado, bem como havia acabado de ser aprovada em um concurso público para trabalhar como Secretária no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Resolvi então dedicar um tempo para minha vida pessoal e o projeto de ter um filho. Fiquei dois anos longe da universidade, mas não dos estudos. Aproveitei estes meses para realizar uma reflexão intensiva sobre a África, através de leitura de textos, conversas com acadêmicos africanos que estudam no Brasil e participação em mini – cursos, dos quais destaco: Dinâmicas Políticas na África Contemporânea – Prof. Andréa Lobo (UNB), Poética Visual Afro – Prof^a Ilka Boaventura (UFSC), Literatura Africana em contexto Pós-colonial – Prof. Ineke Phaf Rheinberger (University Humboldt) e Relações de alteridade e a produção desigualdades - Prof. Herbert Ekwe-Ekwe (Center for Cross Cultural Studies – Dakar). Em seguida decidi cursar como aluna especial a disciplina Sociologia das Sociedades Africanas, ministrada pelos Professores Remo Mutzemberg e Eliane Veras do Programa de Pós Graduação em Sociologia da UFPE. Considero este momento de extrema importância, pois

além da troca de experiências com os docentes e outros estudantes, tive acesso a uma grande variedade de textos sobre África, produzidos por intelectuais africanos, muitos deles utilizados nesta tese. Ao final do curso tivemos de produzir um artigo, por uma dificuldade linguística decidi trabalhar com um dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa - PALOP⁵, passando a ler diariamente os jornais destes países objetivando encontrar algo que despertasse o meu interesse de pesquisa. Certo dia, li no jornal *O País* de Moçambique sobre a aprovação do Plano de Ação para Redução da Pobreza – PARPA, que reconhece o empoderamento⁶ das mulheres como fator decisivo nos esforços para erradicação da pobreza. Aprofundei minha pesquisa e escrevi o artigo “*Políticas nacionais visando à promoção da igualdade de gênero em Moçambique*”, apresentado posteriormente no Congresso da Associação Latino-americana de Sociologia - ALAS.

No ano de 2012 o artigo foi transformado em projeto de pesquisa e submetido à seleção do doutorado do Programa de Pós-graduação em Antropologia da UFPE, a partir do qual pretendia contribuir com a ampliação da visão das políticas de gênero num dos países mais pobres e menos desenvolvidos do mundo⁷. Após meu ingresso no referido programa, e de ter cursado algumas disciplinas e participado de eventos científicos, fui repensando o meu projeto e decidi delimitar a pesquisa para uma área estratégica destas políticas públicas de gênero desenvolvidas pelo governo moçambicano. Como já estava trabalhando no Departamento de Enfermagem, envolta pelas discussões ligadas a relação entre biológico, cultural e social, tão caras a Antropologia da Saúde, foi natural que a escolha se voltasse para as políticas públicas destinadas às mulheres no campo da saúde em Moçambique. Certa vez, durante um curso sobre Revisão Integrativa e Sistemática, iniciei uma busca incessante com a junção de três palavras: “Moçambique”, “Gênero” e “Saúde”. Até que (surgiu) aquele texto que é para mim fonte de inspiração para construção deste trabalho “*A fístula obstétrica e a situação em Moçambique*”⁸ de autoria do médico urologista Dr. Igor Vaz. Um aspecto que me marcou em relação a este registro, foi o fato do país possuir uma alta taxa de incidência da doença, o que demandou a criação de ações estratégicas e de políticas públicas pelo governo moçambicano, aquelas que eu já vinha pesquisando. Foi no meio

⁵ PALOP é um grupo formado por seis países lusófonos africanos, destes, cinco foram ex-colônias de Portugal em África o outro é a Guiné Equatorial que em 2007 adotou o português como língua oficial.

⁶ Tradução da palavra inglesa Empowerment que significa “dar poder”.

⁷ 2/3 da população moçambicana se encontra abaixo da linha de pobreza.

⁸ Publicado na revista *Outras Vozes* nº 33/34 de Fev-Maio de 2011.

destas experiências e aprendizados acadêmicos que surgiu o interesse pela temática das Fístulas Obstétricas. Como bem coloca Maria Cecilia Minayo (1999) a escolha por um tema não emerge espontaneamente, ela surge de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos. Não tenho dúvidas sobre a conexão entre a história pessoal do pesquisador e a escolha do seu objeto de investigação. Sou neta de uma parteira (Dona Lindalva) e de um obstetra (Dr. Guerra), dois exemplos de profissionais (e seres humanos) que dedicaram suas vidas a ajudar mulheres e que me permitiram mergulhar desde muito cedo no mundo da saúde obstétrica. Outro fator a destacar foi minha própria experiência enquanto mulher, pois, na minha segunda gestação, o trabalho de parto não evoluiu e sofri uma forte hemorragia, os médicos tiveram de realizar uma cesariana de emergência. O que infelizmente não acontece, com as pacientes de fístula obstétrica. Estas mulheres durante o trabalho de parto obstruído ou arrastado, não tem acesso aos cuidados básicos de saúde e acabam como consequência desenvolvendo a doença. Assim, considero serem focos de reflexão os sentimentos do pesquisador e as reações despertas pela escolha de um objeto que me é tão dileto e tão distante ao mesmo tempo.

A realização deste estudo não poderia ser concebida senão pela articulação da investigação teórica e do trabalho de campo, tão caro à maioria dos antropólogos na qual me incluo. Ao falar sobre o ofício do etnógrafo Roberto da Matta aponta para existência de três fases fundamentais, as quais ele denomina como “ritos de passagem”. A primeira é caracterizada pelo uso da racionalidade, quando ainda não há interações com o outro e sim uma imersão no conhecimento teórico sobre o grupo a ser estudado. Já a segunda fase é o período de resoluções sobre a ida ao campo, surge na véspera da pesquisa e envolve a preparação do trabalho prático: escolha dos métodos e técnicas de investigação, os deslocamentos no campo e estratégias. Admito que como mãe de dois filhos e realizando etnografia em outro continente esta fase foi a que me deu mais trabalho, pois, envolveu toda uma logística para conseguir visto, passagens, liberação do trabalho... perrengues pelos quais todos os pesquisadores acabam passando. Parfraseando Roberto da Matta é necessário “vestir a capa do etnólogo” e “transformar o exótico em familiar”. Trabalhar num campo “distante”, geográfica e culturalmente falando, permite-nos pensar sobre aspectos da cultura e conceitos sobre os quais muito lemos e estudamos, mas sobre os quais pouco conhecemos.

Dito isto, parti em 2015 para maior e melhor viagem da minha vida, passei sete meses realizando uma observação etnográfica com pacientes de Fístula Obstétrica e profissionais da saúde que lidam com a doença no país. Foi em Maputo que percebi que as palavras, que tinham me conduzido até lá tinham de acrescentar algumas: amizade, dedicação, amor e respeito.

2.2 POPULAÇÃO E LOCAIS DO ESTUDO

A presente pesquisa descreve e analisa o fenômeno da Fístula Obstétrica em Moçambique, no que diz respeito a doença, percepções e atitudes das pacientes e dos profissionais de saúde que lidam com estes casos. A definição de critérios segundo os quais serão selecionados os sujeitos que vão compor o universo da investigação é primordial, pois, de acordo com Duarte (2002:141), interfere diretamente na qualidade das informações a partir das quais será possível construir a análise e chegar a compreensão mais ampla do problema delineado na pesquisa.

A população, alvo deste estudo é constituída por mulheres moçambicanas convivendo com a Fístula Obstétrica, que procuraram tratamento no Sistema Nacional de Saúde de Moçambique, nomeadamente nos três Hospitais Centrais do país⁹, a saber: Hospital Central da Beira, Hospital Central de Nampula e Hospital Central de Maputo, locais onde realizei a pesquisa de campo. A população do estudo era formada em sua maioria por mulheres pobres, com baixo nível de instrução e idades que variaram entre 15 a 73 anos, conforme podemos verificar no Anexo II – Quadro Informativo sociocultural das pacientes. Toda a amostra de pacientes é originária de Moçambique. As mesmas, tem diversas origens pessoais e familiares, mas a maioria, são das províncias do centro e norte do país, conforme planilha abaixo. Constatou-se que dentre as pacientes atendidas no Hospital Central de Maputo, a maioria é proveniente de outras províncias, tendo sido encaminhadas ao HCM por tratarem-se de casos de fístulas obstétricas de média e alta complexidade.

⁹ Atualmente existem quatro Hospitais Centrais no país, na época da pesquisa o Hospital Central de Quelimane ainda estava sendo construído, tendo sido inaugurado apenas em outubro de 2016.

Quadro 1 - Questionários aplicados (Origem e quantitativo de mulheres por província)

Região	Província	Quantidade
Sul	Maputo	11
	Gaza	11
	Inhambane	13
Centro	Sofala	23
	Manica	29
	Tete	01
	Zambézia	06
Norte	Nampula	53
	Cabo Delgado	14
	Niassa	01
Total		162

A pesquisa de campo foi realizada de maio a dezembro de 2015, tendo como lócus principal o Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo – HCM, que é um setor que presta atendimento a pacientes (homens, mulheres e crianças) com patologias relacionadas ao aparelho urinário, entre elas a Fístula Obstétrica. Também realizamos pesquisa de campo, por curtos períodos, nos Hospitais Centrais de Nampula e da Beira, acompanhando as campanhas cirúrgicas para reparação da Fístula Obstétrica realizada pelo Ministério da Saúde nos referidos hospitais. Realizamos uma visita técnica no Hospital Rural de Vilankulos, localizado na Província de Inhambane.

O Hospital Central de Maputo localiza-se na cidade de Maputo, capital de Moçambique, na região sul do país. A cidade tem uma área com 347km² e uma densidade populacional aproximada de 3.705hab/km², sua população é de 1.111.638 (um milhão e cento e onze mil e seiscentos e trinta e oito) habitantes, que compreendem 540,8 homens e 570,8 mulheres (INE, 2007).

O principal grupo etnolinguístico de Maputo é o changana, mas de acordo com o censo 2007, 42,9% da população têm o português como língua materna. Ainda de acordo

com o Censo de 2007 as religiões professadas na cidade são: católicos (23,1%), ziones¹⁰ (25,2%), protestantes (21,2%), sem religião (14,3%) e mulçumanos (5,3%). A cidade de Maputo não é só a capital política do país, mas também ocupa uma posição central em desenvolvimento e infraestrutura, concentrando a maior parte dos hospitais e clínicas do país¹¹.

Fotografia 4 – Fachada do Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo.



O Ministério da Saúde de Moçambique, em parceria com a UNFPA, promove campanhas cirúrgicas para reparação da fístula obstétrica. Durante minha estadia em Moçambique, tive a oportunidade de participar de duas delas. A primeira no Hospital Central da Beira¹² – HCB, para onde viajei em junho de 2015 e passei dez dias imersos no campo, que iniciava às 7h da manhã sem hora para acabar.

O HCB está localizado na cidade da Beira, capital da Província de Sofala, região central do país. A cidade tem uma área com 633km² e de acordo com o Censo de 2007 sua população é de 431.583 habitantes. Ainda de acordo com o censo a maioria da população

¹⁰ A religião milenarista Mazione ou Zione, foi fundada nos EUA e trazida para África do Sul no início do século XX, sendo uma miscelânea entre o cristianismo e as crenças animistas tradicionais.

¹¹ Maputo possui a seguinte infraestrutura na área de saúde pública (dados de 2005): 1 Hospital Central e Provincial; 4 Hospitais Rurais e Gerais; 16 Centros de Saúde; 20 Postos de Saúde; total de 41 unidades de saúde.

¹² Falaremos especificamente sobre as campanhas no capítulo 4 - A Fístula Obstétrica como objeto de investigação.

da Beira é cristã (31,9%), mas existe um elevado número de protestantes (22,7%) e pessoas sem religião (24%). A língua sena (também chamada de xisena ou chisena) é a terceira língua bantu de Moçambique, falada por cerca de 10% da população, sendo predominante na província de Sofala.

Fotografia 5 – Vista do Hospital Central da Beira.



No mês de agosto de 2015, participei de mais um mutirão de cirurgias de reparação da fístula obstétrica, desta vez no Hospital Central de Nampula. Situado na cidade de Nampula, capital da Província com o mesmo nome, localizada na região norte do país. A cidade tem uma área com 404km² e de acordo com o Censo de 2007 sua população é de 471.717 habitantes. A maioria da população fala a língua macua, que também é a língua bantu mais falada em Moçambique, por cerca de 25% da população, sendo predominante nas províncias da região norte do país.

De acordo com o censo a maioria da população de Nampula é cristã (42,2%), mas existe um elevado número de muçulmanos (40,6%). As províncias do norte do país observam as maiores percentagens da população islâmica, devido à influência do povo árabe que se fixou nesta região durante a sua entrada em Moçambique. O fator religioso neste caso foi de extrema importância, pois, este foi o único local onde os maridos se fizeram presentes

durante a pesquisa, sempre ao lado das esposas durante as entrevistas/questionário em alguns casos respondiam as perguntas no lugar da esposa que aceitava calada, passiva. Outra característica marcante neste campo foi a presença de mulheres oriundas de outras províncias e que procuraram o Hospital Central de Nampula na esperança de realizar a cirurgia de reparação da fístula obstétrica. Salientamos que a cidade de Nampula exerce uma atração na população de outras províncias do norte, que vem para cidade atrás de trabalho. Fazendo com que, de acordo com o INE, cerca de 47% da população que reside na cidade é de imigrantes. Nesta região também existe um elevado número de imigrantes oriundos de outros países, já que a 30 km da capital, que está localizado o Campo de Refugiados de Maratane, que hoje abriga cerca de 10 mil refugiados à maioria, mulheres e crianças provenientes da República Democrática do Congo, Ruanda, Burundi e Somália. Algumas destas mulheres procuraram o HCN para realizar a cirurgia de reparação da FO, neste caso elas foram descartadas da pesquisa, pois nossa população alvo era mulheres moçambicanas.

Foto 6 – Entrada do Hospital Central de Nampula.



2.3 MATERIAL E MÉTODOS

Segundo Rocha e Eckert (2008) o método etnográfico é o que diferencia a Antropologia das outras áreas de conhecimento das Ciências Humanas. Sua especificidade é composta por uma série de técnicas e procedimentos de recolha de dados associados ao trabalho de campo.

A prática da pesquisa de campo etnográfica responde, pois a uma demanda científica de produção de dados de conhecimento antropológico a partir de uma inter-relação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados que interagem no contexto recorrendo primordialmente as técnicas de pesquisa da observação direta, de conversas informais e formais, as entrevistas não-diretivas, etc. (Rocha e Eckert, 2008).

Nessa pesquisa foi utilizado um conjunto de técnicas metodológicas que se complementam entre de modo a compreender, de forma mais consistente, o universo da Fístula Obstétrica. Os dados foram colhidos durante sete meses, utilizando a perspectiva qualitativa, que tem como foco de estudo o processo vivenciado pelos sujeitos e que responde a pontos muito particulares, trabalhando o universo dos significados, crenças, valores e das atitudes frente a doença. Trabalhar questões referentes a Fístula Obstétrica significa fazer uma incursão no campo da subjetividade e envolve significados e valores construídos socialmente, mas que nem sempre são verbalizados pelas pacientes.

As pesquisas qualitativas possuem características multi metodológicas, utilizando um número variado de métodos e instrumentos de coleta de dados (Queiroz et al., 2007:277). Para abarcar todo este universo, utilizamos uma combinação de três técnicas: observação participante, questionários, entrevistas individuais e conversas informais. Cada um destes métodos serviu aos objetivos da pesquisa e atuaram de formas complementares.

2.3.1 Questionários

O questionário é um instrumento de coleta de dados constituído por uma série de perguntas, que devem ser respondidas por escrito (Maconi& Lakatos, 1999:100). O seu uso ainda é um tabu metodológico dentro da Antropologia (Rial, 2003:92), para alguns autores sua aplicação tende a se constituir em um trabalho de pouca reflexão (Xavier, 2012:294). De modo geral, temos de adequar as nossas escolhas metodológicas no decorrer do trabalho de campo. Nesta pesquisa em específico acredito que o questionário foi uma ferramenta de

extrema importância para dar conta de todas as questões da pesquisa no curto espaço de tempo disponível, bem como complementar as informações obtidas no campo. Desta forma optei pelo uso do questionário para atingir mais número de pessoas e para abranger uma área geográfica mais ampla ao aplicá-lo em mulheres de todas as províncias do país.

Para tanto, utilizo nesta tese 162 questionários aplicados nos três hospitais centrais de Moçambique¹³ no período de maio a novembro de 2015 em mulheres acometidas pela Fístula Obstétrica e com idades que variam de 15 a 73 anos. São questionários anônimos com 40 (quarenta) perguntas fechadas (sim ou não) e de múltiplas escolhas, conforme modelo disponível no Anexo I.

Cerca de 45% da população de Moçambique é analfabeta¹⁴, ou seja, não sabe ler nem escrever. Nas cidades onde foi realizada pesquisa este percentual fica bem abaixo da média nacional: Nampula (25.3%), Maputo (22%) e Beira (16,3%). Geralmente, em todas as províncias as taxas de analfabetismo são mais elevadas entre as mulheres do que entre os homens¹⁵, com exceção da província de Maputo, onde as diferenças entre homens e mulheres não são significativas. Desta forma, como quase sempre as inqueridas eram analfabetas, decidimos substituir a assinatura do TCLE pela recolha da impressão digital da paciente.

A análise dos questionários utilizando estatísticas descritivas, tabelas e gráficos, permitiram inferir sobre as dimensões e o perfil das mulheres com Fístula Obstétrica em Moçambique.

2.3.2 Entrevistas e Conversas

Posteriormente a aplicação do questionário foram realizadas entrevistas, seguindo um roteiro de perguntas previamente elaborado. Tendo como objetivo aprofundar, esclarecer e coletar informações, os entrevistados foram distribuídos em dois grupos: profissionais de saúde e pacientes. De modo geral, pesquisas de cunho qualitativas exigem a realização de entrevistas semiestruturadas. Tanto com os profissionais de saúde e como com as pacientes, segui um roteiro de entrevista, mas por vezes o roteiro era alterado à medida

¹³ Foram aplicados 35 questionários no Hospital Central de Maputo, 55 no Hospital Central da Beira e 72 no Hospital Central de Nampula.

¹⁴ Dados do Anuário Estatístico de 2016 produzido pelo Instituto Nacional de Estatística – INE.

¹⁵ Na província de Sofala por exemplo a taxa de analfabetismo é de 43,4%, se fizermos um recorte de gênero veremos que entre as mulheres este percentual é de 62%.

que surgiam novas questões, durante as conversas com os interlocutores. Procurando contextualizar os indivíduos a partir das informações específicas colhidas nos prontuários médicos.

Muitos problemas podem ser identificados no roteiro das entrevistas quando elas saem do papel (ou do computador) e ganham significado na interação entrevistador/entrevistado. Por essa razão, este deve ser um instrumento flexível para orientar a condução da entrevista e precisa ser periodicamente revisto para que se possa avaliar se ainda atende os objetivos definidos para aquela investigação. (Duarte, 2002: 150).

Ainda de acordo com Duarte (2002:143) numa metodologia de base qualitativa o número de sujeitos que irão compor o quadro de entrevistas dificilmente pode ser determinado *a priori*. Neste caso os depoimentos foram sendo realizados a medida em que os sujeitos aceitavam participar da pesquisa, ao todo entrevistamos 20 (vinte) pacientes e 04 (quatro) profissionais de saúde. Tomando em conta os aspectos éticos, as entrevistas foram realizadas dentro dos hospitais em espaços em que se podia garantir a privacidade das participantes, e foram feitas após a leitura e a gravação do consentimento informado.

Uma das dificuldades encontrada na realização da pesquisa diz respeito à língua, pois a maioria das pacientes não falava português, apesar deste ser o idioma oficial de Moçambique. Em determinado momento na pesquisa recorri ao uso de um intérprete, mas infelizmente não deu certo, pois, as entrevistadas tinham dificuldade em discutir assuntos de âmbito privado na presença de um homem. Para garantir maior empatia na interação sobre temáticas íntimas da vida das participantes eu mesma realizei as entrevistas, auxiliada por outras pacientes que falavam português e changana, língua falada principalmente na região sul do país.

Quando da realização do trabalho de campo nos Hospitais da Beira e Nampula, empreguei o uso do desenho como estratégia para facilitar o diálogo com as pacientes. Pedro Gama e Karina Kuschnir (2014) afirmam que embora a proposta do uso do desenho na antropologia possa soar como novidade, é algo que já vem sendo empregado por autores clássicos como Malinowski e Lévi-Strauss, para fins de registro do objeto, tendo sido gradativamente substituídos pelas máquinas fotográficas. Atualmente a principal utilização dos desenhos não é o registro técnico, mas um “disparador de conversas” em campo,

conforme puderam atestar ao analisar pesquisas recentes que utilizaram esta ferramenta¹⁶. No caso da nossa pesquisa, utilizamos desenhos, extraídos da *internet*, articulando com palavras chaves na língua local para nos comunicarmos com as pacientes que não falavam português.

Outra forma de contato e que também integra as estratégias de investigação são as conversas informais. Para Alba Zaluar (1986) é nas conversas informais que o “nativo” revela segredos mantidos velados a outros estranhos. Nessa pesquisa as conversas com pacientes e funcionários de saúde foram registradas no diário de campo e subsidiaram a etnografia. Trata-se, portanto, de um material complementar à pesquisa e, embora não se constitua como foco central da análise, participa significativamente desta ao fornecer informações complementares ao trabalho de campo.

2.3.3 Observação participante

O método etnográfico é comumente associado ao ofício do antropólogo e é caracterizado pela observação sistemática de situações reais no local onde os fenômenos acontecem (Fontoura, 2007). O ato de observar significa aplicar atentamente os sentidos a um objeto específico para dele adquirir conhecimento claro e preciso. Tornando-se uma técnica científica desde o momento em que passa por sistematização, planejamento e controle da objetividade (Queiroz et al., 2007:277). A observação direta é sem dúvida a técnica privilegiada para investigar saberes e práticas da vida social, reconhecendo ações e representações coletivas na vida humana (Rocha e Eckert, 2008). O trabalho de campo é o coração da pesquisa etnográfica, pois, sem o contato intenso e prolongado com o grupo pesquisado, seria impossível ao etnógrafo analisar como o seu sistema de significados culturais está organizado.

Seguindo este modelo clássico da antropologia, realizei uma investigação aprofundada no dia-dia de mulheres moçambicanas acometidas pela Fístula Obstétrica. A experiência vivida em campo nos trouxe questões de difícil previsão, ou que não estavam em atenção. Devemos estar atentos e receptivos aos eventos que ocorrem ao nosso redor, os chamados *serendipity*, isso só é possível através da convivência diária com o grupo estudado, na participação nos acontecimentos e conversas no cotidiano (Malinowski,

¹⁶Para maiores informações ver o artigo “Contribuições do desenho para pesquisa antropológica”, disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0ByV7Te7dpTfaSGR4VW5HTUNsTm8/view>

1978:14). Neste trabalho, por exemplo, pretendia realizar a etnografia apenas no Hospital Central de Maputo. No decorrer no campo tive a oportunidade de participar de duas campanhas cirúrgicas para reparação da fístula obstétrica nas cidades da Beira e de Nampula, acontecimentos que envolvem um grande número de mulheres provenientes de diversas localidades do país. Isto não estava na previsão inicial como objeto de estudo, mas foi uma oportunidade de expandir a pesquisa para os três hospitais centrais, o que ampliou o meu olhar para este universo tão particular.

A inclusão de mais dois hospitais permitiu seguir uma característica da Antropologia Médica que é a comparação entre os campos de pesquisa (Laplantine, 1991:39), observando os contrastes, semelhanças e diferenças, estabelecendo paralelos nas práticas sociais de saúde das mulheres de diversas regiões do país. No contexto específico a comparação das práticas sociais de saúde implementadas por pessoas em contextos sociais e geográficos diversos esclarece as particularidades, tornando viável o esclarecimento do objeto de estudo.

O trabalho de campo é o elemento característico da pesquisa etnográfica, normalmente seu período é variável. Segundo Rocha e Eckert (2008) este não pode ser um encontro fortuito, mas uma relação prolongada no fluxo de tempo e na pluralidade dos espaços sociais. Nossa pesquisa foi realizada em Moçambique ao longo de sete meses, maio a novembro de 2015. Devido ao ser caráter intenso, direto e exploratório os dados são coletados principalmente por meio da observação participante, mas utilizados outras técnicas complementares conforme descrito anteriormente.

Para compreender os significados que as pacientes atribuem ao processo de saúde/doença, o antropólogo deve manter-se informado acerca do tema em estudo, utilizando o conhecimento obtido por meio da revisão de literatura, que no caso da fístula estava restrita aos textos médicos, e dos dados colhidos durante a pesquisa. De modo geral, ao final do trabalho de campo, tínhamos em mão em torno de 25 entrevistas semiestruturadas, 162 questionários aplicados, notas de campo, registros escritos de conversas informais, e-mails trocados com os profissionais de saúde, diversas fotografias, reportagens publicadas em jornais locais sobre a Fístula Obstétrica, e ainda textos e dados

de outras pesquisas sobre a temática. Essa interação contínua entre os dados reais e as possíveis explicações teóricas são fundamentais numa pesquisa etnográfica. Tendo sido um trabalho árduo compilar e analisar todo este material. Daqui a para frente o leitor poderá entender um pouco sobre o microuniverso da Fístula Obstétrica em Moçambique a partir dos resultados deste trabalho.

2.4 NOTAS SOBRE A ENTRADA NO CAMPO

O processo de observação participante segue algumas etapas essenciais, a primeira delas é a aproximação com o grupo pesquisado. Nesta etapa o pesquisador precisa destruir alguns bloqueios, como a desconfiança e a reticências (Queiroz et al., 2007:279). Essa fase, de entrada no campo, é crucial na etnografia, uma vez que um dos seus objetivos como método interpretativo é estabelecer o *status* de membro e uma perspectiva ou ponto de vista de dentro do grupo (Corsaro, 2005:443). A aceitação de uma antropóloga atuando dentro de um universo restrito aos profissionais de saúde foi particularmente desafiador, tendo começado quando ainda estava no Brasil e comecei a ampliar minha rede de contatos em Moçambique. Neste tópico relatarei como realizei minha entrada no campo, como consegui ser aceita nos hospitais, mesmo não sendo profissional da saúde.

Fotografia 7 – Varal com lençóis lavados utilizados no Serviço de Urologia do HCM.



Em maio de 2015 cheguei a Maputo, após os primeiros dias de adaptação à nova rotina, procurei o Hospital Central de Maputo, mais precisamente o Serviço de Urologia, uma construção pequena e bem antiga. Ao lado do prédio havia um descampado que estava repleto de varais onde ficavam pendurados os lençóis utilizados pelas mulheres ali atendidas. Elas estavam ali sentadas do lado de fora da enfermaria esperando o tempo passar, algumas vestidas com batas hospitalares, outras envoltas em capulanas¹⁷.

Naquele momento minha pesquisa, que até então estava no plano das ideias, se materializou, senti uma emoção indescritível, uma vontade de gritar de felicidade e de chorar por aquelas mulheres que me olhavam com estranheza. Ouvi quando uma delas disse, “mais uma estrangeira”, entendi o porquê deste comentário quando entrei na sala dos médicos e fui recepcionada pela Dr^a Teresita, uma médica cubana que trabalha no Serviço de Urologia¹⁸.

O meu intuito era me aproximar da instituição que ia ser estudada, conhecer o ambiente, as pessoas e para conquistar concordância para minha observação sistemática das práticas sociais (Rocha e Eckert, 2008). Recebi uma autorização oficial, por escrito, do Dr. Igor Vaz – Chefe do Serviço de Urologia do HCM. Todos os meus contatos iniciais com os profissionais de saúde do Serviço de Urologia foram mediados pelo Dr. Igor, que acabou tornando-se o meu principal interlocutor. Depois de ter resolvido algumas burocracias e dúvidas, tive a oportunidade de apresentar minha pesquisa aos médicos e funcionários que atuam no setor. Os profissionais de saúde presentes demonstraram-se disponíveis e entusiasmados por ter alguém que pudesse dar atenção às pacientes de fístula obstétrica.

Embora não vestisse um jaleco (símbolo que identifica os profissionais de saúde), eu era referenciada o tempo todo como “doutora”. Acredito que minha entrada no campo como “pupila” do Dr. Igor ao mesmo tempo, em que tornou a minha integração muito mais fluida e menos demorada, contribuiu para minha associação com o mundo biomédico. Reforçada, de certa forma, pelas minhas escolhas de abordagens e trato no campo, onde busquei seguir uma rotina para acompanhar diariamente as atividades da Enfermaria do Serviço de Urologia. Lá conheci e entrevistei diversas pacientes que procuraram tratamento no Serviço de Urologia do HCM. Assisti todas as cirurgias de reparação de fístulas obstétricas

¹⁷ Tecidos estampados tradicionalmente utilizado pelas mulheres diversos países do continente africano.

¹⁸ Há época da pesquisa a equipe do Serviço de Urologia era composta por 08 médicos, destes 03 eram estrangeiros (01 coreano e 02 cubanos). A Dr^a Teresita era única mulher no grupo, mas convivemos pouco tempo, pois a mesma retornou a Cuba em junho daquele ano.

sucedidas naquele hospital, que eram realizadas todas as quartas-feiras pela manhã, mas chegavam a varar pela tarde devido à complexidade e quantidade. Também participava nas segundas-feiras das reuniões da equipe médica para discutir e selecionar os casos no setor das consultas, naquele momento pude interagir com os médicos do serviço de urologia, fora do ambiente da enfermaria o que tornava as conversas mais fluidas e descontraídas.

Optei pela relação continuada com mulheres que estavam internadas na enfermaria do Serviço de Urologia do HCM, de modo a acessar esferas mais intimistas e onde a conversa pudesse ir se complexificando e assumindo maiores sentidos. Neste sentido, as enfermarias representam um ponto de vista privilegiado para compreensão das formas locais de percepção e gestão da doença. Por esta razão, considero que algumas das conclusões que aqui apresento possam ser úteis para perceber como, de modo geral, as mulheres com fístula obstétrica entendem o processo de saúde/doença e quais as formas de geri-los num contexto tão ímprobo.

Durante o convívio com as pacientes, tentei sempre participar sem recorrer ao uso do caderno de anotações, preferi experienciar o cotidiano daquelas mulheres. Portanto, o hábito era escrever sistematicamente no meu diário todos os elementos recolhidos assim que chegava em casa. Grande parte do material utilizado na presente tese é proveniente dos meus registros de campo e também dos registros feitos com o gravador, que era utilizado nos casos em que já havia conseguido acessar a paciente, evitando a sensação de forçar ou embaraçar as interlocutoras. Da mesma forma com a máquina fotográfica, todos os registros foram feitos com autorização das pacientes. Além da documentação e registro, a fotografia também contribuiu para interação com os sujeitos da pesquisa, que eram as pacientes de fístula obstétrica internadas no HCM. As fotografias assumem parte importante na pesquisa de campo, não como método exclusivo como propõe Collier (1973), mas como ferramenta de coleta de dados, complementar ao registro etnográfico. As imagens vão além da simples ilustração da tese, elas são fontes de análise qualitativa ao revelar elementos centrais tratados na pesquisa e permitir o acesso à complexidade cultural do “outro” (Jordan 1995). Como bem coloca Claudia Magni as fotografias (...)

(...) são como fragmentos que tentamos recompor na busca de entender o “outro”. Cada detalhe das imagens, associado ao conjunto de dados, é importante para formar o tecido, o texto, o contexto etnográfico, que será tanto mais denso quanto melhor tramados forem seus fios. (Magni, 1995: 143)

Os registros fotográficos foram obtidos após estabelecimento de uma relação de amizade e confiança com elas após um trabalho de campo extenso, do qual as fotografias são fragmentos, documentos singulares. Vejamos o exemplo da foto abaixo, ela foi realizada a pedido das pacientes que queriam registrar aquele momento, tendo sido posteriormente presenteada pela pesquisadora as pesquisadas no dia de sua alta hospitalar. Elas sentiam-se orgulhosas de estarem no foco da câmera. Posicionaram-se lado a lado sorrindo. Uma delas tinha a mão um celular, onde falava ficticiamente, disse que queria parecer “chic” na foto.

Ao mesmo tempo, ser tão próxima criou muitas vezes uma sensação de saturação. Minha ligação com o campo foi marcada desde o início por muitos momentos emocionais, pois, os discursos, as narrativas, as contradições que eu experimentava cotidianamente pareciam atingir-me de forma pessoal. O momento que melhor exemplifica isso, foi o meu primeiro dia no campo. Cheguei cedo ao setor de consultas do HCM, fui apresentada aos médicos e funcionários do setor, fiquei observando como era a lógica de trabalho e como se davam as relações entre os profissionais de saúde e os pacientes. Haviam me cedido a sala de um dos médicos para que eu pudesse me acomodar para ler os prontuários e entrevistar as pacientes de fístula obstétrica. Naquele dia conheci cinco destas mulheres, a última delas foi M.R.S. (36 anos – Zambézia). Quando entrei no consultório encontrei uma mulher negra, franzina e que aparentava ter uma idade bem mais avançada do que afirmava ter. Me apresentei e começamos a conversar, ela me contou que desenvolveu a fístula obstétrica no parto do seu primeiro e único filho, ainda aos 16 anos, dois anos após ter se casado com um homem mais velho. O parto foi realizado em casa pela madrastra e durou cerca de dois dias, felizmente, diferente da maioria dos casos, o bebê sobreviveu. Pouco meses depois, “o bebê ainda nem tinha cabelo” foi à definição que ela utilizou como marcador de tempo, seu marido morreu num acidente de carro. Para criar o filho, teve de trabalhar na machamba¹⁹ plantando arroz e milho, que as vezes trocava na feira por frutas e verduras. Não quis casar novamente, disse que nenhum homem iria querer se relacionar com ela, por causa da perda

¹⁹ Seria o quintal, a horta onde são plantados os alimentos.

de urina pela vagina, tinha vergonha da sua doença e fazia de tudo para escondê-la das outras pessoas.

Fotografia 8 – Foto do trabalho de campo, tirada a pedido das pacientes, na enfermaria do Serviço de Urologia do HCM.



Após nossa conversa e aplicação do questionário conduzi a paciente para sala de exames para que o Dr. Igor pudesse avaliá-la. O caso da paciente M.R.S. foi emblemático para mim em vários aspectos, primeiro ela me pediu que ficasse com ela durante o exame, pois, tinha vergonha de ficar nua na frente da equipe, que era composta só por homens. Fiquei ao seu lado, enquanto o enfermeiro a preparava para o exame. Quando tirou a roupa pude observar que suas coxas eram todas tatuadas com um desenho que parecia um X, ela me explicou que as mulheres da etnia macua, da qual faz parte, costumam tatuar o corpo para ficarem bonitas para os maridos. Signe Arnfred fala sobre este aspecto:

Essas tatuagens são dobras de pele preenchidas com pó de carvão; quando cicatrizadas produzem uma superfície corporal irregular. Feitas com lindos desenhos, as tatuagens corporais são/eram consideradas como tendo um valor estético, assim como tendo importantes funções sexuais. (Arnfred, 2015:190)

Quando o Dr. Igor Vaz chegou para examinar a paciente, observou que eu estava na sala e me chamou para ficar ao seu lado durante o exame ginecológico. Segundo o médico eu não poderia escrever sobre a fístula obstétrica, com base apenas nos livros, eu precisaria ter este

contato empírico com a doença. Ele estava indo além das suas funções como interlocutor e sendo um professor. Estava correto. Eu precisava daquele tratamento de choque. Respirei fundo e fui. O meu maior receio naquele momento não era de ver sangue ou as feridas daquela mulher, mas magoá-la de alguma forma, tinha medo de fazer alguma feição de nojo ou pena e ferir ainda mais aquela mulher que já estava ali tão fragilizada. Quando terminou o exame, todos saíram da sala e fiquei para ajudá-la a se vestir. Ao final da consulta fui recolher a impressão digital da paciente no TCLE, mas ela não quis, disse que tinha achado muito bonito eu “desenhar” as palavras e queria também desenhar seu próprio nome. Então pequei uma folha de papel e escrevi o seu nome e ela o transcreveu no termo, assinando desta forma o documento. Ao nos despedirmos ela pegou minha mão e começou a beijar, dizendo que nunca uma “Doutora” a tinha dado tanta atenção e que me admirava. Fiquei muito emocionada com aquele gesto e lhe disse que não adiantava tanto estudo e conhecimento se eu não era capaz de plantar para alimentar meus filhos, ela sim era digna de ser admirada. Demos um abraço demorado e nos despedimos da certeza de nos reencontrarmos na próxima consulta. Consegui sobreviver ao primeiro dia no campo, mas confesso que quando cheguei a casa ingeri uma *overdose* de chocolate e chorei até dormir.

Já havia me firmado no campo após alguns dias no Serviço de Urologia, mas ao aplicar o questionário ou conversar unicamente sobre a fístula facilmente me identificação como uma “doutora”. Meu objetivo que era ser aceita e poder participar das tramas da vida cotidiana daquelas mulheres ali internadas. Neste sentido, por assim dizer, a etnografia envolve torna-se “nativo”, para tanto, eu precisava entrar na vida cotidiana das pacientes – ser uma delas tanto quanto podia.

A acuidade de observar as formas dos fenômenos sociais implica na disposição do pesquisador permitir-se experimentar uma sensibilidade emocional para penetrar nas espessas camadas dos motivos e intenções que conformam as interações humanas, ultrapassando a noção ingênua de que a realidade é mensurável ou visível, em uma atitude individual. (Rocha e Eckert, 2008).

Em Maputo, durante o trabalho de campo, conheci a pessoa que hoje é meu companheiro. Ele sempre me dava carona para o Hospital Central de Maputo. Certa vez uma paciente nos viu juntos e tratou logo de espalhar a notícia de que a “doutora brasileira” estava namorando com um moçambicano. Assim que cheguei na enfermaria fui abordada

por elas, que queriam saber, detalhes da nossa relação, ver fotos, curiosidades do tipo. Desta forma o meu relacionamento acabou por se revelar um elemento extremamente importante durante a pesquisa, pois, fui acolhida por todas as pacientes como “esposa” de um moçambicano, perdendo assim minha conotação de mulungo²⁰. O fato de fazer trabalho de campo não como simples estrangeira, mas como mulher, esposa, teve muitas vantagens, assuntos como conjugalidade, relações sociais e fofocas passaram a fazer parte das nossas conversas que deixaram de ser monotemáticas. Conforme relatado por Soraya Fleischer às vezes durante assuntos tidos como banais ou periféricos surgem ótimos casos e exemplos para a pesquisa (Fleischer, 2010:81).

Também tive a sorte de encontrar duas colaboradoras de confiança. Essa ajuda, sobretudo ao princípio, foi preciosa. M.A.S. (30 anos – Gaza) era a mediadora, foi ela que permitiu meu acesso às rodas de conversas que aconteciam todos os dias na varanda do Serviço de Urologia do HCM após a visita dos médicos. Ela vendia recarga de celular pré-pago, que, muitas vezes era pago posteriormente, fazendo com que a mesma exercesse uma forte influência entre as mulheres internadas. Sua amizade me abriu inúmeras portas, atraindo logo a simpatia das outras mulheres. Já A.C. (42 – Inhambane) foi minha “assistente de pesquisa”, como gostava de ser chamada, atuando como intérprete nas minhas conversas com as outras pacientes e por vezes convencendo mulheres, que estavam receosas, a conversarem comigo.

Ora, como já vimos, trabalhar em terrenos diferentes, permite-nos a verdadeira consciência de que para entender a cultura do ponto de vista do sujeito que fala, atua e pensa, o antropólogo precisa se valer dos ensinamentos de Roberto Cardoso de Oliveira (2000) para refletir sobre as etapas de apreensão dos fenômenos sociais. Uma delas estaria relacionada a domesticação do olhar:

Imaginemos um antropólogo no início de uma pesquisa junto a um determinado grupo indígena e entrando em uma maloca, uma moradia de uma ou mais dezenas de indivíduos, sem ainda conhecer uma palavra do idioma nativo. Essa moradia de tão amplas proporções e de estilo tão peculiar, como, por exemplo, as tradicionais casas coletivas dos antigos Tiikuna, do alto rio Solimões, no Amazonas, teriam o seu interior imediatamente vasculhado pelo "olhar etnográfico", por meio do qual toda a teoria que a disciplina dispõe relativamente as residências indígenas passaria a ser instrumentalizada pelo pesquisador, isto é, por ele referida.

²⁰ Na língua changana Mulungo é utilizado para referir-se a pessoa branca, estrangeira.

Nesse sentido, o interior da maloca não seria visto com ingenuidade, como uma mera curiosidade diante do exótico, porem com um olhar devidamente sensibilizado pela teoria disponível. (Oliveira, 2000:19).

Conceitos sobre os quais muito lemos de modo a nos prevenirmos na chegada ao campo, mas que só compreendemos na grande maioria das suas dimensões quando enfrentamos de fato o diferente. Decerto é nas conversas informais e nas entrevistas que o “nativo” revela segredos mantidos velados, mas devido à dificuldade da língua tive de me valer do “olhar” para captar a rotina e os conflitos entre os sujeitos da pesquisa.

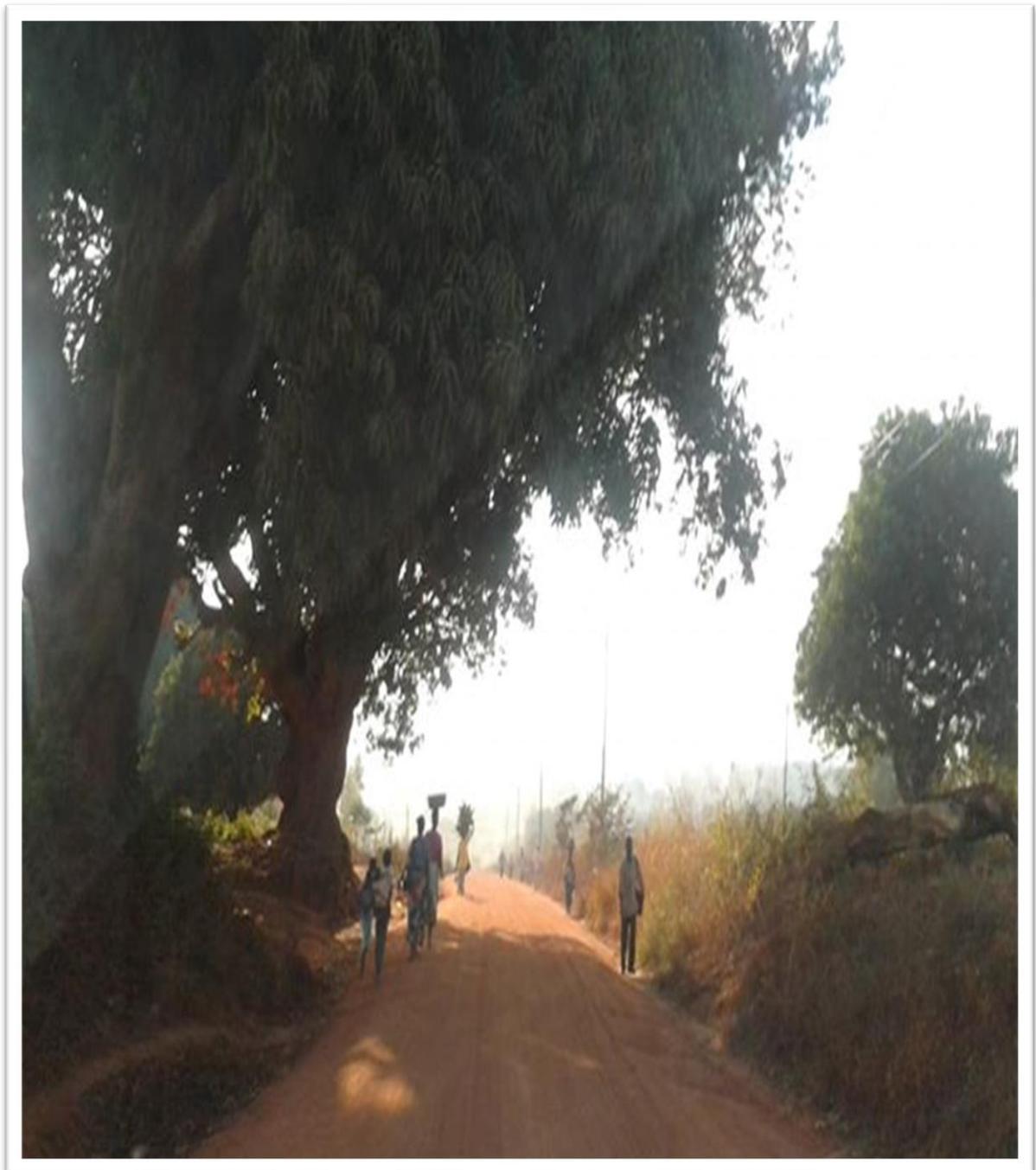
Um “nativo” também dialoga com outro “nativo” e é na interação entre eles que o antropólogo pode observar a eficácia de certas ideias, a recorrência de padrões ou mapas para a ação, bem como o processo mesmo de contínua transformação da cultura. (Zaluar, 1986).

Para Alba Zaluar este material é essencial para o pesquisador que consegue romper as barreiras do estrangeirismo, mas não substitui o outro lado, porque por mais próximo que nos tornemos do nosso objeto, sempre seremos vistos enquanto o outro, *“mesmo que de forma sutil e matizada pela amizade no relacionamento diário”* (Ibdem).

Como disse no início do texto, a tese que proponho é fruto de uma longa trajetória profissional e pessoal, de um diálogo entre o material recolhido, a literatura e as conversas intermináveis com os profissionais de saúde e pacientes com fístula obstétrica. Mergulhar no sofrimento destas mulheres, testemunhar suas dores e angústias, foi um grande desafio para mim. Uma vez de volta ao Brasil, foram necessários meses para me afastar emocionalmente da minha experiência e começar a escrever com maior distanciamento. Tendo a preocupação de dar conta das diferentes experiências daquelas mulheres, deixando espaço para as narrativas pessoais. Só tenho de agradecer a elas por terem se disponibilizado a contar suas histórias, exporem suas vidas. Esclareço que no texto todos os nomes foram abreviados, para manter a privacidade das minhas interlocutoras.

CARACTERIZAÇÃO GERAL DE MOÇAMBIQUE E O CONTEXTO DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Fotografia 9 - Estrada de terra que liga o bairro do Marrere ao Hospital Central de Nampula.



3 CARACTERIZAÇÃO GERAL DE MOÇAMBIQUE E O CONTEXTO DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Neste capítulo apresentaremos o país onde realizei a pesquisa de campo, abordando por um lado, características geográficas, climáticas e demográficas e, por outro, os traços políticos e organizacionais que envolveram a estruturação do Sistema Nacional de Saúde em Moçambique. Partindo do pressuposto de que as condições de saúde da população resultam da interação de determinantes ambientais e de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos.

3.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS E CLIMÁTICOS

Moçambique é como uma esquina entre o Ocidente e o Oriente (Pinheiro, 1965:25). Devido a sua localização geográfica estratégica, situada na costa oriental da África, banhado pelo Oceano Índico (Boléo, 1961:9), fazendo fronteira com a Tanzânia, Malawi, Zâmbia, Zimbabué, África do Sul e Suazilândia, passou a ser explorada por Portugal no princípio do século XV.

Figura 1 – Mapa localização geográfica de Moçambique no continente africano.



O clima é úmido e tropical graças à ação de monções do Oceano Índico e das correntes quentes do Canal de Moçambique, com estações secas de maio a setembro e a estação das chuvas de outubro a abril. A umidade relativa do ar é elevada situando-se entre 70 a 80%, embora a depender da região do país possam oscilar entre 10 e 90%. As

temperaturas médias variam de 13 – 24 °C em julho e de 22 – 31 °C em fevereiro. As temperaturas também variam de acordo com a região geográfica podendo variar entre 20 °C no Sul e 26 °C no Norte do país.

Moçambique possui uma área de 799.380 Km² e está dividido em 11 províncias cada uma com um Governador, são elas: Niassa (capital: Lichinga); Cabo Delgado (capital: Pemba); Nampula (capital: Nampula); Zambézia (capital: Quelimane); Tete (capital: Tete); Manica (capital: Chimoio); Sofala (capital: Beira); Gaza (capital: Xai-Xai); Inhambane (capital: Inhambane), Maputo (capital: Matola) e a cidade de Maputo capital do país. As províncias estão divididas em 144 distritos, os distritos subdividem-se em 394 postos administrativos e estes em 1042 localidades, o nível mais baixo da administração local do Estado.

O país herdou toda uma problemática consequente da colonização portuguesa e da guerra civil (1976 – 1992), e que hoje tem como característica mais marcante a desigualdade econômico-social entre a aglomeração urbana de Maputo e Matola, e o restante do país. Contraste que pôde ser facilmente observado durante a pesquisa de campo no Hospital Central de Maputo, capital do país, e visitas técnicas realizadas nas cidades da Beira e Nampula, localizadas respectivamente nas regiões centro e norte de Moçambique.

3.2 POPULAÇÃO

A população moçambicana é predominantemente jovem e rural. Desde a independência tem havido um aumento gradativo da população do país, passando de 10,5 milhões em 1975 para 25,2 milhões em 2015 (Ferrinho e Craveiro, 2002:99). Segundo as estimativas do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas a população moçambicana já tenha ultrapassado os 29 milhões. Desigualmente repartida entre as províncias do país, a maioria, habitando nas zonas rurais (68,8%).

Em relação à raça podemos afirmar que Moçambique é um país de esmagadora maioria negra. Contudo, não estamos diante de uma realidade homogênea, a diversidade está expressa por referência as línguas, religiões, grupos étnicos... que marcam o dia-a-dia dos moçambicanos. Conforme podemos verificar nos dados (referentes à capital Maputo) extraídos do Anuário de Moçambique (1940) a população do país era formada por 66,5% de negros e 21,34% de brancos, já de acordo com o Censo 2007 os negros são 95,07% enquanto os brancos apenas 0,67%. Os negros estão distribuídos em diversos grupos étnicos: os

Makua, os Sena, os Ndau e os Shanganes são os grupos dominantes (Bergh-collier, 2007:10), os brancos são, em sua maioria, de ascendência portuguesa, e também existem os asiáticos de origem paquistanesa e indiana que se estabeleceram em Moçambique principalmente no comércio.

Para os Comaroff (2010:41) os textos escritos sobre o período colonial revela como se davam as relações raciais em Moçambique durante este período. O sistema educacional se mostrava discriminatório, uma vez nas escolas dos negros não havia estrutura adequada, bem como aulas ministradas por professores mal preparados, vedando o acesso dos negros ao ensino superior e a postos de trabalho mais valorizados, privilegiando os filhos da população branca (Silva, 2007: 55). A extinção deste sistema segregacionista, com escolas para negros e escola para brancos, tem início em 1975 com a independência do país, também é a partir desta época são criadas as primeiras escolas mistas, para meninos e meninas.

De acordo com o último Censo realizado em 2007, apenas 40% da população sabe falar português, quando utilizamos gênero como categoria de análise os números são bem mais alarmantes, apenas 20% das mulheres moçambicanas falam o idioma. Isto porque, durante muito tempo, na divisão social do trabalho a agricultura ficava sob responsabilidade da mulher, os homens acabavam disputando empregos no mercado de trabalho e nas cidades, desta forma as mulheres pouco se relacionavam com o “mundo branco” e, não aprendem a ler, escrever ou falar o português (Tvedten, Paulo & Tuominen, 2009:25).

Para Ferrinho e Craveiro (2002:101) os indicadores de desenvolvimento humanos refletem um baixo nível de alfabetização, o que acaba por refletir no índice de desenvolvimento humano e nos indicadores econômicos. Em termos educacionais os dados sobre Moçambique apontam que a Taxa de Alfabetização de Adultos em 1997 era de 40%. Quando realizamos um recorte por faixa etária/localização geográfica verificamos altíssimas taxas de analfabetismo feminino nos grupos etários a partir dos 40 anos e que habitam zonas rurais, todas as taxas superam os 90% (Caccia – Bava e Thomaz, 2001:38).

A partir da independência em 1975, a situação demográfica de Moçambique foi caracterizada pela baixa tendencial da fecundidade, da mortalidade materno-infantil e ligeiro aumento da esperança de vida ao nascer. Também tem sido verificada uma diminuição da Taxa Bruta de Natalidade – TBN de 47,60 por mil habitantes para 38,81 por

mil em 2015²¹. E da taxa de fecundidade, que passou de 6,6 filhos por mulher em idade fértil em 1975 para 5,3 em 2015. De acordo com o MISAU (2013:06) esta estrutura populacional tem implicações socioeconômicas, pois, a população está mais propensa ao consumo do que a produção, pressionando os setores-chave de desenvolvimento, principalmente a educação, saúde, emprego e habitação.

As contínuas taxas elevadas de mortalidade materno-infantil e natalidade, como consequência do baixo nível de escolaridade das mulheres e fraco nível de uso de serviços de planejamento familiar, exigiram uma política populacional com a participação dos serviços de saúde através de programas de atendimento à saúde da mulher que intensificassem as atividades de planejamento familiar. Mais adiante, ainda neste capítulo, falaremos dos programas feitos nesse domínio e na criação do Sistema Nacional de Saúde.

3.3 BREVE HISTÓRICO DA NAÇÃO MOÇAMBICANA

Mesmo que a história moçambicana não seja tema desse trabalho, é necessário nos debruçarmos sobre as mudanças ocorridas nas últimas décadas para compreendermos o atual cenário político e social do país. Infelizmente, como aconteceu com a maioria dos países africanos, esta história é invisibilizada e pouco se sabe do período anterior à chegada dos portugueses. No entanto, vários achados arqueológicos permitem caracterizar a “pré-história” de Moçambique, provavelmente o evento mais importante deste período tenha sido a fixação dos povos bantus na região que hoje compreende o território moçambicano. Estes povos não só eram agricultores, mas introduziram a metalurgia do ferro ainda no século I, criando a partir daí o império Monomotapa. Outro fator importante foi à penetração portuguesa em Moçambique, que foi iniciada no princípio do século XV, mas só com a partilha da África pelas potências europeias durante a Conferência de Berlim em 1885 é que Moçambique se transforma “oficialmente” numa colônia portuguesa. A colonização portuguesa no país perdurou até a década de 1970, após uma guerra de libertação que durou dez anos e culminou na independência de Moçambique em 25 de junho de 1975. Adotando a denominação República Popular de Moçambique e o regime socialista liderado pela FRELIMO – Frente de Libertação de Moçambique. A partir daí começa uma guerra civil entre os membros da FRELIMO e da RENAMO – Resistência Nacional Moçambicana. A

²¹ Números extraídos no Atlas Mundial de Dados. Disponível em <http://pt.knoema.com/atlas/Moçambique>

Guerra dos 16 anos, como ficou conhecida, só acabou em 1992 com a assinatura do Acordo Geral de Paz entre os dois partidos políticos e a realização de eleições presidenciais.

Como bem colocam Luiz Henrique Passador e Omar Ribeiro Tomaz, qualquer história nacional é objeto de múltiplas versões, não seria diferente em Moçambique, principalmente no que tange a luta de libertação nacional (Passador e Tomaz, 2006:263). Nesta tese acabamos por optar pela historiografia “oficial”, mas sabemos que devido ao fato da FRELIMO estar no poder desta a independência do país, faz com que algumas vozes e fatos possam ter sido apagados desta história recente do país.

De forma a facilitar a leitura esta história será apresentada em três tópicos organizados em ordem cronológica e utilizando como base a nomeação dada pelo cientista social português Antônio Rita-Ferreira que se refere ao período histórico anterior à chegada dos portugueses a Moçambique como período pré-colonial.

3.3.1 Período pré-colonial

Sabemos que muitos povos africanos que habitam a África subsariana, vieram da região dos Grandes Lagos. Mais uma vez fica difícil estabelecer um período exato das migrações devido à falta de documentos, mas acredita-se que se sucederam durante séculos e só acabaram nos princípios do século XVIII. Todavia, diversos historiadores afirmam que antes do povoamento Bantu²² as extensas áreas do território moçambicano eram ocupadas por povos caçadores e recoletores.

O primeiro povo a habitar o território moçambicano foi os Khoi-san, um povo nômade da Idade da Pedra. Eles habitavam cavernas, tinham baixa estatura e viviam da caça de animais, da pesca e da coleta de frutos silvestres. O segundo grupo a habitar em Moçambique foram os Hotentotes, um povo que criava gado e eram mais altos e fortes que os Khoi-san. Eles acabaram tomando as terras, fazendo com que os Khoi-san fugissem para o deserto do Kalahari. O terceiro e último grupo a habitar Moçambique foram os povos Bantos, que não eram só agricultores, mas introduziram a metalurgia entre os séculos I e IV.

A imigração dos Povos Bantos para Moçambique se deu de forma gradativa ao longo da história. Conforme dissemos anteriormente eles vieram da região dos Grandes Lagos pela planície costeira da África Oriental ou através do planalto do Zimbábue, se fixando

²²Todos os povos da África meridional, com exceção das tribos Hotentotes e Kho-isan, pertencem à grande família dos povos que falam a língua Bantu.

primeiramente ao longo da costa e posteriormente na região central do país. As primeiras tribos bantos (Macuas e Ajaus) teriam atingido a região entre os rios Rovuma e Zambeze por volta do ano 1.000 D.C., seguindo uma rota próxima do litoral, descendo do Norte até o Sul do país. Aproximadamente 500 anos depois as tribos Ndaus e Chona chegaram a Moçambique através do território dos macuas e se fixaram na região entre os rios Zambeze e Limpopo. A terceira leva de povos bantos chegou a Moçambique por volta de 1.600 D.C., os principais foram os xosas e os zulus, estas tribos passaram por territórios já ocupados por outros povos e foram se fixar na região sul do país.

Entre os traços culturais dos bantos incluía-se o uso do arco-flecha como arma principal, em termos de ornamentos do corpo destacamos a limagem dos dentes incisivos (como os dentes de uma piranha), o botoque labial feminino e as escarificações cobrindo a face e o corpo. Práticas adotadas até hoje, principalmente pelos povos do norte do país.

Fotografia 10 – Escarificações cobrindo o ventre de paciente no Hospital Central de Nampula.



No que concerne à linguística. Lanham (1955) defende que, qualquer que seja a origem do grupo conhecido por Banto, o grau de diferenciação entre eles seriam tão somente o pronunciado. Atualmente em Moçambique existem mais de trinta línguas todas originárias dos primeiros grupos étnicos que povoaram o país (Corrêa e Homem, 1977:182). Cada um destes povos fala uma língua que é uma ramificação da língua Banto, conforme aconteceu na Europa onde o Latim deu origem a diversas línguas (português, espanhol, francês, italiano entre outras).

A base da sua economia era a agricultura, mas também dominavam a olaria, tecelagem e a metalurgia. Naquela época a manufatura destinava-se a suprir necessidades familiares, mas com a utilização de instrumentos de ferro na produção levou ao aparecimento de excedentes que permitiram o início das trocas entre os vários grupos bantos, surgindo aí o comércio através da troca direta.

A estrutura social era simples e baseada nas linhagens ou famílias alargadas e matrilineares. Gradualmente, dentro do processo de desenvolvimento as famílias alargadas vão se unir em clãs, e posteriormente com as guerras por territórios, os clãs vão originar as tribos. Exigindo um novo tipo de organização política e social cuja finalidade era a defesa e a manutenção do poder os povos chonas, sothos e angunes transitaram para o sistema patrilinear, com herança agnática e casamento virilocal – onde a mulher passa a habitar na povoação do marido. De acordo com Rita-Ferreira (1982:43) essa mudança estrutural se deu do sul para o norte, a partir da Cordilheira do Drakensberg²³, explicando a sobrevivência da organização matrilinear entre os povos situados no norte do rio Zambeze, modelo que perdura até os dias atuais.

Com o crescimento demográfico, novas invasões e principalmente com a chegada dos mercadores árabes – oriundos da Indonésia, Arábia, Pérsia e Índia, a estrutura política tornou-se mais complexa, com linhagens dominando outras e finalmente, formando-se verdadeiros Estados na região. Ainda de acordo com Rita-Ferreira (Ibidem: 67) umas das principais causas e consequências do poder dos Chefes dos Estados estavam atrelados ao grande número de esposas, que permitia criar laços de parentesco, reforçados por seus ascendentes e descendentes, uma vez que estas esposas eram filhas de chefes avassalados.

Os estudos sobre a história da África afirmam que primeiros Estados Bantos surgiram ainda no primeiro milênio na bacia do rio Congo, mas só a partir do século X é que surgem os Estados do Zimbábue e do Monomotapa, que ocupavam o território que hoje compreende à República de Moçambique. O Estado do Zimbábue atingiu seu maior desenvolvimento a partir do ano 1200 – 1300, nesta altura foram construídas as grandes muralhas de pedra para defender o seu território. Eles trocavam ouro, marfim, peles de animais e outros metais com os comerciantes árabes que naquele período haviam se fixado nas regiões costeiras. Em troca recebiam tecidos, miçangas, vidro e porcelana. Aproximadamente no ano de 1450,

²³ A cordilheira estende-se por mais de 1000km, na costa da África do Sul, Lesoto e Suazilândia.

devido ao grande número de pessoas – estima-se que 5000 a 11000 – a capacidade da terra para agricultura e para pastagem do gado tornou-se insuficiente. O esgotamento dos recursos naturais fez com que a população que ali vivia tivesse necessidade de se deslocar para outras regiões. Para Rita-Ferreira (1982:46) isto marcou o início da decadência do império do Grande Zimbábue, mas sua cultura se espalhou pelo atual território moçambicano.

Já na região mais a norte do vale do Zambeze, existia do Estado Monomotapa que foi regido por uma série de dinastias no período de 1425 a 1884. O primeiro foi o Rei Mutota, depois da sua morte sucedeu-lhe o seu filho Matope, que se dedicou a expandir o território do Estado Monomotapa. Criou uma federação com os estados menores, onde estes lhe pagavam impostos em troca de proteção. Por volta de 1500 com o enfraquecimento do poder central estes estados tornaram-se independentes e passaram a realizar trocas comerciais com os portugueses que haviam se estabelecido na região de Sofala e da Ilha de Moçambique, importantes feitorias que serviam de base de repouso os navios portugueses no caminho para as índias.

Os primeiros portugueses que chegaram a Moçambique tinham interesses comerciais e estratégicos para tomar dos árabes o controle do comércio na costa oriental da África. Conforme dito anteriormente eles primeiramente se estabeleceram na região de Sofala e posteriormente foram para Quelimane e Tete, subindo pelo Rio Zambeze. Lá estabelecerem pequenas empresas comerciais que negociavam marfim e ouro vindos do interior do país, aniquilando desta forma o comércio dos árabes naquelas cidades.

Foi organizada em 1572 uma expedição militar com o propósito de reforçar a dominação comercial portuguesa e visando a ocupação das minas de ouro e prata da região do vale do Zambeze. Os portugueses foram vencidos pelas doenças e pela resistência do povo Tonga. Neste mesmo período os portugueses fizeram um acordo de paz com o Rei do Estado Monomotapa, ficou estabelecido que em troca de armas e auxílio militar os portugueses poderiam negociar e atravessar as suas terras sem serem incomodados. Com o passar dos anos, a dependência do Estado Monomotapa em relação aos portugueses tornou-se cada vez maior, já estes passaram a ter cada vez mais poder na região.

Em 1574 os portugueses organizaram uma nova expedição liderada pelo expedicionário Vasco Fernandes Homem, desta vez eles subiram pelo Rio Buzi até a região

de Manica. Após intensos conflitos regressaram para Sofala após assinatura de um acordo de rendição pelo Rei de Teve. Os portugueses passaram a dominar o comércio naquelas regiões e as trocas eram realizadas periodicamente em locais fixos, mas eles tinham de pagar tributos aos chefes africanos como já faziam os árabes. Anos mais tarde o Estado Monomotapa travou uma guerra contra um reino vizinho, para vencer esta guerra eles tiveram de pedir apoio militar aos portugueses. A partir daí foram os africanos que começaram a pagar tributos aos portugueses, gerando a decadência política e militar do Estado Monomotapa.

Nos fins do século XVI os portugueses introduziram o sistema de prazos, que grandes extensões de terra²⁴ dadas pelo governo português aos colonos vindos de Portugal e de Goa²⁵ para habitarem na região ao longo do rio Zambeze. Tendo como objetivo instalar em Moçambique, famílias de colonos que prolongassem a ocupação portuguesa no território moçambicano. Nesta mesma época o comércio português havia perdido a importância inicial, obrigando os comerciantes a procurarem novas fontes de riquezas, desenvolvendo desta forma o comércio de escravos. Os prazeiros foram os principais instrumentos deste comércio, por vezes utilizam a violência militar em outras realizavam acordos comerciais com os chefes tribais.

Por volta de 1645 tanto os colonos portugueses como os árabes vendiam os moçambicanos como escravos, a princípio estes foram levados para países árabes e do golfo pérsico. Nesta época no Brasil, que também ainda era colônia portuguesa, já havia grandes plantações de cana-de-açúcar e cacau, mas eles utilizavam mão de obra escravos trazidos de Angola e Guiné. Em Moçambique o tráfico de escravos foi intensificado após 1735, muitos foram levados para trabalhar nas ilhas do Oceano Índico – Colônias Francesas – nas plantações de especiarias. De acordo com o historiador Valdemir Zamparoni (2012:28) a promulgação do *Abolition Act* em 1810, um tratado de aliança e amizade firmado entre Inglaterra e Portugal, abriu caminhos para perseguição aos traficantes de escravos na costa ocidental africana, mas, ao mesmo tempo, intensificou o tráfico luso-brasileiro onde milhares de moçambicanos foram vendidos para trabalhar como mão de obra escrava nas plantações brasileiras.

²⁴ As terras distribuídas aos “prazeiros” eram conquistadas através de acordos firmados com as autoridades locais ou através das armas.

²⁵ Antiga colônia portuguesa na Índia.

Apesar de a escravatura ter sido oficialmente proibida em 1879, sabe-se que pelo menos até 1910 este comércio clandestino de escravos continuou. Estima-se que cerca de 20 mil moçambicanos eram escravizados por ano, as populações mais afetadas foram as que habitavam o litoral norte (Cabo Delgado) e litoral sul (Inhambane) do país.

Conforme vimos a escravatura voltou a movimentar o comércio dos portugueses, eles habitavam as regiões costeiras de Moçambique e realizavam trocas comerciais com os habitantes do interior nomeadamente o povo Ronga, que dominou esta atividade durante mais de 300 anos. Eles traziam chifres de rinocerontes, carapaças de tartarugas e especialmente marfim, que eram trocados na baía de Maputo por miçangas, bebidas alcoólicas e panos da Índia. Já na região norte do país, o comércio era dominado pelos Ajauas, eles se dedicavam ao fabrico de instrumentos de ferro que juntamente com o tabaco e peles de animais era os principais produtos comercializados com os europeus e os árabes.

Fotografia 11 - Fortim de São Lourenço, construção erguida em 1587 na Ilha de Moçambique. Local que abrigava os moçambicanos vendidos como mão de obra escrava.



Tanto na região sul como na região norte do país os comerciantes estrangeiros (portugueses, ingleses, franceses e austríacos) lutaram entre si para dominar o comércio que se fazia com os povos africanos. Para garantir o domínio naquela região em 1752 Portugal criou um Governo-Geral em Moçambique, até então o governo colonial estava instalado em Goa na Índia. Começou então uma guerra sangrenta dos portugueses contra alguns povos

moçambicanos, esta guerra acabou prejudicando o comércio com o Ajauas que passaram a levar seus produtos para o norte do país e a negociar com os ingleses e franceses. Iniciando assim uma rivalidade entre os três povos que formavam o estado Nguni para ver quem iria assumir o monopólio do rico comércio na baía de Maputo. Por volta de 1818 os Nduandue conseguiram chegar até Maputo e expulsar o povo Ronga, assumindo desta forma o comércio com os portugueses e fundando o Reino de Gaza.

Em 1821 as guerras entre povos tradicionais ameaçavam chegar a Lourenço Marques²⁶, embora Portugal reivindicasse a soberania sobre todo o território moçambicano naquela época sua presença na região ainda era frágil e restrita a poucos pontos do litoral: à Ilha de Moçambique, às Ilhas Querimbas e aos arredores das cidades de Quelimane, Inhambane, Beira, Xai-Xai e Lourenço Marques (Zamparoni, 2012: 29). Então, de acordo com a historiadora Gabriela dos Santos²⁷, o governador do distrito firmou um acordo com o soberano do Reino de Gaza lhe oferecendo gado em troca de proteção (Santos, 2007:10).

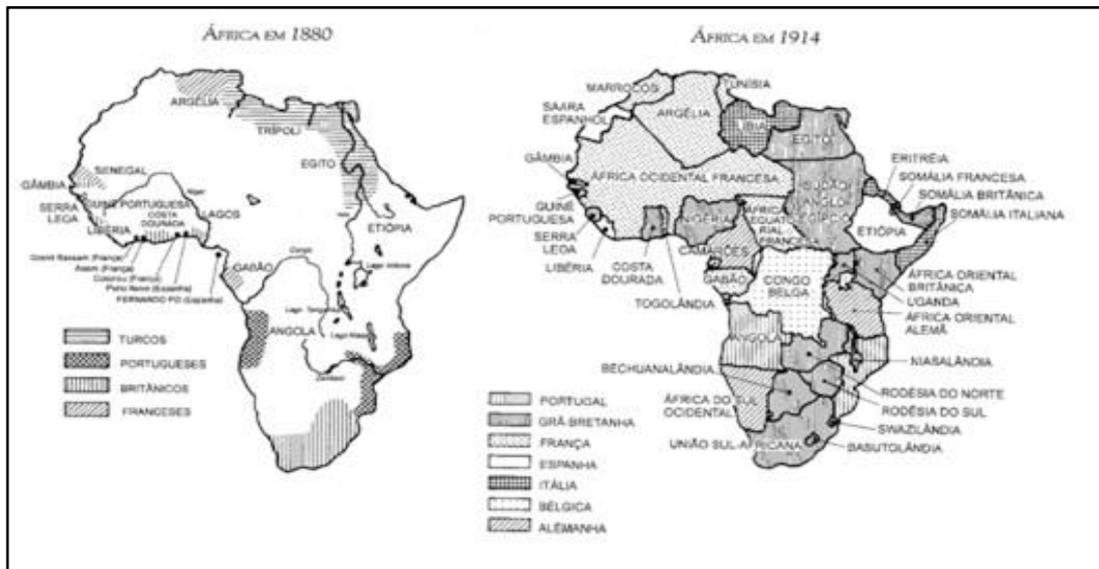
Naquela época os interesses de Portugal não estavam voltados para suas colônias em África, mas após a Conferência de Berlim (1884 – 1885) eles se viram ameaçados pelos interesses britânicos e seu projeto expansionista de ligar o Cairo ao Cabo. Neste contexto o território moçambicano era particularmente importante para Inglaterra que tinha a África do Sul como uma de suas colônias.

Além de Portugal e Inglaterra também estiveram presentes na Conferência de Berlim, França, Itália, Bélgica e outras potências que embora não tivessem colônias em África queriam estar presentes nesta divisão. Após meses de discussão a África foi dividida entre as potências imperialistas europeias, segundo várias regiões de influência traçadas no mapa abaixo. Conforme podemos observar, Portugal ficou com colônias na Guiné, Cabo Verde, Angola, Moçambique e São Tomé e Príncipe.

²⁶ Antigo nome da capital do país Maputo.

²⁷ SANTOS, Gabriela Aparecida dos. (2007). Reino de Gaza: O desafio português na ocupação do sul de Moçambique. Dissertação em História Social. Universidade de São Paulo.

Figura 2 – Divisão da África entre os países da Europa após a Conferência de Berlim.



Fonte: Figura extraída da internet. Disponível em:

http://3.bp.blogspot.com/_htsEYY73V58/TToZ4eCI_fI/AAAAAAAATA/ytV2kD3d9EQ/s1600/africa.jpg

Ficou estabelecido durante a conferência que estas regiões só passariam a pertencer aos países, quando se verificasse sua ocupação e colonização efetiva. Diante da ameaça constante de perda da província a presença portuguesa em Moçambique passou de acuada a ofensiva, tendo sido palco das chamadas guerras de pacificação, incursões militares que tinham como objetivo submeter as populações moçambicanas ao domínio colonial (Newitt, 1997: 334 e 337). No ano de 1897, as tropas portuguesas assumiram o controle das forças do Reino de Gaza garantindo a ocupação efetiva do território moçambicano.

3.3.2 Período colonial

Vimos no tópico anterior que na sua chegada a Moçambique os Portugueses foram recebidos com hospitalidade pelos povos que ali habitavam. Primeiramente suas relações eram comerciais, depois com o passar dos séculos passaram a ser de exploração e dominação. Também vimos que a população não aceitou esta situação de forma pacífica, a luta de resistência dos moçambicanos era constante, mas difícil de vencer já que os portugueses tinham armas de fogo.

Só a partir de 1885 que os portugueses, seguindo a norma da Conferência de Berlim, lançaram grandes campanhas militares para dominação do povo moçambicano. Mais uma

vez a população mostrou resistência, se negando a pagar impostos (mussoco), não respeitando as autoridades portuguesas e dificultando a penetração dos comerciantes no interior do país. Só no ano de 1914 é que os portugueses conseguiram efetivar a ocupação exigida na Conferência de Berlim para justificar os seus direitos sobre o território moçambicano. Nesta época eles já tinham construído as linhas “Caminhos de Ferro”, ligando o litoral de Moçambique à África do Sul e a Rodésia do Sul²⁸. Estas linhas não ligavam as províncias e ao invés de promover o desenvolvimento do país o tornou cada vez mais dependente economicamente dos países vizinhos.

Quando a resistência do povo moçambicano à ocupação militar portuguesa foi abafada pela força das armas, o colonialismo português passou a montagem da sua máquina de opressão colonial. Uma das características do colonialismo nesta época era o roubo das riquezas africanas e a exploração da mão de obra barata, em muitos casos, forçada. Nas colônias eram plantadas as matérias-primas (algodão, milho, arroz) que depois eram enviadas para as metrópoles, manufaturadas e reexportadas para os outros países, muitos deles no próprio continente africano.

Com o Golpe de Estado em 28 de maio de 1926, António de Oliveira Salazar (1889 – 1970) assumiu o poder transformando a República de Portugal numa Ditadura Fascista. Foi um período de grande opressão, tanto para o povo português, como para os habitantes de suas colônias. Para realizar com maior eficácia a exploração das riquezas e dos povos das colônias, era necessário que o controle desses territórios estivesse na mão do governo fascista. Um dos meios de repressão foi a criação da Polícia Internacional e de Defesa do Estado – PIDE, sendo responsável pela tortura e morte de inúmeros moçambicanos.

A primeira grande medida tomada por Salazar em relação ao império foi o Ato Colonial, publicado em 18 de junho de 1930, nomeando os povos tradicionais como “Indígenas”, os submetendo a “proteção” do Estado e reconhecendo as Missões religiosas como instrumentos de civilização e assimilação destes povos.

Com a institucionalização da condição de indígena e a consagração constitucional da “função histórica de civilizar as populações indígenas”, a política de assimilação torna-se parte intrínseca da totalidade da dominação de Moçambique e instrumento jurídico que, na realidade, protege a comunidade não-indígena. (Cabaço, 2007:157).

²⁸ Rodésia do Sul foi o nome da antiga colônia britânica (1888-1979) que deu origem ao atual Zimbábue.

A partir deste Acto, várias outras Leis passaram a reorganizar administrativamente as Colônias Portuguesas, que passaram no ano de 1951 a serem chamadas de Províncias Ultramarinas. Moçambique passou a ter um Governador-Geral nomeado diretamente pelo governo colonial em Lisboa, de quem recebia e seguia as orientações.

Conforme dito anteriormente a colonização portuguesa aumentou o trabalho forçado, o número de trabalhadores moçambicanos enviados para as minas da África do Sul e da Rodésia aumentou. Outra forma de exploração do povo moçambicano era a imposição das culturas do algodão, chá, sisal e cana de açúcar. Produtos que eram exportados e davam grandes lucros ao governo português. Em contrapartida os moçambicanos não podiam cultivar nas suas machambas produtos necessários à sua alimentação.

A segregação racial começou a se evidenciar em Moçambique, apesar da maioria da população ser negra, no contexto do aumento do fluxo de portugueses, do enfraquecimento dos poderes locais e da necessidade de consolidar a ocupação efetiva do território moçambicano (Cabaço, 2007:167). Esta segregação estava estabelecida pela lei colonial, que dividia as pessoas em três categorias: portugueses, indígenas e assimilados. Os portugueses e seus descendentes eram os únicos que tinham todos os direitos. Enquanto os indígenas, que eram maioria, formavam a camada mais explorada da população, sem direitos eram considerados seres inferiores e muitas vezes obrigados a trabalhar sem receber nada nas plantações, construção civil e outras atividades pesadas. Por fim a última categoria, os assimilados eram moçambicanos que por saberem escrever e falar português tinham condições de exercerem outras atividades econômicas, mas uma das condições para ser assimilado era renunciar à cultura moçambicana, considerada inferior pelos colonialistas, adotando a língua, a religião e a cultura portuguesa.

Esta diferenciação social refletia-se também no ensino e na saúde, a maioria dos moçambicanos não tinham recursos financeiros que permitissem arcar com os custos. Só havia hospitais e médicos nos grandes centros urbanos, portanto o povo estava privado de acesso a assistência médica, e está também não era uma questão de interesse das autoridades coloniais.

O mundo estava mudando após o fim da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), o anticolonialismo pressionava o governo de Salazar (1932-1968), que em contraste com as políticas das outras autoridades coloniais em África estava determinado a continuar nas

colônias do País. A situação colonial no continente estava insustentável devido à independência de muitos países africanos e ao aparecimento da luta armada, iniciada pelo Movimento Popular de Libertação de Angola – MPLA e Partido Africano para a Independência da Guiné e Cabo Verde – PAIGC.

Até 1962 as respostas à opressão eram esporádicas e localizadas, tendo sido facilmente esmagadas pela repressão fascista, tal como ocorreu ao longo dos séculos com as revoltas de combate ao sistema colonial. Influenciados pela efervescência das lutas de libertação foi realizada em maio de 1962 uma reunião na Tanzânia com as lideranças dos movimentos nacionalistas moçambicanos, nomeadamente *Mozambique African National Union* - MANU²⁹, União Democrática Nacional de Moçambique – UDENAMO³⁰ e posteriormente União Nacional Africana de Moçambique Independente – UNAMI³¹, tendo como objetivo a unificação destes movimentos. No dia 25 de junho de 1962 estes movimentos se dissolveram e constituíram à Frente de Libertação de Moçambique – FRELIMO, liderada pelo sociólogo Eduardo Mondlane. No seu estatuto eles afirmavam que pretendiam acabar com a presença colonial e imperial portuguesa no país, alcançando a independência de Moçambique.

A Luta de Libertação Nacional em Moçambique foi apoiada por muitas organizações não governamentais. Países como União Soviética e República Popular da China adotaram a estratégia de luta contra o imperialismo do ocidente através do apoio direto aos movimentos de libertação. Outro país que ajudou a FRELIMO foi à Argélia, que acabava de derrubar o colonialismo francês, e que treinou cerca de 200 guerrilheiros moçambicanos. Na volta, eles estabeleceram os primeiros campos de treino militares na Tanzânia, onde receberam aulas com instrutores chineses e soviéticos. Países como Egito, Gana e Israel também forneceram ajuda militar a Luta de Libertação Nacional em Moçambique.

A luta armada de libertação nacional iniciou em 1964 em quatro Províncias (Cabo Delgado, Niassa, Zambézia e Tete) localizadas nas regiões norte e centro do país. Do ponto de vista militar, o exército português manteve o controle dos grandes centros urbanos,

²⁹ Criada em Mombaça no Quênia em 1960, era formada principalmente por moçambicanos de origem Makonde da Província de Cabo Delgado.

³⁰ Criada na antiga Rodésia do Sul, hoje conhecida como Zimbábue em 1960. Tinha como membros trabalhadores e emigrados vindos, sobretudo das Províncias de Manica, Sofala, Gaza e Lourenço Marques (atual Maputo).

³¹ Criada em 1961 no Malawi, era constituída principalmente por moçambicanos originários das Províncias de Tete, Zambézia e Niassa.

enquanto a FRELIMO procurava espalhar sua influência em áreas rurais do país. O movimento era composto por camponeses pobres e analfabetos, em sua maioria, antigos funcionários públicos coloniais e por um número reduzido de burgueses (Maloa, 2011:86). O número de membros da FRELIMO cresceu rapidamente, além do armamento fornecido pelos países que apoiavam o movimento a FRELIMO também tiveram apoio da população local, escondendo e alimentando os guerrilheiros.

Para tentar desestabilizar o movimento a polícia secreta portuguesa assassinou Eduardo Mondlane em 1969, enviando-lhe uma bomba disfarçada em livro. O Comitê Central da Frente de Libertação de Moçambique decide nomear Samora Machel como seu sucessor na Presidência da FRELIMO (Macagno, 2009:17).

Naquele mesmo ano o exército português lançou uma contraofensiva de grande dimensão, mobilizando mais de 35 mil homens, com o objetivo de extinguir as rotas dos combatentes ao longo da fronteira com a Tanzânia e destruir suas bases em Moçambique. Esse combate durou cerca de sete meses, mas o terreno e o período de chuvas favoreceram os guerrilheiros.

Frente ao avanço rápido da FRELIMO e do apoio da população, o exército português passou agir de forma cruel, assassinando entre 150 a 300 aldeões em Tete, acusados de serem simpatizantes da FRELIMO, entre os quais mulheres e crianças. O movimento mudou então sua estratégia passando a atacar as fontes de receita do regime português, principalmente os trens que trafegavam pelas linhas férreas de Tete e do porto da Beira. Posteriormente passaram a atacar depósitos de combustível e o Aeroporto da Beira.

Após dez anos de conflito, com a pressão internacional e o retorno de Portugal à democracia com a Revolução dos Cravos em 25 de abril de 1974 o colonialismo em Moçambique se tornou insustentável. Em 07 de setembro daquele mesmo ano foram assinados entre o Governo Português e a FRELIMO os Acordos de Lusaka, onde foi reconhecido o direito do povo moçambicano a independência e a transferência de poderes. Este Governo de Transição Português/FRELIMO duraria até 25 de junho de 1975, data de aniversário de fundação da Frente de Libertação de Moçambique. A partir daí o país tornou-se oficialmente independente de Portugal. As ruas passaram a ter o nome de políticos, revolucionários e escritores socialistas, as escolas e as fábricas foram enfeitados com

fotografias de Marx, Lênin e Samora Machel, Presidente da FRELIMO e primeiro Presidente de Moçambique.

3.3.3 Período pós-colonial

Para Durkheim a categoria, tempo seria construída socialmente, atuando como um ponto de referência a partir do qual as representações coletivas são construídas. Por diversas vezes, durante o trabalho de campo, ouvi histórias das pacientes sobre as dificuldades que passaram ao dar à luz. Quando as questionava o período em que isso havia ocorrido elas me respondiam: “No tempo de Samora”. Numa alusão ao líder da FRELIMO e ao período pós-independência.

O “capitalismo” devia ser substituído pela socialização dos meios de produção; a indústria e o comércio deviam ser nacionalizados e a população rural devia deixar seus lares para morar em “vilas comunitárias” e trabalhar nas antigas fazendas coloniais, agora nas mãos do Estado. O “obscurantismo” — por outras palavras, as cosmologias “tradicionais” —, o cristianismo e o islã deviam ser reprimidos e substituídos pelo “socialismo científico”. Cada escola e fábrica adquiriram um santuário, enfeitado com fotografias de Marx, Engels, Lênin e Samora Machel e frases didáticas das suas obras. “Abaixo o tribalismo” significava a eliminação das diferenças e divisões étnicas. Conforme as palavras de Samora Machel: “É necessário matar a tribo e reconstruir a nação”. (Fry, 2003:269)

Inicialmente, a FRELIMO estabeleceu um Estado Uni partidário baseado nas políticas Marxista-leninistas e recebeu apoio diplomático e militar de Cuba e da União Soviética. Sendo violentamente combatida pela *Mozambique National Resistance*, que depois passou a se chamar Resistência Nacional Moçambicana – RENAMO, uma força oposicionista anticomunista criada logo após a independência de Moçambique por dissidentes da FRELIMO e apoiada pelo Governo da Rodésia (atual Zimbábue). De acordo com Peter Fry (2003:296) a principal função da RENAMO, de 1975 a 1980, foi sabotar os guerrilheiros zimbabuanos acampados no território moçambicano e transmitir informações sobre manobras militares. Quando a elite branca foi retirada do poder na Rodésia, a RENAMO passou a ser apoiada pelo Governo da África do Sul (ainda sob o regime do *Apartheid*), que tinha o objetivo de aniquilar as políticas e economias dos governos negros que estavam nas suas fronteiras.

O que começou como uma guerra de desestabilização se transformou em uma das guerras civis mais sangrentas da África (Macagno, 2009:20). Estima-se que um milhão de moçambicanos morreram durante a guerra civil, devido aos conflitos, fome e as doenças causadas por ela. Ainda de acordo com Peter Fry (2003:295) cerca de quatro milhões, de uma população de quinze milhões, se refugiaram em países vizinhos e vários outros milhões tiveram que se deslocar internamente por conta do conflito. Este período também foi marcado pelo êxodo de cidadãos estrangeiros, a maioria dos 250 mil portugueses, que viviam em Moçambique abandonaram o país, alguns expulsos pelo Governo, outros inconformados com uma administração de maioria negra e com o fim da “hierarquia colonial traduzida na democratização do espaço, sentida como desordem” (Passador e Tomaz, 2006:267).

Fotografia 12 – Sede da Delegação Política da RENAMO na Ilha de Moçambique, na Província de Nampula, na região norte do país.



A RENAMO surgiu principalmente nos meios rurais como alternativa ao governo da FRELIMO, que teve de reforçar o seu discurso da unidade nacional, sobretudo quando a RENAMO passou a assumir uma linguagem “étnicista” em suas reivindicações (Macagno, 2009:20). Nas áreas dominadas pela RENAMO um sistema de governo direto foi instaurado, como nos tempos coloniais os Chefes das Linhagens eram responsáveis pela transmissão de ordens dos seus superiores e pela arrecadação de impostos, neste caso, alimentos para a guerrilha (Fry, 2003:299). A RENAMO propôs um acordo de paz baseado na secessão dos

territórios do norte do país, mas a FRELIMO recusou-se a negociar e reivindicou soberania sobre todo o território moçambicano.

Desta forma podemos afirmar que o “tempo de Samora” ficou marcado pela intensa reorganização (com a criação de aldeias comunais, cooperativas do povo e nacionalização das indústrias privadas) e formulação de políticas, seguindo o modelo do socialismo africano de Julios Nyerere³²(Maloa, 2011:86). A situação mudou na década de 1980, devido à crise econômica, a União Soviética diminuiu substancialmente a ajuda financeira. A falta de investimentos, colapso na infraestrutura nacional e várias crises de fome generalizada fizeram com que a pobreza em Moçambique adquirisse o estatuto de questão pública (Ibdem:90). Era necessário “reformular” a FRELIMO sendo fundamental procurar outros meios de sobrevivência, tanto que no ano de 1983, o Presidente Samora Machel visitou os EUA para negociar com empresas estrangeiras. Um ano depois Moçambique passou a ser membro do Fundo Monetário Internacional – FMI e do Banco Mundial, do qual recebeu um empréstimo de 45 milhões de dólares (Macagno, 2009:27).

Em 19 de outubro de 1986, o Presidente Samora Machel voltava de uma reunião internacional na Zâmbia, mas o avião presidencial caiu ao sobrevoar os Montes Libombos, em território sul-africano. Apenas dez dos ocupantes sobreviveram ao acidente, enquanto trinta e quatro pessoas da comitiva morreram, entre eles o Presidente, ministros e funcionários do governo moçambicano. As crônicas apontam que se tratou de um atentado planejado pelo governo sul-africano, ainda sobre o regime do Apartheid. A partir desta tragédia as narrativas sobre Samora Machel o transformaram num herói nacional, um verdadeiro mito para os moçambicanos.

Com a morte de Samora Machel, Joaquim Chissano, que já havia sido Primeiro-Ministro no Governo de Transição e posteriormente Ministro dos Negócios Estrangeiros, assume como o segundo Presidente de Moçambique. O país estava deteriorado pela Guerra Civil, entre a FRELIMO e a RENAMO, que já durava dez anos e havia destruído grande parte da sua infraestrutura. De acordo com Peter Fry o sistema de educação e saúde nas áreas rurais estava praticamente paralisado, tudo isso agravado pela seca, fez de Moçambique um dos países mais pobres do mundo (Fry, 2003:295), obrigando Joaquim Chissano a

³² Ex-presidente do Tanganica. Promoveu sua junção com Zanzibar, que levou a constituição da atual Tanzânia, da qual também foi Presidente.

implementar mudanças radicais no país por meio das reformas, entre elas o Plano de Reabilitação Econômico (Maloa, 2011:91) e rompendo com os ideais marxistas.

Em 1990 foi promulgada a nova Constituição moçambicana, que previa um sistema político multipartidário, eleições livres e uma economia baseada no livre mercado.

As negociações para um acordo de paz entre FRELIMO e RENAMO iniciaram-se em 1990 e se estenderam até outubro de 1992 (Macagno, 2009:20). Quando o Presidente de Moçambique Joaquim Chissano e Afonso Dhlakama, Presidente da RENAMO sentaram-se na mesa de negociações para pôr fim à guerra civil que já perdurava dezesseis anos. O encontro mediado pelo Conselho Cristão de Moçambique aconteceu na Comunidade Santo Egídio, na Itália, sob a supervisão das Forças de Manutenção da Paz das Nações Unidas. Na ocasião foi assinado o Acordo Geral de Paz que além de pôr fim à guerra também previa a realização de eleições gerais, que aconteceram em 1994.

Desde a assinatura do Acordo de Paz, o país realizou eleições presidenciais e legislativas, por cinco vezes (1994, 1999, 2004, 2009 e 2014), sendo consideradas por uma larga maioria de observadores como tendo sido livres e justas (Macamo, 2002:04) todas elas vencidas pelo partido FRELIMO.

As primeiras eleições democráticas no país aconteceram em 1994, observadas pela ONU, e tiveram a participação de vários partidos políticos (Maloa, 2011:91). Joaquim Chissano foi eleito democraticamente como Presidente da República de Moçambique, tendo sido reeleito após vencer as segundas eleições multipartidárias em 1999.

Vimos anteriormente que o Presidente Joaquim Chissano abandonou as políticas econômicas socialistas, o que incluiu a privatização das empresas estatais. Um dos beneficiados com esta medida foi o político e ex-secretário da FRELIMO Armando Guebuza, que acabou se tornando um empresário de sucesso, ao “herdar” do governo, indústrias da construção civil, exportação e pescas. Posteriormente foi candidato a Presidente da República, tendo vencido as eleições de 2004 e reeleito em 2009, com 75% dos votos.

Em 2013, a RENAMO reiniciou ataques a civis em algumas regiões do país, numa tentativa de ganhar espaço político (Vieira, 2014:199), mas foi violentamente reprimida pelas forças militares do governo moçambicano. Meses depois a RENAMO anunciou o fim do Acordo de Paz, assinado em 1992, os conflitos armados foram retomados e duraram até

agosto de 2014, quando os líderes dos dois partidos assinaram um cessar-fogo objetivando não atrapalhar a realização das eleições.

As eleições presidenciais de 2014 foram mais uma vez vencidas por um candidato da FRELIMO. Filipe Nyusiera ex-ministro da defesa e teve o apoio do seu antecessor Armando Guebuza. Até sua eleição Nyusi era visto como um político inexpressivo, o que permitiria a Guebuza manter o poder no país mesmo após abandonar o cargo de Presidente. Outros argumentam que sua indicação foi pensada objetivando conquistar votos da população da região norte do país, reduto da RENAMO, já que Nyusi é proveniente da província de Cabo Delgado.

Fotografia 13 – Pintura em homenagem aos Presidentes de Moçambique no muro do HCM.



Da esquerda para direita: Samora Machel, Joaquim Chissano, Armando Guebuza e Filipe Nyusi.

Desde 2014 os jornais veem estampando a corrupção existente no governo (Vieira, 2014:199). Um caso que ganhou destaque internacional foram os “empréstimos secretos” contraídos por empresas públicas durante o governo de Armando Guebuza, sem aprovação pelo Parlamento de Moçambique. Por causa das suspeitas de corrupção, os doadores internacionais como Alemanha e o FMI pediram uma auditoria internacional nas contas do

governo moçambicano, além de suspender a ajuda financeira, o que agravou a crise econômica no país que tem uma alta dependência da cooperação internacional.

Vimos ao longo deste tópico que apesar da paz ter voltado a Moçambique, após décadas de guerras, o país ainda continua sofrendo com problemas econômicos e sociais. Algumas regiões estão propensas às secas periódicas que geram insegurança alimentar nutricional e acesso reduzido à água potável, além do que tem sofrido com desastres naturais, tais como ciclones e cheias, dificultando os meios de subsistência e provocando a propagação de doenças como diarreia, malária e cólera.

Outra grande ameaça ao desenvolvimento do país é a epidemia de HIV/AIDS. Moçambique é o oitavo país com maior prevalência da doença no mundo, com aproximadamente de 1,5 milhões de pessoas infectadas e cerca de 40 mil mortes anuais³³. Além da demanda financeira para combater a doença, a epidemia também enfraquece a capacidade institucional e reduz a produtividade econômica através da perda de capital humano e da dependência familiar.

3.4 A TRAJETÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE

Países pobres, com os seus típicos problemas de saúde (diarreia, tuberculose, malária...), desenvolvem sistemas de saúde diferentes dos países industrializados. Do ponto de vista antropológico, o sistema de saúde seria o arquétipo criado para compreender, como, num cenário particular e específico os atores reagem perante os cuidados de saúde: suas crenças, decisões, expectativas e respostas aos episódios específicos da doença. Nessa perspectiva, Arthur Kleinman (1981) elaborou um grupo de conceitos³⁴ que são essenciais para análise de como os fatores culturais intervêm no campo da saúde, mas também para construção de um modelo comparativo entre os sistemas médicos.

O modelo de saúde predominante na sociedade moderna é o biomédico, mas nas sociedades tradicionais e pré-modernas o processo de saúde/doença está relacionado a dicotomias resultantes de crenças e valores, como sagrado/profano, pecado/pureza, cujos desequilíbrios são mediados pela ação dos curandeiros. Como bem coloca José Fialho (2003) são dois sistemas paralelos com meios muito diferentes, mas que, por força das circunstâncias, vão se cruzando. O primeiro reclama-se de uma legitimidade que assenta sua

³³ Segundo dados da ONUSIDA - <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique>

³⁴ Os conceitos são: "disease" (processo doença), "illness" (doença experiência) e "sickness" (doença social).

eficácia simbólica, espiritual e social, enquanto o segundo reclama-se de uma legitimidade científica do conhecimento experimentado da físico-química, do orgânico.

Durante décadas e até à atualidade, a medicina científica conviveu do lado de práticas populares de cura, tentando impor seu saber como o único capaz de explicar a etiologia e cura para as enfermidades. Portanto, médicos, intelectuais e cientistas, conviviam muitas vezes, de forma pouco harmoniosa com práticas populares dos pajés, benzedeiros, homeopatas, boticários, feiticeiros, barbeiros, parteiras, sangradores, espíritas, práticas estas consideradas como “charlatanismo” pelos médicos. (Santos Et All, 2012).

As práticas da medicina tradicional ou curandeirismo no continente africano estão ligadas à tradição bantu de intercomunhão entre o mundo visível e invisível (Acçolini e Junior, 2016:52). Existem sociedades onde estas duas concepções de sistemas de saúde tradicional e o outro convencional ou biomedicina estão alinhadas, se cruzando e interpenetrando, como é o caso de Moçambique (Lebre, 2012). Mas ao analisarmos a história do país, vemos que nem sempre foi assim.

O lugar da medicina tradicional na sociedade moçambicana vem sendo negociado ao longo da sua história. Em Moçambique; que teve origem na fixação dos povos bantus; essa manifestação perpassa toda as regiões do país do “Rovuma ao Maputo”³⁵ e está presente em todos os segmentos sociais de forma significativa (Martinez, 2009:212). O *nyanga* (curandeiro ou médico tradicional) utiliza *tinholo* (ossículos ou búzios divinatórios) para auxiliar o processo de diagnóstico e tratamento da doença, que podem ser diversos como tratamento com ervas no corpo, rituais, sacrifício de animais ou expulsão dos espíritos (Lebre, 2012). Durante muito tempo estas práticas foram reprimidas tanto pelo regime colonial como pelo governo pós-colonial (Acçolini e Junior, 2016:64).

De acordo com Maria Paula Meneses, durante o período colonial e nas primeiras décadas pós-independência as autoridades políticas estiveram engajadas em políticas de saúde que visavam prevenir e curar doenças, sem dar a devida atenção a medicina tradicional. Após assumir o poder em 1975 a FRELIMO adotou o sistema marxista-leninista reprimindo as cosmologias tradicionais (Fry, 2003:269) e perseguindo as lideranças tradicionais e curandeiros. O Estado moçambicano não reconhecia sua profissão como

³⁵ Se no Brasil utilizamos a expressão do “Oiapoque ao Chu” para referenciar os dois extremos do país. Em Moçambique é empregada a expressão do “Rovuma ou Maputo”, em referência aos rios que fazem fronteira ao norte com a Tanzânia e ao sul com a África do Sul, respectivamente.

praticante de medicina tradicional os considerava oportunistas e cerceou severamente suas práticas tradicionais (Lebre, 2012). Na segunda metade da década de 1970 o Ministério da Saúde criou o gabinete de Estudos de Medicina Tradicional, o qual definia a medicina tradicional como: "*o conjunto de conhecimentos empíricos, desorganizados, deturpados do seu conteúdo pelo processo da transmissão oral, e muitas vezes revestidos de práticas obscurantistas, tais como ritos, etc.*" (Serviço de Nutrição, 1981:3 apud Meneses).

O Ministério da Saúde pretendia, cientificamente, recuperar o conhecimento da medicina tradicional, mas o separando da figura do curandeiro. Tanto que a partir de 1983, muitos foram enviados para as zonas rurais do país para trabalharem na terra (Acçolini e Junior, 2016:64). As zonas rurais remotas do país eram justamente as zonas de domínio da RENAMO, que tinha um discurso de etnicista, de salvaguarda da cultura tradicional moçambicana. Após a morte de Samora Machel, a FRELIMO recuou e mudou sua posição em relação aos curandeiros, construindo alianças que acabaram resultando na criação da Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique - AMETRAMO. Esta associação surge com o objetivo de organizar e certificar a atividade dos médicos tradicionais, ao mesmo tempo em que lhes dá legitimação para trabalhar junto às instituições oficiais que se dedicam a prevenção e a cura de doenças (Lebre, 2012).

(...) os médicos ditos "tradicionais" continuam a ser procurados, não só nos meios rurais onde o alcance do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é mais reduzido, mas também nos contextos urbanos. Isto obrigará a um desvio pelo campo interpretativo do próprio conceito de saúde, da evolução da própria "medicina tradicional" face a outras formas alternativas de tratamento e cura que foram surgindo. (Meneses, sem data).

Hoje, em Moçambique, tal como vários outros países do continente africano, o Ministério da Saúde preconiza a valorização da medicina tradicional associada à medicina moderna, particularmente no meio rural onde a cobertura da rede sanitária ainda se mostra deficiente. O MISAU tem desenvolvido uma série de projetos destinados às parteiras tradicionais e aos médicos tradicionais, através das suas associações, respectivamente Associação das Parteiras de Moçambique e Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique. Para Meneses (sem data:18) tratou-se de uma estratégia do Governo para controlar uma situação que já é corriqueira nas aldeias, mais do que valorizar a medicina tradicional. Referindo-se especificamente as parteiras ela afirma:

Elas ajudam, mas, não sendo parte do Sistema Nacional de Saúde, não possuem ordenado, nem estatuto; mais ainda, ao serem identificadas pelo SNS como tal, este passa a controlar as suas actividades, comprometendo mesmo a sua identidade como parteira, pois que a partir de então ela não é mais a dona do jogo, mas parte de um sistema a quem se subordina. (Ibdem).

A Organização Mundial de Saúde recomenda, desde 1978, que os países com problemas de desenvolvimento e cobertura sanitária³⁶, trabalhem em parceria com outros mediadores em nível da comunidade de forma a melhorar os cuidados na saúde primária. O grande desafio é conciliar os avanços da medicina moderna com as crenças tradicionais respeitando a cultura e a tradição moçambicana. O antropólogo Peter Fry (2003:308) cita como exemplo o projeto “curar as feridas da guerra”, realizado na província de Manica com financiamento da UNICEF, onde os curandeiros tradicionais realizavam limpezas rituais em pessoas que estiveram envolvidas em casos de violência extrema durante o período da guerra civil moçambicana.

Em Moçambique, os dois sistemas de saúde parecem manter um relacionamento saudável, conforme podemos perceber na fala de Felisbela Gaspar – Diretora do Instituto de Medicina Tradicional, órgão criado pelo MISAU em 2010:

Se nós duvidássemos da medicina tradicional, em termos de eficácia no tratamento de doenças, teríamos sérios problemas de saúde no nosso país. Temos comunidades que distam a muitos quilómetros das unidades sanitárias e só recorrem aos médicos tradicionais para se tratar e, nessas áreas, nunca tivemos mortes em massa por conta disso. É um facto que eles não resolvem cabalmente, mas têm um papel importante na melhoria de qualidade de vida dos utentes. (Jornal de Notícias – 01/09/2016).

Desde a sua criação o instituto vem capacitando os praticantes da medicina tradicional sobre cuidados de saúde, sobretudo no âmbito dos cuidados primários, no diagnóstico de doenças crónicas e o encaminhamento destes pacientes para as unidades sanitárias. AMETRAMO por sua vez reconhece a incapacidade dos médicos tradicionais resolverem todos os problemas de saúde, isso não significa deslegitimar o trabalho do *nyanga*, até porque caberá a ele uma parte importante no tratamento, que é a cura espiritual, sem a qual o tratamento da biomedicina seria impossível (Lebre, 2012).

³⁶De acordo com Teresa Lebre (2012) existem no país cerca de 70 mil curandeiros e apenas mil médicos.

3.5 O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E SUA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

A cobertura dos serviços de saúde aumentou em Moçambique ao longo das últimas décadas, mas esta melhoria não é uniforme por todo o país e a situação encontra-se entre as mais baixas do mundo.

Neste tópico nos dedicaremos a analisar a trajetória de construção do Serviço Nacional de Saúde, e sua atual organização administrativa. Vimos anteriormente, que antes da chegada dos primeiros portugueses a Moçambique por volta de 1500, a região era habitada por povos nômades de origem bantu vindos da região dos Grandes Lagos. Eles faziam uso das práticas da medicina tradicional ou curandeirismo para tratar as doenças do corpo e da alma. Os portugueses só estabeleceram na região no século XVII, primeiramente na região norte (Nampula) e posteriormente desceram para as regiões centro (Sofala) e sul do país (Maputo). Nesta época, não era raro ver os próprios colonos portugueses se consultarem com os terapeutas locais para resolverem questões de saúde, obter remédios, ou problemas relacionados a vida cotidiana (Meneses, sem data).

De forma a assegurar assistência médica aos militares portugueses e os tripulantes das embarcações (Rodrigues, 2005), foi construído no final do século XVII na Ilha de Moçambique o Real Hospital Militar. Nesta mesma localidade foi construído o primeiro Hospital de Moçambique (foto abaixo), no ano de 1877, para atender os habitantes da Ilha. A referida unidade sanitária, foi transformada séculos depois em um Centro de Saúde, mas atualmente encontra-se fechada para reforma uma vez que não apresenta condições para prestação de cuidados sanitários a população.

A ocupação portuguesa no território de Lourenço Marques, atual Maputo, se deu em 1782, com a construção do presídio e da Fortaleza de Nossa Senhora da Conceição, mas só a partir de 1876 é que foi elevada à categoria de vila, e ano seguinte tornou-se a capital de Moçambique (Morais, 2012). A progressiva concentração e aumento da população nos principais centros urbanos, onde a ausência de saneamento básico potencializa o aumento do número de surtos recorrentes de doenças infectocontagiosas, a principal era a tuberculose, exigia a criação de locais para isolamento dos doentes (Roque, 2014: 525).

Fotografia 14 – Hospital da Ilha de Moçambique - Província de Nampula.



Foi pensando nisso se iniciou a em 1878 a construção do Hospital de Lourenço Marques, que demorou mais de dez anos e nunca foi oficialmente concluída por falta de recursos financeiros. Os Relatórios do Serviço de Saúde referem-se ao local como sendo um depósito de doentes, onde faltava quase tudo, de equipamentos, medicamentos e pessoal qualificado (Roque, 2012). Ainda neste período os documentos mostram que o quadro de pessoal de saúde atuando em Lourenço Marques era insuficiente, o problema de acordo com Ana Cristina Roque (2014: 536) eram os baixos salários, um médico de um hospital de terceira classe recebia um salário de 64 mil réis, inferior ao de um pedreiro (70 a 90 mil réis).

No início do século XIX, iniciou-se a construção de novos pavilhões, farmácias e enfermarias próprias para as quarentenas. Em 1899 já existia em Lourenço Marques uma gafaria³⁷, na ilha dos Elefantes longe do hospital central, para isolamento e tratamento dos casos de lepra, doença cujo número de casos aumentou naquela época (2014:526). De acordo com Valdemir Zamparoni numa sociedade profundamente marcada por questões raciais, o isolamento foi construído para acolher os leprosos indígenas, os leprosos brancos eram enviados para tratamento no Transvaal³⁸(Zamparoni, 2017:25).

A implantação dos serviços de saúde em Moçambique foi complexa. Até 1915 os Serviços de Saúde estiveram sob jurisdição militar (Morais, 2014:50), mas algumas companhias concessionárias que administravam o território mantinham postos de

³⁷ Gafaria ou leprosário era o termo utilizado para se referir aos Hospitais de Leprosos.

³⁸ A província do Transvaal era de domínio britânico e pertencia ao território que hoje compõe a região de Pretória na África do Sul.

assistência médica para seus funcionários. Dois anos depois, foi aprovado o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde, que dividiu o país, para efeitos de administração sanitária, em Distritos Sanitários e Delegacias de Saúde (Carvalho, 1961:47). Os locais que prestavam assistência de saúde pública e social eram divididos em três classes: os de primeira classe localizados em Lourenço Marques e na Beira, um de segunda classe localizado em Nampula, e outros de terceira classe destinado aos indígenas (Ibdem: 55). Durante este período o acesso dos indígenas aos serviços de saúde foi marcado por questões raciais e sociais, o que implica afirmar que o acesso dos moçambicanos aos serviços de saúde colonial foi bastante precário (Morais, 2012:07).

O país parece ter herdado e mantido este sistema de saúde pública ao longo de todo o período colonial. Um folheto sobre “Saúde e Higiene” publicado em 1934 afirmava que Moçambique era dividida em delegações de saúde, que correspondiam às divisões administrativas da colônia, estas delegações de saúde eram organizadas em subdelegações, que era postos sanitários de primeira classe que ficavam a cargo de enfermeiros europeus e os postos de segunda classe que sob a responsabilidade dos enfermeiros indígenas (Morais, 2012:03).

Todavia, na década de 1940 o Departamento de Saúde de Moçambique empregava 78 médicos, 166 enfermeiros estrangeiros e 102 enfermeiros indígenas (Newiit, 1997:413). Este Departamento funcionou até o fim do período colonial em 1975, nesta época, ainda de acordo com Malyn Newiit, o país contava com uma rede de saúde formada por 395 unidades hospitalares, mas com apenas 400 médicos.

Como o Estado não dava conta fornecer assistência médica a toda à população, a principal característica da assistência médica em Moçambique foi a diversidade de instituições públicas e privadas que forneciam este serviço. De acordo com Carolina Morais (2014:50) a assistência da medicina era prestada por diferentes instituições: organismos militares, instituições religiosas (missões protestantes e religiosas), empresas particulares, clínicas privadas e o Estado, através dos Serviços de Saúde.

Ao final da luta de libertação para independência de Moçambique, o quadro era de destruição das localidades totalmente arrasadas pelos confrontos, o esforço pós-guerra era de preservar a paz e fortalecer os organismos governamentais (Lourenço e Tyrrel, 2009:619). O governo decretou a saúde como um bem e condição essencial para o desenvolvimento,

adotando uma Política de Saúde baseada na prestação de cuidados primários no qual as mulheres e crianças constituíam um grupo vulnerável prioritário (Nhatave, 2006: 46).

Em 1961, já havia sido abolido o estatuto de indigenato, os relatórios do Departamento de Saúde se referiam aos “indígenas” como “homens africanos” ou “populações de Moçambique” (Morais, 2014: 66). Mas só após a Independência que foi abolido o registro étnico de identificação dos doentes, buscando assegurar o fim da discriminação nos centros de saúde públicos e privados em Moçambique. O acesso à saúde e à assistência médica são vistos como um direito reconhecido constitucionalmente, conforme os artigos 89, 94 e 116 da Constituição moçambicana. Que consagra que a todos os cidadãos o direito a assistência médica, independentemente da cor, raça, sexo, origem étnica, religião, nível educacional, posição social ou gênero.

Na altura de independência, o governo de Moçambique buscou reconstruir o seu sistema de saúde como forma de mudar o passado colonial e melhorar a situação geral da saúde no país. De acordo com Bernhard Weimer (2012: 427) principais implicações no setor foram:

1. Considerar a saúde como prioritária, com serviços de saúde gratuitos para todos os cidadãos;
2. Diminuir o hiato na cobertura dos serviços de acesso a saúde, entre as áreas urbanas e rurais;
3. Reunir todos os prestadores de serviços de saúde (hospitais públicos, religiosos e os centros de saúde privados) numa estrutura nacional única e estatal;

Dito isso foi criado pelo Estado em 1991, a partir da publicação da Lei nº 25 de 31 de dezembro de 1991 (Nhatave, 2006: 17), um sistema de saúde unitário e altamente centralizado, o Serviço Nacional de Saúde – SNS.

Segundo a classificação dos sistemas de saúde de Terris (1980), o Serviço Nacional de Saúde era um sistema de saúde estatal e universal, predominante nos países de regime socialista. O Serviço Nacional de Saúde abrangia a totalidade da população de cada país, sendo financiado pelo tesouro público e a prestação dos cuidados de saúde era gratuita. Mas foram várias dificuldades enfrentadas pelo Governo da Ex-República Popular de

Moçambique, como consequência da pobreza de recursos financeiros e humanos qualificados herdados pelo governo colonial (Lourenço e Tyrrel, 2009:620), bem como a desestabilização e a guerra civil (1977-1992).

O SNS foi reformulado em 1995, com a criação do Ministério da Saúde de Moçambique, através da Lei nº 11/95 de 29 de maio, e de uma nova Política Nacional de Saúde – PNS, mas as pedras angulares do setor da saúde de centralização e dominação do Estado e oferecimento da saúde gratuita para todos os cidadãos se manteve (Weimer, 2012:426). Atualmente o Sistema de Saúde em Moçambique, inclui o setor privado sem fins lucrativos, setor privado com fins lucrativos e o setor público, sobre o qual iremos deter nosso olhar.

A nova Política Nacional de Saúde – PNS lançada em 1995 ainda abordava especificamente sobre a necessidade de financiamento pelo Estado, mas também pelo apoio de doadores, numa complementação aos esforços já empreendidos pelo governo. E sublinhava a introdução de taxas de serviço pagas pelos doentes, a fim de ampliar a base de recursos próprios do setor de saúde (Weimer, 2012:427). No ano de 2006, o Ministério da Saúde instruiu o Serviço Nacional de Saúde – SNS a cobrar uma taxa fixa de medicamentos (Cabral, 2007: 07) no valor de 5,00 Mts (cinco meticais), na época em que estive em Moçambique, ano de 2015, o valor desta taxa de medicamentos já era de 10,00 Mts (dez meticais).

Para Cabral (Ibdem) a cobrança destas taxas são barreiras financeiras que dificultam o acesso dos usuários, na sua pesquisa os pacientes afirmaram que este constitui um fator de ponderação na procura pelos cuidados de saúde. Durante a pesquisa de campo tive a oportunidade de acompanhar o caso da paciente F.M. (30 anos – Maputo). Durante os exames pré-operatórios foi descoberto que mesma era soropositiva, tendo sido indicado que ela procurasse a unidade de saúde próxima a sua residência para iniciar a Terapia antirretroviral – TARV. Posteriormente acabei cruzando com F.M. numa consulta de rotina do Hospital Central de Maputo, questionei sobre o tratamento, para minha surpresa ela não havia iniciado pois constava um débito de 210 MT (duzentos e dez meticais) referente ao período que esteve internada para tratar da fístula obstétrica. Fiquei perplexa com a situação e resolvi intervir, procurei a administração do Hospital, foi quando soube da cobrança de valores “simbólicos” aos pacientes, me propus a pagar o débito, mas não foi

necessário, pois o próprio HCM através do Serviço de Assistência Social resolveu a questão. Bernhard Weimer (2012: 429), faz uma crítica em relação a esta cobrança de taxas aos pacientes, para ele cada vez menos a saúde pública é considerada como um serviço público essencial e gratuito oferecido pelo Estado e sim uma forma de ganhar dinheiro e obter rendimentos. Isso, sem falarmos na corrupção por parte de alguns funcionários das unidades de saúde, que cobram taxas ilegais aos usuários, muitos com receio de perder a consulta acabam pagando valores superiores às taxas oficiais do governo (Cabral, 2007:07).

De acordo com o relatório sobre Avaliação da corrupção em Moçambique, produzido pela Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional – USAID, os comportamentos corruptos no setor da saúde vão desde o desvio, roubo e/ou revenda de medicamentos e artigos médicos, como a cobrança de pagamentos não oficiais por serviços que devem ser prestados gratuitamente.

A corrupção no setor de saúde do país, acontece tanto no nível micro, com a cobrança indevida de taxas, como a nível macro. Bertram Spector Et al (2005:24) cita como exemplo o favorecimento de algumas empresas concorrentes nos processos de licitação e o sumiço de medicamentos nas farmácias dos hospitais, o autor observou em sua análise que cerca de $\frac{1}{4}$ dos medicamentos que deveriam estar disponíveis ao público desaparecem do estoque sem nenhum registro, muitos acabam sendo vendidos no mercado livre. Bernhard Weimer (2012:424) também alega que grandes quantidades de medicamentos desapareceram da farmácia do Hospital Central de Nampula. Este autor traz à tona outra questão da má distribuição destes medicamentos, dando como exemplo o estoque de um determinado medicamento avaliado em 2 milhões de dólares que perdeu o prazo de validade na central de distribuição do MISAU, enquanto ele estava em falta nos hospitais públicos da província da Zambézia (Ibdem:425). Este episódio tomou conta dos jornais em Moçambique no ano de 2011 e fez com que os doadores internacionais recusassem o pedido de 25 milhões de dólares para aquisição de medicamentos feito pelo Ministério da Saúde.

Apesar destes obstáculos que continuam a impedir acesso a cuidados básicos de saúde a grande parte da população moçambicana, vimos ao longo deste tópico, sobre a formação do Serviço Nacional de Saúde em Moçambique, que apesar dos resultados não terem sido os melhores, a saúde no país conseguiu alcançar êxito, como o aumento na percentagem da população com acesso aos cuidados de saúde, que cresceu de 10% (1992)

para 35% (2002). A tradução deste esforço monumental para criar bases institucionais principalmente no período pós-colonial se materializou na edificação de uma rede de serviços que descreveremos nos próximos tópicos.

3.5.1 Recursos físicos

Vimos que o Sistema de Saúde em Moçambique compõe-se do setor público, setor privado composto por instituições com fins lucrativos e instituições com fins não lucrativos e pelo setor comunitário, composto essencialmente pelos chamados agentes polivalentes elementares (agentes comunitários) (Amaral, 2011:28). Destes, o setor público, composto pelo Serviço Nacional de Saúde constitui a rede mais importante de prestação de cuidados básicos e hospitalares, absorvendo a maioria do orçamento público e recursos humanos.

A organização dos serviços se faz essencialmente em três níveis - o Central, Provincial e Distrital - obedecendo à estrutura político-administrativa do país. É no nível central que se realizam as funções de definição de políticas, estratégias, normas e regulamentação, além da gestão financeira de bens e capital (Ministério da Saúde, 2007). O nível provincial realiza suas funções tendo em conta as orientações estratégicas definidas a nível central, mas adequando-as a situação de cada provincial. Este nível também é responsável por coordenar as atividades de saúde dos distritos (Conceição, 2011:13).

Estas instituições, que asseguram a prestação de cuidados de saúde a população moçambicana, sofreram uma evolução no número e na capacidade técnica ao longo das últimas décadas. Atualmente, de acordo com o Ministério da Saúde (2007:09), o Setor público de Saúde, está organizado em quatro níveis de atenção:

1. **Primário** – Corresponde aos Centros de Saúde.
2. **Secundário** – É composto pelos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais.
3. **Terciário** – É constituído pelos Hospitais Provinciais.
4. **Quaternário** – Formado pelos quatro Hospitais Centrais do país, a saber: Hospital Central de Maputo, Hospital Central da Beira, Hospital Central de Nampula e o recém-inaugurado Hospital Central de Quelimane³⁹.

³⁹ Durante a pesquisa de campo tive a oportunidade de conhecer os três hospitais centrais em funcionamento no país. Na época o Hospital Central de Quelimane ainda estava sendo construído, tendo sido inaugurado apenas em outubro de 2016.

Além do setor público nas últimas décadas houve progressivo aparecimento de clínicas privadas, unidades de medicina tradicional e ONG's que oferecem cuidados a saúde no país (Spector Et al, 2005:22). De acordo com Cabral (2007:12) esse movimento foi originado pela legalização da medicina privada nos anos 1990 e pela necessidade de prestar cuidados aos doentes infectados pelo HIV. Para o seu funcionamento é obrigatório o registro junto ao Ministério da Saúde, mas a maioria das ONG's não assinou o contrato ou código de conduta proposto pelo MISAU (Ibdem).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013:16), nos últimos dez anos o setor de saúde registrou melhorias no acesso aos cuidados de saúde, com a construção de novos hospitais⁴⁰. Mas para médica Maria Cláudia Conceição, que analisou os levantamos sobre o número de Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde ao longo das últimas décadas, este número se manteve o mesmo desde a independência. O que ocorre é a alteração nas nomenclaturas, como a exemplo Resolução nº 4/1995, que elevou cerca de 320 postos de saúde a categoria de Centros de Saúde (Conceição, 2011:13), passando desta forma a oferecer serviços de maternidade.

Atualmente o Sistema Nacional de Saúde em Moçambique conta com 1.339⁴¹ Unidades Sanitárias, distribuídos da seguinte forma: 04 Hospitais Centrais, 07 Hospitais Provinciais, 04 Hospitais Gerais, 35 Hospitais Rurais, 775 Centros de Saúde e 514 Postos de Saúde. Para melhor compreensão do leitor esclarecemos que tantos os Hospitais Rurais como os Gerais possuem condições para realização de intervenções cirúrgicas e dispõe de serviços de internamento em quatro especialidades básicas: medicina interna, pediatria, cirurgia e obstetrícia/ginecologia. A principal distinção é que os Hospitais Gerais estão sempre situados no perímetro urbano (Ibdem:20).

De acordo com Weimer (2012:428) o Governo de Moçambique introduziu dois documentos políticos que fazem parte do quadro de políticas públicas do Sistema Nacional de Saúde, o primeiro foi a Declaração de Política Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (2007) e o segundo foi o Plano Estratégico do Setor da Saúde – PESS, ambos documentos identificam como prioridade para melhoria dos serviços de saúde no país o aumento da participação das comunidades e expansão da formação dos ativistas comunitários de saúde;

⁴⁰ Conforme dados do MISAU no período de 2014-2017 serão construídos 38 centros de saúde, 14 hospitais distritais, 02 hospitais gerais, 01 hospital provincial e 01 hospital central.

⁴¹ Estes dados são de 2007, pode ser que existam alterações neste quantitativo.

a melhoria da infraestrutura de cuidados de saúde; e o desenvolvimento da capacidade dos recursos humanos.

Apesar de todo o esforço o próprio Ministério da Saúde reconhece que apenas 50% da população tem acesso a um nível aceitável de cuidados de saúde e parte significativa das Unidades de Saúde está a funcionar abaixo dos critérios e requisitos mínimos estabelecidos sobretudo no que tange a infraestrutura básica e o quadro de pessoal, como veremos no próximo tópico.

3.5.2 Recursos humanos

Temos visto ao longo deste capítulo que o governo moçambicano enfrenta o grande desafio de assegurar que o Sistema Nacional de Saúde consiga suprir as necessidades de toda população. Para Amaral (2011:01) uma das situações mais preocupantes é a situação dos Recursos Humanos em Saúde, que constitui a coluna vertebral do SNS, mas tem dificuldade de formar, distribuir, gerir e motivar os profissionais de saúde no país. Está problemática dos recursos humanos do Sistema Nacional de Saúde resulta de uma série de fatores interligados dentro e fora do setor da saúde, em fases históricas distintas desde o período colonial, ao período pós-independência com ênfase nos cuidados primários de saúde, depois a guerra civil e o abandono de grande parte da rede sanitária. Todos estes fatores originaram num sistema de saúde extremamente debilitado, o que requer um esforço do Ministério da Saúde na reabilitação das Unidades Sanitárias, na reestruturação do SNS e recolocação dos profissionais de saúde (MISAU: 2004:16).

A dotação de pessoal capacitado e em quantidade suficiente para o desenvolvimento das atividades de saúde é outro desafio para as autoridades de Moçambique. Após a independência, a nacionalização dos serviços de saúde provocou o êxodo de profissionais de saúde estrangeiros, dos cerca de 550 médicos portugueses, apenas 85 continuaram em Moçambique. O direito à saúde requer que haja unidades de saúde em todo o país, bem como pessoal profissional de saúde qualificado, mas o quadro herdado da era colonial se compunha essencialmente por profissionais de enfermagem dado o número reduzido de médicos.

A Organização Mundial de Saúde define RHS como o conjunto de indivíduos envolvidos na promoção, proteção ou melhoria da saúde da população. Em muitos países

africanos, o estado dos recursos humanos em saúde em termos de quantidade e distribuição não está bem documentado, o que dificulta as medidas adotadas para melhorar a sua situação (Amaral, 2011:10). A médica Maria Claudia da Conceição (2011:17) fez uma compilação dos dados divulgados por diversos órgãos do governo e pesquisadores, referentes ao número do RHS atuando em Moçambique, mostrando a evolução numérica desde a independência, o qual transcrevermos abaixo:

Quadro 02 - Número de Profissionais de Saúde atuando em Moçambique

Profissão	1977	1987	1990	2000	2004	2006
Médicos	285	327	387	424	480	606
Enfermeiros	1.960	2.871	3.541	3.664	4.025	4.249
Enf. Saúde Materno-Infantil	430	*	778	1.414	2.380	2.829
Profissão	1977	1987	1990	2000	2004	2006
Técnicos de Cirurgia	*	10	*	40	*	50

*sem informação

O MISAU reconhece que o limitado acesso a saúde no país é agravado pela fraca qualidade da infraestrutura, além da ausência de profissionais de saúde nas unidades sanitárias de saúde. Apesar do Ministério da Saúde ser o segundo maior empregador do país, com quase 35mil funcionários espalhados pelo território moçambicano (MISAU, 2013:17), um dos grandes desafios é a lotação destes profissionais nos distritos mais desfavorecidos, sobre tudo nas regiões mais remotas do país onde muitas Unidades Sanitárias de Saúde não possuem ao menos energia elétrica ou abastecimento de água potável. Reproduzimos abaixo tabela elaborada pelo Ministério da Saúde com a distribuição dos profissionais de saúde por região geográfica do país:

Quadro 03- Distribuição dos Profissionais de Saúde por região geográfica

	1990	1997	2000	2004
Norte	31,1%	33,8%	34,2%	34,9%
Centro	22,4%	24,9%	24,2%	25,1%

Sul	19,3%	17%	18,1%	17,6%
Maputo cidade	25,3%	19%	18,6%	18,4%
Órgãos centrais	1,9%	5,3%	4,9%	4,1%

Fonte: Ministério da Saúde (2004: 42)

O Governo Moçambicano conseguiu em 2009, que todos os distritos do país tenham médicos, a conquista virou propaganda do Ministério da Saúde conforme podemos observar nesta pintura na fachada do HCM (fotografia 15). Neste aspecto a cooperação internacional desempenhou um papel importante, sobretudo, no preenchimento do número de médicos. Além disso, vários moçambicanos foram se formar em medicina no exterior graças a concessão de bolsas de estudo, principalmente na Europa, em países como Rússia e Portugal. Mas verifica-se a dificuldade de fixar estes trabalhadores nas zonas rurais, onde predominam profissionais com qualificações inadequadas, um número limitado de médicos e faltam especialistas em saúde pública (Amaral, 2011: 30). Se observarmos a tabela existe uma distribuição equiparada entre as regiões, mas como bem coloca o Ministério da Saúde a ambição destes profissionais é obter um emprego na capital, local para onde a maioria retorna após cumprir os dois anos obrigatórios de trabalho em áreas rurais após sua formação (MISAU, 2004:71). As perspectivas profissionais são melhores em Maputo, uma vez que o HCM é a maior unidade sanitária do país, outro mecanismo de atração para os médicos é a possibilidade de remuneração no setor privado.

Ao longo das últimas décadas houve um salto quantitativo no número de profissionais de saúde atuando no país, principalmente de profissionais de Saúde Materno Infantil – SMI, enfermeiros e técnicos de saúde (Conceição, 2011:17). Mas o quantitativo de médicos ainda está aquém do necessário, o Relatório do Desenvolvimento Humano (PNDU, 2005) releva que o país possui o menor número de médicos em comparação aos países vizinhos, enquanto na África do Sul existem 25 médicos para cada 100 mil pessoas em Moçambique são apenas 02 médicos para cada 100 mil (Spector Et al, 2005:23). Dados mais atualizados da Organização Mundial de Saúde falam em 03 médicos e 21 enfermeiros por cada 100.000 habitantes, tendo sido classificado pela OMS como um dos 57 países que enfrentam uma falta crítica de RHS.

Fotografia 15 – “Em todos os distritos temos médicos”, pintura na fachada do Hospital Central de Maputo.



Segundo Ferrinho e Omar (2006:28) os funcionários públicos do setor da saúde são classificados de acordo com a carreira (médicos, enfermeiros, técnicos de medicina e farmácia entre outros) e o nível acadêmico (superior, médio, básico e elementar). A formação do pessoal de saúde é de responsabilidade do Ministério da Saúde, já o Ministério da Educação faz a formação de médicos e outros profissionais de nível superior (Conceição, 2011:17). Existe uma capacidade limitada de formação de novos quadros, até os anos 2000 a Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane - UEM era a única universidade do país a formar médicos. Entre os anos de 1975 a 2003 foram 609 graduados em medicina, um número particularmente baixo, tendo em conta a falta de médicos no país. Atualmente além da UEM, que é pública, mais duas instituições privadas oferecem o curso de medicina, são elas o Instituto Superior de Ciências e Tecnologia de Moçambique, em Maputo e a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Moçambique, na cidade da Beira região central do país. Desta forma o Ministério da Saúde estima que o número de médicos graduados crescerá sensivelmente nos próximos anos, uma média de 50-60 novos profissionais por ano (MISAU, 2004: 61).

A formação, o recrutamento e o emprego destes profissionais de saúde exigem muito tempo e recursos, fazendo com que o governo moçambicano tenha de recorrer a contratação de médicos provenientes de outros países em desenvolvimento e de Portugal. Podemos utilizar o campo de pesquisa como exemplo, dentre os oito médicos lotados no

Serviço de Urologia do HCM, três eram estrangeiros: dois cubanos e um coreano. Os médicos moçambicanos se queixam, pois, os médicos estrangeiros recebem o salário em dólares e com valores acima do que é pago aos médicos locais. Outro aspecto relevante é que os profissionais de saúde que trabalham no setor público recebem salários inferiores aos pagos pela rede privada. De acordo com Amaral (2011:29) o contexto no qual os RHS atuam é de extrema pobreza e confrontam-se ainda com problemas de salários baixos, em atraso e pouca motivação para realizarem seu trabalho, fatores que contribuem para as cobranças ilícitas de taxas de consulta (Adenda, 2005:16). Spector et al (2005:25) partilha da mesma opinião, de que os baixos salários estão na origem da extorsão dos doentes e pedidos de pagamentos não oficiais, muitas vezes oferecidos pelos próprios pacientes como forma de agilizar os serviços. Este problema é reconhecido pelo Ministério da Saúde:

Os vencimentos inadequadamente baixos levam os profissionais a várias estratégias de adaptação, algumas de natureza predatória, como obrigar ao pagamento de tarifas adicionais e ilegais, venda de medicamentos da organização, desvio de doentes para clínica privada, competição pelo tempo, conflitos de interesses, migração” (MISAU, 2008).

Uma nova política do Ministério da Saúde é complementar a remuneração dos técnicos de saúde com incentivos e bônus, como ocorreu em Uganda, onde os salários dos profissionais de saúde foram substancialmente aumentados (cerca de 60%) no intuito de reduzir a necessidade de suprir de forma ilegal as carências financeiras individuais, mas mesmo assim as cobranças ilegais não terminaram (Cabral, 2007:07). Os problemas não se limitam ao nível da remuneração é necessário melhorar os contratos e as condições de trabalho, aumentando desta forma a retenção dos profissionais nos seus postos de trabalho e reduzindo a corrupção no setor da saúde (Adenda, 2005:16).

Greves e paralisações de advertência foram realizadas nos anos de 2011, 2013 e 2016 como forma de pressionar o Governo Moçambicano a pagar salários atrasados dos profissionais de saúde, bem como de rever o valor do salário pagos a estes profissionais. Estes acontecimentos põem em síntese alguns dos principais desafios no SNS em Moçambique, não se sabe até que ponto impactam sobre a saúde das pessoas doentes e da população em geral (Weimer, 2012:424/425).

O PARPA – Plano de Ação para Redução da Pobreza foi o primeiro documento público, de ampla disseminação, que reconhece que para melhorar o acesso e a qualidade

dos cuidados de saúde primários é necessário expandir a rede sanitária e desenvolver os recursos humanos no setor de saúde (MISAU, 2004:19). O PESS – Plano Estratégico do Setor da Saúde, também reconhece que os recursos humanos no setor da saúde precisam ser aumentados (Adenda, 2005: 15). As questões principais são quantos e qual tipo de profissional de saúde seria necessário para satisfazer as necessidades do sistema de saúde em Moçambique.

Num esforço para responder as condições particulares do país no pós-independência o governo investiu na formação de “clínicos não médicos”, entre os quais os técnicos de cirurgia, que têm realizado a maior parte das cirurgias em Moçambique nos últimos 20 anos. Eles não têm graduação em medicina, mas são selecionados para treinamento em cirurgia entre os outros técnicos do SNS (farmacêuticos, enfermeiros), sendo responsáveis, principalmente nos Hospitais Distritais⁴² e Rurais, por cirurgias obstétricas e gerais de pequeno porte como as de reparação de fístulas obstétricas simples⁴³. Sem estes profissionais a oferta de cuidados obstétricos de emergência nas áreas rurais do país, não seria possível. Dentre estes destacamos o Dr. Silva Macoquera Chiconda, que teve a oportunidade de conhecer durante a campanha cirúrgica realizada no Hospital Central da Beira. O Técnico em Cirurgia atua no Hospital Rural de Buzi (Província de Sofala), tendo sido treinado pelo Dr. Aldo Marchesini em 2005, desde então já realizou mais de 300 cirurgias de reparação de fístulas obstétricas simples. E a Dr. Ana Maria Figua Zita, enfermeira e licenciada em cirurgia em 2010, uma das poucas cirurgiãs mulheres do país a operar a fístula obstétrica (WLSA, 2011), atualmente é Diretora de Saúde do distrito de Marromeu (Província de Sofala).

Apesar das mulheres constituírem 48.1% da força de trabalho do MISAU, elas estão concentradas particularmente na área da Saúde Materno-Infantil (MISAU, 2004: 45), fora deste setor as mulheres continuam sendo minoria nas escolas de formação. O problema, de acordo com o MISAU, está na base uma vez que as meninas têm dificuldade de chegar ao ensino secundário.

⁴² Um estudo realizado em 2002 apontou que estes profissionais foram responsáveis por 92% das 3.246 operações obstétricas (cesarianas, histerectomia, laparotomia) realizadas nos Hospitais Distritais de Moçambique naquele ano.

⁴³ Nos aprofundaremos sobre o grau de complexidade das fístulas obstétricas, objetos desta pesquisa, no próximo capítulo.

3.5.3 Financiamento da saúde

A lei internacional dos direitos humanos reconhece a necessidade de recursos financeiros para o cumprimento de muitos aspectos, principalmente no que tange o direito à saúde. Face a gratuidade, as atividades de saúde são financiadas pelo Estado, com recursos provenientes da arrecadação direta de impostos ou de ajuda internacional. Em Moçambique as quatro maiores fontes de financiamento do Sistema Nacional de Saúde - SNS são o Tesouro, os financiadores bi e multilaterais, os empregadores e as famílias dos pacientes (Adenda, 2005:17).

Na definição da Reforma do Financiamento do sector saúde, o PESS 2014-2019 assume que, nos próximos três anos, o SNS de Moçambique continuará a ser financiado fundamentalmente pela composição de recursos do Orçamento do Estado e contribuições dos parceiros externos, recorrendo a várias modalidades de financiamento, enquanto se desenvolve a Estratégia de Financiamento do Sector de Saúde. (MISAU, 2013:104).

Mas é do Estado a responsabilidade primária de disponibilizar os recursos para realização deste direito, a percentagem anual do Orçamento Geral do Estado atribuída ao setor de saúde tem aumentado nos últimos anos, tanto em termos reais, como na proporção total das despesas do governo, se situando em torno dos 7,1% (1998), 9% (1999), 10,01% (2000), chegando a 13% do total de gastos públicos no ano de 2007 (Cabral, 2007:12). Essa tendência de aumento do crescimento do orçamento da saúde manteve-se até 2012 quando houve um declínio das despesas de saúde do governo atingindo o percentual de 8,8%. Para Bernhard Weimer (2012:432) a principal razão é o financiamento maciço do setor de saúde pelos parceiros internacionais⁴⁴, sobretudo pelo governo dos EUA. Os doadores contribuem significativamente para o setor de saúde, numa percentagem estimada em 50 a 60% das despesas globais (Adenda, 2005: 18), sendo muito mais evidente na área de fármacos, onde cerca de 80% dos medicamentos consumidos pelo Sistema Nacional de Saúde em Moçambique provem de financiamento internacional (Cabral, 2007:12).

Apesar do dramático aumento do financiamento externo ao setor, o quadro normativo, regulamentar e político não foi ajustado às mudanças, sendo necessário um ajustamento das políticas de saúde, da prestação de serviços e do financiamento (Weimer,

⁴⁴ No ano de 2012, o financiamento externo contribuiu para 64% do orçamento do setor da saúde, enquanto o Orçamento do Estado e outras fontes contribuíram com 36% (MISAU, 2013: 118).

2012:429). Para o Ministério da Saúde a dependência crescente das fontes de financiamento externas possui um elevado grau de incerteza devido à crise econômica mundial (MISAU, 2013:119). Qualquer redução nesta ajuda põe em risco os objetivos para saúde, associadas as Metas do Desenvolvimento do Milênio e os níveis essenciais do direito à saúde. Exemplo, se um doador atrasa um pagamento o governo local, a nível provincial, não tem como arcar com estas despesas o que põe em causa o direito à saúde ou a vida das pessoas (Adenda, 2005: 18). Para evitar este tipo de situação parceiros internacionais de cooperação bi e multilaterais assinaram um código de conduta e um memorando de entendimento sobre a criação de um Fundo Comum de Apoio ao Setor de Saúde, o que pode ajudar o Ministério da Saúde a controlar melhor os recursos dos doadores internacionais adequando as prioridades nacionais.

Outro fator de relevância é a corrupção em Moçambique, principalmente no que tange o setor de saúde, por exemplo, quando os recursos destinados aos cuidados de saúde são desviados para o bolso de terceiros ou quando a cobrança de propinas define as prioridades (Adenda, 2005: 18) prejudicam aqueles que vivem na pobreza e que não tem acesso aos serviços de saúde. Podemos citar como exemplo auditoria externa realizada pela empresa KPMG em 2009, mas só concluída em 2011, nas contas do PROSAÚDE e do Fundo Global, que mostraram uma substância diferença entre os valores recebidos e os pagamentos efetuados (Weimer, 2012:424). O Governo de Moçambique, através do PARPA assumiu o compromisso de prevenir a generalização da corrupção no país. Este documento além de estabelecer as prioridades políticas do governo, fornece bases para o apoio das instituições internacionais (Ibdem:20). Paul Hunt Adenda destaca o papel importante que as instituições financeiras internacionais têm desempenhado em Moçambique desde os meados de 1980, com o ajustamento de programas, o apoio ao desenvolvimento e a assistência técnica (2005: 20), mas apesar do enfoque significativo das Metas do Desenvolvimento do Milênio sobre a saúde, este setor não parece constituir prioridade para a assistência do Banco Mundial em Moçambique, que investe 13% na saúde e 38% para a área dos transportes.

Verificamos ao longo deste tópico que o financiamento para o SNS tem melhorado, ao longo dos anos, mas estes números (US\$ 7,50) ainda se encontram muito abaixo do mínimo das recomendações internacionais para as despesas na saúde que é de US\$34 *per*

capita. Os valores disponibilizados para a saúde não são adequados para garantir os níveis mínimos essenciais do direito à saúde, bem como os recursos disponibilizados pela comunidade internacional deveriam ser investidos nas áreas prioritárias principalmente na Saúde Materno-Infantil. Veremos mais à frente que as altas taxas de mortalidade materna estão correlacionadas com a alta prevalência dos casos de fístula obstétrica no país.

3.6 PANORAMA DA ASSISTÊNCIA MATERNA EM MOÇAMBIQUE

Quando pensamos no perfil epidemiológico de Moçambique associamos diretamente a doenças infecciosas transmissíveis e parasitas: malária, tuberculose e HIV/AIDS. Mas não detemos nosso olhar para as taxas de mortalidade e morbidade materna, que estão entre as mais elevadas da África Subsaariana. Neste tópico, debruçamo-nos sobre algumas informações a respeito da assistência à saúde materna da população moçambicana com intuito de examinar a sua evolução e buscar articular as modificações observadas com a criação do Sistema Nacional de Saúde. Analisaremos indicadores referente a mortalidade materna e procuraremos articular com as questões que envolvem dos direitos sexuais e reprodutivos, aborto, planejamento familiar e o uso de métodos contraceptivos. Por último, a situação da infecção conjunta HIV/Malária é apresentada como um indicador ilustrativo da intervenção articulada entre vários programas e atividades direcionados a saúde da mulher em Moçambique.

Fotografia 16 – Pintura na fachada do Hospital Central de Maputo.



Para tal iniciamos uma busca de artigos e teses que tratassem da temática, a maioria absoluta direciona seu olhar para o período pós-independência. Um dos poucos a escrever sobre o período do colonialismo foi o médico português Antônio Rocha no seu *“Estudo para Assistência Materna em Moçambique”* publicado em 1943. Ele havia sido designado para realizar um estudo sobre a lepra em Moçambique na década de 1940, mas após percorrer o país se deparou com uma questão preocupante a falta de assistência as grávidas. Segundo o autor (Rocha, 1943:29) no período compreendido entre 1899, quando foi realizado o primeiro parto de uma indígena em Hospital em Moçambique até 1925 apenas 156 partos foram realizados em maternidades do país, destes 97 foram partos normais e 59 foram complicações na gravidez ou no parto. Sobre as maternidades no período colonial, Rocha escreveu:

“Surpreendeu-nos o pomposo epíteto de maternidade dada a uma palhota redonda construída de alvenaria, coberta de caniço e onde, como mobiliário, apenas havia uma cama, duas mesas, um lavatório e duas cadeiras. Inquiri: E as grávidas? Vivem em palhotas ao fundo do hospital, veem aqui ter os seus filhos e depois voltam para a palhota onde estão alguns dias e saem. Enquanto cá estão são alimentadas pela família.”

Em 1940, foi criada a maternidade indígena de Lourenço Marques, naquele ano foram registrados 639 partos. Apesar do aumento significativo do número de partos realizados naquela unidade sanitária a maioria das mulheres indígenas continuavam a parir em casa. Ainda de acordo com Ribeiro da Rocha nas colônias portuguesas em África apenas 29% dos partos eram realizados em hospitais. As possíveis causas da baixa procura era o fato do parto nos hospitais serem realizados por homens ou enfermeiras brancas. Outro dado preocupante era o número distócias, eclampsia, partos prematuros e as infecções puerperais que levam a morte da mãe. Para diminuir o número de mortes maternas o autor sugere que a gestantes seja assistida no domicílio e depois encaminhadas à maternidade mais próxima, a forma encontrada por ele foi criar no Hospital Central o primeiro curso de parteiras indígenas, curso que depois foi oferecido no Hospital de Quelimane (Rocha, 1943:02). Estas profissionais, além de serem mulheres negras, também falavam a mesma língua que as parturientes:

“É preciso que haja quem junto da indígena faça uma propaganda activa, falando na sua língua, que lhe dê conselhos e traga às maternidades e às consultas pré-natais essas mulheres, que se entregam à toda custa de credices e feitiços, atribuindo os seus males ao ‘chicuembo’⁴⁵, e deixando-se morrer sem mais recursos.” (Ibdem:26).

O médico Ribeiro da Rocha acreditava que desta forma as mulheres indígenas procurariam as maternidades, pois saberiam que ali seriam assistidas por outra ‘preta’, mas ao mesmo tempo admitia que este pensamento era uma utopia. Passados mais de 70 anos o país ainda não consegue prestar uma assistência adequada às parturientes. Cerca de 55% dos partos (MISAU, Relatório DSC 2004) ainda são realizados em casa sem assistência de um profissional de saúde⁴⁶. A grande questão é que em Moçambique o parto ainda é cercado de um conjunto de mistificações, que por vezes o tornam inacessível a assistência médica, sobretudo nas regiões rurais e nas províncias do norte do país, conforme poderemos atestar no próximo capítulo quando trataremos das causas da Fístula Obstétrica.

3.6.1 Políticas de Assistência à saúde-materna

A saúde materna refere-se ao bem-estar físico de uma mulher que esteja grávida e inclui cuidados de pré-natal, cuidados durante o parto e serviços pós-parto para a mãe e o bebê (Nhatave, 2006: 08). Pretendemos neste tópico, mostrar um pouco do quadro evolutivo da trajetória dos programas de Assistência Materno-Infantil adotados pela política pública governamental para o setor de saúde por meio do SNS, que foram se adequando ao longo das últimas quatro décadas de acordo com a situação socioeconômico e político do país, desde sua independência em 1975. Do ponto de vista da vida particular das mulheres, as políticas de desenvolvimento implementadas pela FRELIMO não fizeram muita diferença, segundo Signe Arnfred (2015:183) permanece até hoje a “regularidade constante de uma perda de status por parte das mulheres”.

Esta narrativa tem como marco inicial a década de 1970, quando foi cunhado o conceito de saúde materno-infantil, o qual englobava também os cuidados pré-natais (Reitmaier, 2002:23). Nesta mesma época a Organização Mundial de Saúde passou a apoiar abordagens centradas na atuação das parteiras tradicionais e das enfermeiras que

⁴⁵Xicuembo, palavra da língua Shangana que pode ter vários significados entre eles: espíritos dos antepassados, força sobrenatural, poder de feiticeiro ou bruxaria.

⁴⁶ Realidade bem distinta do Brasil onde 96,84 dos partos são realizados em unidades hospitalares e assistidos por um profissional de saúde (Cecatti, 2002:115).

prestavam assistência às mulheres no ciclo gravídico, parto, puerpério e na assistência ao recém-nascido até o período neonatal (Lourenço e Tyrrel, 2009:623), anos depois em 1975, acrescentou-se o planejamento familiar (Reitmaier, 2002:23).

Conforme visto anteriormente, nos primeiros anos após a independência as mulheres e crianças foram definidas como grupos vulneráveis e alvos das ações dos serviços de saúde. Estes grupos representavam cerca de 40% da população moçambicana, estimada naquela época em 16 milhões de habitantes. Neste contexto destacamos a criação em 1977 do Programa de Proteção Materno-infantil – PPMI que tinha como principal objetivo reduzir a mortalidade materno infantil, que nesta época estava estimada em 1600/100mil nascidos vivos. De acordo com Lourenço e Tyrrel (2009:619/620) o programa se concentrava na assistência à criança no período neonatal e à saúde da mulher no ciclo gravídico, parto e puerpério. Em 1978 após assinar a declaração da Conferência de Alma Ata, que preconiza a Saúde para todos como um Direito Fundamental para o desenvolvimento social e econômico, Moçambique passou a promover assistência ao recém-nascido, atividades de saneamento e controle de higiene ambiental (Nhatave, 2006:46). Todos estes esforços tinham como objetivo reduzir a morbidade e a mortalidade materno-infantil decorrentes de doenças preveníveis, incluindo aí problemas associados a gravidez e ao parto. Mas essa política de assistência adotada pelo SNS carecia de recursos humanos para dar uma resposta satisfatória a curto prazo, a estratégia era aumentar a assistência pré-natal e o número de partos institucionais (Lourenço, 2009:47).

Nos anos 1980, foi caracterizado pelos primeiros passos que marcam a evolução do Programa de Assistência à Saúde Materno-Infantil (Lourenço e Tyrrel 2009:620), com o desafio governamental de melhorar as condições de saúde da mulher e da criança através da ampliação da prestação dos cuidados de saúde materno-infantil, seguindo as orientações da OMS passou a incluir consultas pós-parto e o planejamento familiar. Mas apesar de todos os esforços a taxa de mortalidade materna continuava elevada correspondendo 600/100mil nascidos vivos, por causas relacionadas a hemorragias pós-parto, ruptura uterina, eclampsia, complicações por aborto, anemia grave e doenças inflamatórias pélvicas, geralmente por consequências de infecções sexualmente transmissíveis (Ibdem:621). Este período também corresponde ao aparecimento de programas globais da UNICEF voltados ao aleitamento

materno, acompanhamento do crescimento infantil, reidratação oral e imunização (Reitmaier, 2002:23/24).

Conforme Nhatave (2006:46) os avanços alcançados na expansão da cobertura dos serviços de saúde reprodutiva no pós-independência, registram em 1983 uma redução significativa, devido a intensificação do conflito armado que desestabilizava o país, com a destruição da infraestrutura sanitária e dificultando o acesso dos profissionais de saúde as zonas mais recôncavos do país. Neste contexto a enfermagem assume um papel importante na garantia e sustentação da implementação das ações preconizadas pelo PPMI (Lourenço e Tyrrel, 2009:623), sendo responsáveis pelas consultas de puericultura e pela formação das parteiras elementares e tradicionais.

Em 1984 o PPMI passou a se chamar Programa de Saúde Materno-Infantil, tendo como finalidade melhorar as condições de saúde das mulheres e crianças. Segundo Lourenço (2009: 54) os objetivos definidos pelo programa eram:

- a) Diminuir a mortalidade materno-infantil e perinatal;
- b) Proteger à saúde da mãe;
- c) Melhorar a saúde da criança;
- d) Promover o espaçamento mínimo de dois anos entre as gestações;

Nos anos 1990, após a Conferência Nacional sobre Maternidade sem risco, Moçambique redefiniu os componentes do Programa de Saúde Materno Infantil passando a incorporar também educação em saúde e saúde preventiva (Nhatave, 2006:46):

- a) Informação, educação, comunicação e aconselhamento sobre a sexualidade humana, saúde reprodutiva, maternidade e paternidade responsável;
- b) Prestação de serviços clínicos de Planejamento Familiar;
- c) Atenção pré-natal,
- d) Atenção ao parto e cuidados pós-parto, incluindo a prevenção e tratamento da infertilidade, prevenção do aborto e tratamento das suas complicações, prevenção e tratamento das infecções do trato reprodutor incluindo as infecções de transmissão sexual e diagnóstico precoce do câncer do colo uterino e da mama e de outros cânceres do sistema reprodutor.

Em 1994 aconteceu a Conferência do Cairo, nela cento e oitenta países, entre eles Moçambique, adotaram o Programa de Ação da Conferência do Cairo para 20 anos (Bergstrom, 2002:18). Na sequência das recomendações da Conferência, Moçambique procedeu a redefinição dos componentes de saúde reprodutiva, passando a incluir a atenção aos jovens e adolescentes através do programa de saúde escolar (Nhatave, 2006:46). Motivando desta forma a criação em 1995 de um Programa Nacional Integrado de Saúde Materno-Infantil (SMI), Planejamento Familiar (PF) e o Programa Alargado de Vacinação (PAV).

Desde a década de 1970, doadores internacionais e fundações apoiavam instituições de pesquisa em parceria com organizações governamentais e não governamentais em SMI e PF na América Latina, Ásia e África (Barber-madden, 2002: 51). Ainda de acordo com Barber-madden após a Conferência do Cairo as despesas anuais do FNUAP para estes projetos passaram de 30,25 milhões de dólares (1994) para 268,3 milhões de dólares (1998), 18% desta verba foi destinada a países da África Subsaariana entre eles Moçambique. Mas era necessário avaliar as necessidades para maternidade segura, pois apesar de todos os esforços ao longo das últimas duas décadas a taxa de mortalidade materna em Moçambique ainda era de 1500/100mil nascidos vivos em 1997 (Ferrinho e Craveiro, 2002:101).

Nos anos 2000 foi adotada a Declaração do Milênio das Nações Unidas, assinada por 189 países membros, entre eles Moçambique. Que adotou programas específicos com objetivo de promover e preservar a saúde das mulheres e crianças. Neste contexto a redução da mortalidade materna constituem prioridade chave das ações do Ministério da Saúde (Nhatave, 2006:47). Documento semelhante já havia sido assinado na Conferência do Cairo (1994), que tinha como um dos objetivos garantir que ao final de vinte anos 80% dos partos fossem assistidos por uma Enfermeira Obstétrica ou uma Parteira qualificada, mas em países populosos esta cifra é inferior a 20% (Bergstrom, 2002:16). Em Moçambique existem apenas 01 (uma) enfermeira de Saúde Materno-Infantil para cada 2.940 mulheres em idade reprodutiva (Nhatave, 2006: 51).

De acordo com o Relatório Nacional do Desenvolvimento Humano as políticas que visam a promoção da saúde da mulher em Moçambique ainda não produziram os efeitos desejados, a taxa de mortalidade materna ainda está entre as maiores do mundo numa proporção de 1.083/100mil nascidos vivos. O Governo de Moçambique tenta assegurar que as mulheres

tenham acesso aos serviços apropriados durante a gestação, mas grande parte delas não tem voz na tomada de decisões sobre sua saúde sexual e reprodutiva (Adenda, 2005: 09). De acordo com a UNICEF em países como Mali, Nigéria e Burkina Faso, mais de 70% das mulheres dizem que os seus maridos é que tomam decisões por elas em relação a saúde sexual e reprodutiva.

Em consonância com os objetivos do Desenvolvimento do Milênio, o Presidente da República Armando Guebuza, lançou em 2008 a Iniciativa Presidencial para a Saúde da Mulher e da Criança, buscando alianças em diversos grupos da sociedade civil (profissionais de saúde, mulheres, líderes comunitários e líderes religiosos) para que estes disseminem a informação nas suas comunidades.

Para Nhatave (2006: 25) mesmo que as mulheres e suas famílias estejam em condições de reconhecer os seus problemas de saúde, tomar a decisão de procurar os cuidados de saúde, e terem a capacidade financeira necessária, ainda existem muitos obstáculos para usufruírem de cuidados de saúde de qualidade. Estudos realizados recentemente em Moçambique revelam as instituições de saúde não são capazes de fornecer os cuidados adequados com as principais complicações obstétricas e nas localidades de acesso difícil os cuidados de saúde são fornecidos pelos Agentes Comunitários e parteiras tradicionais (Ibidem: 51).

Fotografia 17 – Maternidade de Ngapa (Província de Cabo Delgado) não tem luz elétrica e nem água corrente.



Fonte: Imagem extraída do vídeo “Quem vai querer dar à luz aqui – Postos de Saúde e mortes maternas em Cabo Delgado” produzido pela ONG WLSA.

A mortalidade materna é um bom indicador de saúde da população feminina, seus níveis servem, também, como estimador das iniquidades, na medida em que revelam grandes disparidades entre diferentes regiões. Segundo a UNICEF a diferença entre o risco de uma mulher que vive num país pobre e uma que vive num país industrializado morrer durante a gestação ou parto é 300 vezes maior e representa a maior desigualdade no mundo frente a morte (Jornal @ Verdade – 10/02/2009). Aproximadamente 80% destas mortes poderiam ser evitadas se as mulheres tivessem acesso a cuidados de saúde primários ou obstétricos essenciais durante a gestação conforme veremos no próximo tópico.

3.6.2 Mortalidade Materna

A Organização Mundial de Saúde – OMS, por meio da Classificação Internacional de Doenças – CID, define a morte materna como sendo a *“a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”* (ICD-10, 2000). Elas podem ser classificadas em Mortes Obstétricas Diretas ou Indiretas, resultantes dos fatores abaixo descritos:

Mortes Obstétricas Diretas – Resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou devido a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer uma das causas acima mencionadas.

Mortes Obstétricas Indiretas – Resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Segundo levantamento feito por Fauveau e Donnay (2006), em todo mundo, dois terços das mortes maternas se devem a cinco causas diretas, que poderiam ser prevenidas e tratadas por profissionais de saúde: Hemorragia (25%), Infecções ou sepsis puerperal (15%), Complicações de aborto inseguro (13%), Eclampsia decorrente de hipertensão (12%) e

Trabalho de parto arrastado (8%). De acordo com Nhatave (2006) em Moçambique, as mulheres morrem devido à várias causas diretas, sendo as quatro principais: a ruptura uterina (17%), a hemorragia pós-parto (14%), eclampsia (13%) e a sepsispuerperal (11%). Também destacamos causas indiretas da mortalidade materna, que são aquelas que resultam de doenças previamente existentes ou que se desenvolveram durante a gravidez, mas que não tenham sido devidas a causas obstétricas, mas que foram agravadas pelo estado fisiológico da gravidez (Cau e Arnaldo, 2013:03) como malária, anemia e HIV/AIDS (12%).

A OMS e a UNICEF comentam que a mortalidade materna representa um indicador do status da mulher e do seu acesso à assistência à saúde. Sendo, portanto, ter informações sobre níveis e tendências da mortalidade materna, não somente pelo que ela estima sobre os riscos na gravidez e no parto, mas também pelo que significa sobre a saúde da mulher em geral (OMS/UNICEF, 1996:02). Para além das causas diretas e indiretas descritas os fatores socioeconômicos têm um papel importante na saúde materna e conseqüentemente na mortalidade materna (Nhatave, 2006:24).

Anualmente 20 milhões de mulheres apresentem complicações agudas da gestação, 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 vivos⁴⁷.

Quadro 04 – Número de Mortes Maternas por 100 mil nascidos vivos, país e anos

Rank	País	Nº de Mulheres mortas	Ano
01	Sudão do Sul	2.054	2006
02	Chade	1.100	2010
03	Somália	1.000	2010
04	República da África Central	890	2010
05	Serra Leoa	890	2010
06	Burundi	800	2010
07	Guiné Bissau	790	2010
08	Libéria	770	2010

⁴⁷ Esta taxa é frequentemente utilizada como indicador de saúde de um país e tem sem valores calculados com base no número de mortes por 100.000 nascidos vivos por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, parto e pós-parto (ICD-10, 2000).

09	Sudão	730	2010
10	Camarões	690	2010
11	Nigéria	630	2010
12	Lesotho	620	2010
13	Guine	610	2010
14	Niger	590	2010
15	Zimbábue	570	2010
16	República do Congo	560	2010
17	República Democrática do Congo	540	2010
18	Mali	540	2010
19	Mauritânia	510	2010
20	Moçambique	490	2010

Fonte: CIA World Factbook (2015).

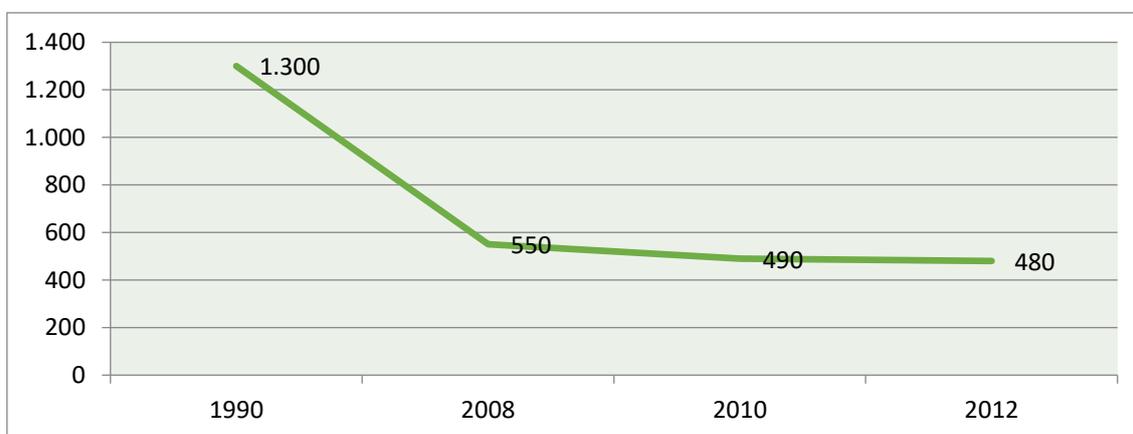
Podemos observar, com base nos dados apresentados, que dentre os vinte países que possuem os maiores índices de mortalidade materna, TODOS estão localizados no continente africano. Entre 1990 e 2010 a mortalidade materna em África reduziu em 41%, mas apesar deste progresso a mortalidade no continente continua ainda muito elevada, sobretudo na África Subsaariana⁴⁸. A UNICEF estima que no mundo em média 1.500 mulheres morrem a cada dia por causa de complicações na gravidez/parto, ou seja, meio milhão de mulheres por ano, 95% destas mortes ocorrem no continente africano, 4% na América Latina e menos de 1% nas regiões mais desenvolvidas do mundo (Nhatave, 2006:20).

Em Moçambique, a mortalidade materna constitui um grave problema de saúde, embora tenha reduzido as suas taxas de mortalidade em aproximadamente 62% desde a década de 1990, ainda tem uma das mais altas taxas de mortalidade materna em todo o mundo (Pathfinder 2016). Conforme podemos observar no gráfico nº 01, no ano de 2012 a cada 100 mil nascimentos 480 mulheres morreram em Moçambique, este valor é quase o dobro da razão da mortalidade materna mundial que é de 210 mortes/100 mil nascimentos. Se levarmos em conta as taxas da mortalidade por regiões do país a situação é muito mais preocupante, a Província de Cabo Delgado, localizada no extremo norte do país apresentou

⁴⁸ WHO (2012). Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/>

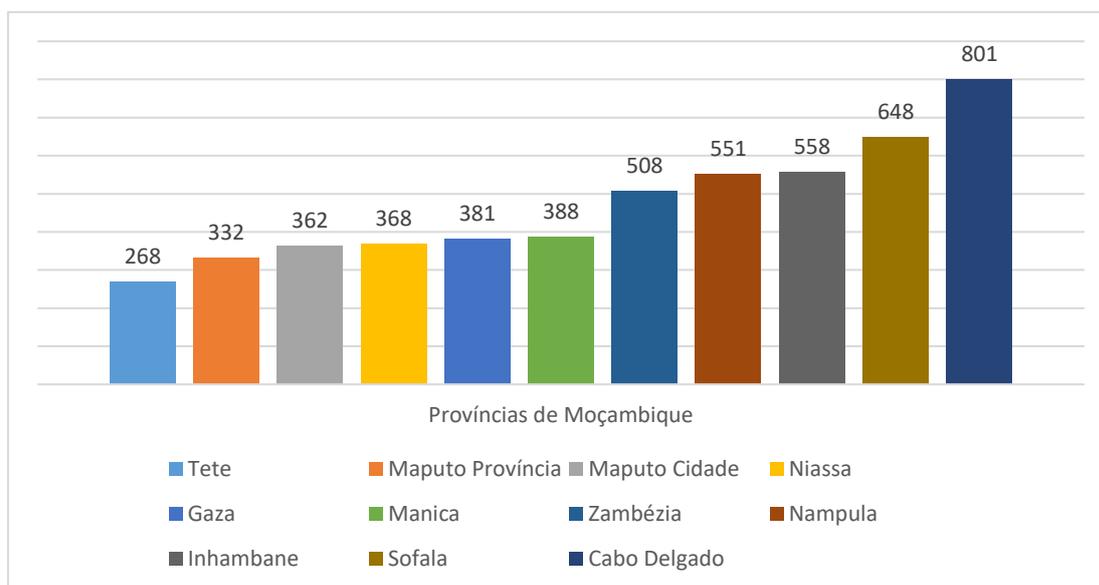
em 2007 um rácio de 801 mortes maternas a cada 100 mil nascimentos, conforme podemos observar no gráfico nº 02.

Gráfico 01 – Taxa de Mortalidade Materna em Moçambique



Fonte: CIA World Factbook (2015).

Gráfico 02 – Mortalidade Materna em Moçambique (por província – ano 2007)



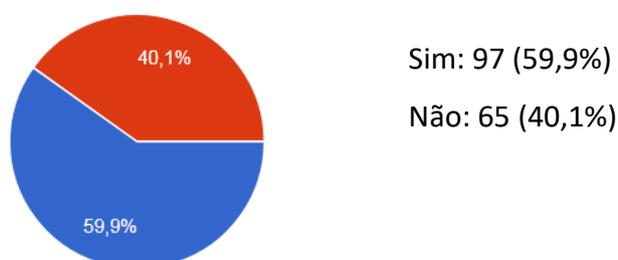
Fonte: Adaptado de Cau e Arnaldo (2013:03).

Ainda temos de levar em conta que a taxa de mortalidade materna pode ser considerada como um dos indicadores menos exatos, fato que tem sido verificado por vários estudos (Laurenti et al., 1990; Massachs, 1995; Albuquerque et al., 1997). A principal causa é a subnotificação das mortes maternas devido a declaração inexata da causa dos atestados de óbito, ao fato de algumas destas mulheres terem vivido e morrido sem ter sido

registradas. De acordo com as estimativas do Governo são cerca de sete milhões de moçambicanos, parte dos quais, atingem a maioria sem sequer um registo de nascimento, vivendo na situação de invisíveis perante as estatísticas do estado.

A redução da taxa de mortalidade materna tem relação direta com a redução do índice da pobreza absoluta e com os problemas socioeconômicos que afetam os países em desenvolvimento dos quais Moçambique faz parte (Nhatave, 2006:20). Dados recentes do Ministério da Saúde⁴⁹ demonstram que a assistência pré-natal, com um médico, parteira ou enfermeira obstétrica melhorou entre os anos de 1997 (71%) e 2011 (91%). Mas enquanto na cidade de Maputo 90,8% dos partos contaram com um profissional de saúde, na província da Zambézia apenas 26,4% dos nascimentos tiveram assistência de um profissional, revelando assim uma grande variação entre as províncias (UNICEF, 2015:58). Estes percentuais estão muito aquém de satisfazer as necessidades especialmente nas áreas rurais do país onde o acesso à saúde ainda é muito restrito e a cobertura de atendimento obstétrico só abrange 34% da população. De acordo com a UNFPA (2003:40) a grande maioria das mulheres em Moçambique só procuram os cuidados pré-natais depois do sexto mês de gestação e muitas destas mulheres só tem acesso apenas a uma consulta de pré-natal (Cau e Arnaldo, 2013:04), enquanto a OMS recomenda que uma mulher tenha pelo menos quatro consultas durante o curso da gestação. Durante a pesquisa de campo, inqueri as entrevistadas⁵⁰ sobre as consultas de pré-natal durante a gestação em que desenvolveram a Fístula Obstétrica, 59,9% afirmaram ter realizado o pré-natal, mas destas apenas 6,8% foram a todas consultas.

Gráfico 03 – Fez acompanhamento de pré-natal durante a gestação?

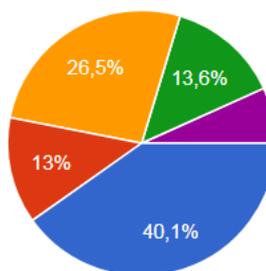


⁴⁹Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI) (2013). Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.

⁵⁰ Foram aplicados 162 questionários com pacientes de fístula obstétrica atendidas nos três hospitais centrais do país.

Gráfico04 – Foi a quantas consultas durante a gestação?

Nenhuma: 65 (40,1%)
 01 a 02 consultas:21 (13%)
 03 a 04 consultas:43 (26,5%)
 05 a 06 consultas:22 (13,6%)
 Mais de 06 consultas: 11 (6,8%)



De acordo com o médico Hélder Miranda – Hospital Central da Beira: “A *todas as jovens grávidas, de estatura baixa e bacia estreita, deve-lhe ser reconhecida a gravidez de risco para serem submetidas a uma cesariana⁵¹*”. Contudo, por questões de tradição e pobreza, a família não leva a mulher para o centro de saúde. No centro, os operadores não consideram com o devido cuidado a gravidez de risco. No hospital, demoram em socorrer os trabalhos de parto complicados (WLSA, 2011).

A UNFPA⁵²e a OMS⁵³colocam que em países em vias de desenvolvimento, como é o caso de Moçambique, os altos índices de mortalidade materna são atribuídos aos três “As”, nomeadamente, o atraso para decidir-se por procurar ajuda, atraso para chegar ao ponto de ajuda a tempo e atraso para receber o tratamento adequado.

1. Atraso quanto a reconhecer problemas e quanto a decidir procurar assistência médica:

- Complicações não reconhecidas como graves;
- Membros da família que fazem atrasar a procura de assistência médica;
- Crenças espirituais ou culturais podem aumentar as demoras ou resultar na necessidade de outros tratamentos.

⁵¹A taxa de partos por cesariana em 2010, em Moçambique foi de 2,2% estando aquém da taxa mínima preconizada pela OMS que é de 5%.

⁵² UNFPA (2003). Maternal mortality update 2002: a focus on emergency obstetric care. New York: UNFPA. Disponível em: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mmupdate-2002_eng.pdf

⁵³ PEARSON, Luwei; LARSSON, Margareta; FAUVEAU, Vincent; STANDLEY, Judith. Capítulo 3 - Assistência durante o parto. In: Oportunidades para os recém-nascidos em África. Guia da Organização Mundial da Saúde. 2006. Disponível em:http://www.who.int/pmnch/media/publications/opportunities_port_chap3_3.pdf

2. Atraso nos transportes para chegar aos locais onde a assistência médica é prestada:

- Falta de transportes e/ou de verbas;
- Distância e duração da viagem para chegar aos serviços de saúde.

3. Atraso na aplicação dos cuidados médicos adequados nos serviços de saúde

- Falta de pessoal adequadamente formado e atitudes negativas dos profissionais de saúde;
- Falta de equipamento essencial, de medicamentos e de produtos e materiais.

Para Nhatave (2006:24) a decisão da mulher em procurar os cuidados de saúde é influenciada por diversos fatores, incluindo nível educacional, status socioeconômico e intervenção do marido/familiares. As crenças existentes nas comunidades associam o risco com a saúde e problemas de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto influenciam a atitude e comportamento de procura dos cuidados de saúde para mãe e o bebê. Outros fatores como a falta de transporte, falta de cuidados médicos e a inexistência de assistência especializada nas unidades sanitárias também são determinantes da mortalidade materna (Ibdem).

Escreveram na guia que tinha que ser transferida para aqui⁵⁴. Era mês de janeiro, estava a chover muito. Mas se fosse nem chuva, havia também o problema do carro. Não tinha transporte para vim aqui. A ambulância estava avariada. Tentaram, tentaram, tentaram de toda forma. Depois de quatro/cinco dias dei o parto. A enfermeira cortou com a tesoura para o bebê sair, já estava morto. R.A.G (34 anos – Sofala)

A começar do lançamento da iniciativa Maternidade Segura, em 1987, a comunidade internacional tem tentado resolver o problema da Mortalidade Materna. Desde então, a OMS tem privilegiado o reforço dos países que contribuam para reduzir a mortalidade materna, tendo se tornado um dos principais objetivos das Metas de Desenvolvimento do Milênio (Nhatave, 2006:28). Moçambique adotou, a partir da sua independência,

⁵⁴ A entrevista foi realizada no Hospital Central da Beira. Na altura do parto a paciente deveria ter sido transferida para o HCB, que fica a 130km de distância do distrito de Muanza, onde reside, mas a ambulância do Centro de Saúde estava quebrada.

medidas para reduzir a mortalidade materno-infantil, tendo como principais marcos evolutivos (Lourenço e Tyrrel, 2009:619):

- a) progressão dos níveis de formação do pessoal da Enfermagem em Saúde Materno-Infantil;
- b) abrangência das ações do Programa Nacional Integral de Saúde Materno-Infantil/Planejamento Familiar – Programa Alargado de Vacinações e Saúde Escolar e de Adolescente;
- c) sensibilidade governamental no incentivo e garantia de educação formal à jovem/mulher.

Para fazer face a situação foi lançado no ano de 2000 o Plano Estratégico para Redução da Mortalidade Materna em Moçambique, tendo como maior desafio oferecer cuidados obstétricos de emergência 24 por dia, aumentar a rede de unidades sanitárias que oferecem este tipo de cuidado permitindo desta forma o acesso de maior número de mulheres (Cau e Arnaldo, 2013:06). Também foram criadas as casas de mãe-espera para as mulheres grávidas, tendo como política levar as mulheres com gravidez de alto risco para mais próximo dos hospitais, desta forma ao final da gestação elas ficariam abrigadas nestas casas de espera até entrarem em trabalho de parto. Mas não houve aceitação por parte das mulheres, já que elas teriam de ficar afastadas das famílias, filhos, marido e da machamba por um longo período (UNFPA, 2003:42). Outras iniciativas foram o lançamento da Iniciativa Presidencial para a Saúde da Mulher e da Criança (2008), já mencionada anteriormente; Parceria Nacional para Promoção da Saúde Materna, Neonatal e Infantil (2010) e da Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção (2010-2015).

Uma vez que Moçambique atingiu a meta de um centro de saúde por 10.000 habitantes (o valor recomendado pela Organização Mundial da Saúde), existe a capacidade de prevenir a mortalidade materna e a fístula obstétrica com visitas pré-natais e cuidados obstétricos de base (WLSA, 2011). Contudo, apesar de algum progresso o SNS ainda não atingiu um nível que possibilita a redução significativa da mortalidade e morbidade⁵⁵ materna em Moçambique. Temos visto ao longo deste capítulo que ainda faltam profissionais de saúde qualificados para prestar atendimento, bem como unidades sanitárias

⁵⁵ Morbidade materna é uma variável que se refere ao conjunto de mulheres que adquirem doenças ou agravos a saúde ocasionados pelo parto.

capazes de realizar procedimentos cirúrgicos obstétricos de emergência principalmente no meio rural, de forma a diminuir a mortalidade materna e os casos de Fístula Obstétrica, decorrentes de trabalho de parto arrastado (Amalique, 2008:28). A realização do parto nas unidades sanitárias também é essencial para assegurar tratamento adequado a parturiente, bem como reconhecer e tratar as complicações decorrentes do parto, ou transferir esta mulher para um local com serviço mais avançado quando for necessário (Cau e Arnaldo, 2013:05).

A capacidade da mulher em exercer os direitos sexuais e reprodutivos depende do meio em que ela se encontra. Particularmente em Moçambique a sociedade tradicional e as crenças culturais reforçam a dependência e a ausência de poder das mulheres, principalmente das mais pobres e sem acesso à educação (Machungo, 2004). Conforme constatado no relatório publicado em 2012⁵⁶, que aponta Moçambique como um dos países com piores índices, tendo sido levado em consideração fatores educativos (escolaridade da mãe), de saúde (acesso a contraceptivos), econômicos e políticos (Vicente, 2013:65). A gravidez e parto entre as adolescentes estão associados a posteriores problemas de saúde, quer para a mãe, quer para a criança, no caso moçambicano cerca de 90% da mortalidade materna ocorre em adolescentes e 30% delas são múltiparas, estes fatores demonstram a necessidade de melhorar o acesso ao educação sexual, planejamento familiar e ao uso de métodos contraceptivos.

3.6.3 Direitos sexuais e reprodutivos

Os Direitos Sexuais e Reprodutivos só muito recentemente foram reconhecidos como Direitos Humanos e elementos fundamentais para igualdade de gênero (Joana, 2010:63). Com a demanda protagonizada a partir da década de 1960 pelo Movimento Feminista o livre exercício da sexualidade tornou-se uma importante reivindicação, trata-se de garantir princípios nas áreas da sexualidade e da reprodução, que até há bem poucos anos se regiam por normas estritas e uma moral estruturada a partir da desigualdade entre mulheres e homens (WLSA, 2011). Para tratarmos dos desafios no que concerne o campo dos DSR em Moçambique é necessário apresentarmos antes algumas considerações sobre esses conceitos.

⁵⁶ “*State of e World’s Mothers 2012*” elaborado e publicado pela ONG norte-americana *Save the Children*.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, constitui um marco na evolução dos direitos das mulheres, especialmente no que tange a capacidade de tomar decisões sobre sua própria vida (Joana et al, 2010:63). Segundo Correa Et al. (2006:36) foi na Conferência que foi legitimado o termo “Saúde Reprodutiva”. Este conceito aponta para existência de um conjunto mínimo de condições que garantam a mulher que a reprodução, ou a escolha por não reproduzir, não se constituam em risco de vida ou danos a sua saúde. Ele também procura romper com a ideia de que a reprodução é um dever feminino, mas sim um direito caso esta mulher assim deseje.

A adoção desta definição, abriu espaço para que este e outros termos fossem mais intensamente utilizados, especialmente pelas organizações da sociedade civil e por alguns atores institucionais (Correa Et Al., 2006:36), entre eles os Direitos Sexuais e Reprodutivos – DSR, que fazem parte de um conjunto mais amplo dos direitos humanos. Diversos autores colocam como fundamental distinguir os conceitos de “Direitos Sexuais” e “Direitos Reprodutivos”, uma vez que a atividade sexual não implica, necessariamente, em reprodução, e com o advento das novas tecnologias a reprodução pode ocorrer sem intercurso sexual (Ibdem:47).

Em Moçambique os Direitos Sexuais e Reprodutivos abrangem certos Direitos Humanos já reconhecidos pelas Leis Nacionais e em documentos internacionais sobre a temática, sendo baseados no reconhecimento do direito básico de todos casais e indivíduos de decidir sobre o número, espaçamento e o momento de ter filhos, de ter informações e os meios de assim o fazer, bem como o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também o direito de tomar decisões sobre reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (MISAU, 2012:09). Conforme dito anteriormente o Sistema Nacional de Saúde em Moçambique é organizado em quatro níveis de atenção, do primário ao quaternário, todos os níveis oferecem cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva, mas o enfoque principal está nas atividades de promoção da saúde a nível da comunidade. Os DSR, no contexto dos Cuidados Primários do Sistema Nacional de Saúde em Moçambique, incluem:

- Orientação, informação, educação, comunicação e serviços de Planejamento Familiar;

- Cuidados pré-natais, parto seguro e cuidados pós-natais – especialmente amamentação e cuidados para a criança e para a mulher;
- Prevenção e tratamento apropriado da infertilidade;
- Prevenção do aborto inseguro, incluindo prevenção do aborto e manejo das consequências do aborto;
- Tratamento das infecções do trato reprodutivo das doenças sexualmente transmissíveis e outras condições de saúde reprodutiva;
- Informação, educação e orientação sobre sexualidade humana, saúde reprodutiva e paternidade responsável.

Muito embora 95% das unidades sanitárias existentes no país sejam de nível primário, o acesso aos serviços de saúde continua limitado, particularmente nas áreas rurais (Nhatave, 2006:07). O Governo Moçambicano tem empenhando-se em aumentar a cobertura dos cuidados de saúde reprodutiva, a taxa de nascimentos assistidos passou de 25% (1992) para 45,1% (2003).

No ano de 2003, Moçambique juntamente com mais 43 países assinou um documento ratificando a Carta Africana sobre os Direitos Humanos e da População, além de um protocolo adicional que tratava exclusivamente dos direitos das mulheres (Nhatave, 2006:11). O Protocolo afirma em seu Artigo nº 14 - Direitos relativos à Saúde e Reprodução, que todas as mulheres têm:

- O direito de controlar sua fertilidade;
- O direito de decidir se quer ter filhos, o número de filhos que quer ter e o espaçamento entre eles;
- O direito de escolher qualquer método contraceptivo;
- O direito à autoproteção e de estar protegida contra doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/SIDA;
- O direito de ser informada a respeito do seu estado de saúde e do estado de saúde de seu parceiro, particularmente se infectada(o) por doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/SIDA, de acordo com as normas e práticas internacionalmente reconhecidas;
- O direito de ter educação sobre planeamento familiar;

Vimos que o contexto dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e no âmbito dos Direitos Humanos reconhecem a mulher o direito de decidir sobre o número de filhos e espaçamento entre as gestações e que cabe ao Governo dar informação e educação, meios que a permitam exercer esses direitos (Nhatave, 2006:16). Para Bergstrom (2002:16) os serviços de saúde reprodutiva, os quais integram o planejamento familiar e a saúde sexual, deveriam proporcionar, no âmbito dos sistemas de cuidados primários as consultas de planejamento familiar, oferecendo uma diversidade de escolha de métodos contraceptivos, assistência ginecológica e obstétrica, incluindo assistência pré-natal e tratamento de infecções do aparelho reprodutor e DST's. No país as relações sexuais, os casamentos e a gravidez ainda são práticas iniciadas muito cedo, de acordo com levantamento do IDS (2003) até os 19 anos de idade 41% das mulheres já são mães ou estão grávidas. Mesmo com a disponibilidade de métodos anticoncepcionais gratuitos a adesão das mulheres é muito baixa, isso porque de acordo com Lourenço e Tyrrel (2009:621) grande parte destas continuam privadas da decisão autônoma da sua condição feminina, pois preservam a norma cultural na qual o marido é o sujeito que deve decidir por ela.

Apesar de ser previsto por Lei, a questão do DSR é particularmente difícil de abordar, pois, de acordo com Fernanda Machungo (2004) há uma grande carga emocional envolvendo diferentes conceitos de moralidade, princípios religiosos e preconceitos em relação à mulher enraizados na cultura moçambicana. Principalmente de alguns setores mais conservadores da sociedade que tendem a ignorar os DSR ou mesmo negá-los, embora estejam consagrados no sistema universal e nacional dos Direitos Humanos (WLSA, 2011).

De igual modo, as representações sociais, os ritos e os fenómenos religiosos patentes na nossa sociedade contribuem, sobremaneira, para impedir a igualdade de género, principalmente no campo da sexualidade, onde é visível a dominação do feminino pelo masculino, constrangimento esse que, em última análise, impede o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. (Joana et al, 2010:59).

É fácil afirmar que o empoderamento da mulher é condição para o amplo exercício dos DSR, mas na prática significa um longo e lento processo de mudança de atitudes e educação, além do progresso socioeconômico e políticos das mulheres ao longo de gerações (Machungo, 2004).

3.6.4 Planejamento Familiar e o uso de métodos contraceptivos

Para reduzir os níveis de mortalidade materna é fundamental o acesso ao planejamento familiar, mas respeitando e protegendo os direitos sexuais e reprodutivos. O direito de acesso a contracepção é um dos direitos garantidos pelo Protocolo relativo ao direito das mulheres em África, sendo estabelecido o direito das mulheres controlarem sua fertilidade, escolherem qual método contraceptivo utilizar e terem uma educação sobre planejamento familiar (Joana et Al, 2010:65).

Na África Subsaariana, por exemplo, a população está a aumentar, constituindo as mulheres em idade reprodutiva uma grande percentagem desta população, das quais um número cada vez maior quer usar contraceptivos. Estima-se que 10 milhões de mulheres recorram atualmente ao planejamento familiar, enquanto 29 milhões não vêm satisfeitos os seus desejos nesta matéria (Barber-madden, 2002: 54)

Nos países em desenvolvimento o uso de métodos contraceptivos subiu de 10% no início da década de 1960 para 59% na transição do milénio (Nhatave, 2006:33). Entretanto o uso de contraceptivos ainda é muito baixo em países do continente africano, em comparação aos outros continentes. A taxa contraceptiva em Moçambique é de 11,5%, sendo de acordo com Pedro et al. (2016:1315) a terceira taxa mais baixa da África Oriental, à frente apenas do Sudão do Sul, com 4% e da Eritreia, com 8%.

Em Moçambique os Serviços de Planejamento Familiar enquanto um programa nacional tivera início em 1978, após a independência de Portugal, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, através do Serviço Nacional de Saúde (IDS, 1997:09). Em 1980 o Programa de Planejamento Familiar se constituiu como um programa nacional tendo como objetivo proteger e melhorar a saúde materna e das crianças através da promoção do espaçamento de pelo menos dois anos entre as gestações (Nhatave, 2006:33). Pelo meio da distribuição gratuita de anticonceptivos, incluindo a esterilização cirúrgica, sendo o método de livre escolha do utilizador (IDS, 1997:10). Desde sua criação o Programa de Planejamento Familiar esteve vinculado ao Programa de Saúde Materno-Infantil do Serviço Nacional de Saúde, a grande questão sempre foi expandir os cuidados de saúde primários a todos os distritos do país. De acordo com o IDS (1997:51) um marco importante para sua implementação foi a introdução, ainda na década de 1980, do PF no currículo dos Médicos, Enfermeiras de Saúde Materno Infantil e Técnicos de Medicina. O Plano Estratégico para o

Setor de Saúde 2007-2012, prevê aumentar a percentagem de Centros de Saúde que oferecem os serviços de prevenção da transmissão vertical do HIV e de planeamento familiar, com oferecimento de até três métodos contraceptivos⁵⁷, de 70% em 2010 para 95% em 2015.

Os serviços de Planeamento Familiar são gratuitos e regem-se pelos seguintes princípios:

- Distribuição gratuita de métodos contraceptivos, incluindo a esterilização cirúrgica⁵⁸;
- Prestação de serviços de planeamento familiar integrados a outros serviços de saúde reprodutiva em particular de SMI e Saúde do Adolescente e Jovem. Ao nível dos cuidados primários de Saúde;
- Realização de atividades de Informação, Educação e Comunicação - IEC ao nível das US e das maternidades;
- Promoção do aleitamento materno como método preferencial para a amamentação do recém-nascido/criança e indireto para o espaçamento dos nascimentos;
- Envolvimento da comunidade com a participação das parteiras tradicionais e agentes polivalentes elementares;
- Desenvolvimento de parcerias com ONG's na concepção, produção e disseminação dos materiais de planeamento familiar.

Quando foi criado o programa tinha como objetivo alcançar a cobertura de 20% das mulheres em idade reprodutiva (IDS, 1997:09). Com o PESS os serviços de Planeamento Familiar passaram a ser oferecidos em todas as Unidades de Saúde do país, o que contribuiu segundo a UNFPA (2003:40) para o aumento do percentual de indivíduos caracterizados como “usuários do planeamento familiar” contraceptivos de 2,3% em 1996 para 7,2% em 2000, e aumento das taxas de cobertura pelo métodos contraceptivos modernos de 6% em 1997, para 17% em 2003, alcançando um percentual de 34% em 2015. Mas dados colhidos indicam que as taxas de cobertura pelos métodos contraceptivos apresentam disparidades entre os meios rurais e urbanos, indicando uma não uniformidade na capacidade da equipe

⁵⁷ Os métodos contraceptivos oferecidos pelo MISAU são as pílulas, preservativos (masculinos e femininos), injeções, DIU e cirurgia de laqueadura ou vasectomia.

⁵⁸ Em Moçambique a laqueadura somente é realizada em mulheres que tenham mais de 5 filhos ou que não querem mais filhos pois é um método definitivo (Osório e Cruz e Silva, 2008).

local em adaptar os serviços às necessidades e as condições de vida da população, escassez de recursos humanos e a concentração dos profissionais de saúde em Maputo e nas outras capitais do país. De acordo com o Inquérito Demográfico de Saúde uma forma de ampliar este acesso é a introdução do Planeamento Familiar na formação das parteiras e técnicos de saúde (IDS, 1997:10).

Para as pesquisadoras Conceição Osório e Teresa Cruz Silva (2008) existe muita ignorância sobre a utilização dos métodos contraceptivos. Cerca da 61,3% das mulheres entrevistadas pelo Inquérito Demográfico de Saúde (IDS, 1997) declararam conhecer pelo menos um método anticonceptivo moderno, mas ainda existem mulheres que usam os métodos tradicionais como contraceptivo. Em seu trabalho sobre práticas vaginais Bagnol e Mariano (2011) descrevem o processo de inserção de certas substâncias nos genitais femininos, bem como a ingestão de certas ervas para evitar a gravidez ou induzir o aborto. O MISAU na Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção 2010-2015, define os métodos de sabedoria popular concernentes a contraceção nos seguintes termos:

“O termo ‘tradicional’ refere-se a práticas que permitem controlar a fertilidade através da aplicação de métodos comportamentais associados à ovulação, tais como a abstinência, o sexo não penetrativo, coito interrompido, amenorreia da lactação (prolongamento da amamentação) e o método do ritmo (calendário).”

A UNICEF (2015:21) coloca que existem quatro tipos de mulheres, as que usam o método moderno de contraceção; as que usam métodos tradicionais; as que não usam, mas pretendem usar mais tarde e finalmente as que não tem intenção de usar contraceptivos. Segundo o Inquérito Demográfico Social (IDS, 2003) o uso de métodos contraceptivos ainda é muito baixo em Moçambique, apenas 18,2% das mulheres (15 aos 49 anos de idade) usam algum método contraceptivo moderno, os mais utilizados estão a pílula (5,4%), as injeções (4,2%) e os preservativos (3,7%). Entre as mulheres casadas ou em união estável esta percentagem é ainda menor, apenas 11% fazem uso de algum método moderno de contraceção (Cau e Arnaldo, 2013). Os casais geralmente recorrem ao planeamento familiar quando já tem o número de filhos que desejam (IDS, 2003:74). De acordo com Nhatave (2006:35) as principais barreiras para utilização dos serviços de planeamento familiar são:

- Falta de informação da existência destes serviços;
- Falta de conhecimento sobre mecanismos de ação dos anticoncepcionais;
- Receio de provocarem esterilidade feminina;
- Falta de poder de decisão sobre o uso de contraceptivos e falta do consentimento dos maridos;
- Relutância em recorrer aos serviços de saúde onde se sentem ameaçadas e humilhadas pelos funcionários, ou forçadas a aceitar tratamentos que vão contra os seus valores e costumes;

Conforme preconizado pelo MISAU o Planejamento Familiar é um direito da pessoa e do casal, mas de acordo com Pedro Et Al. (2016:1317) a estratégia de planejamento familiar não está preparada para prover este tipo de serviço aos homens. Eles, como parte do casal, devem também ter a responsabilidade sobre o planejamento familiar, ouvindo os profissionais de saúde e respeitando a decisão da esposa (MISAU: sem data).

Embora o diálogo entre marido e mulher sobre o uso de métodos contraceptivos não seja uma condição prévia necessária para a adoção de certos métodos, as atitudes em relação ao planejamento familiar são essenciais para a sua utilização. Com efeito, a expansão do programa será mais fácil se a atitude dos casais for favorável ao planejamento familiar. Em contrapartida, quando, por motivos culturais ou outros, há uma rejeição generalizada do programa, esta constitui uma barreira importante e sensível para a adoção de métodos contraceptivos. (IDS, 2003:84).

Para Pedro et al. (2016) uma das razões pela qual a taxa de contraceção em Moçambique continue baixa, deve-se a oposição dos homens em apoiarem as parceiras no uso do planejamento familiar. Estudo realizado por Mboane e Bhatta (2015)⁵⁹ mostrou que o poder de decisão do marido acerca dos cuidados de saúde tem influência negativa na intenção das mulheres em utilizar um método contraceptivo. Conclusão semelhante a pesquisa realizada por Macia e Langa (2004) que demonstrou que para as mulheres moçambicanas a decisão de utilizar ou não preservativo depende exclusivamente da vontade dos homens.

⁵⁹ MBOANE, R.; BHATTA, M. Influence of Husbands' healthcare decision making role on a woman's intention to use contraceptives among mozambican women. *Reprod Health*, v. 12, n. 36, 2015.

As convicções religiosas, tradição das famílias numerosas e baixa escolaridade bloqueiam a capacidade de aceitação das práticas de planejamento familiar por grande parte da população. Em algumas comunidades, o uso dos métodos contraceptivos é percebido pelos homens como uma cultura importada pelo governo, e que provoca o aumento da prostituição e do adultério feminino (Nhatave, 2006:35). Resultados semelhantes a pesquisa realizada pela UNICEF (2015:22), que demonstrou que as pessoas veem as mulheres que procuram as clínicas de planejamento familiar como promíscuas, se pretende não engravidar é porque está se envolvendo com mais de um homem. Situação semelhante ocorre quando a parceira sugere o uso do preservativo, os discursos são ambiguidade entre a disseminação da utilização do preservativo e os valores sociais assentes na fidelidade, na abstenção e na associação, muitas vezes velada, entre promiscuidade e uso do preservativo (Osório e Cruz Silva, 2008).

Quanto à experiência com os contraceptivos, alguns dos participantes relataram que certos contraceptivos modernos, como a pílula e a injeção, criam efeitos adversos no corpo das mulheres, como, por exemplo: aumento de peso corpóreo, irregularidades no ciclo menstrual, alteração no prazer sexual, e atuam como estimulantes para a infidelidade, na medida em que são vistos como fomentadores da vontade frequente de ter relações sexuais. (Pedro et al, 2016:1325)

Essa lógica faz com que muitas mulheres façam uso de métodos contraceptivos secretamente, neste caso segundo a UNFPA (2003:32) as injeções são a escolha mais popular porque podem ser tomadas discretamente e tem eficácia de três meses. De acordo com Nhatave (2006:41) a grande questão é que o quadro jurídico em Moçambique considera o uso de contraceptivos, contra a vontade do cônjuge como fundamento para o divórcio (Artigo 1778, B do Código Civil).

A falta de autonomia das mulheres leva-as a aceitarem práticas sexuais sem uso de métodos contraceptivos ou preservativos, os que a deixam particularmente expostas a doenças sexualmente transmissíveis especialmente o HIV/AIDS. Outra questão é a gravidez não planejada, vimos no tópico anterior que a falta de acesso aos métodos contraceptivos conduz à gravidez indesejada, que por muitas vezes acaba num aborto inseguro, com todas as suas consequências sociais e na saúde das mulheres (Machungo, 2004). A Organização Mundial de Saúde estima que por ano cerca de 211 milhões de mulheres fiquem grávidas,

destas gestações cerca de 46 milhões acabam em aborto provocado. O Inquérito Demográfico de Saúde (2007:79) mostra que as jovens solteiras fazem uso do planejamento familiar para evitar uma gravidez não desejada. Desta forma, podemos inferir que o uso de métodos de planejamento familiar contribui para salvar vidas das mulheres, uma vez que as ajudam a espaçar ou limitar o número de gestações e evitar as gravidezes indesejadas, evitando assim o risco de um aborto provocado (Cau e Arnaldo, 2013).

3.6.5 Aborto

Vimos anteriormente que a maioria das mulheres que morrem devido a causas maternas perdem suas vidas por causas preveníveis e evitáveis (Cau e Arnaldo, 2013). De acordo com Isabel Nhatave (2006:22) a nível mundial, as principais causas de mortes maternas são hemorragia (25%), infecção (15%), aborto inseguro (13%), eclampsia/Hipertensão (12%), trabalho de parto arrastado (8%). A magnitude da mortalidade materna não é precisa em Moçambique, estima-se que se situe entre 500 a 1500 mortes por 100.000 nascimentos vivos (Machungo, 2004). O problema é que as estatísticas existentes sobre a mortalidade materna no país são das mortes registradas nos hospitais, o que de fato mascara os números oficiais pois mais da metade das mulheres no país ainda tem seus filhos em casa, e os casos de mortalidade materno-infantil não são notificados⁶⁰. Pesquisas indicam que dentre as principais causas de mortalidade materna em Moçambique está o aborto inseguro, sendo responsável por 9% das mortes (Granja, Machungo e Bergstrom, 2000), mas como dissemos anteriormente esta é só a ponta do iceberg e, pois devido ao estigma social e aos aspectos legais prevalentes no país, muitas mortes e complicações decorrentes do aborto não são registradas⁶¹ (Nhatave, 2006: 40). A cada ano, aproximadamente 210 milhões de mulheres descobrem que estão grávidas no mundo, mas de acordo com Bergstrom (2002:15) 15% destas gestações terminam em aborto espontâneo e 25% por aborto provocados (legal ou ilegalmente). Outro dado relevante é que das 68 mil mulheres que morrem globalmente por complicações do aborto inseguro a cada ano, cerca de 30 mil são africanas.

⁶⁰Conforme pode atestar na pesquisa de campo, dentre as mulheres que tiveram o parto em casa muitas não levaram o feto (natimorto) para o hospital, preferiram enterrá-lo após realização de cerimônias de purificação ou simplesmente o abandonaram no “mato” por acreditar que aquela criança estava amaldiçoada.

⁶¹ Só no ano de 2011 o Hospital Central de Maputo registrou o atendimento de 12.800 mulheres com complicações decorrentes de aborto inseguro.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde o aborto é a morte o embrião ou feto antes de completar 500g, por volta de 20-22 semanas de gestação (OMS, 2013). Por tratar-se de um tema polêmico, houve a necessidade de criar terminologias que definam os tipos de aborto, conforme podemos ver na descrição feita por Isabel Nhatave (2006: 39):

1. *Aborto voluntário* ou *interrupção voluntária* da gravidez, também designado como aborto provocado ou procurado - é sempre considerado aborto direto, porque visa, realmente, a morte do embrião ou feto. Inclui os seguintes casos:
 - *Aborto honoris causa, honroso* ou *moral* - no caso de a concepção ter ocorrido devido à violação da gestante (a grávida);
 - *Aborto eugénico* ou *profilático* - no caso de o feto apresentar malformações graves;
 - *Aborto por motivos sociais* - quando a gestante alega não ter condições económicas, ou outras, para manter, com dignidade, a criança.
2. *Aborto involuntário, espontâneo* ou *casual* - interrupção involuntária da gravidez, também conhecido como desmancho.
3. *Aborto indireto*, que inclui o *aborto terapêutico* ou *aborto necessário* - neste caso não se pretende provocar o aborto, mas este é o resultado da ação terapêutica que pretende (ICD-10, 2000).

Dentre estas terminologias, a maioria das mortes acontece devido ao aborto inseguro, que é a interrupção voluntária da gravidez realizada por pessoa sem conhecimento técnico ou num ambiente inadequado (Machungo, 2004). Cerca de 60% dos abortos provocados no mundo não obedecem às condições mínimas de segurança, destes, a maioria acontece nos países em desenvolvimento (Nhatave, 2006: 39).

Quadro 05 – Número de abortos inseguros por região

Região	Nº de abortos (por 1.000 mulheres)
América do Sul	34
África Oriental	31
Região	Nº de abortos (por 1.000 mulheres)
África Ocidental	25
África Central	22
Sul da Ásia	22

Fonte: WHO-Unsafeabortion, 2004.

No continente africano a proporção de mulheres entre 15 e 19 anos que já fez um aborto inseguro é mais alta do que qualquer outra região, em África 60% dos abortos inseguros são feitos por mulheres abaixo dos 25 anos (Nhatave, 2006: 39). O mesmo estudo refere que as mulheres com menos de 20 anos representam 44,3% das que procuram o Hospital Central de Maputo para tratamento de consequências do aborto clandestino (Idem:41).

Já o aborto seguro, é realizado por pessoal qualificado para tal, em instituições de saúde reconhecidas (Machungo, 2004), permitindo a redução das mortes decorrentes de abortos inseguros. Do ponto de vista da saúde pública, é necessário que os governos percebam a importância que representa para Saúde Pública a descriminalização e a expansão dos cuidados para o aborto seguro. Dito isso veremos como o governo moçambicano vem lidando com estas questões.

As disposições legais sobre o aborto em Moçambique, à semelhança do que se passa em outros países africanos (Joana et Al, 2010:65), estavam contidas no antigo Código Penal⁶², datado de 1886, uma herança do regime colonial. Esse código era muito restritivo e criminalizante a respeito da interrupção da gravidez, conforme podemos perceber no trecho abaixo:

Artigo nº 358, "aquele que, de propósito, fizer abortar uma mulher pejada, empregando para este fim violência ou bebidas, ou medicamentos, ou qualquer outro meio, se o crime for cometido sem o consentimento da mulher, será condenado a pena de prisão maior de dois a oito anos."

Parágrafo 2 - "Será punida com a mesma pena a mulher que consentir e fizer uso dos meios subministrados, ou que voluntariamente procurar o aborto a si mesma, seguindo-se efectivamente o aborto".

Como consequência, muitas mulheres recorriam a abortadores clandestinos e eram submetidas a práticas abortivas em condições inseguras e sem as mínimas condições de higiene (Machungo, 2004). De acordo com a Organização das Nações Unidas, leis mais restritivas e punitivas só tendem a aumentar a mortalidade por aborto inseguro. Daí o Protocolo relativo aos direitos da mulher em África reconheça o direito da mulher em recorrer ao aborto, quando sua vida esteja em risco, em casos de má formação do feto, ou quando a gestação decorrer de incesto ou estupro (Joana et Al, 2010:66).

⁶² O Código Penal de Moçambique foi alterado através da Lei nº 35/2014, de 31 de dezembro de 2014.

Cientes dos danos que a negação dos serviços de aborto seguro provoca às mulheres, o MISAU publicou nos primórdios da década de 1980 um decreto autorizando o aborto hospitalar nos casos de gravidez por falha no DIU ou quando a gravidez colocasse a vida da mulher em risco (Bugalho,1995). Para este autor a atitude dos médicos em Moçambique é muito liberal em relação a este assunto, muitos promoviam o aborto a pedido da paciente desde que assinassem um termo de responsabilidade. Levando em consideração as mortes de mulheres em idade reprodutiva decorrentes de aborto inseguro, os altos índices de violência sexual, além de considerar que a gravidez pode complicar o cuidado de DST's, HIV, malária e tuberculose (Ustá et al, 2009:12) o governo moçambicano implementou uma política provisória para oferecimento de assistência ao aborto. Desde 1985 o MISAU tem autorizado serviços de aborto induzido nas unidades sanitárias para gravidezes que tenham até 12 semanas (Nhatave, 2006: 41), mas só com autorização do Diretor do Hospital. Ainda de acordo com Isabel Nhatave no ano de 2004 cerca de 3.000 mulheres foram autorizadas a interromper a gravidez, sendo o acesso limitado as mulheres mais velhas e habitantes de regiões urbanas.

Os serviços actuais baseados em hospitais urbanos não alcançam a maioria das mulheres moçambicanas que têm mais chance de experimentar uma gravidez não desejada e um aborto em condições de risco – mulheres pobres, das áreas rurais, jovens ou com menos educação. (Nhatave, 2006: 41)

A atitude do MISAU é de não oferecer este serviço de forma gratuita, de forma a desencorajar o aborto como forma de controle de natalidade e estimulando o uso de métodos contraceptivos, estes sim oferecidos gratuitamente (Bugalho, 1995:17). O pagamento da taxa varia de US\$ 24 a US\$ 100 dólares, bem acima do valor cobrado em clínicas clandestinas que custa em média US\$ 11 dólares, para Ustá et al. (2009:12) esta é uma das possíveis causas do aborto seguro ficar fora ao alcance da maioria das mulheres em Moçambique. Também a exigência da apresentação de um exame de ultrassom que comprove a gravidez inferior a 12 semanas, que também demanda custos financeiros, além da exigência do marido/namorado para autorizar a realização do aborto.

Apesar dos métodos cirúrgicos e farmacológicos oferecidos nos hospitais a maioria dos abortos na África Subsaariana continuam sendo realizados fora dos hospitais, quase sempre de maneira clandestina. A pesquisa etnográfica *“Family Secrets: risking*

reproduction in Central Mozambique” realizada por Rachel Chapman com médicos tradicionais mostrou que a interrupção da gravidez continua a ser o tratamento mais requisitado pelas mulheres. Também um estudo realizado na Nigéria menciona que os “médicos tradicionais” introduzem no útero raízes⁶³, objetos mesclados com poções ou usam os punhos para golpear o ventre da mulher para forçar o aborto (Tombi:2015).

O MISAU emitiu orientações autorizando os médicos a realizarem o aborto nas mulheres cuja gravidez indesejada fosse devido a falha de medidas contraceptivas ou por causas socioeconômicas, perante solicitação por escrito feito pela mulher ou pelo casal (Nhatave, 2006: 41). Apesar dos hospitais realizarem a interrupção da gravidez (até 12 semanas) ainda era necessário alterar o código penal e descriminalizar o aborto, para proteger os profissionais de saúde e as mulheres.

O ex-presidente Armando Guebuza promulgou em 31 de dezembro de 2014 a Lei nº 35/2014, que libera a interrupção voluntária da gravidez. Moçambique foi o quarto país do continente africano a aprovar uma lei legalizando o aborto, antes dele Cabo Verde, África do Sul e Tunísia já haviam aprovado leis dentro deste âmbito.

Código Penal - Artigo nº 168, Parágrafo 5: Não é punível o aborto efectuado por médico ou outro profissional de saúde habilitado para efeito, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando for praticado nas primeiras doze semanas de gravidez.

Após aprovação o novo Código Penal que entrou em vigor em julho deste ano, as mulheres passaram a ter acesso ao aborto seguro. Esta conquista é fruto de parcerias entre o governo, com as agências internacionais, ONG's e movimento feminista. Porém, a falta de regulamentação para implementação da Lei, condições de acesso e a carência das informações por parte dos profissionais da saúde dificultam o acesso das mulheres a se beneficiarem do aborto seguro pelo Serviço Nacional de Saúde. No Hospital Central de Maputo as taxas de mortalidade em decorrência do aborto são de 3%, três vezes maior do que o recomendado pelas Nações Unidas (Nhatave, 2006: 41).

Em observação etnográfica na cidade de Maputo durante o evento “Aborto seguro um direito das mulheres”, ocorrido em setembro de 2015 e promovido pela Rede de Defesa

⁶³Em seu trabalho sobre práticas vaginais em Moçambique Bagnol e Mariano (2011:56) citam introdução de estacas de mandioca na vagina para provocar o aborto.

dos Direitos Sexuais e Reprodutivos – DSR, foi possível ouvir a fala dos representantes do Ministério da Saúde, nomeadamente Dr. Armando Melo - Coordenador da Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas em Moçambique e a Dr^a. Dalmázia Cossa – Assessora Jurídica do Ministério da Saúde. Eles explanaram sobre os avanços e desafios do Ministério da Saúde na aplicabilidade da lei que garante o aborto seguro.

“Um dos desafios é a elaboração de instrumentos de aplicação material do previsto no artigo 168, uns competem ao Ministério da Saúde, outros têm que ser vistos numa perspectiva do Ministério da Justiça e Assuntos Constitucionais e Religiosos, da Procuradoria, do Ministério do Interior e de outras instituições do Governo para regularmos estas questões específicas dos direitos humanos das mulheres” - Dr. Dalmázia Cossa (Jornal @ Verdade – 30/09/2015).

Também foram apresentados os resultados preliminares do estudo sobre as percepções, atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde e líderes comunitários sobre o aborto realizado pela *Pathfinder* em quatro países (Moçambique, Burkina Faso, Tanzânia e República Democrática do Congo)⁶⁴. De acordo os dados apresentados pela instituição, apesar da liberação do aborto seguro e gratuito nas unidades sanitárias públicas, as mulheres em Moçambique têm enfrentado questões morais, culturais e religiosas principalmente por parte da família e dos próprios profissionais de saúde que tem se negado a realizar a interrupção da gravidez. Como podemos perceber nesta fala:

“Para mim como foi aprovado o aborto agora passa a ser legal, mas não concordo porque se aceitarmos esta prática estamos a mostrar um mau caminho às nossas filhas que vão engravidar e pensar no aborto logo em seguida. Para que isso não aconteça, melhor é prevenir-se. Se a rapariga ficar grávida mesmo que não seja algo planeado, então que nasça a criança”. - Maria, 32 anos⁶⁵.

Apesar da legalização do aborto ser vista internacionalmente como uma das condições para diminuir a mortalidade materna, ela não é suficiente para melhorar o acesso

⁶⁴Strategies to advance abortion rights and access in restrictive settings: A cross-country analysis. Disponível em: <http://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/09/Strategies-to-Advance-Abortion-Rights-and-Access.pdf>

⁶⁵ Fala extraída do site: <http://www.dw.com/pt-002/legaliza%C3%A7%C3%A3o-do-aborto-em-mo%C3%A7ambique-continua-a-desagradar-algumas-camadas-da-sociedade/a-18200424>

das mulheres ao serviço de aborto seguro (Nhatave, 2006:41). A questão dos DSR é particularmente difícil de abordar pois existe uma carga emocional muito forte que envolvem diferentes conceitos de moralidade, princípios religiosos e preconceitos em relação a mulher enraizados na cultura moçambicana (Machungo, 2004). De acordo com o estudo da *Pathfinder* um dos principais problemas em relação ao aborto em Moçambique é a falta de confidencialidade principalmente nas pequenas comunidades onde todos se conhecem, as mulheres têm medo de procurar as Unidades Sanitárias e ficarem sendo mal vistas, pois o aborto remete a infidelidade feminina.

O aborto não é apenas um problema de saúde, ele também está relacionado a injustiça social e requer ação por parte dos governantes, agências e comunidades (Ustá, 2011), pois afeta principalmente as mulheres pobres e mais vulneráveis. O primeiro passo já foi dado com a aprovação da Lei nº 35/2014, sendo necessário realizar um trabalho conjunto entre o Estado e a sociedade civil para diminuir o estigma em relação ao aborto. As mulheres têm o direito de decidir quando e quantos filhos querem ter.

Em todo o mundo, mesmo naqueles países onde as leis são muito restritivas, as mulheres com boas condições económicas podem obter serviços de aborto seguro. As mulheres pobres, adolescentes, refugiadas e outro tipo de populações vulneráveis raramente têm essa opção. São essas mulheres que muitas vezes recorrem ao aborto inseguro, para o bem do seu futuro, das suas próprias famílias e dos seus filhos. Infelizmente são também elas que pagam o preço mais caro – problemas de saúde e até a morte. (Ustá 2011).

O Ministério da Saúde de Moçambique tem o compromisso de reduzir a procura pelo aborto inseguro e a mortalidade materna dele decorrente, mas estudos realizados por esta instituição constatou que as causas da mortalidade materna vêm mudando ao longo dos anos. De acordo com a “Avaliação das necessidades em Saúde Materna e Neonatal” em 1999 a septicemia, decorrente principalmente do aborto inseguro, foi a principal causa de morte materna em Moçambique. Já em 2009 a principal causa foi a a hemorragia, tendo como causa indireta a infecção por HIV e malária (Nehemia, 2014). Trataremos no próximo item justamente da infecção conjunta HIV/Malária e sua relação com a mortalidade materna em Moçambique.

3.6.6 Infecção conjunta HIV/Malária

Vimos ao longo deste capítulo que a mortalidade materna é definida como a morte da uma mulher durante a gravidez ou até 42 semanas após o término da gestação. Também averiguamos que a mortalidade materna ainda é muito elevada nos países de baixa renda e que a maioria dessas mortes é decorrente de causas obstétricas diretas em grande parte evitáveis (Reichenheim, 2009; Malta, 2007; Cecatti, 1999).

Os resultados da *“Avaliação de Necessidades em Saúde Materna e Neonatal em Moçambique”*⁶⁶, publicado em 2009 mostram que as causas da mortalidade materna no país vêm mudando ao longo dos anos. Em 1999 a septicemia foi a principal causa de mortes, devido essencialmente ao aborto inseguro, em 2009 a principal causa da mortalidade materna é a hemorragia. Ainda de acordo com este estudo 76,4% dos casos de mortalidade materna em Moçambique foram devidas a causas obstétricas diretas (ruptura uterina, hemorragia) e cerca de 24% por causas indiretas. As mortes obstétricas indiretas ocorrem devido a condições previamente existentes ou a condições que surgem durante a gestação, que não estão relacionadas a causas obstétricas, mas podem ser agravadas pela gestação (UNICEF, 2009:07). Estas causas incluem condições como anemia, doenças cardiovasculares, malária e HIV/AIDS. Em Moçambique, entre as causas indiretas o HIV aparece como a primeira causa de morte materna com 53,7% seguido da malária em 39,6% dos casos.

O HIV/AIDS é apontado como uma das principais epidemias, desde a década de 1980, elevando o número de mortalidade da população dos países em desenvolvimento, especificamente na África Subsaariana. A malária é outra doença importante principalmente no contexto africano, prejudicando a saúde e bem-estar da população⁶⁷. Ambas constituem uma das maiores preocupações de saúde pública em Moçambique e que podem trazer resultados adversos em mulheres grávidas.

As evidências apontam que a infecção conjunta por HIV e/ou malária atuam de forma sinérgica e levam a consequências adversas (UNICEF, 2009:12). Uma vez que o HIV reduz a imunidade da mulher contra a malária, principalmente na gravidez (Ibdem:63) aumentando o risco de mortalidade materna. Um estudo prospectivo, para identificar as causas de morte

⁶⁶O estudo encontra-se disponível para download no endereço abaixo informado: https://www.researchgate.net/publication/283730317_Avaliacao_de_Necessidades_em_Saude_Materna_e_Neonatal_em_Mocambique_Parte_I

⁶⁷De acordo com a OMS (2010) só no ano de 2008 foram registrados 247 milhões de casos da doença no mundo.

materna em Maputo, realizou 139 autópsias completas com exame histológico, detecção sorológica e virológica do HIV e exame histológico e parasitológico da Malária; as infecções responderam por cerca de metade das mortes maternas e 52,8% das mulheres eram HIV positivas (Menéndez et al, 2008). Ao analisarmos estes dados temos de levar em conta que no país a prevalência estimada do HIV/AIDS entre as mulheres (15-49 anos) é de 13,1%, destas, apenas 25% fazem uso do tratamento retroviral e cerca de 46% fazem profilaxia para transmissão vertical do HIV.

A malária na gravidez representa um importante problema de saúde pública. Embora afete diversas regiões do globo, o maior ônus da infecção conjunta está na África, continente com a maior incidência de malária, cerca de 90% dos casos (Nhatave, 2006: 22). E onde vivem mais de 75% das mulheres infectadas pelo HIV (UNICEF, 2009:63). Ainda de acordo com o Relatório da UNICEF, Moçambique é um dos países mais afetados pela infecção conjunta por HIV/Malária, onde cerca de 90% dos adultos estão expostos a malária e a prevalência de HIV ultrapassada 10%. Assim, com base nestas constatações, apresentamos neste tópico uma pequena contribuição acerca da importância da Malária e do HIV no conjunto de causas da mortalidade materna em Moçambique.

A maioria dos estudos sobre malária em gestantes refere-se ao continente africano, estas doentes apresentam anemia grave e necessitam de transfusões sanguíneas, aumentando a probabilidade de adquirir o vírus HIV. Segundo a UNICEF (2009:63) a malária em pacientes com HIV é extremamente perigosa, pois acelera a progressão da doença e aumenta a carga viral. Estes fatores fazem com que haja um aumento no risco de transmissão do HIV da mãe para a criança ainda no útero, durante o parto ou aleitamento materno.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2005), as mulheres gestantes têm uma probabilidade quatro vezes maior de sofrerem complicações de malária que as mulheres não grávidas. Reconhecendo o perigo da malária para as mulheres grávidas, o Ministério da Saúde de Moçambique tem trabalhado no sentido de diminuir a incidência dos casos de mortalidade materna por infecção conjunta HIV/Malária. Sendo um dos poucos países que aprovaram políticas para o seu tratamento durante a gestação (Nhatave, 2006: 57). Para prevenir e tratar a malária, desde 2006, vem sendo utilizado um tratamento preventivo intermitente (TPI), aplicado durante a gestação. Segundo a UNICEF (2009:48) esse

tratamento consiste na administração de uma dose única de medicamentos antimalárico, no mínimo duas vezes durante a gravidez, independentemente de a gestante apresentar ou não a doença. Embora eficiente esse tratamento ainda tem cobertura limitada em áreas endêmicas de malária, uma vez que a distribuição dos medicamentos⁶⁸ ocorre durante as consultas de pré-natal e como vimos anteriormente a cobertura de atendimento obstétrico só abrange 34% das mulheres em Moçambique. Outra estratégia de prevenção da malária em gestantes é a distribuição de redes mosquiteiras com inseticidas (MISAU, s.d: 40). A meta do Ministério da Saúde é ter uma rede mosquiteiras para cada dois moçambicanos, através da distribuição de 16 milhões de redes até o final do ano de 2017.

Fotografia 18 – Pintura na fachada do Hospital Central de Maputo de gestante dormindo embaixo de rede mosquiteira.



Conforme estimativas da UNAIDS (2015)⁶⁹ aproximadamente 36.7 milhões de pessoas no mundo vivem com o HIV/AIDS, destas 17.8 milhões são mulheres. O perfil epidemiológico geral de Moçambique aponta que a prevalência nacional do HIV é de 9,2% para os homens e 13,1% para as mulheres (Nehemia, 2014:10). Estas estão sujeitas a discriminação, ao abandono, a expulsão de casa pelos familiares (Joana et Al, 2010:68), pois conforme vimos, nos tópicos anteriores, a sexualidade feminina está rodeada de preconceitos, tabus e imposições.

⁶⁸ A OMS recomenda o uso dos antipalúdicos Lumefantrina ou Fansidar para o tratamento da malária.

⁶⁹ Dados disponíveis em: <http://unaids.org.br/2016/07/comunicado-de-imprensa-unaids-adverte-que-depois-de-reducoes-significativas-o-declinio-em-novas-infeccoes-por-hiv-entre-adultos-tem-se-mantido-estavel-e-estao-aumentando-em-algumas-regioes/>

Em termos do protocolo relativo aos direitos das mulheres em África, é estabelecido o direito a autoproteção e de ser protegida pelo HIV/SIDA e outras infeções de transmissão sexual e de ser informada sobre o seu estado, bem como sobre o estado do seu parceiro em relação ao HIV/SIDA e outras infeções de transmissão sexual (Joana et Al, 2010:69).

Do ponto de vista biológico, económico e social, as mulheres são mais vulneráveis a infeção pelo HIV, que pode ser agravada durante a gravidez incluindo o risco de transmissão do vírus ao seu bebê (Nhatave, 2006:22).

Prevenir a infeção por HIV em mulheres em idade reprodutiva e tratar gestantes infectadas são ações que podem reduzir sensivelmente a transmissão do vírus para as crianças (UNICEF, 2009:48), já que pesquisas recentes tem apontado que mulheres HIV positivo tem maior probabilidade de dar à luz a bebês com baixo peso, estes por sua vez são mais suscetíveis a infeções por HIV. Em Moçambique é realizado o rastreio do HIV e outras DST's, como a sífilis⁷⁰, através de exames solicitados na primeira consulta de pré-natal. Caso a gestante seja soropositiva são oferecidas opções de tratamento as mulheres grávidas infectadas através de sessões de aconselhamento, como parte do Programa Nacional de Prevenção da Transmissão de Mãe para Filhos que é gratuito.

Os serviços de aconselhamento e testagem voluntária do HIV no quadro da saúde materna são fornecidos nas unidades sanitárias por técnicos qualificados em matérias de comunicação interpessoal e aconselhamento tendo como base os princípios sobre o consentimento informado e confidencialidade. O aconselhamento, visa entre outros, criar um ambiente favorável para uma decisão informada, adopção de um plano de redução do risco de infeção, convocação dos parceiros e aderência ao plano de cuidados e profilaxia. (Nhatave 2006: 43).

A grande questão é que a mulher soropositiva é livre para aceitar ou recusar este tratamento, e infelizmente muitas delas se recusam, até porque não querem que o companheiro e familiares saibam que ela tenha a doença. Como foi o caso da paciente F.P.M (30 anos – Maputo), após um aborto em 2013 descobriu que era soropositiva, iniciou o TARV, no ano seguinte ficou novamente grávida, não fez o pré-natal e parou o tratamento com retrovirais. Quando entrou em trabalho de parto procurou o Hospital Geral da Polana Caniço, mas como o parto estava obstruído foi transferida para o Hospital Central de

⁷⁰ Em Moçambique a prevalência da Sífilis é estimada em 12.5% (MISAU-DEE 2006).

Maputo, os médicos fizeram uma cesariana e conseguiram salvar o bebê, mas a paciente desenvolveu fístula obstétrica. Durante nossas conversas ela relatou que amamentou o filho, fiquei pensando na questão da transmissão vertical de mãe para filho e de como o bebê ficou exposto durante a gestação/parto e amamentação.

Durante o trabalho de campo sempre tentei manter um distanciamento necessário, para não comprometer minha análise, mas este é um risco principalmente numa pesquisa longa e permeada pelo envolvimento emocional com as narrativas daquelas mulheres. Neste caso, o lado mãe acabou falando mais alto do que a pesquisadora, acabei sugerindo que a paciente trouxesse o bebê até o HCM para que fosse realizada testagem para HIV/AIDS e que ela mesma retomasse o TARV. Meses depois a reencontrei durante uma consulta de rotina, ela me informou que procurou a Unidade Sanitária e já estava sendo medicada. A criança por sua vez não foi atendida no HCM, pois a mãe tinha um débito de 210 meticais, cerca de vinte reais, referente ao período que ficou internada para tratamento da fístula. Alguns podem julgar minha decisão, mas no momento achei a mais correta. Acompanhei a paciente até o setor responsável pelo débito, conforme narrado anteriormente. Depois fomos marcar uma consulta para o bebê no serviço do Pediatría. Infelizmente pouco tempo depois retornei ao Brasil e não soube o que aconteceu com eles, mas este caso para mim é emblemático. Ela me relatou que não se medicou durante a gestação, pois não acreditava que a doença fosse transmitida ao filho.

De acordo com a UNICEF (2009:93) no ano de 2007 em países de baixa renda 33% de aproximadamente 1,5 milhão de gestantes HIV positivo receberam a terapia antirretroviral como prevenção da transmissão para seus filhos. Em Moçambique estima-se que 80.000 crianças foram infectadas por transmissão vertical, por isso o MISAU passou a desenvolver campanhas focadas no público alvo específico, mulheres grávidas ou em idade reprodutiva. Esta ação conjunta entre o governo e ONG's apresentou um resultado impressionante:

Quadro 06 – Número de gestantes com HIV em TARV

	2002	2003	2004	2005
Nº de mulheres grávidas HIV positivas recebendo profilaxia	253	877	3.182	5.393

Nº estimados de mulheres HIV positivas	110.023	123.713	136.128	109.090
Porcentagem das que recebem profilaxia	0,20%	0,70%	2,30%	4,90%

Fonte: MISAU DSC – PTV relatório de 2005

Percebemos um aumento gradativo da procura pela profilaxia durante a gestação, mas como já foi dito anteriormente esta é apenas a ponta do iceberg, pois muitas mulheres em Moçambique não realizam o pré-natal durante a gestação e quase metade dos partos ainda é realizado fora das maternidades e por consequência estas mulheres não sabem se são soropositivas, não realizam o TARV, implicando na transmissão do vírus HIV para os filhos.

Segundo a UNICEF (2009: 10) a colaboração entre programas e iniciativas voltadas a saúde materna pode ser a maneira mais eficaz para enfrentar algumas das causas indiretas como anemia, inclusive as com condições mais específicas como malária e a AIDS. Portanto a redução da incidência de condições infecciosas, tal como tétano e DST's, assim como a prevenção e o tratamento de HIV/AIDS com o uso de antirretrovirais e da malária através da distribuição de redes mosquiteiros tratados com inseticidas são fundamentais para melhoria da saúde materna reduzindo o risco de mortalidade materna (UNICEF, 2009).

É possível que a mulher que sobrevive as complicações da gravidez/parto sofra problemas de saúde subsequentes, como infertilidade, anemia grave, infecções dos órgãos genitais e fístulas obstétricas, objeto de estudo desta tese. Segundo a Biblioteca Médica Virtual⁷¹ além de afetar a saúde física da mulher, estas doenças podem também afetar sua capacidade de trabalhar ou inter-relacionar-se com a comunidade.

Com a redução da mortalidade materna nos países desenvolvidos, aumentou o interesse pelos estudos da Morbidade Materna Grave – MMG⁷² e *near miss*⁷³ materno. Estudos realizados no Brasil (Galvão et al, 2014; Morse et al, 2011, Amaral et al, 2011; Cecatti et al, 2007; Souza et al, 2005), estimam uma razão morbidade materna grave de 42,3

⁷¹<https://www.bibliomed.com.br/>

⁷² Morbidade Materna Grave (MMG) é um quadro clínico observado em mulheres no ciclo gravídico-puerperal, composto por condições graves e extremamente graves.

⁷³ A tradução do termo *near miss* para português significa quase perda. Este é um conceito criado pela indústria aeronáutica para entender as determinantes dos acidentes aéreos a partir da análise minuciosa desses casos, permitindo a adoção de medidas destinadas a evitar novas mortes. A partir dos anos 90, a medicina adotou esse conceito e o adaptou à área da ginecologia e obstetria.

casos/1.000 partos. Apesar do pouco conhecimento sobre o alcance de MMG nos países em desenvolvimento é estimado que a hemorragia grave foi a principal causa de MMG, seguida da hipertensão artéria e distócia severa (Nehemia, 2014). Ainda de acordo com estimativas acredita-se que para cada mulher que morre na gravidez/parto, 30 sofrem de complicações agudas, muitas delas são doenças crônicas ou incapacitantes (Bergstrom, 2002:16). As evidências sugerem que estes cálculos provavelmente sejam baixos demais, uma vez que mulheres infectadas pelo HIV apresentam maior chance para morbidade materna grave e a maioria destas mulheres habitam nos países em desenvolvimento.

Como esta é uma abordagem recente, ainda não se tem conhecimento da magnitude da morbidade materna grave em Moçambique. Em sua Tese de Doutorado em Saúde Pública⁷⁴, Elsa Jacinto Nehemia realizou pesquisa que pretendeu conhecer a dimensão da Morbidade Materna Grave - MMG na cidade de Maputo/Moçambique, os resultados apontaram uma razão de 28 *near miss* para cada 100 mortes maternas e 1,7 Morbidades Maternas Graves para cada 1.000 nascidos vivos.

Entre as MMG mais sérias e mais comuns relacionadas a gravidez está a Fístula Obstétrica, o Ministério da Saúde assume que uma parcela significativa das mulheres no país está afetada pela Fístula Obstétrica. O MISAU estima que no ano de 2013, foram realizados aproximadamente um milhão de partos em Moçambique, dos quais surgiram pelo menos dois mil novos casos de Fístula Obstétrica (Jornal @ Verdade – 10/07/2014). Mas eles não sabem precisar o número de mulheres que convivem com a doença no país, para os médicos seriam em torno de 75 a 100 mil mulheres⁷⁵ (Jornal @ Verdade – 11/10/2011).

Nos próximos capítulos trataremos especificamente dos fatores prevalentes da fístula obstétrica, doença decorrente do trabalho de parto prolongado ou obstruído, sem a devida assistência de um profissional de saúde. Normalmente a criança morre e a mãe desenvolve uma incontinência urinária e/ou fecal crônica e o odor consequente e falta de higiene, que resultam da fístula, causam desconforto à mulher, que frequentemente é rejeitada pela sua comunidade. Conforme colocado anteriormente realizamos uma etnografia junto a estas mulheres no ano de 2015 em três hospitais de Moçambique, esta abordagem permite, para além dos textos acadêmicos, o acesso à fonte de informação as próprias mulheres que

⁷⁴“Fatores Associados a Morbidade Materna Grave: A Relação com o HIV e AIDS, Maputo, Moçambique”, defendida no ano de 2014 na Universidade Federal da Bahia.

⁷⁵Onúmero de cem mil seriam referentes os casos acumulados durante décadas (WLSA, 2011).

enfrentaram o drama e a iminência da doença e que podem fornecer mais detalhes do cuidado, e assim permitir a avaliação pontual e sistemática da qualidade dos serviços obstétricos oferecidos pelo Governo Moçambicano, identificação dos casos e tomada de medidas a tempo de evitar o desenvolvimento de novos casos de Fístula Obstétrica.

A Fístula Obstétrica como objeto de investigação

Fotografia 19 – Cirurgia de reparação de Fístula Obstétrica realizada no Hospital Central de Maputo.



4 A Fístula Obstétrica como objeto de investigação

Nesse capítulo aprofundaremos as questões referentes à Fístula Obstétrica, concepções gerais, prevalência, tratamento, tendo como base as informações biomédicas. Nossas fontes de dados foram o *International Journal of Gynecology and Obstetrics* e o Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, pois sintetizam e publicam as principais pesquisas sobre a Fístula Vesico Vaginal no mundo. Mas devido ao ineditismo do trabalho tive dificuldades em localizar material acadêmico que tratasse especificamente do caso moçambicano. Sendo necessário realizar um diálogo entre autores que estavam separados por fronteiras geográficas, como as médicas etíopes Mulu Muleta e Ambaye Michael, o italiano Aldo Marquesini e os médicos moçambicanos Igor Vaz e Antonio Amalique.

Esse capítulo nos ajudou a compreender como os médicos concebem a Fístula Obstétrica e quais as medidas adotadas em função da doença. A partir dessas informações, ou seja, dos aspectos biomédicos, ficou mais compreensível entender as experiências das mulheres com esta doença, bem como as maneiras que criam estratégias face ao adoecimento. Para tal, recorremos a autores como Langdon (1995), Alves e Rabelo (1999), Adam e Herzlich (2001) e Canesqui (2007) para entender a importância da experiência com a doença, re-significações da vida e do corpo.

4.1 INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

A Fístula Vesico Vaginal - FVV foi descrita pela primeira vez no século XI, como uma ruptura associada ao Trabalho de Parto Arrastado - TPA, pelo médico persa Ibn Sina, mais conhecido pela alcunha de Avicena, no seu tratado de medicina (Al Qanunfi AL-Tibb). Mas só em 1957 esta ruptura, atribuída ao trabalho de parto, passou a ser chamada de Fístula Obstétrica, pelo médico Luiz de Mercado no seu tratado de ginecologia.

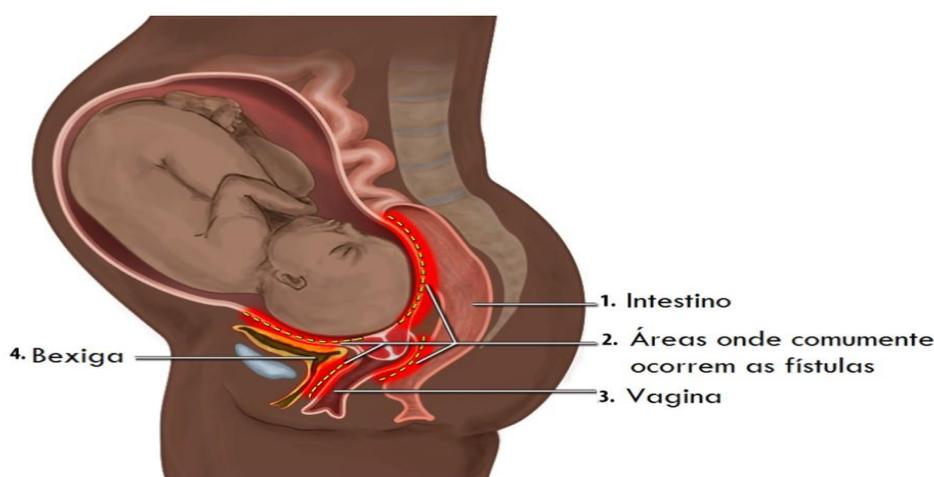
De acordo com o Dr. Aldo Marchesini a fístula obstétrica⁷⁶, é um orifício que comunica a bexiga com a vagina, ou reto com a vagina, resultante da disvascularizaçãodostecidos, sendo causada por complicações no trabalho de parto prolongado⁷⁷ ou obstruído sem a devida assistência de um profissional de saúde (Jornal @

⁷⁶ Utilizo o termo Fístula Obstétrica de forma ampla, para tratar os casos de fístula vesico-vaginal (comunicação entre a bexiga e a vagina) e fístula reto-vaginal (comunicação entre o reto e a vagina).

⁷⁷O trabalho de parto obstruído é responsável por 8% das mortes maternas no mundo, de acordo com GJ. Hofmeyr em *Obstructed labor: using better technologies to reduce mortality Int J Gynecol Obstet* 2004;85(Supp. 1): p.62—72.

Verdade – 15/05/2009). Durante o trabalho de parto prolongado, os tecidos moles da pélvis são comprimidos entre a cabeça do bebê⁷⁸ e o osso pélvico da mãe (UNFPA, 2012), o encravamento da cabeça do feto comprimindo a bexiga e a vagina contra o púbis durante um longo período acaba provocando uma isquemia prolongada, que evolui para necrose dos tecidos (Amalique, 2008:08) e posteriormente (depois de sete a dez dias) estes tecidos são eliminados e cria-se uma comunicação entre esses órgãos e a vagina. Conforme podemos observar na figura abaixo:

Figura 03 – Áreas de maior incidência da Fístula obstétrica.



Fonte: Figura extraída do site: <http://study.com/academy/lesson/what-is-a-fistula-definition-symptoms-treatment.html#lesson>

Atualmente as fístulas constituem um dos grandes problemas ginecológicos, tanto pela complexidade do seu tratamento, como pelos transtornos físicos e emocionais que acarretam as pacientes. Os principais sintomas físicos da doença são a perda contínua de urina (em alguns casos fezes⁷⁹) pela vagina. Se não for logo tratada a fístula pode transformar-se num problema de saúde crônico (UNFPA, 2012) incluindo na irritação cutânea da vulva e períneo, dor durante a relação sexual e infecções do trato vaginal ou urinário de repetição.

⁷⁸Um parto arrastado pode durar até sete dias, porém o feto morre depois de dois ou três dias (UNFPA, 2012).

⁷⁹Em cerca de 10% dos casos de fístula (Miller et al, 2005).

Sem falarmos do sofrimento psicológico que a doença causa, e que afeta a autoestima, relacionamentos íntimos e as relações sociais. Como bem coloca Amalique (2008:13), a mulher portadora da fístula é colocada num “isolamento voluntário” devido ao odor fétido de urina que a exala. Conforme relatos feitos a ONG WLSA (2011) estas mulheres têm vergonha de ir à igreja, à machamba ou ao mercado, pois a maioria é pobre e que não têm dinheiro para adquirir fraldas descartáveis ou absorventes femininos. Tendo de utilizar pedaços de pano para segurar a urina, estes pensos têm que ser constantemente trocados devido ao mau cheiro, mas em muitos casos esta mulher não tem recursos para comprar sabão, ou ao menos tem água corrente em casa.

De acordo com Maria Hamerski (2006) 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 (objeto desta pesquisa), cirúrgicas, pós-radiação, câncer ou outra doença associada. Dentre as fístulas adquiridas, Miller et al (2005) afirma que em países desenvolvidos, como Estados Unidos e Inglaterra, 70% dos casos de fístula são resultantes de cirurgias pélvicas, já os países em desenvolvimento (como é o caso de Moçambique) 90% das fístulas são causadas pelo trabalho de parto obstruído.

As FVV variam de tamanho e de grau de complexidade, podendo ser um pequeno orifício de cerca de 1cm por onde a mulher perde constantemente urina (Fístula simples) a uma destruição extensa da bexiga, vagina, destruição do reto, períneo, esfíncteres, com compromisso vascular e neorológico da região pélvica (Vaz, 2011). A fístula é tratável, em diversas partes do mundo, incluindo Moçambique, através de uma cirurgia reconstrutiva (Fistoloplastia). São necessárias cerca de duas a três semanas de cuidados pós-operatórios para garantir resultados satisfatórios (Jornal de Notícias – 07/11/2014), se a cirurgia for bem sucedida, a mulher poderá retornar a sua vida normalmente. Inclusive poderá ter relações sexuais e engravidar, desde que o parto seja feito por cesariana de forma a prevenir a recorrência da fístula.

Infelizmente também existem os casos em que as fístulas não podem ser corrigidas, estes casos são considerados incuráveis. De acordo com o Dr. Igor Vaz (Jornal Domingo, 17/05/2015), cerca de 10% dos casos de fístula em Moçambique são incuráveis. Como a exemplo dos casos de destruição completa da vagina ou remoção do útero (Histerectomia total), que implicam na impossibilidade da mulher voltar a ter relações sexuais e/ou gerar

filhos biológicos; e os casos de destruição total da bexiga e uretra, onde é necessário submeter a paciente a uma Urostomia, que consiste no uso de um saco que “guarda” a urina, o que acaba proporcionando uma melhor condição de vida do que a sua perda incontrolada (UNFPA, 2012). Conforme podemos verificar na foto abaixo da paciente T.S. (25 anos – Sofala), submetida a uma dupla Colostomia (fecal e urinária) no Zimbábue após um parto arrastado de quatro dias do seu primeiro filho, o marido fugiu para África do Sul e há cinco anos ela vem sofrendo com a fístula obstétrica⁸⁰.

Fotografia 20 – Colostomia dupla (fecal e urinaria) - Hospital Central da Beira.



Ao nível fisiológico, estas mulheres ficam incapacitadas de desenvolver as atividades do dia-dia, pois como falamos anteriormente, a doença provoca perda constante de urina e/ou fezes. Fazendo com que elas sejam abandonadas pelos maridos e segregadas pela família, estes fatores contribuem para o desenvolvimento de transtornos psicossociais, uma vez, que afetam diretamente a capacidade de autonomia desta mulher principalmente dentro das relações familiares. Outra consequência da fístula é a exclusão social e o abandono familiar a que estas mulheres são frequentemente submetidas, podendo gerar um quadro depressivo, muitas vezes terminando no suicídio (Browning Et al, 2007).

⁸⁰ Recentemente li uma notícia no site da organização Focus Fístula, dizendo que após 18 meses internada no Hospital Central de Maputo e de ter sido submetida a uma série de procedimentos cirúrgicos, finalmente T.S está curada da fístula obstétrica.

4.2 BREVE PANORAMA GLOBAL DA DOENÇA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS a Fístula Obstétrica foi eliminada na Europa e nos Estados Unidos, na sequência de um esforço de saúde pública que decorreu entre 1935 a 1950 e que permitiu o acesso universal das mulheres aos cuidados do parto seguro (OMS, 21 de abril de 2015). Atualmente, nos países desenvolvidos a fístula só ocorre em decorrência de gênese cirurgias pélvicas, como é o caso da histerectomia⁸¹ ou das cesarianas (Amalique, 2008:08). As fístulas associadas, em particular, com a histerectomia total abdominal respondem por 75% de todos os casos em países desenvolvidos (Hamerski et al, 2006). Bem diferente da realidade dos países em desenvolvimento⁸² onde as fístulas obstétricas constituem um problema de Saúde Pública, particularmente em África, onde a causa mais comum da Fístula é o trabalho de parto arrastado, sendo responsável por 65% a 96% dos casos de FVV (Amalique, 2008:09). Segundo Afonso Paes (1982:675) a doença é frequente em África e está relacionada à desproporção entre o tamanho do feto e a estrutura óssea destas mulheres, muito jovens, primigestas e com estatura inferior a 1,50cm, cuja bacia é fisicamente estreita.

Para o médico Babtunde Osotimehin, Chefe do Fundo de População das Nações Unidas à persistência da Fístula Obstétrica nestes países reflete o fracasso dos sistemas de saúde sexual e reprodutiva, o que ocasiona de 50.000 a 100.000 novos casos anualmente em todo o mundo (Hamerski et al, 2006). Alguns provedores de saúde têm proposto que a incidência da doença pode ser de 2 a 5 casos por 1.000 partos, em áreas sem acesso aos serviços de emergência de cuidados obstétricos (Velez et al, 2007:144). Não existe um número exato da prevalência da Fístula Obstétrica (globalmente e nacionalmente), refletindo o como a doença (e estas mulheres) tem sido sistematicamente negligenciada. As estimativas de incidência da fístula obstétrica geralmente são baseadas no controle pessoal dos cirurgiões, que repassam estes dados aos grupos de defesa dos ministérios e ONG's. A causa estaria relacionada à subnotificação dos casos, relatórios imprecisos e a vergonha das pacientes com fístula obstétrica de procurarem as unidades de saúde (Miller et al, 2005). Outro agravante é o afastamento geográfico das áreas onde ocorre a maioria dos casos da doença, fazendo com que estas estimativas sejam pouco confiáveis (Tunçalp et al, 2015).

⁸¹Embora a incidência atual não seja conhecida, estima-se que 0,5% a 2% das histerectomias realizadas possam originar FVV.

⁸²Em estudo realizado no Hospital Provincial de Quelimane (Moçambique) dos 85 casos de FVV apenas 04 (4,7%) foram em decorrência de Histerectomia (Amalique, 2008:22).

Para tentar reparar esta lacuna o UNFPA realizou no ano de 2002 em Addis Abeba na Etiópia um fórum que reuniu várias instituições com o objetivo de elaborar um relatório de avaliação sobre a prevenção e tratamento da Fístula Obstétrica nos países afetados pela doença (Cook e Dickens, 2004), desde 2004 então algumas perguntas sobre a Fístula foram incluídas nos estudos demográficos de saúde em mais de vinte países, a maioria no continente africano. Entre os anos 2008 a 2013, onze destes países⁸³ relataram percentagens de mulheres que, quando entrevistadas⁸⁴, afirmaram ter ouvido falar ou que relataram ter (ou tido) fístula obstétrica. Destacamos os dados da Guiné e Tanzânia, onde 42% e 67% (respectivamente) afirmaram já ter ouvido falar da doença e cerca de 0,5 tem fístula obstétrica (Tunçalp et al:2005).

Outra fonte importante é o *Global Fístula Map*⁸⁵ que mostra o panorama dos locais e quantidade de cirurgias de reparação da fístula obstétrica realizadas no mundo. Os dados enviados por médicos de 45 países registram que no período de 2010-2013 foram realizadas 60.280 cirurgias de reparação da fístula obstétrica.

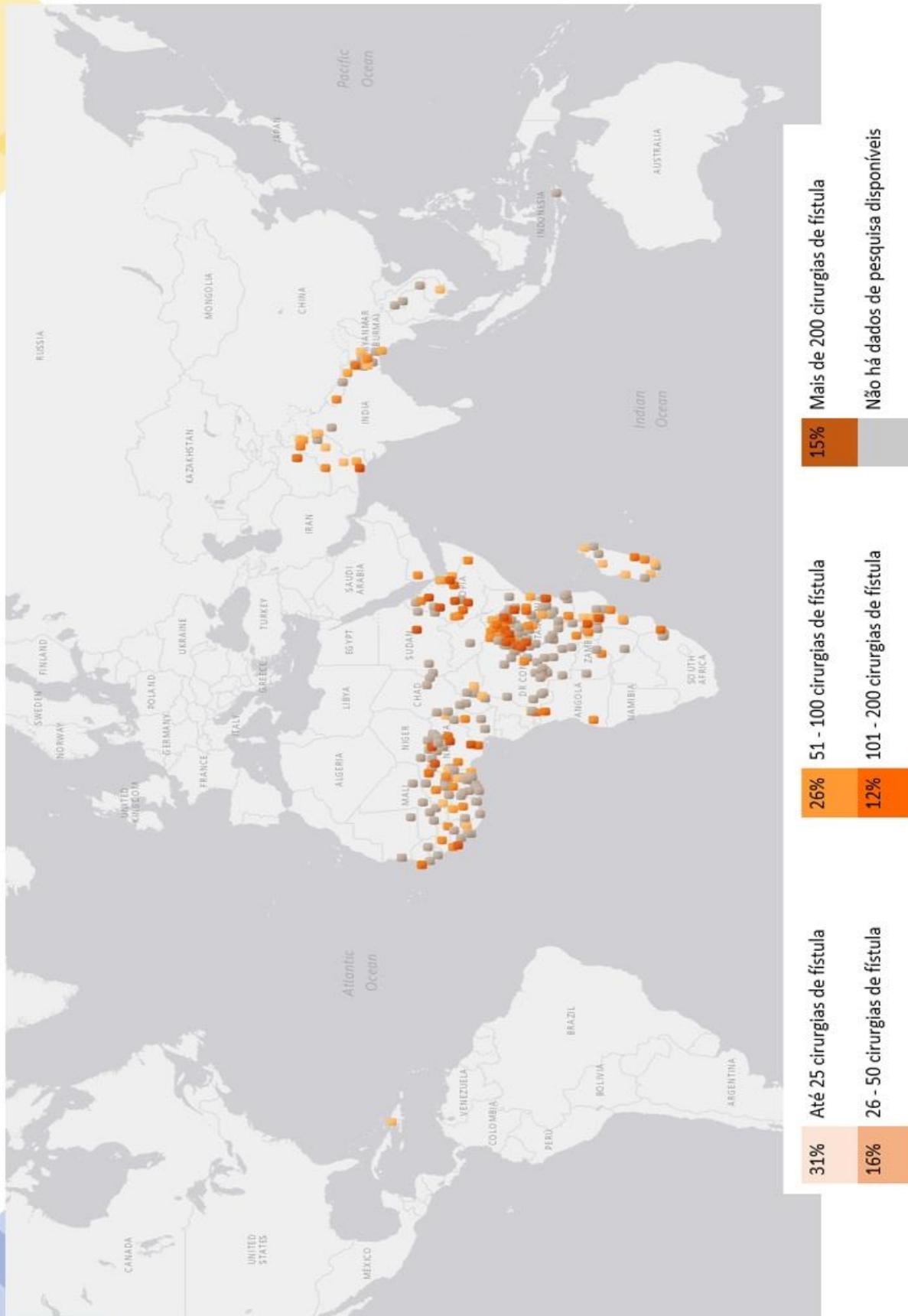
Além dos Inquéritos Demográficos de Saúde, também se faz necessário que as unidades de saúde sejam capazes de diagnosticar as fístulas durante as visitas pós-parto, notificar e encaminhar estas pacientes para os centros de reparação de Fístula Obstétrica. Para Tunçalp et AL (2015), só será possível alocar os recursos (humanos e financeiros) necessários para tratar as fístulas, quando houver precisão nos dados sobre a doença.

⁸³Burkina Faso, Camarões, Congo, Guiné, Quênia, Malavi, Niger, Nigéria, Senegal, Uganda e Tanzânia.

⁸⁴Com idade entre 15-49 anos - Demographic and health surveys. Rockville: DHS Program Office; 2014.

⁸⁵ Organizado pela organizado pela Fístula Foundation em parceria com a UNFPA. Disponível em: <http://www.globalfistulamap.org/>

MAPA GLOBAL DA FÍSTULA OBSTÉTRICA



4.3 CONTEXTO DA FÍSTULA OBSTÉTRICA EM MOÇAMBIQUE

Dentre as mulheres que têm buscado tratamento, constam algumas que estão com problemas de fístulas vesico vaginais desde o tempo colonial, com idades compreendidas entre 50 e 60 anos. Lembro que entrevistei uma senhora e perguntei há quanto tempo ela sofria com a fístula, a sua resposta foi “desde o tempo de Samora⁸⁶”.

Podemos afirmar que o problema da fístula em Moçambique é antigo, mas o tratamento é recente, o primeiro médico a dedicar-se ao tratamento da doença e a formação de profissionais foi o padre dehoniano Aldo Marchesini. De acordo com a sua biografia⁸⁷, o médico italiano chegou a Moçambique na década de 1970, com o intuito de escolher um local para construção do hospital missionário da diocese de Quelimane (Província da Zambézia). Depois viajou para Uganda a fim de aprender as técnicas de cirúrgicas, com o médico Giuseppe Ambrosoli, onde permaneceu por quase dois anos. O Médico tentou voltar a Moçambique, mas devido à guerra da independência teve seu visto negado, só conseguindo retornar ao país em 1974, assinando o seu primeiro contrato como cirurgião com o governo de transição. Assumiu como único médico no Hospital Rural de Mocuba, na Província da Zambézia, com 120 leitos. Em 1981, após realizar uma especialização na Itália, voltou novamente para Moçambique, desta vez para trabalhar no Hospital Provincial de Quelimane, onde atua até a presente data. Durante muitos anos Dr. Aldo Marchesini foi o único cirurgião a operar fístulas no país, de acordo com ele pouco a pouco a notícia se espalhou e as pacientes de fístula começaram a chegar ao hospital a sua procura (Marquesini, 2014). Para além do tratamento destas mulheres Dr. Aldo também se tornou responsável pelo repasse das técnicas das cirurgias de reparação aos médicos e técnicos de cirurgia que operam hoje no país. Um dos seus primeiros “estudantes” foi o médico Hélder Miranda, no início da década de 1980 (WLSA, 2011).

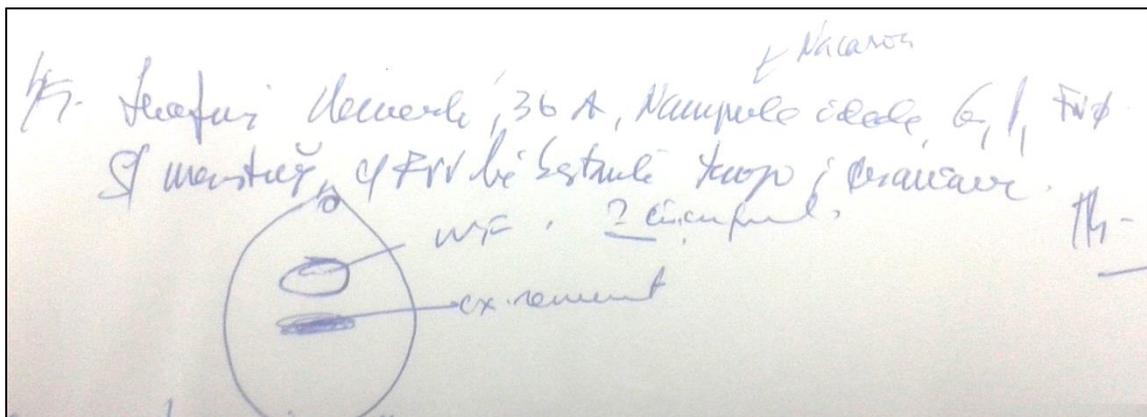
Eu estava a fazer a minha especialidade, como se chama, a residência. Fiquei quatro anos em Quelimane (...) assim aprendi e ajudei algumas fístulas ao Dr. Marquesini, mas eu só comecei a realmente, a tomar certo contato mais íntimo com as fístulas, e realmente, a operar e preocupar-me mais com esse problema quando vim aqui para a Beira. (Dr. Hélder Miranda, Hospital Central da Beira, 22/06/2015).

⁸⁶ Numa referência ao primeiro Presidente de Moçambique Samora Machel, que assumiu o poder em 1974.

⁸⁷Disponível em: <http://www.padrealdo.net>

No ano de 1987 o Dr. Marchesini organizou, a primeira campanha para realização de cirurgias de fístula a convite do Dr. Caetano Pereira - Diretor Provincial de Inhambane, o treinamento aconteceu no Hospital Provincial de Inhambane, que naquela época não contava com nenhum cirurgião capaz de operar os casos de FVV e contou a participação dos médicos Caetano Pereira e Igor Vaz, no período de um mês ele operaram 27 mulheres (WLSA, 2011). De acordo com o Dr. Marchesini, apesar de terem se passados tantos anos ele conserva nítida na memória as lembranças daquela primeira campanha, em seu relato menciona que pediu para o Dr. Pereira anotar os dados referentes às pacientes, tipo de fístula e localização, hábito que ele mantém até hoje conforme pude presenciar nas duas oportunidades que tive de estar ao seu lado.

Figura 04 – Anotações do Dr. Aldo Marchesini na Campanha das Fístulas realizada em agosto/2015 no Hospital Central de Nampula.



Durante anos o médico se dedicou a transmitir a técnica operatória das fístulas aos colegas mais jovens. Essa atividade foi intensificada a partir de 2005, quando se formou no distrito de Chimoio, Província de Sofala, o Núcleo de Reparação das Fístulas da Região Central de Moçambique, que se dedicava à transmissão da técnica. As ideias e as atividades deste Núcleo liderado pelos médicos Aldo Marchesini e Hélder Miranda foram se intensificando até que foi criado o Programa Nacional de Fístulas Obstétricas, cujo diretor atual é o ginecologista Dr. Armando Melo. Os cirurgiões já capazes de reparar fístulas não complexas, andam em volta de vinte. Existem também uma dezena de cirurgiões já experientes, capazes de resolver casos difíceis e todos eles contribuem no ensino aos mais novos (Jornal Domingo – 05/10/2014).

O bom resultado depende da atenção aos detalhes e da exatidão da execução dos gestos cirúrgicos. Muitos pontos de sutura que pareceriam impossíveis conseguir colocar em posições difíceis, tornam-se acessíveis conhecendo as maneiras alternativas de moldar a curvatura da agulha e de pegar na mão o porta agulhas. Dr. Aldo Marchesini – Entrevista para WLSA (2011).

Devido à falta de médicos no país, que possui 1.500 médicos e cerca de 24 milhões de habitantes⁸⁸, o Ministério da Saúde de Moçambique está capacitando os técnicos de cirurgia para realizarem as operações em casos de Fístula simples nos seus distritos, este é um assunto que tem gerado bastante polémica haja visto que nos outros países são médicos cirurgiões que operam as fístulas.

Esta é a nossa realidade. As senhoras têm que ser tratadas, e alguém tem que as tratar (...) Precisamos de trabalhar com os técnicos de cirurgia, e os resultados são bons. Além disso, quanto mais cedo chega a fistula ao hospital no distrito, mais fácil é de tratar. Dr. Armando Melo - responsável do Programa Nacional de Fístulas (WLSA, 2011).

Em 2007 o MISAU ampliou o apoio à questão da fístula e as campanhas de reparação da doença, no ano de 2010 o Fundo das Nações Unidas para a População – FNUAP passou a financiar estas ações, fazendo com que o número de profissionais de saúde treinados e de mulheres operadas venha aumentando ao longo dos anos. Conforme podemos observar ao comparar os dados da primeira campanha realizada em Moçambique no ano de 1987 e campanha realizada em 2011:

Quadro 07 – Comparativo dos números das campanhas de Fístula Obstétrica

Ano	Cidade	Dias de campanha	Médicos e Técnicos de Cirurgia	Total de cirurgias realizadas
1987	Inhambane	30 dias	03	27
2011	Beira	15 dias	14	67

⁸⁸ Que significa uma média de 1 médico para 22 mil habitantes, o dobro do recomendado pela OMS: no máximo 1 médico para 10 mil habitantes.

Transcorridos quase trinta anos após a primeira campanha cirúrgica em Moçambique, ainda há um longo caminho a percorrer, uma vez que apenas 20% das mulheres com fístula tem acesso ao tratamento (Jornal @ Verdade – 10/07/2014) o que indica que o acesso ao diagnóstico e tratamento destas mulheres é muito limitado. O Ministério da Saúde de Moçambique fez uma previsão dos novos casos de fístula obstétrica no país, considerando as projeções do Censo Geral de População e que os partos esperados (4,5% da população total do país) e que os novos casos estimados de Fístulas Obstétricas (0,2% do total de partos ocorridos).

Quadro 08 – Projeção do quantitativo de novos casos de Fístula Obstétrica.

Ano	População	Partos esperados	Novos casos de Fístula	Casos tratados
2008	21.207.929	954.357	1.909	S/inf.
2009	21.802.866	981.129	1.962	S/inf.
2010	22.416.881	1.008.760	2.018	159
2011	23.049.621	1.037.233	2.074	434
2012	23.700.715	1.066.532	2.133	317
2013	24.366.112	1.096.475	2.193	357
2014	25.041.922	1.126.866	2.254	S/inf.
2015	25.727.911	1.157.756	2.316	S/inf.

Fonte:(MISAU, 2012:13 e 14).

Estes números podem ser bem maiores se levarmos em consideração os partos realizados fora das unidades sanitárias e os casos de fístula obstétrica não notificados. 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 Sofala (MISAU, 2012:13). Para o Dr. Igor Vaz (2011) a elevada prevalência da doença nestas províncias deve-se ao fato de serem regiões rurais onde a maioria da população vive na pobreza absoluta, que possui baixa cobertura da assistência ao parto. 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 (UNFPA, 2003:42). Também devemos levar em consideração os aspectos culturais envolvidos, opinião partilhada pelo Ministério da Saúde de Moçambique - MISAU (Jornal Domingo – 05/10/2014), entre os principais estão o casamento prematuro e o parto em idade precoce.

De acordo com as informações colhidas no Global Fístula Map no período de 2010 a 2013 foram realizadas 1.429 cirurgias de reparação de FVV em Moçambique. Levando em consideração que o sistema de informação sobre as fístulas ainda é incipiente (MISAU, 2012:13) e como os dados são repassadas para UNFPA pelas próprias unidades de saúde, acreditamos que possa haver uma subnotificação dos casos tratados, uma vez que não constam no mapa os dados referentes aos Hospital Rural de Vilankulos, Hospital Provincial de Inhambane e Hospital Central de Nampula, que vem realizando está tipo de procedimento conforme pude constatar durante a pesquisa de campo.

Quadro 09 – Quantitativo de cirurgias de Fístula Obstétrica realizadas em Moçambique (Comparativo entre diferentes fontes)

Unidades de Saúde	2010	2011	2012	2013	Total por US
Hospital Central da Beira	160	150	153	42	505
Hospital Central de Maputo	-	150	182	196	528
Hospital Distrital Gúrue	23	13	-	-	36
Hospital Distrital Mucuba	18	-	-	-	18
Hospital Provincial de Quelimane	70	56	54	53	233
Hospital Provincial de Lichinga	-	65	06	18	89
Hospital Rural de Buzi	20	-	-	-	20
Total de cirurgias realizadas em Moçambique	291	434	395	309	1.429

Fonte: Compilação dos dados do Global Fístula Map.

Total de cirurgias realizadas em Moçambique	2010	2011	2012	2013	Total
	159	434 ⁸⁹	317	357	1.267

Fonte: Compilação dos dados divulgados pelo Ministério da Saúde.

Podemos perceber a discrepância entre os dados colhidos pela UNFPA e os dados apresentados pelo Dr. Armando Melo⁹⁰ Coordenador da Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas em Moçambique, um dos objetivos da Estratégia Nacional é justamente estabelecer um mecanismo institucional de monitoria, avaliação e auditoria dos casos de fístula obstétrica no país.

- I. Criar uma base de recolha de dados e monitoria dos indicadores sobre as FO e definir os indicadores a serem integrados no Sistema de Informação de Saúde (SIS)
 - II. Efectuar uma avaliação das necessidades relativamente às FO
 - III. Proceder à auditoria dos casos de FO
 - IV. Identificar as necessidades de pesquisa na área de FO
- (MISAU, 2012: 22).

Apesar da gravidade da doença, a maioria das fistulas são de fácil reparação, oito em cada dez casos são curados através de uma cirurgia simples (WLSA, 2011). Contudo, cerca de 30% (do total estimado por ano), refere-se a uma incidência de fístulas complexas e perto de 10% poderão mesmo ser consideradas “incuráveis” (Jornal Domingo, 17/05/2015). A meu ver um dos grandes problemas em Moçambique é a falta de médicos preparados para realizar tal procedimento. Para o Dr. Igor Vaz (2011) o tratamento para as Fístulas Obstétricas implica na capacitação dos profissionais de saúde, bem como a criação de equipas especializadas. Num país tão grande como Moçambique (801.590 km²) até pouco tempo atrás apenas três médicos⁹¹ eram capazes de realizar a cirurgia de reparação da

⁸⁹ Foi efetuado o seguinte volume de reparações: 166 em Nampula; 61 na Zambézia; 155 em Sofala e 52 na cidade de Maputo (MISAU, 2012:13).

⁹⁰ Diretor do Hospital Militar de Maputo e responsável no MISAU pelas campanhas de tratamento da Fístula Obstétrica.

⁹¹ Dr. Igor Vaz, urologista moçambicano e radicado no Hospital Central de Maputo; Dr. Aldo Marchesini, cirurgião general italiano que atual no Hospital Provincial de Quelimane e um cirurgião tanzaniano na província de Niassa (UNFPA, 2003:41).

fístula obstétrica no país (UNFPA, 2003 e Velez, 2007:148). A “*Avaliação nas Necessidades em Saúde Materna e Neonatal*” realizada em Moçambique no período de 2006-2007, mostra que 42,9% das Unidades Sanitárias tinham registro de pacientes com queixas de incontinência urinária/fecal, mas apenas 3,7% tinham registro de oferecer algum tratamento de reparação de Fístula Obstétrica (UNFPA, 2012), geralmente estas pacientes são referidas para uma Unidade Sanitária de nível superior ou voltam para as suas casas sem tratamento. Ressaltamos que até 2010 o país possuía apenas três grandes centros de reparação de fístula, poucas mulheres conseguem ser abrangidas pelo sistema nacional de saúde, tendo de percorrer longas distâncias para ter acesso ao tratamento ou esperar meses em alguns casos anos para conseguirem a cirurgia (Vaz, 2011). Mesmo esta realidade tendo melhorado um pouco ao longo dos últimos anos atualmente só existem algumas unidades de saúde que realizam cirurgias para reparação da fístula obstétrica, são eles o Hospital Central de Maputo, Hospital Central da Beira, Hospital Central de Nampula, Hospital Provincial de Quelimane, e Hospital Provincial de Lichinga no Niassa (Vaz, 2011). Em algumas províncias como Tete, Manica e Inhambane, as cirurgias de reparação da FO acontecem através de missões específicas compostas por cirurgiões, urologistas, obstetras e técnicos de cirurgia, organizadas pelo Ministério da Saúde (MISAU, 2012:13).

A cirurgia da fístula deve passar a ser feita de rotina nas unidades sanitárias com capacidade instalada para o efeito, pois temos milhares de mulheres com a esperança de retornarem à sua vida normal; temos milhares de mulheres a espera que lhes devolvamos a sua dignidade e auto-estima. - Alexandre Manguela, Ex-Ministro da Saúde de Moçambique (Jornal @ Verdade – 10/07/2014).

Para buscar reverter situação das fístulas em Moçambique o MISAU pretende assegurar que cada província tenha pelo menos um serviço de tratamento integrado para o tratamento da FVV, ainda de acordo com o Dr. Armando Melo existem onze unidades sanitárias em Moçambique que realizam as cirurgias de fístula obstétrica (Jornal Domingo - 05 de outubro de 2014). Mas a grande questão é como desenvolver um sistema de incentivos para que os médicos tenham interesse no tratamento das fístulas (UNFPA, 2003:42), uma doença que atinge a população pobre e não tem clientela nos hospitais privados, diferente do que acontece com as cirurgias plásticas, por exemplo. Observamos que tem havido pouco interesse por parte dos obstetras e ginecologistas em participar dos treinamentos oferecidos

pelo MISAU para reparar as fístulas obstétricas, o mesmo acontece com os residentes, que tem de passar por cada especialidade cirúrgica, lhes é ensinado, mas nenhum teve interesse em continuar a aprender essas habilidades (UNFPA, 2003:41). No texto *Obstetric fistula needs assessment report*, é citado um episódio onde o Dr. Igor Vaz teve de se afastar por três meses para dar uma formação em Cape Town, embora outros colegas do Serviço de Urologia sejam capacitados para realizar os reparos de fístulas simples, apenas uma cirurgia foi realizada neste período, os casos que surgiram foram deixados para quando o colega voltasse da África do Sul (Ibidem). Caso semelhante ocorreu durante a pesquisa de campo, quando o Dr. Igor tirou férias de 30 dias para tratar de assuntos pessoais, durante este período apliquei questionário com as pacientes que procuraram o Serviço de Urologia, mas as pacientes eram avaliadas e solicitado que voltassem após o fim das férias do médico. Em trinta dias apenas uma cirurgia FVV foi realizada, questionei aos colegas o porquê, já que se tratavam de casos simples (com exceção de uma paciente que veio transferida de Massinga) e que aos menos quatro colegas estariam aptos a operar, a resposta foi objetiva, que já havia muito o que ser feito na Urologia (Apertos, Câncer, Fimose...) e que era melhor não pegar os casos de fístula e deixar para o colega operar na sua volta. Isso faz com que as pacientes de FVV vão se acumulando cada dia mais e supercarregando a enfermaria do Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo.

Durante as campanhas o MISAU fala em sensibilização a população para lidar com as mulheres com Fístula Obstétrica, mas está sensibilização deve começar dentro das unidades de saúde. Ouvi diversos relatos de pacientes que convivem com a doença a mais de vinte anos, sem nunca terem sido tratadas, comprovando o negligenciamento do governo para os casos de fístula. Devido à alta prevalência de outras patologias como HIV/AIDS⁹², tuberculose, malária e o câncer, as fístulas obstétricas não eram encaradas de forma prioritária nas unidades de saúde, e nem percebidas a nível político, como um problema de saúde pública (Vaz, 2011). Desde 2002 o Ministério da Saúde, com suporte financeiro do Fundo das Nações Unidas para a População – FNUAP, tem um programa Nacional para Tratamento de Fístula Obstétrica e formação de Técnicos para prevenção e tratamento da doença, durante o trabalho de campo tive a oportunidade de participar de duas destas

⁹²HIV é a sigla em inglês para *Human Immunodeficiency Virus*, sendo ele o vírus causador da AIDS, também uma sigla que vem do inglês (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) e que em português quer dizer Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA, nomenclatura utilizada em Moçambique.

missões, nas cidades da Beira e Nampula, mais a frente falaremos especificamente sobre estas campanhas.

Apesar de Fístula Obstétrica representar um grave problema de saúde em Moçambique, muitas pessoas não têm conhecimento sobre a doença, para a UNFPA (2012) este desconhecimento deve-se ao fato dela afetar essencialmente as pessoas mais marginalizadas da sociedade: mulheres pobres, analfabetas e que vivem nas zonas rurais remotas do país. Durante minha estadia em Moçambique tive a oportunidade de apresentar minha pesquisa numa aula da disciplina de Antropologia da Saúde, ministrada pela Professora Esmeralda Celeste Mariano no curso de Antropologia da Universidade Eduardo Mondlane. Antes de iniciar a atividade questionei aos alunos presentes, cerca de quarenta jovens moçambicanos, quem já havia ouvido falar sobre a Fístula Obstétrica. Para minha surpresa apenas um deles, que era proveniente da cidade de Quelimane⁹³, conhecia a doença, na sua fala ele também destacou o fato do médico italiano Dr. Aldo Marchesini, radicado na Zambézia, ter recebido em 2014 o Prêmio das Populações oferecido pelas Nações Unidas pelo seu trabalho desenvolvido no Hospital Rural de Quelimane, junto às mulheres com fístula obstétrica. Era possível perceber a feição de espanto dos jovens estudantes diante do panorama da doença naquele país, isso demonstra a necessidade que o Governo Moçambicano tem para sensibilizar a população a respeito desta doença, ajudando desta forma a prevenir novos casos e identificar os casos já existentes. Uma vez que a prevenção, mais do que o tratamento, é a chave para o fim da fístula. Todas as mulheres, em particular as adolescentes, devem ter acesso aos serviços de planejamento familiar e métodos contraceptivos, e no caso de gravidez precoce⁹⁴ 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 (UNFPA, 2012).

⁹³ Capital da Província da Zambézia, localizada na região central de Moçambique, e que possui uma das maiores taxas de incidência da doença no país.

⁹⁴O termo “gravidez precoce”, pressupõe uma idade mais adequada para ter filhos e a existência de uma maturidade física e psicológica. Há, portanto, um pressuposto cronobiológico de condição reprodutiva ideal, que a princípio não considera as diferenças individuais, de gênero, étnicas, sociais e culturais.

4.4 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À DOENÇA

A Antropologia da Saúde propõe a inter-relação de cultura-sociedade-natureza como fatores determinantes do estado de saúde de um grupo (Marroni, 2007). As doenças passaram a ser vistas como sendo o resultado de um único fator biológico, mas como o resultado de causas múltiplas entre os quais fatores sociais e culturais. Em relação a Fístula Obstétrica, para além das causas físicas já descritas responsáveis por esta patologia; trabalho de parto prolongado, lesões cirúrgicas acidentais relacionadas com a gravidez e operações invasivas para induzir o aborto ou histerectomia (Vaz, 2011). A UNFPA, juntamente com outros parceiros, entre eles a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, elencou, após a revisão de relatórios elaborados em onze⁹⁵ países do continente africano, os principais fatores que contribuem para a incidência da fístula obstétrica. Levando em consideração o contexto moçambicano destacamos os fatores prevalentes da doença naquele país:

4.4.1 Pobreza extrema e falta de acesso aos serviços de saúde

Em Moçambique a maioria das mulheres com Fístula Obstétrica é negra e pobre, assim como a maioria da população do país. A doença ocorre normalmente em mulheres que vivem longe das unidades sanitárias, pois viver nas zonas rurais significa ter menor acesso aos serviços públicos.

Dentre os fatores que contribuem para a fístula, a pobreza é mais determinante, porque está associada ao casamento prematuro e à desnutrição. Além disso, a pobreza reduz as possibilidades das mulheres se beneficiarem dos direitos e cuidados de saúde reprodutiva, entre os quais a assistência ao parto.

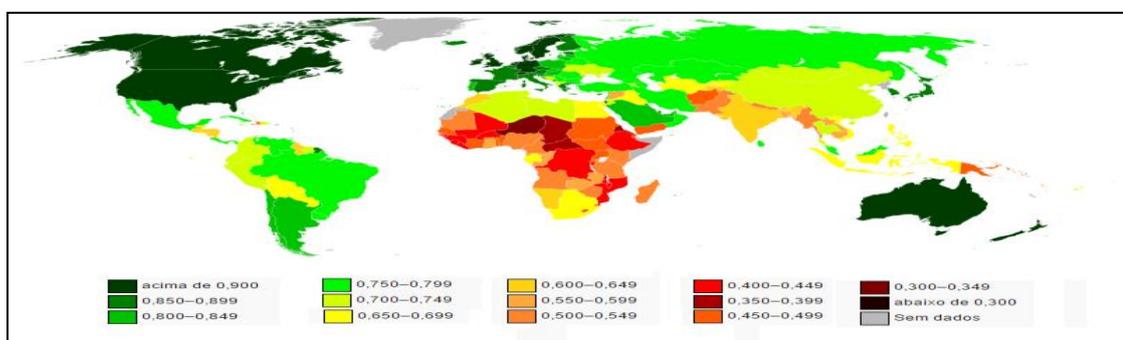
A pobreza é a realidade de 54,7% da população em Moçambique, com 11,7 milhões de pessoas em situação de pobreza alimentar (Casimiro et al., 2012). Ao falarmos em pobreza não estamos pensando apenas nos aspectos econômicos, mas também na maximização das escolhas, através da liberdade, da capacidade e das oportunidades, dando as mulheres a possibilidade de ter uma vida longa e saudável (PNUD, 2015: 03). Existem ainda muitos desafios para o desenvolvimento do país, que continua sendo um dos mais

⁹⁵ Benin, Chade, Quênia, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

pobres do mundo e ocupa a posição 181 de 188 no Índice de Desenvolvimento Humano de 2016, publicado em março de 2017.

Utilizamos como referência o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, medida comparativa que leva em consideração os fatores de alfabetização, educação, natalidade, esperança de vida, riqueza, entre outros fatores em diversos países do mundo. Reproduzimos abaixo o mapa-múndi com o IDH⁹⁶ de 2014, divulgado no Relatório do Desenvolvimento Humano 2015 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento:

Figura 05 – Mapa do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 2014



Segundo os dados do IDH 2014 dentre os 20 países que detém os piores índices 19 estão localizados no continente africano⁹⁷. Conforme observa Beluce Bellucci, todos os países africanos que estão com Baixo Desenvolvimento Humano, foram países colonizados no século XX. Para este autor, não é por acaso que estas ex-colônias se encontram em situações parecidas e muito críticas (Bellucci, 2006:126).

Dentro do contexto mundial a constituição de Moçambique como Estado nacional deu-se tardiamente (década de 1970), e após sua independência o país sofreu durante anos com guerras, conforme mencionado anteriormente. A guerra devastou as infraestruturas do país, destruindo as instalações de saúde e escolas, o que acarretou um impacto principalmente na vida das mulheres, que ficaram mais prejudicadas na questão da alfabetização e cuidados materno-infantil (Sarmiento, 2011:03). A situação social, política e econômica moçambicana se deteriorou a ponto de tornar o país extremamente vulnerável e dependente dos vizinhos África do Sul e Zimbábue, e principalmente de ajuda humanitária

⁹⁶ Lembrando que o IDH tem o limite máximo de 1,0.

⁹⁷ Com exceção do Afeganistão, país localizado no continente asiático e devastado por décadas de guerras.

internacional (Ibdem:127). Conforme podemos observar na tabela abaixo, Moçambique continua a ser um dos países mais pobres do mundo, dentre os 188 avaliados, ele ocupa a 180ª posição no ranking, na frente apenas de países como Níger, Eritreia e Chade. Segundo os relatórios do governo, cerca de 70% da população vive em condições de extrema pobreza, e o país apresenta o índice de Pobreza Humana mais elevado da África Austral⁹⁸.

Quadro 10 – Índice de Desenvolvimento Humano de Moçambique (por ano)

Ano	IDH	Posição
2007	0,402	173ª
2012	0,327	185ª
2014	0,416	180ª

A pobreza em Moçambique não está apenas relacionada com o fato de não ter emprego, no sentido de trabalho assalariado, uma vez que a maioria da população compõe uma sociedade doméstica, ou seja, uma população rural com uma organização societal própria anterior ao colonialismo e que se mantém até hoje (Bellucci, 2006:127). Segundo Enilde Sarmiento (2011:04) neste tipo de organização social as mulheres têm o papel de detentoras da tradição e conservadoras da cultura, conseqüentemente sua autonomia e emancipação é vista como ameaça a estrutura tradicional. A exclusão social também se dá no meio de grupos pobres entre gêneros, raças e grupos etários, assim como entre diferentes comunidades (Maleane e Suaiden, 2010:70). Desta forma a pobreza está sobretudo relacionada com a ausência de poder, de representação e de liberdade (Casimiro e Souto, 2010: 21), nesta perspectiva para sair da pobreza as pessoas, em particular as mulheres, precisam ter liberdade para ter acesso aos recursos e sobre a possibilidade de melhorar suas vidas (Ibdem:22). Ao analisar o Índice de Desenvolvimento Humano por Gênero – IDHG 2014, podemos perceber as discrepâncias entre homens e mulheres em Moçambique:

⁹⁸A África Austral, também chamada de África Meridional ou Sul de África é formada pelos seguintes países: África do Sul, Angola, Botsuana, Lesoto, Madagáscar, Malauí, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Suazilândia, Zâmbia e Zimbábue.

Quadro 11 - Compilação do Relatório do Desenvolvimento Humano (2015)

IDH		Média de anos na escola		Rendimento Nacional Bruto Estimado (per capita)	
Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
0,390	0,443	2,4	4,3	1.040	1.210

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

As relações de gênero no país são marcadas pela posição subalterna da mulher dentro da sociedade moçambicana, quer em comunidades patrilineares (região sul do país) ou em comunidades matrilineares (região centro e norte). E por serem colocadas neste estatuto “subalterno”, as mulheres em muitas comunidades, não tem o poder de decidir quando e onde ter filhos (UNFPA, 2012).

Cada dia é mais um desafio. É um conjunto vasto de trabalho, um jogo de cintura para servir e alimentar as crianças mal nutridas e vulneráveis, aturando o stress do marido desempregado (companheiro ou pela falta dele), doença da família e velhice dos pais/ sogros. Uma gama de tarefa nos mil braços da mulher. Desde machamba, busca de lenha, água e saúde, no poço, rio ou hospital distante, cozinhar para a família, cuidar da casa e dos filhos. (Vicente, 2013: 68).

Para Vicente (2013:68), fornecer os recursos mínimos indispensáveis como água, saúde, educação e habitação significa lhe dar a possibilidade de uma vida com dignidade e liberá-la da extrema pobreza.

4.4.2 Parto institucional e acesso limitado aos cuidados da maternidade segura.

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). O Inquérito Nacional sobre as Causas da Mortalidade (período de 2007-2008) avaliou uma amostra de 213 mortes maternas, destas 36% tiveram parto em casa e assistido por pessoa não qualificada para tal (parente ou vizinho) ou sozinhas (sem assistência).

Mas muitas destas das FVV também ocorrem no contexto do próprio sistema nacional de saúde, quer pela insuficiente da cobertura da rede de assistência institucional e

fraca preparação dos seus técnicos, bem como à margem do sistema nacional de saúde devido à existência de atitudes prejudiciais à assistência ao parto e à grávida. (Jornal @ Verdade – 11/10/2011). Neste tópico focaremos na deficiência na rede de assistência obstétrica, como um dos principais fatores causadores das FVV em Moçambique (Amalique, 2008:26).

Durante o período colonial português, Cassimiro Rocha desenvolveu um estudo sobre a assistência materna nas colônias portuguesas em África e constatou que apenas 29% dos partos eram realizados nos hospitais (Rocha, 1943:26). No caso de Moçambique o autor afirmou que a assistência materna era dividida em dois setores, o urbano e o rural. No primeiro seria mais fácil de oferecer um sistema de assistência obstétrica, mas no segundo seria mais difícil devida principalmente a dispersão entre as vilas. Enquanto aguardavam o parto as grávidas habitavam palhotas construídas perto da maternidade, sendo alimentadas pelas próprias famílias (Ibidem:14). Já naquela época o autor atribuía ao “ativismo indígena” o fato de as mulheres terem seus filhos em casa, ao invés de procurarem as maternidades (Ibidem:16). Passados mais de setenta anos Moçambique ainda não consegue prestar uma assistência adequada as parturientes.

As crenças aqui em Moçambique são muito fortes. Ainda prevalece a questão de que o parto pode acontecer em casa e as mulheres acreditam que é preciso ter um parto normal em casa. Então, esse fator cultural contribui muito, o outro fator é o da falta de conhecimento. – Dr. Osório Trigo, Diretor do Hospital Rural de Vilankulos.

De acordo com os dados divulgados pelo Sistema de Informação em Saúde – SIS a cobertura dos partos institucionais no país é de 63%, demonstrando que 37% dos partos ainda são realizados em casa.

Quadro 12 – Quantitativo dos partos esperados e realizados em US de Moçambique

Ano	População	Partos esperados	Partos realizados (Unidades Sanitárias)
2010	22.416.881	1.008.760	623.064
2011	23.049.621	1.037.233	639.954
2012	23.700.715	1.066.532	600.651

2013	24.366.112	1.096.475	754.732
------	------------	-----------	---------

Para Dr. Aldo Marchesini é necessário conhecermos estes números para refletirmos o porquê destes partos continuarem a ser realizados em casa (Jornal @ Verdade – 15/05/2009). Durante a pesquisa de campo vimos que a relutância das mulheres em procurarem as Unidades Sanitárias para realizarem seus partos ou mesmo efetuar as consultas do pré-natal está relacionada com uma série de fatores, dentre os quais destacamos a distância das unidades sanitárias e a tradição de que o parto deve ser realizado em casa. Para o Dr. Armando Melo (anotações de campo – junho/2015) seria necessário trabalhar em conjunto com os Régulos⁹⁹, no sentido de incentivar as famílias a levarem as gestantes sem estrutura física (baixa estatura e pouca idade) para ter um parto normal no hospital mais próximo, ou para para realização de uma cesariana eletiva, evitando desta forma a morte do bebe e o desenvolvimento da fístula na paciente. Aspectos reforçados pelo médico Osório Trigo, Diretor do Hospital Rural de Vilankulos na Província de Inhambane, ele destaca o papel da oralidade, a distância e dificuldade das parturientes de chegarem até o Hospital para terem seus filhos.

Os tempos são outros e as coisas também são diferentes, então essa componente, essa passagem oral, desses testemunhos do parto natural em casa acabam influenciando, de certa maneira. A outra razão forte é a questão ligada com a logística. As pessoas vivem muito longe das Unidades Sanitárias, muitas delas vivem acima de dez quilômetros pra encontrar uma Unidade Sanitária. Então, elas, no lugar de mobilizar todos recursos pra deslocar pra uma unidade sanitária, quando ela tem uma avó, uma tia que diz que é possível ela ter parto ali, então prefere ficar, lá no povoado, dar parto lá, porque pra percorrer longa distância pra encontrar uma unidade sanitária é muito difícil. – Dr. Osório Trigo

Outro fator agravante é a falta de autonomia da mulher em procurar a Unidade Sanitária, principalmente se o marido não estiver em casa para autorizar sua ida ao Hospital. Para Patrão (2014:08) isto denota uma desvalorização da mulher face ao homem, onde ela ocupa um papel secundário e de pouco poder, principalmente no que se refere às suas próprias decisões.

Apesar da Constituição de Moçambique dizer que as mulheres têm os mesmos direitos que os homens. A tradição diz o contrário, expondo as desigualdades de gênero,

⁹⁹ A palavra régulo significa Pequeno Rei (latim) sendo utilizada para se referir as autoridades tradicionais.

num país onde as relações patriarcais estão fortemente enraizadas (Vieira et al., 2014:). Conforme podemos verificar no caso da paciente S.J.S. (22 anos – Gaza), ela estava sozinha em casa quando iniciou o trabalho de parto, o marido estava trabalhando na África do Sul. Ela tentou sem sucesso tirar o bebê, como não conseguiu pediu ajuda aos vizinhos. Estes tentaram entrar em contato com o marido, mas não conseguiram, então resolveram chamar a mãe de S.J.S. que fez o parto. Mas já haviam se passado três dias e a criança nasceu morta. Só então ela foi levada para o Hospital Provincial de Xai Xai devido à hemorragia.

Essa questão do marido, tem uma outra coisa muito forte também, é que a mulher de moçambicana é submissa. Ela é submissa, e nós sabemos que muitos moçambicanos são imigrantes da África do Sul, estão fora, a procura de vida, trabalho, qualquer emprego. Então, aquela mulher só pode sair de casa se o marido autorizar. Se o marido não autoriza, ela não sai, por si não tem como dizer "eu já estou a parir, vou embora". – Dr. Osório Trigo.

Este não foi um caso isolado, entrevistei outras pacientes que também não foram levadas para maternidade, pois as famílias não conseguiram falar com os maridos para autorizarem o procedimento. No caso de ausência do marido uma figura de poder que se destaca é a sogra, ela como mãe do marido também pode autorizar, ou não, que a gestante seja levada a unidade sanitária.

A sogra aqui é uma Deusa. Todos os poderes estão sobre a sogra. A sogra é que determina, e os homens confiam mais também, na mãe. (...) A mãe é que dá o subsídio ao filho e diz "a sua esposa não tem que ir", e ele diz "então não vai, não vai, pronto, acabou". E é muito frequente isso. E quase todas as mulheres que vem dar parto, vem acompanhada pela figura da sogra. – Dr. Osório Trigo

Para Dr^a. Lídia Baiocchi (Hospital Central da Beira) erradicar a fístula em Moçambique requer vontade política, para médica negar cuidados a uma mulher em trabalho de parto é uma violação do direito à saúde, sugerindo punição aos parentes como forma de obrigá-los a levar a mulher até a maternidade. Opinião partilhada por outros médicos de Moçambique, em conversas informais que tivemos ao longo do trabalho de campo.

Precisamos de uma condenação exemplar para os parentes que não levam a mulher para o hospital na altura do parto, julgados por um tribunal formal ou tradicional. Se uma família culpada disso for obrigada a pagar três cabritos, por exemplo, por um tribunal comunitário, será dado um forte sinal de condenação. – Dr^a Lidia Baiocchi (WLSA, 2011).

Apesar dos esforços das autoridades para estender e desenvolver a rede de assistência sanitária nas áreas rurais, a fístula obstétrica é um problema que atinge particularmente as sociedades rurais (Amalique, 2008:13). Fato que podemos verificar durante a pesquisa, pacientes provenientes de zonas rurais remotas e que tem de percorrer longas distâncias para chegar às Unidades de Saúde.

Recebemos pacientes com partos fora da maternidade, e às vezes ao caminho do hospital. Porque não conseguiu transporte, acaba dando parto durante o caminho, para o hospital. Apesar de várias estratégias de sensibilização, não obtém, quando chega próximo do parto, tem que vir aqui ao hospital aguardar o parto. – Dr. Osório Trigo

Em muitos casos as pacientes são levadas para as Unidades de Saúde próximas as suas casas, mas estas não estão preparadas para realizar uma cesariana. Chegamos ao outro impasse que é a escassez ou ausência de transporte para transferência destas pacientes aos centros médicos.

Há três anos, Vailete Rubene, de Dacata, Mossurize (de idade desconhecida) esteve grávida de trigêmeos. Devido a complicações no parto, foi transferida do Centro de Saúde de Dacata para o Hospital Distrital de Mossurize, um percurso de 35 km em estradas em mau estado. Posteriormente foi transferida para o Hospital Provincial de Chimoio, que fica a uma distância de 250 km em estradas não pavimentadas. Como resultado do atraso na obtenção da assistência de que necessitava. Vailete tragicamente deu parto a nados mortos e desenvolveu a fístula. (UNFPA, 2012)

Uma saída encontrada pelo governo foi a construção das “Casas Mãe”, que seria um local de espera para gestante junto às maternidades, mas a procura por este serviço ainda é muito baixa. Para o Dr. Osório Trigo, Diretor no Hospital Rural de Vilankulos mesmo que durante o pré-natal seja solicitado à paciente que tenha parto no hospital, a paciente só irá procurar o serviço se esta decisão for um consenso dentro da família, caso não seja autorizado, de forma alguma esta mulher ira sair de casa. Sendo necessário portanto realizar

um trabalho de sensibilização junto à sociedade, no sentido de esta valorizar a necessidade do parto seguro (Jornal de Notícias – 24/08/2013).

Nem toda população consegue aderir, e muita das vezes, aquilo que eu estava a dizer, não é fácil uma senhora abandonar os filhos. A mulher em Moçambique prioriza mais a família, as crianças. Então ela pesa "entre eu ir aguardar um parto no hospital e deixar minhas crianças sozinhas". Então ela prefere ficar junto da família e ter o parto em casa. – Dr. Osório Trigo

Desde o período colonial Cassimiro Rocha já falava sobre a necessidade de fornecer assistência completa as grávidas, incluindo visitas domiciliares, sendo necessário portanto preencher os quadros com profissionais de saúde qualificados (Rocha, 1943:14/15). Opinião partilhada pela UNICEF (2015:13) uma vez que o acesso a assistência ao parto tem a ver com determinados privilégios tais como riqueza das famílias, nível de escolaridade dos pais e proximidade com a capital. Este cenário constitui uma preocupação pois a maioria da população não se enquadra neste perfil (pobre, analfabetos e habitantes de zonas remotas), sendo, portanto, necessário levar estes profissionais para atuarem nas Unidades de Saúde espalhadas pelo país.

4.4.3 Casamento prematuro e gravidez na adolescência¹⁰⁰

O casamento infantil ou prematuro, como é habitualmente referido em Moçambique, é uma prática realizada em todo o mundo, onde mais de 60 milhões de mulheres casaram-se antes de completar 18 anos¹⁰¹. Nos países em desenvolvimento cerca de 36% das mulheres estavam casadas ou viviam em união antes dos 18 anos de idade, em algumas regiões a ocorrência do casamento infantil é particularmente alta, chega a 29% na Ásia e 44% na África (OMS, 1998:17). Os dados da UNICEF confirmam que este fenómeno está localizado sobretudo em países pobres e de menores rendimentos (Francisco, 2014: 03).

Moçambique apresenta uma das maiores taxa de casamentos prematuros do mundo em 1987, 66.7% da população feminina das zonas rurais contraíram o matrimónio antes dos

¹⁰⁰Seguimos o critério da OMS (Organización Mundial de La Salud - Necesidades de salud de los adolescentes. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra, OMS: 1977. Série de Informes Técnicos n. º 609) que considera gravidez na adolescência, aquelas com idades entre os 10 e 19 anos.

¹⁰¹Fundo das Nações Unidas para a Infância. Progress for Children: A report card on maternal mortality. Nova Iorque: UNICEF, setembro de 2008, Número 7, p. 9.

18 anos, enquanto nas zonas urbanas a percentagem era de 41.5% (Nhantumbo-Divage e Marrengula, 2010:04). De lá para cá este cenário pouco mudou, de acordo com dados do Inquérito de Saúde (1997, 2003 e 2011) cerca de 40% das mulheres moçambicanas entre 15-19 anos já tem filhos. O país ocupava em 2010 a 7ª posição no ranking de casamentos infantis, dados revelavam que no país 56% das mulheres se casam antes dos 18 anos (WLSA, 2011). De acordo com os dados de inquéritos nacionais e agregados familiares realizados entre 2005 a 2012, compilados na publicação da UNICEF “The State of the World’s Children” – 2014, o país ocupa o 11º lugar na lista, depois do Níger, Chade, República Centro- Africana, Bangladesh, Guiné, Mali, Burkina Faso, Sudão do Sul, Malawi e Madagáscar, contabilizando um percentual de 48% de casamentos de mulheres antes dos 18 anos.

Existem disparidades entre as regiões de Moçambique, o país é dividido em 11 províncias, nomeadamente Cabo Delgado, Inhambane, Gaza, Nampula, Niassa, Manica, Maputo (província), Maputo Cidade, Sofala, Tete e Zambézia. As províncias da região sul (próximas a Maputo - capital do país) tendem a estar mais bem posicionadas em todas as variáveis, comparativamente as províncias das regiões centro e norte. Um estudo qualitativo desenvolvido por Silva e Andrade (2005), em Moçambique, revelou que os jovens das zonas urbanas formam seus saberes sobre a sexualidade com amigos e na escola. Já os jovens das zonas rurais são estimulados pela família as práticas sexuais prematuras, sobretudo por via dos casamentos prematuros (Patrão, 2014:09). As jovens das zonas urbanas casam-se mais tarde, comparado aos que habitam nas zonas rurais e isoladas do país (UNICEF, 2015:05). Conforme podemos perceber no mapa ao lado, que exibe a média idade em que as mulheres se casaram, as províncias da região norte do país é que apresentam os menores índices:

Figura 06 - Média de idade das mulheres ao se casarem – por província.



O casamento prematuro é uma violação dos direitos humanos das meninas, que ainda não tem maturidade para tomarem uma decisão tão importante e que afetará as suas vidas (WLSA, 2011). De acordo com a UNICEF (2009:33) embora este não seja um tema tratado diretamente na Convenção Sobre os Direitos da Criança (aprovada pela ONU em 1989 e ratificada pelo Conselho de Ministros em 1990), é reconhecido no Artigo 16 da Declaração Universal dos Direitos Humanos como o “*direito ao consentimento livre e pleno com o casamento*”. Em Moçambique os diferentes instrumentos legislativos e políticos sobre a proteção da criança, não abordam, de forma específica, a questão do casamento prematuro. Albino Francisco (2015:02), cita como exemplo o Plano Nacional de Ação para a Criança (PNAC II), o documento traz como meta do Governo reduzir os casamentos prematuros até 2019, mas não diz de que forma isso acontecerá.

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra as Mulheres – CEDAW (da sigla em inglês) ou Convenção da Mulher (1974) é o primeiro tratado internacional que dispõe amplamente sobre os direitos das mulheres, e conclama os Estados estabeleçam (por lei) uma idade mínima para o casamento. Já a Carta Africana sobre os Direitos e Bem Estar da Criança (1979), reforça a obrigação dos países africanos a desencorajarem “qualquer costume, tradição, prática cultural ou religiosa” que afetem a saúde e a vida da criança, bem como as práticas discriminatórias com base no sexo, como, por exemplo, casamento precoce, eliminando “práticas sociais e culturais perniciosas que afetem o bem-estar, a dignidade, o crescimento e o desenvolvimento normal” da criança.

A definição de “criança”, de acordo com a Convenção Sobre os Direitos da Criança, é todo ser humano com menos de dezoito anos, exceto se a lei nacional conferir a maioridade mais cedo (Vicente, 2013: 62). Em Moçambique, nos termos da Lei da Família nº 10/2004, a idade legal para o casamento aumentou de 16 para os 18 anos, mas se os pais consentirem o casamento ainda pode ocorrer aos 16 anos. Porém, a despeito do compromisso internacional com relação às mudanças e à capacidade de implementação das Leis já em vigor em alguns países ainda é limitada devido principalmente as pressões sociais no nível das comunidades, onde os casamentos prematuros continuam a ser frequentes.

Contudo, a compreensão sociocultural do que é ser criança em África é mais complexa do que a legislação prevê. José Vicente, citando um estudo realizado pela *Save the Children*, constatou que as comunidades desconsideram a idade cronológica e utilizam critérios baseados em características biológicas, culturais e comportamentais para compreender o que é ser criança (Vicente, 2013: 62). Podemos perceber que em Moçambique os ritos de iniciação e a menarca, são eventos de referência, indicando que a jovem está preparada para o casamento. Conforme trecho de entrevista extraída do texto “Casamentos prematuros em Moçambique - Contextos, tendências e realidades”.

Quando a minha primeira menstruação apareceu eu sabia que já era uma pessoa grande. As minhas tias ensinaram-me que estava preparada para ter marido e ter os meus filhos. Eu já podia ter a minha casa só tinha que esperar. Só não sabia quem iria casar comigo, mas sabia que os meus pais queriam que eu me casasse com uma pessoa grande que pudesse cuidar de mim e dos meus pais. Eu não achei mal porque na minha terra é assim. Quando o período começa as meninas devem casar-se. Quem não casa é porque tem problemas. Essa pessoa é maltratada pelos pais, irmãos e pela

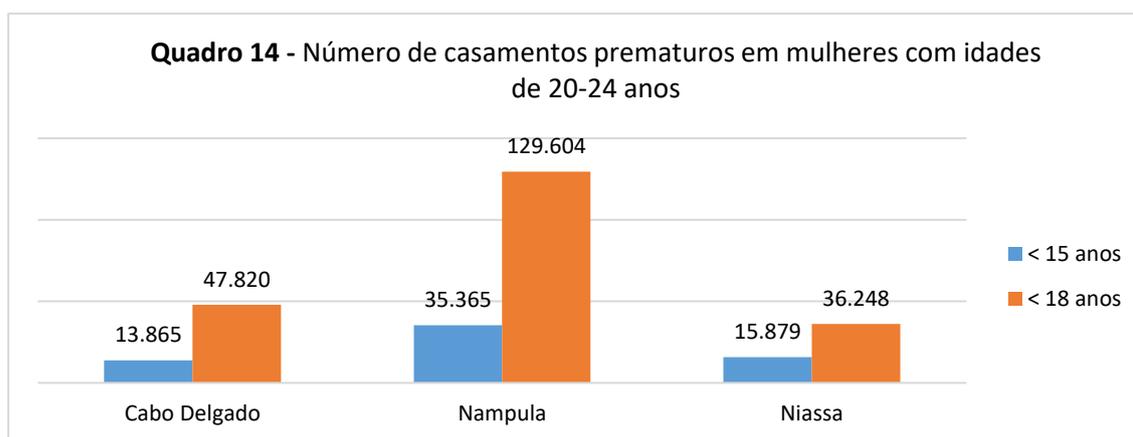
família toda. Ninguém quer passar por isso. (Nhantumbo-Divage e Marrengula, 2010:20).

Em Moçambique é o casamento que determina a passagem para idade adulta (Vaz, 2011) e, o nascimento do primeiro filho e efetiva o processo de formação da identidade e de pertença ao grupo. Desta forma, a maneira como cada sociedade concebe a categoria criança, faz com que o casamento prematuro não seja percebido como uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos das meninas, ao mesmo tempo em que reflete a estrutura de poder que orienta as relações entre criança/adulto e homem/mulher dentro da sociedade moçambicana (Nhantumbo-Divage e Marrengula, 2010:06). Então apesar da proibição legal, os líderes comunitários da Província de Nampula (região norte de Moçambique) afirmam realizar casamentos tradicionais de meninas de 13 anos (Jornal @ Verdade - 13/06/2013). Realidade que podemos atestar na nossa pesquisa, conforme proporção de inquiridas que afirmaram ter casado antes dos 18 anos:

Quadro 13 – Idade das inquiridas ao casar-se (percentual)		
<13 anos	<15 anos	<18 anos
6%	30%	61%

Na perspectiva do casamento prematuro, suas consequências na vida das mulheres e a relação com a fístula obstétrica uma das histórias que mais surpreendeu foi de M. F. (44 anos - Nampula), que casou aos 11 anos, ficou grávida pela primeira vez aos 13 e dois anos depois já estava grávida do seu segundo filho. O bebê nasceu morto após um trabalho de parto obstruído, assistido em casa por uma parteira tradicional. Como decorrência, além da morte do bebê, M.F. desenvolveu uma fístula e vem convivendo com a doença há 29 anos. Tem perda constante de urina, sente dores durante a relação sexual e acredita ter ficado estéril, pois desde o parto não conseguiu mais engravidar (também relata ausência de menstruação).

M.F. é proveniente de Nampula e são justamente as províncias do norte do país que registram as maiores taxas de casamentos prematuros, conforme podemos perceber na tabela abaixo:



Fonte: Quadro elaborado com base nos dados do relatório da UNICEF Moçambique (UNICEF, 2015:13).

A incidência dos casamentos prematuros é maior em meninas em situações desfavorecidas, tais como zonas rurais pobres e com pouco acesso à escola. Devido ao agravamento da crise econômica em Moçambique o casamento precoce ganha cada vez mais espaço, as meninas valem, sobretudo pelo dote que os pais recebem da família do noivo (dinheiro¹⁰², cabeças de gado, dentre outros bens). Mas, além dos fatores sociais e econômicos parte dos casamentos prematuros é explicada pelas diferenças religiosas e regionais (Ibdem:06).

“Quem não sabe ler e tem seis filhas, vai dá-las em casamento para se sustentar às custas delas. Mulher também é mão-de-obra.” Por isso, muitos pais dão as mãos das filhas em casamento para receber o dote – que inclui dinheiro, favores e animais – ofertado pela família do futuro genro. Casos há em que a união é acertada com o pretendente antes de a menina nascer. Já o homem que procura uma adolescente para casar geralmente quer mais mãos para ajudar na lavoura. (Jornal @ Verdade – 23/09/2008)

De acordo com Leonor Moiana, Diretora Provincial de Educação e Cultura da Província de Tete em entrevista ao Jornal @ Verdade (23/09/2008) existem relatos de meninas que recusaram o casamento e foram submetidas a castigos corporais e privadas de comida, até mudarem de ideia.

Seus pais queriam obrigá-la a casar com um homem de 57 anos. A recusa valeu-lhe um internamento no hospital, após maus tratos e torturas. “Prenderam-me num quatinho e quando tive uma oportunidade de escapar dos olhares dos meus pais, fugi. Caminhei até à sede do distrito, onde encontrei a senhora que me está neste momento a hospedar.” Elsa Ngazo - 18 anos (Jornal @ Verdade – 23/09/2008).

¹⁰² Arthur (2010) cita como exemplo o caso de uma menina de 09 anos que foi lobolada com um jovem de 18 anos pela quantia de 2.000 Mt (cerca de R\$ 200,00).

Casou-se aos 13 com um homem de 73. *“Eu implorei aos meus pais que não queria casar-me. Mas se não me casasse a minha mãe seria expulsa de casa pelo meu pai. Resolvi, então, casar-me”*, conta. Ficou grávida praticamente logo em seguida, dando à luz um menino prematuro e mal nutrido – condição comum entre as mães adolescentes e seus bebês. Lena Acácio - 15 anos (Ibdem).

Os casamentos precoces, também colocam em risco a saúde destas jovens, uma vez que o direito de decidir ter ou não relações sexuais é negado e o acesso aos métodos anticoncepcionais é reduzido, devido ao desconhecimento ou porque se espera dela que comece a reproduzir (Arthur, 2010). Desta forma as jovens se tornam vulneráveis a contrair HIV/AIDS e outras doenças de transmissão sexual, dentre outros problemas como a gravidez na adolescência e o desenvolvimento da fístula obstétrica (Jornal @ Verdade - 13/06/2013). De acordo com Inquérito Nacional de Saúde de 2011, cerca de 440 mil mulheres de 20-24 anos tiveram o primeiro filho antes dos 18 anos, deste total mais de 85 mil tinham idade inferior a 15 anos (IDS, 2011). As jovens que se casam antes dos 18 anos começam a ter filhos mais cedo comparativamente às outras jovens. Dar à luz na puberdade e em intervalos curtos representa um risco para a saúde da mãe e da criança, desta forma o casamento prematuro contribui para o aumento do risco de mortalidade materna e infantil (UNICEF, 2015:07).

A gravidez traz enormes riscos para a sua saúde: aumento do risco de mortalidade materna, partos longos e complicados e fístula obstétrica. De mencionar ainda que uma menina tem menos poder para negociar com o parceiro adulto meios para se proteger de ITS (infecções de transmissão sexual) como o SIDA, e menor possibilidade de reagir à violência doméstica. (Arthur, 2010).

Segundo o Inquérito Nacional sobre as Causas da Mortalidade – INCAM, produzido pelo Instituto Nacional de Estatística – INE no período de 2007-2008, das 213 mortes maternas avaliadas na amostra, mais de 50% ocorreram em mulheres com idade inferior a 27 anos e 18% em mulheres com idade inferior a 20 anos. O risco de morte materna relacionada a gravidez e o parto na adolescência representa cerca de 70 mil óbitos por ano, sabemos que os riscos são mais elevados nas jovens com menos de 15 anos (Jornal @ Verdade – 19/04/2012). De acordo com o Inquérito Demográfico Social realizado em 2011, em Moçambique 40% das mulheres casadas tem entre 15-19 anos de idade, destas 38% já eram mães ou estavam grávidas do primeiro filho. Uma grande proporção destas jovens, por

não terem uma bacia completamente desenvolvida (WLSA, 2011), podem sofrer sérias consequências durante a gestação tais como eclampsia, parto prematuro, anemia, parto prolongado ou obstruído, tendo como seqüela a morte materna e/ou morte do bebê ou desenvolvimento da fístula obstétrica (Jornal @ Verdade – 19/04/2012). Conforme ilustrado, nesta passagem extraída do artigo *Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy*.

Meu nome é TelanishShabera. Tenho 14 anos de idade. Eu fui prometida em casamento quando eu tinha 3 anos, desposada aos 10, e grávida em 12. Após 3 dias de trabalho, foi levada em uma maca para um hospital, onde o meu bebê morreu 2 horas mais tarde. O trabalho de parto obstruído me deixou incontinente. Cheira-me, e eu me sinto tão envergonhado (Miller et al, 2005).

Os resultados obtidos neste estudo revelam que 81% das investigadas desenvolveram a fístula antes dos 30 anos. Outras pesquisas realizadas em países em desenvolvimento, com características sociais, culturais e econômicas semelhantes a Moçambique, demonstram que cerca de 70% dos casos de Fístula Obstétrica se situam abaixo dos 30 anos de idade (MISAU, 2012:11).

Os casos mais dramáticos são quando a fístula não pode ser operada. As mulheres sofrem uma condenação à incontinência e à marginalização por toda a sua vida, somente porque elas foram vendidas como esposas aos seus 12 anos. – Dr^a Lídia Baiocchi (WLSA, 2011)

De acordo com Emília Sueia, ginecologista do Hospital Central de Nampula, as mulheres que engravidam pela primeira vez são as mais propensas a desenvolver a doença (Jornal de Notícias - 24/08/2013). Cerca de 42% das minhas entrevistadas desenvolveram a fístula na sua primeira gestação, numa idade muito jovem, em alguns casos estas percentagens cobrem faixas etárias em torno dos 13 anos. O Dr. Amalique realizou um estudo no Hospital Provincial de Quelimane (Província da Zambézia) onde registrou um percentual de 53,3% dos casos de FVV em pacientes primigestas de 14-20 anos de idade, mas de acordo com o médico as fístulas podem aparecer em pacientes com idades inferiores que as referidas, uma vez que se verificam nas zonas rurais de Moçambique casamentos prematuros e posterior gestação em uma menina cuja bacia é fisicamente muito pequena para um parto por via vaginal (Amalique, 2008: 26).

O parto obstruído ou prolongado está relacionado à desproporção entre o tamanho do feto e a estrutura óssea destas mulheres, que é muito pequena ou imatura (Afonso Paes, 1982:675), pois falta amadurecimento dos tecidos moles e estreitamento dos ossos da bacia (Amalique, 2008:26). Para OMS, talvez devido à juventude ou à desnutrição, que inibe o crescimento (Cook e Dickens, 2004), a baixa estatura para idade é altamente prevalente em Moçambique, com desvios médios de -1,68 e 42,6% em crianças que padecem de desnutrição crônica (UNICEF, 2015:27), que atinge a maioria das crianças nas províncias de Cabo Delgado e Nampula (região norte do país).

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. (Abreu et al, 2015:28)

Durante a pesquisa de campo tive a oportunidade de colher os dados de algumas pacientes e chegamos a seguinte relação peso/altura: 45 kg e 1,40m. Um estudo realizado na Etiópia comprovou que a desnutrição crônica e a baixa estatura (inferior a 1,50m) são fatores fisiológicos que contribuem igualmente para o parto obstruído em jovens que ficaram grávidas logo após a menarca (Miller et al, 2005).

Podemos inferir que as mulheres que têm o maior risco de desenvolver a fístula obstétrica, são as “casadas” aos 11/12 anos, grávidas aos 13/15 anos e que dão à luz em casa, como manda a tradição (WLSA, 2011). De acordo com Dr. Igor Vaz (2011) a maioria destas “mulheres” é encaminhada para o casamento ainda na idade púbere, em culturas onde “ser mãe” é um indicador de acesso ao estatuto de mulher casada e adulta. Principalmente nos setores populares, a maternidade é idealizada, romantizada e concebida como um salto qualitativo na vida da mulher (Trindade e Enumo, 2002). É importante que as jovens adiem a primeira gravidez, pelo menos até os 18 anos, reduzindo desta forma o risco de partos prematuros, morte materna ou o desenvolvimento da fístula obstétrica (Jornal @ Verdade – 19/04/2012).

4.4.4 Taxa de natalidade e intervalo gestacional

Vimos no tópico anterior que o parto arrastado ou obstruído em decorrência da gravidez na adolescência aumenta os riscos de complicações no parto, contudo, não são só

as adolescentes que incorrem neste risco. As distócias que afetam as primigestas, incluindo hemorragia e desproporção céfalo pélvica, podem também acontecer com as múltiparas (Miller et al, 2005).

Em Moçambique a taxa de natalidade é de 6.6 filhos por mulher, de acordo com dados do Censo de 2011. Durante a pesquisa muitas das entrevistadas afirmaram ter de 07 a 10 filhos¹⁰³. As mulheres depois dos 35 anos de idade têm mais chance de desenvolver hipertensão, diabetes gestacional ou ter uma hemorragia durante o parto (Jornal @ Verdade, 19/04/2012). Outros fatores diretos ou indiretos predispõem para aumentar os riscos de complicações no parto e por consequência o desenvolvimento da fístula obstétrica são as elevadas taxas de natalidade e o curto espaçamento entre as gestações.

De acordo com o Inquérito Demográfico Social a Taxa Global de Fecundidade – TGF moçambicana tem sofrido poucas alterações nos últimos cinquenta anos, diminuindo de 7,1 filhos por mulher em 1950 para 5,9 em 2011¹⁰⁴. O uso de métodos de Planejamento Familiar ainda é muito reduzido no país, tendo sido registrada uma prevalência de contracepção de 11,3%. Quando fazemos um recorte geográfico verificamos o seguinte panorama:

Quadro 15 – Número de filhos x percentual de mulheres que usam contraceptivos

Nº filhos por mulher		
Taxa Global	Zona Urbana	Zona Rural
5.9	4.5	6.6
% de mulheres que usam métodos contraceptivos		
Taxa Global	Zona Urbana	Zona Rural
11,3%	21,1%	7,4%

Fonte: IDS 2011

¹⁰³ No contexto dos países em desenvolvimento, não se pode ignorar que as altas taxas de natalidade estejam associadas aos elevados índices mortalidade infantil.

¹⁰⁴ Também num período de cinquenta anos a taxa de fecundidade no Brasil caiu 6 para algo em torno de 2,5 filhos por mulher (Cecatti, 2002:111).

Segundo o Ministério da Saúde de Moçambique 1 a cada 3 mulheres sexualmente ativas, excluindo as grávidas e lactantes, não estão usando nenhum método para prevenir a gravidez, mesmo aquelas que não pretendem mais engravidar (MISAU, 2013).

Uma das ameaças à saúde e ao crescimento de uma criança com menos de dois anos de idade é o nascimento de um irmão. Para a criança mais velha pode representar o fim da amamentação, pois a mãe tem menos tempo para preparar os alimentos e proporcionar o cuidado e a atenção de que a criança precisa. Jornal @ Verdade – 19/04/2012

O corpo feminino precisa de tempo para se recuperar totalmente, antes de engravidar novamente. A Organização Mundial de Saúde - OMS e outras instituições internacionais recomendam um espaço de pelo menos dois a três anos entre as gestações para reduzir os riscos de problemas de saúde, tanto para a mãe quanto a criança. Uma vez que nos nascimentos não são espaçados há maior possibilidade de o bebê nascer prematuro e com baixo peso, aumentando significamente o risco de morte. Daí a importância do planejamento familiar. Conforme vimos no capítulo II as unidades sanitárias do país oferecem os serviços, mas o procura por parte da população ainda é pequena, principalmente por parte da população rural. Conforme tratamos anteriormente a pobreza é aspecto impactante para o desenvolvimento da Fistula Obstétrica, haja visto que as elevadas taxas de analfabetismo, o casamento prematuro e o pouco ou nenhum uso de métodos de planejamento familiar são os principais fatores que contribuem para os elevados níveis de fecundidade no país (Arnaldo & Muanamoha, 2013).

Moçambique tem uma das taxas de analfabetismo mais altas, nós temos acima de 70% de analfabetismo, então as pessoas ainda não têm noção de que essa questão do hospital, essa coisa de referência, para eles ainda prevalece aquele conhecimento, digamos, de que se passa dos nossos ancestrais. Se a avó diz que teve essa fila de filhos, dezoito filhos, que você está a ver. Tendo todos partos em casa, às vezes diz para a neta "você também vai ter parto em casa". - Dr. Osório Trigo, Diretor do Hospital Rural de Vilankulos.

O nível de educação feminino é um dos principais determinantes da fecundidade de um país, no caso de Moçambique as taxas de analfabetismo têm diminuído desde a independência passando de 93% em 1975 para 50,3% em 2007. Mas ainda existe um grande fosso quando fazemos um recorte de gênero, onde a taxa de analfabetismo masculina é de

35% enquanto a feminina é de 64% (INE, 2000, 2013b). É preciso considerar também, em relação a Moçambique, a diversidade de línguas que dificulta a comunicação e a alfabetização (Vieira et al, 2014:199).

Também utilizando o recorte de gênero, é possível afirmar que em Moçambique as mulheres são maioria dentre as pessoas infectadas com HIV, expondo as desigualdades de gênero, num país onde a poligamia é permitida, com altos índices de violência doméstica e submissão da mulher expressa nas relações patriarcais fortemente enraizadas (Ibidem, 2014:197). Podemos afirmar, desta forma, que a maioria das mulheres em Moçambique não possuem autonomia para decidir quantos filhos ter e onde realizar seus partos.

4.4.5 Aspectos culturais

As altas taxas de fístula obstétrica em países em desenvolvimento não estão relacionadas apenas a pobreza, mas também aos impactos das práticas culturais sobre saúde e o bem estar das mulheres. Os conhecimentos relativos à sexualidade aparecem simbolicamente profusos nos vários espaços da convivência cotidiana, estando presentes mais especificamente na forma como se faz a divisão do trabalho, nas proibições e tabus que permeiam essa convivência entre homens e mulheres (Osório e Silva, 2008: 140).

Um estudo de Silva e Andrade (2005), em Moçambique, revelou que na opinião de muitos jovens do sexo masculino, o prazer sexual é um direito que não se estende às mulheres e, por uma questão de socialização, os homens têm o direito a ter mais do que uma parceira; já as mulheres devem manter-se fiéis a um único parceiro. É importante salientar que estas opiniões são proferidas por homens, mas grande parte das mulheres participantes também as validou. (Patrão, 2014:08)

O antropólogo Luiz Henrique Passador coloca que com o advento do HIV a questão da tradição passou a ser um dos focos de discussão e atuação das políticas públicas para o controle da doença no país (Passador, 2011). Não se trata de uma questão específica de Moçambique, mas que é comum a outros países do continente africano. Onde as relações familiares e de gênero são embasadas em normas e crenças tradicionais que acabam privando as mulheres de poder sobre questões sexuais e práticas de sexo seguro. É necessário compreender as noções de corpo e gênero em Moçambique, e como operam no

campo da tradição, pois são elas que definem as experiências dos sujeitos em relação à doença (Ibidem).

Como bem coloca Cassimiro Rocha (1943) as doenças em Moçambique são atribuídas a crendices e feitiços, o que acaba por desencadear processos especulativos sobre o que ou quem causou a doença. Neste contexto as enfermidades são comumente atribuídas às ações das mulheres e relacionadas em grande medida a sua sexualidade, corpo e fluidos (Passador, 2011). Como a exemplo da associação entre o trabalho de parto complicado e a infidelidade feminina, que acaba ocasionando atraso em levar a mulher ao hospital, pois só quando ela confessar a infidelidade é que será levada a maternidade (WLSA, 2011).

É lhe imputado o adultério e tem de confessar, quer queira quer não, o que os feiticeiros se lembrarem de dizer; a família, por seu turno, quer a todo o transe obrigar a expulsão fetal, e todos a uma veem empurrar o fundo do útero em direção a pelve, muitas vezes mesmo fazendo práticas manuais brutais que sacrificam muitas vezes o filho e a própria mãe. (Rocha, 1943:05)

No caso específico da Fístula a ONG *Tearfund* elencou alguns mitos em relação a doença que estaria relacionada a feitiço, maldição ou punição por ter ofendido aos deuses. As interpretações no tocante as desordens corporais e aos processos de saúde/doença, são feitas em referência às regras sociais e culturais, ou seja, cada indivíduo, leva em consideração uma organização social, religiosa ou simbólica específica da qual faz parte (Santos et al, 2012:16). Em estudo, desenvolvido pela *Health Poverty Action* (2011) com líderes comunitários em Serra Leoa, apenas 43% afirmaram que a causa da fístula obstétrica era o trabalho de parto prolongado, o restante atribui a doença a “vontade de Deus” ou que a mulher era responsável, atribuindo a causa da doença a infidelidade feminina.

Dentro da sociedade moçambicana mulheres que não geram filhos ou produzem natimortos são desvalorizadas e acusadas de serem produtoras destes malefícios (Passador, 2011). Conforme podemos observar no filme “A Masai branca”¹⁰⁵, numa das cenas uma gestante fica com o feto preso no canal de parto e as pessoas da comunidade não lhe ajudam pois acreditam que ela esteja amaldiçoada. Ela acaba sendo socorrida pela suíça Carola, que a leva de carro para um hospital. A mulher acaba sendo salva, mas o bebê não teve a mesma sorte. E para corroborar com as crenças locais poucos meses depois deste

¹⁰⁵ O livro e o filme são baseados na história real vivida por Carola Lehmann, uma jovem suíça que se apaixonou por um guerreiro Masai e vai morar com ele num lugarejo inóspito no Quênia.

acontecimento Carola engravida, mas sofre um aborto, e seu marido atribui ao fato dela ter ajudado a mulher enfeitada.

4.5 O TRABALHO DAS ONG'S

Em 1994 foi constituída, por iniciativa de Organizações Não Governamentais internacionais que atuam em Moçambique, a LINK – Fórum das ONG's de Moçambique na altura eles contavam com 150 instituições cadastradas. Segundo estudo realizado em 1997, naquele ano cerca de 400 organizações não-governamentais das quais 180 estrangeiras atuavam no país (Ribeiro e Cunha, 2014). Dados recentes da JOINT – Liga das ONG's de Moçambique dão conta de 1.540 instituições cadastradas junto a associação. O papel destas ONG's em Moçambique é de extrema importância, principalmente no apoio às populações mais desfavorecidas, mas apesar de ser um problema de saúde pública e que afeta milhares de mulheres não existe no país nenhuma instituição que trabalhe especificamente com as vítimas da fístula obstétrica. Algumas instituições moçambicanas vinculadas ao Fórum Mulher¹⁰⁶ trabalham com determinantes culturais e sociais que contribuem para ocorrência das fístulas obstétricas, entre eles o casamento prematuro e a gravidez na adolescência.

Fotografia 21 – Marcha contra a violação dos direitos humanos no código penal promovida pelo Fórum Mulher – Maputo/2014.



Fonte:Foto extraída do site: <https://pt.globalvoices.org/2014/03/28/mocambique-activistas-prometem-prosseguir-mobilizacao-pelos-direitos-das-mulheres-e-criancas/>

¹⁰⁶O Fórum Mulher, é uma rede da Sociedade Civil, sem fins lucrativos, fundada em abril de 1993 que congrega várias organizações comprometidas com a defesa dos Direitos Humanos das Mulheres e Igualdade de género, a partir de uma perspectiva feminista.

Em países como Somália, Quênia, Etiópia, Ruanda, Namíbia e Serra Leoa a ONG *Health Poverty Action* vem trabalhando para fortalecer as pessoas pobres e marginalizadas em sua luta pela saúde, em especial as mulheres com fístula obstétrica. Um bom exemplo foi a capacitação de 28 mulheres que se curaram da FVV transformando-as em agentes educadoras, elas viajam para comunidades isoladas e repassam seus conhecimentos a outras mulheres, com o objetivo de diminuir o estigma sobre a doença (Health Poverty Action, 2011). Trabalho semelhante também vem sendo realizado pela ONG *Mercy Ships* que capacitou 112 mulheres, em países como a Guiné e o Congo. Em Moçambique, apenas uma ONG se dedica a questão da fístula, estamos falando da WLSA - Mulheres e Lei na África Austral¹⁰⁷, uma organização feminista que orienta suas atividades e discursos na defesa dos direitos humanos das mulheres e que atua em parceria com o Estado moçambicano e a UNFPA.

Para reduzir a incidência dos casos de fístula obstétrica o Ministério da Saúde desenvolve um trabalho em parceria com as organizações não governamentais e líderes comunitários para divulgarem junto as comunidades, usando, algumas vezes o rádio para tratar do assunto (Jornal @ Verdade – 11/10/2011). Estas parcerias já são previstas na Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento de Fístulas Obstétricas (MISAU, 2012) que prevê atuar em cooperação com a sociedade civil de forma a informar e educar líderes comunitários, parteiras tradicionais, praticantes de medicina tradicional, mulheres grávidas, adolescentes e jovens em SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva, através de pessoal da saúde e dos meios de comunicação (rádio, TV, jornais) nas diferentes línguas nacionais com vista a reduzir a incidência da Fístula Obstétrica e a discriminação com as mulheres que tem a doença.

Podemos citar como exemplo destas ações as capacitações de jornalistas das regiões do centro e norte do país promovidas pela WLSA sobre direitos sexuais e reprodutivos, em que além de temáticas envolvendo os direitos das mulheres, também foi abordada a questão da fístula obstétrica. O principal objetivo com a capacitação era contribuir para que

¹⁰⁷A WLSA é uma organização não governamental fundada em 1989 que desenvolve pesquisas sobre a situação dos direitos das mulheres, em sete países da África Austral, entre eles Moçambique. Tendo como objetivo contribuir para identificar e disseminar os contextos favoráveis, as áreas críticas e os obstáculos no que respeita à igualdade de direitos e oportunidades entre mulheres e homens no país, propiciando a mudança na lei e nas políticas públicas, no acesso e administração da justiça, e nas práticas sociais.

a informação sobre a F.O. chegasse as mulheres afetadas pela doença, bem como informação sobre a possibilidade de tratamento e os locais aonde se devem dirigir.

E foi por isso que organizamos está capacitação para munir os jornalistas de conhecimentos sobre a gravidade da fístula obstétrica, bem assim de outros relacionados com os direitos da mulher e legislação em vigor atinente à matéria. Maria José Arthur – Socióloga (Jornal de Notícias - 24/08/2013).

A participação dos jornalistas nas capacitações promovidas pela WLSA, fez com que os médicos cirurgiões de fístula sejam corriqueiramente convidados a dar entrevistas para rádios, TV e jornais sobre a doença. Como a exemplo da participação do Dr. Hélder Miranda (HCB) num *Workshop* promovido pelo Fórum Nacional das Rádios Comunitárias em Moçambique – FORCOM em março de 2014.

Pude testemunhar na Província de Nampula o alcance dos meios de comunicação, principalmente do rádio. Num país onde mais metade da população é analfabeta e apenas 20% das mulheres falam português (dados do Censo de 2007) a divulgação da campanha de cirurgias de fístula obstétrica foi feita na língua macua, falada pela maioria da população daquela província. Naquela semana mais de 200 mulheres procuraram tratamento no Hospital Central de Nampula, muitas delas relataram ter tido conhecimento da campanha através das rádios comunitárias. Caso semelhante aconteceu em campanha realizada no Hospital Central da Beira em 2011, conforme trecho extraído do texto “Omitidas - Mulheres com Fístula Obstétrica em Moçambique”:

Quatro mulheres apanharam um machibombo de Nhamatanda para a Beira, a 100 quilómetros de distância. Tinham ouvido na Rádio Moçambique que os médicos estavam a operar fístulas na Beira, durante uma campanha. Embora elas não constassem da lista da cirurgia, os médicos estenderam seu horário de trabalho para operá-las. As mulheres haviam escutado na Rádio Moçambique um programa em língua local da repórter Ilda Lourenço, que participara, na semana anterior, num curso de jornalismo sobre saúde sexual e reprodutiva organizado pela WLSA e o *International Centre for Journalists/Knight Foundation*. - WLSA, 2011.

Durante esta mesma campanha cirúrgica realizada pelo MISAU no Hospital Central da Beira em 2011 as integrantes da WLSA aproveitaram para conversar com as pacientes que estavam à espera do tratamento, sobre os direitos das mulheres. Todas as palestras foram ministradas na língua chisena com ajuda de uma intérprete, conforme podemos observar

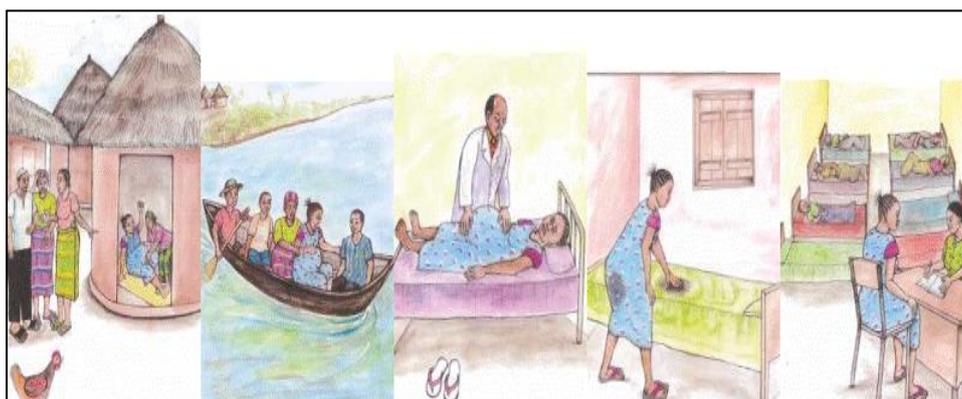
nos vídeos de divulgação no site da ONG¹⁰⁸. Na ocasião também foram coletadas fotos, entrevistas e imagens para confecção de material sobre a fístula obstétrica em Moçambique numa parceria com o MISAU e financiamento do FNUAP.

Fotografia 22 – Capa da brochura “Omitidas” publicada em 2011 pela WLSA.



Iniciativa parecida foi realizada pela ONG *Health PovertyAction* em Serra Leoa, que elaborou um livro só com figuras contando a história de Fatu, uma jovem que passou por um longo trabalho de parto antes de procurar assistência médica, os efeitos da fístula na sua vida, como decidiu procurar ajuda e a cura através da cirurgia.

Figura 07 – Ilustrações do livro “A História de Fatu” produzido pela ONG *Health PovertyAction*.



¹⁰⁸ Vídeos disponíveis em <http://www.wlsa.org.mz/pacientes-com-fistula-obstetrica-numa-animacao-com-cartoes-da-wlsa/>

No caso de Serra Leoa o material vem sendo utilizado pelas “Promotoras de Direitos”, mulheres que já passaram pela cirurgia de reparação e hoje estão curadas da fístula. Elas usam os livros para iniciar debates em mercados, escolas, igrejas, mesquitas e encontros comunitários. Em Moçambique o trabalho de transmissão e prevenção da FVV é feito pelas parteiras tradicionais e Agentes Comunitários de Saúde – ACS, elas conversam com as grávidas nas Unidades de Saúde para enfatizar a importância de realizar o pré-natal e procurar assistência médica no início do trabalho de parto.

Além deste livro, que é distribuído gratuitamente, a WLSA também confeccionou dois vídeos sobre a doença em Moçambique que se encontram disponíveis no Youtube, são eles:

Fotografias 23 e 24 - Imagens extraídas dos vídeos produzidos sobre Fístula Obstétrica pela ONG WLSA.



A minha vida com fístula obstétrica – Moçambique.

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=X9OiT1Teazg>



Alzira – Minha vida com fístula obstétrica

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7GjQgIff8IU>

Apesar de estar preconizado como um dos objetivos da Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas em Moçambique a integração das mulheres curadas nas atividades de advocacia, Informação Educação e Comunicação – IEC e formação como Embaixadoras da Saúde Materna na Área de Prevenção das Fístulas Obstétricas (MISAU, 2012:19). Não existe nenhum trabalho junto às mulheres que foram operadas e curadas da Fístula, para atuação neste sentido. Uma das poucas é Alzira Salomão, paciente de fístula que hoje é um espelho para as mulheres que seguem buscando tratamento no Hospital Central de Maputo. Ela desenvolveu a fístula após um parto obstruído de uma semana no ano de 2003, na época tinha apenas 16 anos. Foi transferida para Maputo onde passou por seis cirurgias para reconstrução do reto, da bexiga com o apêndice, da vagina utilizando parte do intestino. De acordo com o Dr. Igor Vaz, Diretor do Serviço de Urologia do HCM este foi um dos casos de FVV mais complicados que ele já tratou. Hoje a nova bexiga está diretamente conectada a parede abdominal para que a paciente possa fazer auto algaliação. Ainda de acordo com o médico, este sistema ainda não é muito aceito em África, mas que em alguns casos é a única solução possível para tratar a fístula. Por este motivo, sempre que aparece um caso em que é necessário realizar esta técnica Alzira é convidada para ir até o HCM conversar com as outras pacientes.

Numa manhã, Maria, ao acordar, ouviu um anúncio na rádio comunitária, informando que as mulheres que padeciam de fístula deveriam ir receber tratamento no Hospital Central da Beira. Depois de ter sido operada com sucesso, a Maria ajuda agora outras mulheres tratadas à fístula a reintegrarem-se nas suas comunidades. Ela explica também às mulheres que vivem com a fístula sobre a possibilidade de se tratarem. - (UNFPA, 2012)

O trabalho de “formiguinha” realizado por Maria e Alzira é de extrema importância, já que muitas mulheres sofrem por anos com a doença sem saber que existe cura para fístula. Durante o trabalho de campo tive a oportunidade de conhecer A.C.N. (42 – Inhambane) que teve um parto arrastado de uma semana realizado em casa pela mãe e avó, o bebê nasceu morto e ela desenvolveu a fístula¹⁰⁹. Sofreu durante 24 anos com a doença, sem ao menos saber que estava doente, pois devido ao grande número de mulheres com esta condição na sua região ela acreditava que fosse normal perder urina

¹⁰⁹ De acordo com o prontuário médico a paciente apresentava uma FVV complexa com destruição completa da uretra e do colo vesical, com estenose vaginal. Já foi submetida a duas cirurgias em 2014 e 2015.

descontroladamente após o parto. Só no ano de 2014 quando foi visitar parentes na capital é que foi alertada por familiares que a levaram para tratamento no HCM.

4.6 AS CAMPANHAS CIRÚRGICAS

As cirurgias de reparação da fístula obstétrica são realizadas em hospitais gerais, existem poucos centros dedicados especificamente ao tratamento desta doença no mundo. O primeiro hospital especializado em FVV foi fundado em Nova York em 1855, mas fechou suas portas em 1925, pois como já dissemos anteriormente a doença foi erradicada nos países desenvolvidos (Hamlin e Little, 2001). Em África o primeiro Hospital dedicado a cuidar exclusivamente dos casos de Fístula foi o *Addis Abeba Fistula Hospital* na Etiópia, fundado em 1974 pelo casal de médicos australianos Reginald e Catherine Hamlin. Apesar de assolar principalmente os países do continente africano só existem hospitais especializados em fístula obstétricas em quatro países: Etiópia, Quênia, Sudão e Nigéria.

Como já foi dito anteriormente, a fístula obstétrica é uma doença que assola em sua maioria mulheres pobres que são completamente incapazes de pagar a conta do hospital. Em reportagem exibida pela TV Moçambique em 23 de maio de 2016 o Dr. Armando Melo - Coordenador Programa Nacional Fístulas afirmou que uma cirurgia de fístula custa cerca de 4 mil dólares e os casos mais complexos podem custar de 15 a 20 mil dólares. Isto significa que os hospitais de fístulas têm de ir buscar constantemente assistência do governo e de doadores privados, para dar assistência a seus pacientes (Arrowsmith, 1995).

Em Moçambique fala-se sobre a importância de criar um centro deste tipo, inclusive tive a oportunidade de participar de uma conversa onde estavam presentes os principais cirurgiões de fístula do país e a Dr^a. Ambaye Michael¹¹⁰, na ocasião ela apresentou o modelo de trabalho desenvolvido no *Addis Abeba Fistula Hospital*. Enquanto este sonho não sai do papel os médicos em Moçambique tem trabalhado como podem para atender o máximo de casos possíveis. Mas apesar de todo esforço apenas 24% dos novos casos de fístula obstétrica foram tratadas no país (período de 2010 – 2013). Segundo o Jornal Domingo (05/10/2014) é notória a incapacidade do governo moçambicano em tratar na totalidade os novos casos conhecidos de fístula obstétrica no país.

¹¹⁰Médica etíope que trabalhou durante mais de 20 anos no *Addis Abeba Fistula Hospital* e hoje é consultora da UNFPA.

Fotografia 25 – Registro do meu encontro com a Dr^aAmbaye Michael e o Dr. Armando Melo, no Hospital Central de Nampula – agosto/2015.



Como forma de minimizar o problema da fístula em Moçambique, vem sendo realizadas Campanhas Cirúrgicas para tratamento da doença. De acordo com os coordenadores do Programa Nacional Fístulas (Dr. Armando Jorge Melo e José Caetano Dias) as campanhas têm dois objetivos principais, sendo o primeiro tratar as pacientes e, segundo, é formar profissionais capacitados para realizar este tipo de procedimento cirúrgico nos distritos das províncias, principalmente nas com maior incidência da doença. Um destes profissionais formados pelo Programa Nacional de Fistulas é o bacharel em cirurgia Dr. Dias de acordo com ele está área não tem muita procura pelos profissionais de saúde por ser uma cirurgia ingrata:

As operações à fístula são muito complicadas, porque o espaço é muito pequeno. Portanto, é uma cirurgia muito delicada, demorando duas a seis horas. O sucesso nem sempre está sempre garantido. Dr. Dias - (Jornal @ Verdade - 17/12/2008)

A aposta do Governo moçambicano é expandir as atividades das campanhas por todo o país e levar o tratamento para as mulheres que sofrem com esta doença, mas habitam em locais afastados da capital (Jornal @ Verdade – 15/05/2009). Durante o período da pesquisa de campo, participei de duas destas campanhas, no Hospital Central da Beira e no Hospital

Central de Nampula, organizadas pelo Ministério da Saúde de Moçambique e financiadas pelo FNUAP. Em ambos os casos tive autorização do coordenador do Programa Nacional Fístulas e dos médicos responsáveis pelas campanhas nas províncias para acompanhar todas as etapas da campanha.

A primeira campanha que participei foi na cidade da Beira, capital da província de Sofala, na região central do país e a 1.200km de Maputo. Por sugestão do Dr. Igor Vaz cheguei dois dias antes das cirurgias iniciarem para acompanhar o processo de diagnóstico das 54 mulheres com fístula obstétrica que procuraram o Hospital Central da Beira.

O Hospital Central da Beira é a segunda maior unidade sanitária do país, mas pelo que pude perceber sua estrutura fica bem aquém do HCM. A principal queixa dos médicos ao longo desta campanha foi a falta de iluminação (os refletores do Bloco Cirúrgico estavam com as lâmpadas queimadas), tesouras cegas e falta de material hospitalar. Vale ressaltar que muito do material utilizado (algálias, vicril) foram trazidos pelo Dr. Armando Melo. De acordo com ele o MISAU enviou kits para cirurgias de fístula a todos os hospitais, mas de acordo com o Dr. Helder Miranda, este material acabou sendo utilizado em outras cirurgias, justamente, por falta de material hospitalar no HCB (anotações de campo – junho/2015).

Outro fator importante que pude observar durante o trabalho de campo é que na triagem é registrado no prontuário o nome, idade e local de origem da paciente, mas a maioria não apresenta nenhum documento de identificação (Certidão de Nascimento ou Bilhete de Identidade). Durante esta campanha ocorreu um fato inusitado a paciente T.F. (20 anos) foi levada ao bloco cirúrgico para ser operada, mas durante a avaliação médica foi verificado que a fístula não era compatível com a descrição do processo. Tratava-se de um caso de homônimo, os médicos resolveram então operá-la mesmo assim e tratar da outra T.F. no dia seguinte. Este fato acontece, pois, grande parte da população moçambicana, principalmente os que habitam zonas recônditas, não possuem a certidão de nascimento.

Estas pacientes ficaram internadas na enfermaria do HCB, que possui quartos amplos e arejados, mesmo assim o odor fétido de urina era insuportável a ponto de termos de trabalhar de máscara. Acompanhei todo trabalho realizado pelos médicos, que ao final da triagem elaboram um plano de operações para toda a semana, porque já sabem da situação de cada doente (Jornal @ Verdade - 17/12/2008). Pude participar de todas as etapas, ler e fazer anotações referentes aos prontuários médicos das pacientes, o que me ajudou na

etapa de aplicação do questionário e realização das entrevistas. E também se constituiu em boas oportunidades de conversas bastante esclarecedoras para a pesquisa, principalmente com os enfermeiros e algumas pacientes que vinham perguntar sobre minha origem e ao responder que era brasileira a conversa fluía, pois elas tem muita curiosidade sobre o Brasil devido as novelas que passam na televisão local. A principal dificuldade de acesso ao campo foi a questão língua, uma vez que a maioria das mulheres não falava e nem compreendia o português. Continuei recorrendo ao auxílio das outras pacientes que falavam português e o fato delas estarem todas internadas na mesma enfermaria ajudou na coleta de dados, porque dentro do grupo sempre há uma paciente que ajuda neste processo de tradução. No HCB, fui auxiliada pela paciente A.F. (36 anos – Manica), ela nunca frequentou a escola, mas aprendeu a falar nas casas onde trabalhou como empregada doméstica. Diferente da maioria das pacientes de fístula só desenvolveu a doença aos 33 anos no parto do sétimo filho. De acordo com sua narrativa entrou em trabalho de parto, mas na localidade onde morava não havia Unidade Sanitária, foi levada pela família para o Posto Administrativo de Vanuzi onde uma parteira tentou por dois dias tirar a criança, como não conseguiu foi transferida para o Hospital Provincial de Chimoio que fica a 32km de distância, onde foi realizada uma cesariana de emergência.

Em alguns casos específicos, devido à proximidade com o Zimbábue tive de falar com as pacientes em inglês. Conforme mencionado na metodologia, outra estratégia empregada foi a utilização de desenhos e palavras chaves nas línguas locais para nortear a aplicação dos questionários, conforme exemplo abaixo, de palavras em senna (também chamada xisena, chisena ou cisena) falada por cerca de 60% da população da Província de Sofala.

Manguanane = bom dia	Matinge = vagina
Mimba = barriga (grávida)	Mamuna = Marido
Mwana = filho	Gangissa = namoro (sexo)
Nhumba = casa (palhota)	Taméssia = obrigado

Durante esta Campanha na cidade da Beira eu tive a oportunidade ver mais de perto como se dá a organização destas cirurgias. Os cirurgiões mais experientes ficaram cada qual responsável por uma sala no Bloco Cirúrgico, sendo auxiliados por médicos residentes e técnicos de cirurgia.

Fotografia 26 – Dr. Helder Miranda observando os médicos residentes operando uma fístula.



Eu ficava me dividindo entre acompanhar as pacientes no pré e pós operatório, e aplicar os questionários e entrevistas com as pacientes que estavam aguardando cirurgia na enfermaria. Uma rotina puxada e cansativa que começava às 7horas da manhã, com a visita as pacientes operadas¹¹¹ e só terminava às 19horas quando se fechava o plano cirúrgico para o próximo dia. Este espaço e minha participação se constituíram em boas oportunidades, tanto para conversar e esclarecer dúvidas em relação à pesquisa, como para demarcar o meu papel no campo.

Ao final de cinco dias de cirurgias os médicos Igor Vaz, Aldo Marchesini e Armando Melo retornaram para as suas cidades de origem, ao longo desta campanha quarenta mulheres foram operadas da fístula obstétrica e puderam retornar para sua vida e suas famílias. Decidi registrar este momento em uma fotografia, nunca me senti tão cansada e feliz ao mesmo tempo.

Conforme dito anteriormente 54 mulheres procuraram o Hospital Central da Beira durante esta campanha, destas 40 foram operadas, 02 foram transferidas para Maputo por se tratarem de casos mais complexos, 06 ficaram para ser operadas pelos próprios médicos do HCB por serem casos de fístula simples e 06 infelizmente voltaram para sua “prisão silenciosa”, pois se tratavam de casos inoperáveis.

Segui a orientação de Dr. Igor e não fui embora da Beira junto com os outros médicos, desta forma mesmo a campanha tendo acabado fui ao Hospital Central da Beira durante o fim de semana.

¹¹¹ Os médicos realizam a troca os tampões e observação se a paciente molha a cama, caso não é sinal de que a cirurgia correu bem e que a fístula está curada.

Fotografia 27 – Dr. Igor Vaz, Dr. Aldo Marchesini, eu e Dr. Armando Melo
(Esquerda para a direita)



As pacientes que vieram das cidades de Manica e Chimoio, ambas localizadas na Província de Manica ainda estavam no hospital esperando as ambulâncias que as levariam de volta para as suas casas. Só continuaram na enfermaria as pacientes que moram na Beira ou adjacências e os casos mais graves. Também aproveitei que estava mais calmo para realizar algumas entrevistas com pacientes e profissionais de saúde.

A nossa despedida foi envolta a choro e sorrisos, foram apenas dez dias na Beira, mas não vou me esquecer dos sorrisos destas mulheres que passaram por tanta coisa na vida, mas que não deixam de sonhar principalmente com a cura e maternidade. Voltei para casa, numa estranha sensação de pertença, era assim que agora eu me referia a Maputo, voltei para casa e para minha rotina de pesquisa e trabalho no HCM.

Fotografia 28 – Pacientes internadas na enfermaria da cirurgia geral do Hospital Central da Beira.



Menos de dois meses depois soube que haveria outra campanha desta vez na cidade de Nampula, onde de acordo com os médicos há um número elevado de adolescentes, jovens e idosas com problemas de fístula obstétrica, em particular os residentes das zonas costeiras. Conforme informações do médico Bernardo Leite Munarapa cirurgião-geral e Ex-diretor do Hospital Central de Nampula, só nesta unidade de saúde são registrados em média duzentos novos casos de fístula obstétrica por ano (Jornal @ Verdade - 28/03/2014). No ano de 2013 foi realizada uma campanha no HCN numa parceria do Ministério da Saúde de Moçambique e da Direção Provincial da Saúde, nesta ocasião 100 mulheres procuraram de diferentes distritos da província de Nampula procuraram o hospital em busca de tratamento, mas apenas 38 foram submetidas a cirurgia de reparação da fístula obstétrica (Jornal @ Verdade – 18/10/2013). No ano seguinte foi realizada uma nova campanha naquele hospital, onde mais de 60 mulheres foram submetidas a cirurgia de fístula obstétrica, por outro lado os casos de fístula simples continuam sendo tratadas de forma regular pelos médicos e técnicos habilitados nos cursos/campanhas promovidos pelo MISAU e com apoio financeiro do FNUAP (Jornal Domingo, 17/05/2015). Eu precisava ir para esta campanha, desta forma iria conhecer a realidade das três regiões de Moçambique (norte, sul e centro), comecei os tramites para conseguir autorização do MISAU e do Hospital Central de Nampula para poder acompanhar esta campanha. Acredito que por terem me conhecido e terem visto o meu trabalho na Beira esta autorização foi concedida sem problemas.

Em agosto parti para minha segunda campanha de cirurgias de reparação de fístula obstétrica, desta vez na cidade de Nampula localizada na região norte do país, a mais de 2.000km de distância da capital Maputo. Durante esta campanha fiquei hospedada na casa da Dr^a. Gizela Bambo – Diretora do Hospital Geral de Marrere que está localizado a 13 km do Hospital Central de Nampula. O acesso é realizado por uma estrada de barro, o que me permitiu acompanhar de perto a dificuldade de locomoção e acesso destas mulheres a saúde.

Ao chegar ao Hospital Central de Nampula fiquei surpresa com a quantidade de mulheres que procuraram o hospital, muitas vieram por uma demanda individual, pois ouviam em rádios locais que estavam decorrendo no HCN cirurgias de reparação da fístula obstétrica. Não existe um termo “nativo” para se referir a fístula obstétrica, por isso em alguns casos as pacientes mencionam “a doença do xixi”, este fator faz com que algumas

mulheres que sofrem de incontinência urinária (pós-parto ou por esforço) procurem as campanhas, neste caso elas são avaliadas e encaminhadas para atendimento no hospital, mas não são operadas durante a campanha que trata apenas dos casos de FVV.

Fotografia 29 – Pacientes esperando para serem avaliadas - Hospital Central de Nampula.



Outro fator relevante é que o Hospital Central de Nampula, terceira maior unidade sanitária do país, é o único hospital da região norte a tratar dos casos de FVV. O que ocasiona uma maior demanda por parte das pacientes que procuraram aquele hospital em busca do tratamento. Durante esta campanha 85 pacientes provenientes de diversas províncias do norte do país foram até o HCN.

Todas as pacientes preencheram a “Ficha de Registro Epidemiológico-social das pacientes com FVV/FRV”, um inquérito que está sendo aplicado pelo MISAU durante as campanhas¹¹². E depois foram avaliadas pelos médicos, nesta triagem além de observar o local e tipo de FVV, também são realizados exames físicos (peso, medidas) e é colhido sangue para exames laboratoriais (HIV, Hemoglobina e CD4). De acordo com o Dr. Aldo Marchesini o laboratório do HCN atrasou a entrega dos resultados do exame CD4, que é usado para avaliar o sistema imunológico das pacientes soropositivas. Este problema atrapalhou a elaboração dos planos cirúrgicos, pois os médicos tiveram de priorizar os casos de HIV negativo. Mesmo com esta dificuldade eles ainda conseguiram operar 54 mulheres ao longo da campanha.

¹¹² O Dr. Armando Melo me confidenciou que tem quase mil destas fichas preenchidas ao longo de campanhas que participou, mas que não tem um pessoal qualificado para digitar e analisar estes dados.

Fotografia 30 – Realização de exame físico em paciente de FVV – Hospital Central de Nampula.



Da mesma forma que aconteceu na campanha anterior as salas do bloco cirúrgico foram divididas entre os cirurgiões mais experientes, sendo auxiliados por médicos residentes e técnicos de cirurgia. Em termos de estrutura o bloco cirúrgico do HCN está mais bem equipado do que o HCB, o principal problema é a falta de água que assola toda província de Nampula e fez com que o material cirúrgico tivesse que ser lavado/esterilizado em baldes uma vez que não havia água corrente no BC. Outra queixa feita pelos médicos é que devido a lotação do hospital as pacientes de FVV não ficaram alocadas na mesma enfermaria, como aconteceu na Beira, mas espalhadas nas diversas enfermarias do hospital o que dificultou o trabalho da equipe médica para acompanhar o pós operatório. Outro agravante é que só havia vaga no HCN para as pacientes operadas, as que estavam na fila de espera e vieram de províncias distantes não tinham onde ficar. Então Dr. Armando Melo, que também é Diretor do Hospital Militar de Maputo, conseguiu que estas mulheres ficassem no Hospital Militar de Nampula – HMN. Ao visitá-las, pude observar que o local não era o mais apropriado pois as pacientes estavam dormindo no chão e sem nenhum conforto ou assistência.

Fotografia 31 – Pacientes no Hospital Militar de Nampula aguardando transporte para retornar a Província de Cabo Delgado.



Todos os dias as pacientes caminhavam até o HCN, cerca de 3 km, para aguardar a liberação do plano cirúrgico na esperança de que seus nomes constassem na referida listagem. Desta vez ao invés de apenas acompanhar o trabalho da equipe médica, acabei participando efetivamente da organização da triagem e dos prontuários médicos. O que me ajudou de certa forma na pesquisa, pois além de ter acesso direto aos documentos e as pacientes, ainda adquiri respeito da equipe a ponto de ter sido convidada para realizar minhas refeições junto com eles e fazer parte da reunião de avaliação ao final da campanha.

Dentro da pesquisa de campo a minha principal dificuldade continuava sendo a questão da língua, recorri as outras pacientes que falavam português para ajudar na tradução e aplicação do questionário. Outra estratégia que deu frutos positivos na campanha anterior e que reutilizei, foi a utilização de desenhos e palavras chave na língua macua. Nelson Mandela tem uma frase que diz o seguinte: *“Se você falar com um homem numa linguagem que ele compreende, isso entra na cabeça dele. Se você falar com ele em sua própria linguagem, você atinge seu coração.”* Pude comprovar está máxima na reação das pacientes ao me ouvirem perguntar “mwacumi?”¹¹³, apesar de todo sofrimento com a fístula a resposta era dada com um largo sorriso.

¹¹³Mwacumi significa “como vai à saúde?” na língua macua.

No caso específico de Nampula a presença masculina se tornou um obstáculo na realização da pesquisa, tanto em Maputo como na Beira as mulheres vão sozinhas ao hospital em busca do tratamento, já em Nampula muitas delas estavam acompanhadas de um homem (pai ou marido). Sempre quando eu ia conversar com a paciente eles se aproximavam e interferiam nas respostas alegando que elas não sabiam falar português. Elas se mantinham caladas e de cabeça baixa, em alguns casos as mulheres disseram que só poderiam falar comigo caso o marido autorizasse.

Como dissemos anteriormente 85 mulheres procuraram o HCN, destas 54 (cinquenta e quatro) mulheres foram operadas da fístula obstétrica e puderam retornar para sua vida e suas famílias. Infelizmente devido à logística de distribuição das pacientes em diversas enfermarias e hospitais só consegui aplicar o questionário com 69 (sessenta e nove) mulheres. Após compilação apresentamos abaixo o perfil das pacientes (baseado na média simples):

- **Idade:** 32 anos.
- **Idade ao casar-se:** 16 de anos.
- **Idade ao desenvolver a fístula:** 23 anos.
- **Tempo convivendo com a doença:** 06 anos.
- **Taxa de natalidade:** 3,8 vezes.
- **Filhos vivos:** 2.
- **Altura/peso:** 1,40 m/ 45kg.



No ano de 2015 o Programa Nacional de Fístulas Obstétricas do Ministério da Saúde de Moçambique realizou três campanhas cirúrgicas de cirurgias de reparação da fístula obstétrica, conforme tabela abaixo:

Quadro nº 15 – Campanhas de Fístula Obstétrica realizadas em Moçambique - 2015				
Cidade	Província	Período	Nº de mulheres	
			Avaliadas	Operadas
Lichinga	Niassa	13 a 18/04/2015	98	70
Beira	Sofala	15 a 19/06/2015	54	40

Nampula	Nampula	10 a 14/08/2015	85	54
---------	---------	-----------------	----	----

Durante o período em que estive em Moçambique (maio a novembro/2015) tive a oportunidade de participar das campanhas da Beira e Nampula, conforme descrito anteriormente. A Direção Provincial de Saúde da Zambézia promoveu campanhas nas cidades de Morrumbala, Gile, Mocuma e Milange entre os meses de julho a outubro de 2015, mas apesar de ter obtido autorização para participar destas atividades os médicos desaconselharam minha ida devido aos conflitos internos entre a RENAMO e a FRELIMO que tem assolado esta região do país desde 2013.

4.7 O FINANCIAMENTO INTERNACIONAL

Os serviços de saúde, e suas instituições, representam um espaço onde se concretiza a disputa de poder. Questões de o que fazer e como fazer englobam o fazer cotidiano e sua relação com o poder societário. De acordo com Canuto et al. (1996:44) a micropolarização do poder nos serviços de saúde, contrapõe-se ao poder administrativo deste setor que é mediatizado basicamente pelas formas de financiamento.

Desde a independência o governo moçambicano tem feito um enorme esforço para restaurar a infraestrutura de cuidados a saúde (UNFPA, 2003:42). Mas o país vem passando por uma grave crise financeira, entre os anos de 2002 a 2012 as despesas com saúde foram cortadas quase pela metade, atingindo a taxa de 8,8% em 2012 (Conforme dados da Fístula Foundation).

Como resultado, Moçambique carece desesperadamente de serviços de saúde materna, conforme podemos observar nas elevadas taxas de morte materna que estão diretamente ligadas à alta prevalência da fístula obstétrica no país. No entanto apenas poucas unidades sanitárias fornecem o tratamento para a doença e estes hospitais e estas por sua vez enfrentam uma série de desafios com a falta de material hospitalar e pessoal devidamente treinado. É necessário garantir mais recursos (equipamentos e materiais), melhorar e alargar a formação de médicos e técnicos de cirurgia (Jornal Domingo – 05/10/2014), mas para tal é necessário que o governo moçambicano invista mais recursos no Programa Nacional Fístulas. Conforme é previsto pelo Ministério da Saúde dentro da Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas em Moçambique o

estabelecimento de mecanismos de financiamento das atividades de prevenção e tratamento da Fístula Obstétrica (Misau, 2012:21/22). Parte da verba destinada a tratamento das FVV vem do próprio governo moçambicano, mas o MISAU conjectura identificar financiamentos adicionais para implementação desta estratégia.

Cerca de metade do orçamento do país é proveniente de ajuda externa, só no ano de 2009 os doadores contribuíram com 1.6 bilhões de dólares ao Governo Moçambicano. Transcrevemos abaixo a estimativa de orçamento destinada ao Programa de Fístula Obstétrica no período de 2012 – 2015, divulgada pelo Ministério da Saúde de Moçambique:

Quadro 16 – Orçamento anual destinado ao Programa de Fístula Obstétrica				
ANO	ORÇAMENTO DO ESTADO (Meticais)	ORÇAMENTO DO FNUAP (Dólar)	OUTROS PARCEIROS (Dólar)	TOTAL (Meticais)
2012	3.200,000	135.000	--	6.912,500
2013	4.800,000	200.000	100,000	13.050,000
2014	5.000,000	250.000	150,000	16.000,000
2015	5.200,000	275.000	200,000	18.262,500

Fonte: Ministério da Saúde (MISAU, 2012:33).

Desde o início da década de 1970, doadores internacionais e fundações apoiaram instituições de pesquisa em parceria com organizações governamentais e não governamentais (ONG) em saúde materno-infantil (SMI) e iniciativas de Planejamento Familiar, na América Latina, África e Ásia (Barber-madden, 2002: 51). Já nos anos 1980 surgem os programas globais promovidos pelas grandes agências internacionais, como é o caso da UNICEF com o seu GOBI/FFF, isto é, *Growth monitoring, oral rehydration, breastfeeding, immunization – female education, food fortification, Family planning* (Grant, 1982). Depois da conferência do Cairo (1994) As despesas anuais do Fundo das Nações Unidas para o Apoio à População - FNUAP em projetos executados por ONG's aumentaram de modo incisivo, passando de 30,25 milhões de dólares para 60 milhões de dólares em 1998 (Barber-madden, 2002: 52). Quase 20% destes recursos foram aplicados em projetos situados na África Subsaariana.

No caso da fístula as campanhas são financiadas majoritariamente pelo Fundo das Nações Unidas para o Apoio à População – FNUAP que desde 2002 tem dado suporte ao

Programa Nacional de Tratamento de Fístulas e de formação de técnicos para a prevenção e tratamento em Moçambique (Jornal de Domingo – 05/10/2014) e Agência Internacional de Desenvolvimento dos Estados Unidos – USAID. Mas existem outros doadores como a organização italiana Cooperazione Internazionalane - COOPI, que financiou campanhas de reparação da FVV no Hospital Central da Beira, onde mais de 200 mulheres foram operadas. Os fundos são coletados na região da Toscana na Itália e de acordo com o Jornal @ Verdade (17/12/2008) só no ano de 2008 foram arrecadados mais de 50 mil Euros para as despesas de todo o processo inerente às operações de FVV, as quais decorrem em coordenação com a Direção Provincial da Saúde de Sofala. Na época a coordenadora do COOPI era a médica italiana Lídia Baiocchi, que atua até a presente data como cirurgiã no HCB, ela também conseguiu angariar fundos para o desenvolvimento de um projeto de reintegração das mulheres as comunidades após a operação através da venda de roupas usadas (WLSA, 2011). Após a cirurgia as mulheres recebem fardos de roupas para venda, e o dinheiro arrecadado é utilizado para compra de alimentos e outra parte é destinada para aquisição de mais mercadoria para comercialização (Jornal @ Verdade - 17/12/2008).

E a fundação de caridade privada Fístula Foundation que apoia desde 2009 o tratamento de mulheres com fístula obstétrica em mais de vinte países do continente africano. Em Moçambique a fundação já financiou mais de 280 mil dólares para manter uma ala de fístula no Hospital Central de Maputo, onde as pacientes têm acesso gratuito à cirurgia de reparação da doença, bem como auxílio para o transporte destas pacientes para suas províncias de origem. Além disso a fundação através da ONG Mulheres e Health Alliance International - WAHA realizou um programa de treinamento para os médicos e profissionais de saúde, durante a campanha cirúrgica realizada em Nampula (agosto/2015), com a participação da Dr^a Ambaye Wolde Michael, médica etíope, perita em fístulas e parceira da WAHA.

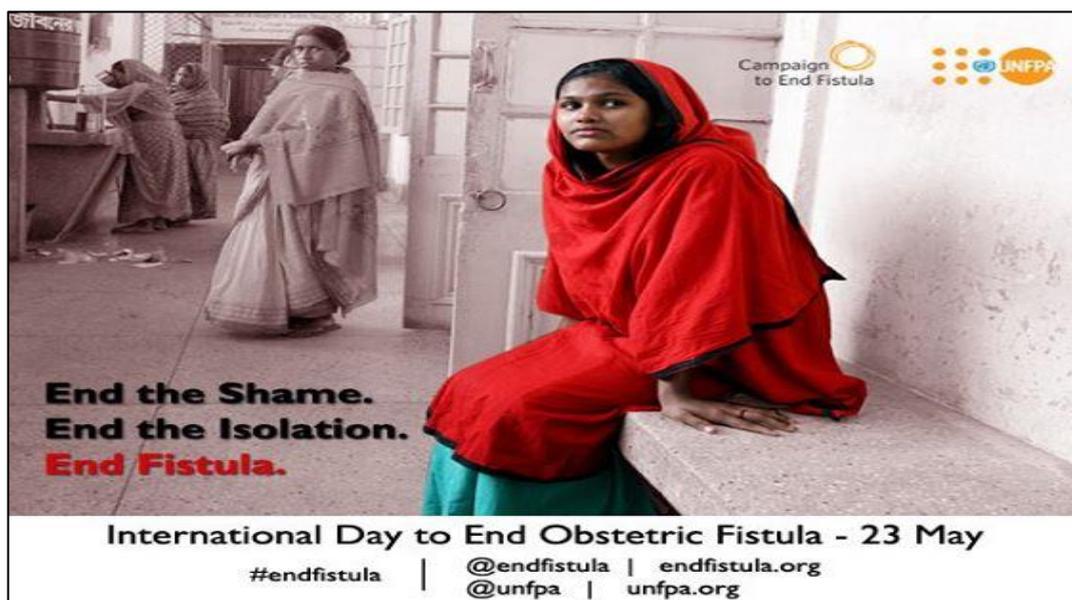
A correção da fístula obstétrica tem que ser encarrada como uma questão de saúde pública e o Ministério da Saúde deve assumir algumas iniciativas para reduzir o número de casos da doença no país, sendo importante investir nas atividades de sensibilização nesta área.

4.8 ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DA DOENÇA: SEGUINDO UMA AGENDA INTERNACIONAL.

Enquanto muitos médicos vêm desenvolvendo esforços individuais para acabar com a FVV, os governos não reconhecem esta condição como um problema de saúde pública. Em resposta ao impacto da fístula na vida das mulheres a UNFPA lançou em 2003 uma Campanha pelo Fim da Fístula Obstétrica (Fístula End). De acordo com Velez et al (2007:144) o objetivo da campanha é erradicar as fístulas dos países em desenvolvimento, como ocorreu nos países industrializados, ampliando as ações para as questões de saúde materna/reprodutiva e equidade de gênero.

Eles têm apoiado (financeiramente) o tratamento cirúrgico de cerca da metade de todos os casos de fístula tratados nos países em desenvolvimento, de acordo com a UNFPA – Moçambique (09/01/2015) desde 2003 mais de 47 mil mulheres foram curadas da FVV. A campanha pelo fim da Fístula hoje abarca mais de 50 países nos continentes africano e asiático, de forma a tratar os casos existentes, objetivando tornar a doença tão rara nos países em desenvolvimento como é nos países desenvolvidos, prevenir o surgimento de novos casos através do acesso imediato aos cuidados obstétricos de emergência e ajudando na reintegração destas mulheres na sociedade.

Fotografia 32 – Um dos cartazes da Campanha Fístula End, fazendo referência ao dia 23 de maio, Dia Mundial de Luta contra a Fístula Obstétrica.



Cada país realiza a Campanha em seu próprio ritmo, no caso de Moçambique a parceria do Ministério da Saúde de Moçambique junto com o FNUAP tem desenvolvido desde 2003 o Programa Nacional de Tratamento de Fístulas e de Formação de Técnicos de Saúde para Prevenção e Tratamento das Fístulas Vesico Vaginais – FVV, mesmo que de forma não periódica tem oferecido cursos de formação e missões de formação e tratamento em localidades do país com maior prevalência da doença (Vaz, 2011). Tendo formado no âmbito deste programa, 24 quadros superiores em cirurgia de fístula dentre médicos especialistas, licenciados e bacharéis em cirurgia (Jornal de Domingo – 05/10/2014).

No ano de 2010 foi lançada nas Nações Unidas em Nova York a Estratégia Global para Saúde da Mulher e da Criança, na ocasião do governo moçambicano se comprometeu na criação de centros de tratamento para Fístula Obstétrica em todas as províncias do país (MISAU, 2012:16). O Governo mapeou os locais que prestam serviços de reparação e tratamento de fístulas no país no esforço de definir e organizar uma rede de referência dos serviços de diagnóstico e reparação, integrada no Serviço Nacional de Saúde (Jornal Domingo - 05 de outubro de 2014). Sabendo que o tratamento para a doença implica em capacitação das equipes, podemos afirmar que atualmente, existem 21 Unidades Sanitárias que fazem o tratamento regular das Fístulas Obstétricas, geralmente tratando os casos de fístulas simples (baixa complexidade) e encaminhando os casos de média e alta complexidade para uma das quatro unidades de referência para o tratamento da doença, a saber: Hospital Central de Nampula (região norte), o Hospital Central da Beira e Hospital Provincial de Quelimane (região central) e o Hospital Central de Maputo (região sul). Ao longo dos anos a fístula obstétrica tem se tornado uma preocupação para o governo moçambicano e o grande desafio do MISAU é aumentar a capacidade do setor de saúde na prevenção e rastreio de fístulas, em paralelo com a necessidade de intensificar a promoção de maternidade segura, em particular para as mulheres e adolescentes que vivem em zonas de difícil acesso (Jornal Domingo - 05 de outubro de 2014). Desta forma o Ministério da Saúde aprovou em 2012 a *“Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas”*, que preconiza a implementação de ações multidisciplinares com a intervenção dos parceiros de cooperação, Agências das Nações Unidas e organizações não-governamentais (UNFPA, 2012). A Estratégia tem como objetivo reduzir a incidência e

prevalência de fístulas através de advocacia, prevenção, tratamento e reintegração social, reabilitação física e psicológica das sobreviventes (Jornal Domingo - 05 de outubro de 2014).

O Governo de Moçambique identificou como prioridade acelerar os esforços para alcançar o acesso universal à Saúde Sexual e Reprodutiva e oferecer iguais oportunidades para as meninas e rapazes, homens e mulheres em Moçambique, estando comprometido em tomar as medidas necessárias para proteger a saúde das meninas e mulheres e pôr fim à Fistula Obstétrica - Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fistulas Obstétricas 2012

A Estratégia foi elaborada com base numa abordagem holística e multidisciplinar de forma a reduzir a incidência de novos casos e dos casos já existentes, além de permitir a reintegração social destas mulheres. Tendo como pilares (MISAU, 2012:17):

- I. Advocacia: Informação a todos os estratos da sociedade, desde o nível familiar, comunitário, profissional, político e sociedade civil em geral sobre a existência das FO, e mobilização de ações preventivas e de suporte ao programa e às sobreviventes. Por outro lado advogar para a mobilização de mais recursos para a implementação da Estratégia
- II. Prevenção: prevenção de novos casos de FO, através do aumento do acesso das mulheres e raparigas à informação e cuidados de saúde sexual reprodutiva
- III. Tratamento: aumento do acesso das mulheres que vivem com FO ao tratamento correto e integrado
- IV. Reintegração Social: integração das mulheres que foram tratadas às FO, no seio das suas famílias, comunidade e na sociedade, sob o ponto de vista emocional e social, através do desenvolvimento de atividades produtivas, entre outras.

Um dos pilares da Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas em Moçambique é assegurar a reabilitação e reintegração social das pacientes tratadas, o documento prevê a elaboração um programa de reabilitação que dê resposta as suas reais necessidades, desenvolvendo um sistema de aconselhamento e suporte psicológico, de forma a garantir que estas mulheres possam retomar uma vida normal (MISAU, 2012:21). Mas, isto foge da realidade, observamos durante a pesquisa de campo, que as pacientes voltam para suas casas sem nenhum acompanhamento psicológico, assistência médica ou medicamentos. Para exemplificar vou apresentar o caso da paciente M.C. (24 anos – Inhambane), ela desenvolveu a fístula obstétrica aos 16 anos na primeira gestação e esteve internada no Hospital Central de Maputo para realizar a sua quinta cirurgia em decorrência da doença. Foi receitado um antibiótico, mas o Serviço de Urologia não dispunha do

remédio, então foi dada uma receita para que a paciente adquirisse o medicamento na farmácia do hospital¹¹⁴, mas também estava em falta, me ofereci para comprar o remédio em uma farmácia privada, ela aceitou de pronto, custou cerca de 70 meticais, menos de R\$ 7,00. Poucos dias depois da operação a paciente teve alta e lhe foi dado pelo HCM um valor financeiro para compra de uma passagem, mas ela ainda tinha dificuldades para andar e ficar sentada durante muito tempo (a cirurgia foi via vaginal). Na consulta relatei ao Dr. Igor Vaz que M.C. era de Inhambane e que retornaria para casa de maximbombo¹¹⁵, ele suspendeu a alta e solicitou a sua transferência para o Hospital Provincial de Inhambane de ambulância. Falta sensibilidade dos profissionais e estrutura nas unidades de saúde, conforme preconiza a Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas em Moçambique é necessário aumentar a capacidade dos profissionais de saúde no tratamento, mas também na prestação de cuidados integrados e holísticos (MISAU, 2012:18).

O grupo alvo desta Estratégia Nacional são todas as mulheres em idade reprodutiva, com enfoque especial nas mulheres jovens e adolescentes que estão sob o risco, sobretudo devido ao trabalho de parto arrastado ou obstruído (Jornal Domingo - 05 de outubro de 2014). Não podemos pensar a Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas de forma isolada, mas sim enquadrada dentro dos compromissos definidos pelo governo moçambicano para buscar reduzir a mortalidade materna e a desigualdade de gênero no país (MISAU, 2012:16). Entre eles a resolução, apoiada pelo UNFPA e adotada em 2014, que estimula a comunidade internacional a intensificar o apoio técnico e financeiro aos esforços em prol da saúde materna, incluindo ações para eliminar a fístula.

Na Resolução assinada em 2014, por mais de 150 países, entre eles Moçambique e apoiada pelo UNFPA, pede que a comunidade internacional atue no sentido de prevenir os casos de fístula obstétrica e garantam principalmente que estas mulheres recebam os cuidados obstétricos nas futuras gravidezes, evitando o retorno da doença. Como aconteceu com a paciente A.F. (29 anos - Maputo), que ficou grávida a primeira vez aos 14 anos, tendo tido um natimorto após um parto de dois dias realizado em casa pela sogra. Ficou com incontinência urinária e foi abandonada pelo namorado. Anos depois casou novamente e

¹¹⁴ A farmácia do Hospital Central de Maputo vende os medicamentos aos pacientes pelo preço simbólico de 10 meticais (o equivalente a aproximadamente R\$ 1,00).

¹¹⁵ É uma palavra de origem portuguesa que significa qualquer veículo pesado. É utilizada Angola e Moçambique, sendo atribuída pejorativamente aos transportes públicos destes países.

teve duas filhas, na gestação da primeira filha a situação agravou, pois desenvolveu uma fístula obstétrica. Foi operada da FVV em 2011 e dois anos depois ficou grávida de novo. Um intervalo dentro do que é indicado pelos médicos, o problema é que a enfermeira realizou um parto natural o que fez com que a fístula retornasse. Quando a conheci no HCM ela estava em busca de tratamento para conseguir realizar uma nova cirurgia, o que de fato aconteceu, mas infelizmente os médicos não tiveram êxito. Como a uretra estava destruída e a fístula estava num local de difícil acesso os médicos realizaram uma Laparotomia, a paciente ficou um pequeno orifício no abdômen por onde terá de inserir uma sonda de foley (algália) cerca de quatro vezes ao dia para esvaziar a bexiga (técnica de auto algaliação).

Fotografias 33 e 34 – Orifício no abdômen de paciente operada de fístula por onde é inserida algália para esvaziamento da bexiga.



O desenvolvimento de uma estratégia nacional de combate à fístula obstétrica tem apresentado resultados positivos, mas ainda é necessário ampliar o âmbito das campanhas cirúrgicas no país e alertar a população para necessidade da realização dos partos dentro das unidades sanitárias. Neste sentido o governo moçambicano tem trabalhado em conjunto com a UNFPA e outras entidades parceiras para alcançar a Meta 5 dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, que apela para a melhoria da saúde materna no país.

Silêncios, segredos e Fístulas: O gerenciamento cotidiano da doença

Fotografia 35 – Pacientes internadas aguardando cirurgia no Hospital Central da Beira.



5 Silêncios, segredos e Fístulas: O gerenciamento cotidiano da doença

Tem se registrado um crescente interesse dos pesquisadores das Ciências Sociais em investigar temáticas relacionadas com saúde e doença, em particular saúde sexual e reprodutiva. Segundo Esmeralda Mariano (2010:75), estes estudos emergiram no contexto do crescimento das doenças sexualmente transmissíveis, especialmente o HIV/AIDS. Neste panorama, torna-se particularmente relevante o papel que as investigações antropológicas desempenham na construção social do corpo feminino, uma vez que estudos empíricos bem conduzidos sobretudo em contextos africanos, constituem a contraparte essencial do trabalho teórico (James & Prout, 1990).

Em algumas áreas de Moçambique é feita uma associação entre complicações durante o parto e o adultério feminino (WLSA, 2011), o que ocasiona atraso em levá-la ao hospital. A mulher, já fragilizada pelo trabalho de parto, se torna ainda mais vulnerável, pois só quando confessar a infidelidade é que será levada à maternidade. Práticas que sacrificam muitas vezes o feto e a própria mãe (Rocha, 1943). A doença e a dor são eventos que transformam as relações familiares, interpessoais e sociais (Mariano, 2010:76) das que sofrem de Fístula Obstétrica. Para além da dor física estas mulheres são permanentemente confrontadas com as relações de poder e de gênero.

Neste capítulo, apresentarei com mais detalhes as atividades que ocupam a vida diária das pacientes de fístula obstétrica. As descrições aqui apresentadas se concentram em observações realizadas no Serviço de Urologia do HCM. Quando for o caso, especificarei as origens das observações feitas em outros hospitais. Tendo como foco principal a atuação das mulheres na busca terapêutica, espera pela cirurgia, as vitórias e derrotas no tratamento. Incluindo também necessidades, cuidados e informações pós-alta, que são defendidos por vários médicos como facilitadores da adaptação e do (re)encontro da vida.

Escrevo sobre isso, procurando compreender a construção social do corpo feminino e sua interface com as noções de saúde e moralidade a partir da experiência de pesquisa. Buscando perceber, se, e em que medida, as instituições hospitalares reproduzem as relações de gênero e poder presentes na sociedade moçambicana e como isso influencia o processo de saúde e doença destas mulheres.

5.1 SEXUALIDADE, CORPO E DOENÇA: IMPLICAÇÕES REGULATÓRIAS

Nos textos produzidos no final do século XIX, pela imprensa e missões religiosas, a sexualidade africana estava associada a um universo excessivo e desregrado. Os antropólogos, segundo Passador e Thomaz (2006), tem buscado demonstrar que práticas geralmente associadas à promiscuidade, constituem na verdade um universo regrado e altamente controlado, conforme veremos mais adiante no tópico dedicado aos rituais de iniciação.

O período decisivo na vida da juventude africana é o tempo dos ritos de iniciação, o *khomaouunyago*... Esse período, contudo está envenenado por tantas excrescências da **superstição pagã e sensualidade desenfreada** que muitos amigos do negro consideram que a interrupção abrupta e o atraso do desenvolvimento intelectual e moral de muitos jovens rapazes e moças na idade de 13 ou 14 anos é o resultado de tais **orgias** (Ranger, 1972:238).

Os rituais das mulheres eram muito mais **obscenos** do que as cerimônias masculinas... De qualquer modo, os missionários não aprovavam o conceito de mulher (womanhood) na sociedade Masasi, considerando o casamento Yao e Maconde como defeituosos e instituições matrilineares como um impedimento para o estabelecimento da família cristã (Ranger, 1972:237) – Grifos meus¹¹⁶.

Nas últimas décadas, devido à epidemia de HIV/AIDS, a sexualidade e as suas práticas estão sujeitas a uma análise profunda, de forma a compreender sua complexidade e encontrar melhores respostas para prevenção da doença. Neste contexto, pesquisadoras como SigneArnfred (2015) e Brigitte Bagnol & Esmeralda Mariano (2009), afirmam que está ocorrendo um processo de reconceitualização de forma a desvincular as visões coloniais que consideravam a sexualidade depravada.

Para Luiz Henrique Passador e Omar Thomaz (2006) associar a expansão das DST's as formas tradicionais de comportamento sexual, e as relações de gênero, se constitui como uma afirmação generalizante. Indo além, os autores afirmam que estas pessoas desconhecem essa esfera da vida social moçambicana, e tentam impor uma agenda internacional a uma realidade que lhes é estranha.

¹¹⁶ RANGER, Terence. Missionary Adaption of African Religious Institutions, The Masasi Case. In: KINAMBO, Isaria (Ed.). The Historical Study of African Religion with Special Reference to East and Central Africa. London/Ibadan, Heinemann Educational Books, 1972.

O discurso do sexo seguro entra em contradição com estas práticas e crenças e não estabelece canais de diálogo conciliatórios, propondo somente soluções drásticas, de ruptura e perdas para os valores considerados caros para as populações que se reproduzem em torno dessas crenças. (Matsinhe, 2006:180).

Essa não é uma questão específica de Moçambique, mas que é comum a outros países do continente africano (Passador, 2011). Nestas sociedades as relações familiares e de gênero são embasadas em normas em relação ao papel social da mulher na procriação e cuidado do lar. O que acaba privando as mulheres, do poder de decisão sobre as questões reprodutivas e práticas de sexo seguro.

Usarei o termo sexualidade para me referir a elaborações culturais que compreendem nas Ciências Sociais a significados, desejos, sensações, emoções, experiências que são configuradas de modos diversos e em diferentes contextos sociais. Trata-se portanto, de um conceito dinâmico que envolve tanto o discurso sobre o sexo e vida sexual, como os processos e mecanismos que programam o exercício da sexualidade, num contexto, como o moçambicano, em que há determinantes que hierarquizam a sexualidade masculina e feminina (Osório e Macuácuá, 2013:86). Como afirma Maria Luiza Heilborn, a sexualidade é profundamente marcada por uma organização de poder na qual é atribuída ao homem a condução dos rumos desse acontecimento.

O sexo, enquanto objeto de análise tal como qualquer outra dimensão da vida social, deve ser construído analiticamente tomando-se as referências que o contexto autorizar. É necessário neutralizar a crença da sexualidade existindo em si como um domínio da existência autonomizado, ela se integra a estratégias matrimoniais e de integração em uma rede social. O sexo é um canal de comunicação, um meio de troca, articulado numa visão de mundo, onde estão igualmente presentes. Concepções sobre amor romântico, intimidade, corpo e os sentimentos a ele relacionados como gosto e desagrado, também estes culturalmente fabricados. (Heilborn, 1997).

Em diversas sociedades, a noção de corpo não é delimitada pelo corpo físico ou biológico, estendendo-se para além deste. De acordo com Sônia Maluf em muitas cosmologias o corpo pode sofrer deslocamentos de tempo e de espaço, que as concepções científicas modernas não admitiriam. Sendo necessário compreendermos as concepções de corpo em Moçambique, e como elas operam no campo da tradição, pois são elas que vão definir as experiências dos sujeitos em relação à doença (Heilborn, 1997).

Existe ainda uma vasta discussão sobre a simbólica do corpo, suas partes, o interior e o exterior, os fluídos corporais, que se articulam com diferentes representações do puro e do impuro, das obrigações e interdições etc, e que demarcam diferentes concepções do corpo na cultura (Maluf, 2002:91).

Como a cultura, o conceito de corpo também é ativo e inconstante, sendo preciso reconhecê-lo além do seu aparato biológico, levando em consideração as experiências vividas por este indivíduo na sua interação social, visando uma configuração unitária do corpo (Mariano, 2010:76). Podemos sugerir, que é o corpo social, no qual o corpo individual está inserido que ocupa o centro das atenções em Moçambique. Nesse sentido, o corpo individual é assumido como símbolo no qual o corpo social se inscreve, tornando-se modelo analítico, um instrumento de conhecimento que pode conformar, formar ou transformar o corpo social (Dias-Scopel, 2015:113). Para Esmeralda Mariano (Idem) o corpo feminino representa o lugar da inscrição social onde a transmissão do conhecimento e o processo de incorporações de gênero ocorrem de forma “*explícita e implícita, consciente ou não, verbal ou gestual*”. A autora cita como exemplos deste processo o fato de as mães salpicarem leite materno nos órgãos genitais da criança logo após o nascimento, o leite simboliza potência sexual e propicia fertilidade¹¹⁷ e de iniciarem o alongamento dos pequenos lábios vaginais, sob o qual nos deteremos mais adiante. Em ambos os casos o corpo feminino começa a ser moldado ainda na infância, preparando a menina para assumir o seu papel de mãe e esposa.

Através das crenças e rituais que informam e acompanham não só a menstruação, mas também a gravidez, o parto e noções de resguardo, as sociedades tendem a inscrever nos corpos da mulher marcas de ambiguidades, estereótipos de identidade, enfim, um amplo conjunto de atribuições socialmente significativas, baseadas em pressupostos socialmente construídos, com efeitos naturalizantes e normativos sobre a caracterização da mulher. (Matsinhe, 2006:175).

Outra modificação corporal realizada principalmente nas províncias do norte do país, são as tatuagens. De acordo com Conceição Osório e Ernesto Macuácuá (2013:190), mesmo nestas províncias existem diferenças nos ritos, que variam de acordo com os grupos étnicos. Entre os makondes, os *dinembos*¹¹⁸ são feitos no rosto e nos seios, enquanto os makuas tatuam ao longo da zona púbica, conforme podemos verificar nas imagens abaixo:

¹¹⁷ Esta prática também é realizada nos meninos com o mesmo propósito.

¹¹⁸ Nome utilizado pelos makondes para se referirem as tatuagens ou escarificações.

Fotografia 36 – Tatuagem makua - Hospital Central de Nampula.



Fotografia 37 – Tatuagem makonde (imagem da internet).



Também podemos inferir que as tatuagens, realizadas por estes dois grupos étnicos, tem funções distintas. As tatuagens no rosto são uma marca identitária do povo makonde de ambos os sexos, mas no caso das mulheres servia como afirmação de pertença ao grupo (no sentido de posse) evitando desta forma o assédio sexual dos homens de outros grupos, comerciantes árabes e colonos portugueses. Ao passo que entre as makuas, as tatuagens têm um poder fecundante e, sobretudo afrodisíaco (Altuna, 1985:298).

As tatuagens, assim como as missangas (contas de vidro usadas em volta dos quadris) servem para motivar o homem, uma vez que alguns homens não sabem como excitar sexualmente uma mulher; quando eles sentem a necessidade de ter relações sexuais eles pegam a mulher de surpresa, e sob essas circunstâncias ela tem poucas chances de chegar ao orgasmo, que é o prazer sexual. Contudo se a mulher tiver tatuagens em seu corpo, usar missangas e tiver os lábios da vagina alongados, o homem tem que começar brincando com essas coisas. Ao fazer isso, a mulher fica preparada para o ato sexual resultando em satisfação para ambas as partes (OMM, Província de Zambézia). (Arnfred, 2015:190)

De acordo com Sônia Maluf (2002:95) quando uma pessoa faz uma tatuagem no corpo, não está apenas inscrevendo símbolos, significados e valores culturais na pele ou na carne, esta é também uma forma de se constituir como um determinado tipo de sujeito. Podemos constatar a importância das tatuagens, na construção da corporalidade feminina. Ao acompanhar as mulheres durante as consultas médicas tinha a oportunidade de vê-las sem roupa, muitas possuíam tatuagens de traços geométricos (X – Δ) em seus corpos. Dentre as quais a que mais chamou minha atenção foram as tatuagens de A.P. (38 anos – Nampula), eram escarificações de flores, folhas e ramos que iam se entrelaçando e tomavam conta de toda região do abdômen e das coxas. Ela me deixou apreciar-las e tocar-las, mas não permitiu que eu fotografasse, sob a justificativa de que só seu marido poderia ver. Também me falou das suas funções sexuais, que vão além da estética, mas que provocam a excitação masculina pelo barulho que emitem quando os corpos se esfregam. No fragmento abaixo, percebemos a importância das tatuagens:

O teu corpo é liso como o peixe-barba. Não tens sequer uma tatuagem. O teu corpo não arranha. Não raspa. Não esfrega. Não deixa marcas. É por isso que os homens te abandonam.
(Chiziane, 2004:182)

As experiências individuais da sexualidade são marcadas pelos contextos em que se produzem. As pessoas incorporam as aprendizagens socialmente localizadas que determinam os saberes e os sentidos atribuídos à vida sexual, nomeadamente o que é ou não lícito sentir e exprimir. Autoras como Signe Arnfred enxergam os rituais de iniciação como um espaço de autonomia das mulheres, mas para Conceição Osório e Ernesto Macuácuá, este espaço de subversão é também um lugar onde a mulher aprende que o seu “valor” e o seu “poder”, estão centrado no seu corpo e nos seus usos. Ser mulher...

(...) significa aprender a aceitar a sexualização do poder nas relações degénero, isto é, conter e limitar o exercício da sexualidade da mulher a estratégias de manipulação, por um lado, e à sua submissão, por outro, ou seja, aquilo que é ensinado como a sua força é na realidade uma manifestação brutal do policiamento do seu corpo. Osório e Macuácuá (2013:86).

Nos ritos é possível observar como a vivência da sexualidade feminina e masculina é diferenciada pela ação que se exerce sobre a domesticação dos corpos. Desta forma no próximo tópico iremos tratar especificamente da questão dos ritos de iniciação e da (re)construção do corpo feminino.

5.1.1 Os rituais de iniciação e a (re)construção do corpo feminino

Os ritos relacionados aos ciclos da vida, sejam de nascimento, iniciação, passagem, matrimônio ou morte, têm sido objeto de estudo pela antropologia desde sua formação enquanto disciplina. As novas abordagens buscam desvincular o olhar para o rito como uma expressão imóvel, passando a olhar para as estruturas de poder que influenciam e orientam suas funções, organizam as representações e as práticas sociais (Osório, 2013). Em termos antropológicos, as práticas rituais, além de sublinharem a dimensão processual de construção do corpo feminino, expõe também a dimensão relacional/cultural envolvida nessa formação. É neste sentido que autoras como Esmeralda Mariano, Brigittte Bagnol e a própria Conceição Osório tem analisado como os rituais de iniciação influenciam a construção das identidades sexuais e de gênero. Para ilustrar como se encara o papel social feminino apresentamos um trecho, apesar de extenso, extraído do romance “Niketche - uma história de poligamia” da escritora moçambicana Paulina Chiziane:

Dedicamos um tempo à comparação dos hábitos culturais de norte a sul. Falamos dos tabus da menstruação que impedem a mulher de aproximar-se da vida pública de norte a sul. Dos tabus do ovo, que não pode ser comido por mulheres para não ter filhos carecas e não se comportarem como galinhas poedeiras na hora do parto. Dos mitos que aproximam as meninas do trabalho doméstico e afastam os homens do pilão, do fogo e da cozinha para não apanharem doenças sexuais, como esterilidade e impotência. Dos hábitos alimentares que obrigam as mulheres a servir aos maridos os melhores nacos de carne, ficando para elas os ossos, as patas, as asas e o pescoço. Que culpam as mulheres por todos os infortúnios da natureza. Quando não chove a culpa é delas. Quando há cheias, a culpa é delas. Quando há pragas e doenças, a culpa é delas porque sentaram no pilão, que abortaram às escondidas, que comeram o ovo e as moelas, que entraram nos campos nos momentos de impureza. (Chiziane, 2004:35/36)

Os rituais de iniciação, que marcam a passagem para a vida adulta, são feitos logo em seguida a primeira menstruação, sendo precedidos pelas modificações corporais, especificamente dos órgãos genitais. De acordo com a antropóloga moçambicana Esmeralda Mariano, o alongamento dos pequenos lábios vaginais¹¹⁹ é iniciado na fase de pré-puberdade (08 aos 12 anos) e servirá no futuro desta menina, já que devido aos partos normais a vagina tende a sofrer uma progressiva dilatação, então os lábios alongados são introduzidos no orifício vaginal, durante o ato sexual para propiciar prazer sexual ao parceiro (Mariano, 2010:78).

Fotografia 38 – Pacientes com lábios vaginais alongados no Hospital Central de Nampula.



Para Organização Mundial de Saúde (2008) todos os procedimentos que envolvem alterações ou ferimentos dos órgãos genitais femininos, por razões que não sejam médicas, são considerados Mutilação Genital Feminina – MGF¹²⁰. Inclusive as práticas como piercings, cauterização por queimadura do clitóris ou dos tecidos circundantes, cortes dos tecidos

¹¹⁹ Nos grupos makonde, os pequenos lábios vaginais alongados, comumente designados de matuna, já entre os grupos sena e ndau o mesmo fenómeno é chamado de matingi.

¹²⁰A sigla MGF foi amplamente adotada a partir da Conferência Regional do Comitê Inter-africano sobre Práticas Tradicionais que afetam a Saúde das Mulheres e Crianças, realizada em 1990 na Etiópia.

circundantes do orifício vaginal e alongamento do clitóris e/ou dos lábios são classificadas como Introcisão, o quarto tipo de MGF¹²¹.

Segundo Bagnol & Mariano o alongamento dos lábios vaginais, cujo ato se designa *kukhuna-kupfuwa* ou puxa-puxa, é orientado por mulheres mais velhas, chamadas madrinhas, que geralmente são escolhidas pelas próprias mães, e devem acontecer ao nascer e ao pôr-do-sol.

Nas primeiras vezes, a madrinha demonstra como fazer puxando pessoalmente os *matingida* jovem e assegura-se que está esteja procedendo corretamente. Os lábios são massageados e esticados de cima para baixo com as pontas do polegar e indicador de cada mão. Procedem-se usando substâncias oleosas extraídas de amêndoas; frequentemente usa-se da fruta *densatsi*(rícino), que é queimada e pilada para extrair o óleo que lá se encontra. (Bagnol & Mariano, 2009:392).

O alongamento dos lábios vaginais está relacionado com a noção de feminilidade, tendo várias funções, mas todas relacionadas ao ato de “fechar” como se fosse uma porta. Durante a vida adulta a vagina vai se abrindo (dilatando) principalmente após os partos naturais. Então os lábios alongados são introduzidos dentro da vagina antes do ato sexual, com o intuito de deixá-la mais “apertada”, “fechada”, propiciando desta forma um maior prazer sexual ao parceiro. Mas elas também usam os *matingi* para terem prazer sexual, da seguinte forma, como os lábios alongados estão fechando “a porta” o homem terá de manusear (brincar) com os lábios e os clitóris antes da penetração. Outra função tem mais a ver com a necessidade de fechar o corpo para se proteger de feitiços, que usam os orifícios do corpo para entrar na mulher (Bagnol & Mariano, 2009:392). De acordo com Conceição Osório e Ernesto Macuácuá, são conferidos significados provenientes de saberes modernos a estas práticas tradicionais como forma de legitimá-las:

Quer dizer, se as *othuna* servem para dar prazer ao homem servem, também além disso, segundo as imagens emprestadas (reinterpretadas) de um certo discurso “médico”, para manter a higiene. Uma situação similar poder ser encontrada na justificação da circuncisão que, nas zonas centro e norte do país, dá sentido ao que é ser homem (requerendo cerimônias específicas que não se limitam ao acto em si) e que aparece hoje

¹²¹Os tipos de mutilação variam de acordo com o país e a cultura, mas de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância os tipos I (Clitoridectomia) e II (Excisão) são os mais frequentes, constituem de 80 a 85% das mutilações praticadas, enquanto o tipo III (Infibulação) acontece em 15 a 20% dos casos (UNICEF, 2005).

introduzido no discurso cultural e médico, como constituindo uma proteção à contaminação do HIV e da SIDA. (Osório e Macuácuá, 2013:49).

Em Moçambique o projeto de desenvolvimento da FRELIMO reprimia as cosmologias tradicionais (poligamia, lobolo, rituais de iniciação), sua modernização implicava, de acordo com Signe Arnfred (2015), na desorganização das estruturas tradicionais de poder feminino em benefício de um projeto nacional (unificador). A autora conversou com várias mulheres que defendiam com vigor os rituais de iniciação¹²², que estão relacionados com a noção de feminilidade, sendo atributos que as mulheres devem possuir para serem mulheres, constituindo-se durante o processo ritual como um marcador da identidade feminina. A partir deste diálogo Arnfred passou a ver os rituais como espaços de autonomia feminina, enraizados em estruturas sociais e culturais de base matrilinear encontradas na região norte do país. Esta visão vai de encontro a opinião de outras feministas moçambicanas, entre elas a socióloga Conceição Osório, para qual os *othuna/matingi*, vão além do reconhecimento da identidade feminina, sendo uma expressão do poder masculino, já que a mulher (re)constrói seu corpo para um modelo de feminilidade que assenta o exercício da sua sexualidade sob o controle e o poder masculino.

Este elemento não significa maior capacidade de controlo do seu corpo, antes pelo contrário, evidencia toda a preparação recebida para agradar: não ter medo do homem não se refere a um confronto com a dominação masculina, tendo, pelo contrário, como fim, a satisfação sexual do homem, porque é esse conhecimento do outro que lhe permite, através da submissão, ser mulher. (Osório, 2013).

A concepção que se tem sobre o ser ou torna-se mulher em Moçambique, pode ser pensada como um dos sustentáculos da ocorrência dessas relações (Matsinhe, 2006:162). Diversos autores são unânimes em afirmar que, sobretudo nas zonas rurais, a prática sexual feminina começa quando aparece a primeira menstruação. Ainda de acordo com o autor esta noção de sexo é o principal marco delimitador da maioridade ou menoridade, estando associada com a ideia de disponibilidade da mulher para casar-se.

¹²²Arnfred trabalhou como socióloga na OMM – Organização da Mulher Moçambicana no período de 1981 a 1984.

Dentro da cosmovisão nortista, mais especificamente Macua, uma mulher sem ter sido iniciada não pode casar [porque] ninguém te aceita. Se te aceita, logo depois te abandona. Não podes participar dum funeral, muito menos aproximar-te de um cadáver, porque não tens maturidade. Nem podes assistir a um parto. Não podes tratar dos assuntos de um casamento. Porque és impura. Porque não és nada, eterna criança (Chiziane, 2004:38).

Desta forma os rituais de iniciação, que marcam a passagem para a vida adulta, são feitos logo em seguida a primeira menstruação, sendo precedidos pelo alongamento dos lábios vaginais, conforme já descrito anteriormente. Conceição Osório (2013) cita a obrigatoriedade de exposição dos lábios alongados durante os rituais de iniciação, e a vergonha sentida pelas jovens que não foram submetidas a prática, ou que não conseguiram um alongamento suficiente. Passar pelos rituais de iniciação é, portanto, uma condição de adulez e de aceitação pelos homens que podem, legitimamente, devolver as esposas às famílias, com o argumento de que não estão satisfeitos.

A duração dos rituais de iniciação pode variar entre uma semana a um mês, quando as jovens são mantidas isoladas, longe da família e instruídas nos atributos que configurarão sua vida adulta (Osório, 2013). O isolamento ocorre em uma cabana cerimonial construída no mato com este propósito, durante o período da sua reclusão, o paradeiro das meninas é estritamente controlado (Arnfred, 2015:187). Elas são orientadas por mulheres adultas, as chamadas madrinhas, sobre cuidados higiênicos a ter durante o período menstrual e, sobretudo, a importância de se evitarem relações sexuais nesse período, assim como no período pós-parto, considerado de risco para saúde da criança e da própria mãe (Matsinhe, 2006:176). Além disso, durante o período do isolamento, a menina vai começar a fazer tatuagens em seu corpo. De acordo com Signe Arnfred (2015:190) essas tatuagens são cortes na pele preenchidas com pó de carvão, quando cicatrizadas produzem uma superfície corporal irregular. As tatuagens corporais são consideradas como tendo um valor estético, assim como tendo importantes funções sexuais.

Após terem sido iniciadas as jovens estão disponíveis para casar-se:

Nesse período, as jovens são expostas no mercado local de casamentos, através do seu maior envolvimento em encontros ou reuniões somente frequentadas por adultos, ou através de redes de contatos inter e intrafamiliares, assim como através das liberdades das próprias jovens tomam no envolvimento com homens, jovens e adultos de sua preferência ou afinidade. (Ibdem: 163).

Fotografia 39 – Tatuagens na região do baixo ventre - Hospital Central de Nampula.



Os rituais de iniciação, realizados ao longo da infância e puberdade, criam mecanismos de identificação e pertença ao grupo, ao mesmo em tempo que excluiu aqueles que não participam (Osório, 2013). Com o advento da modernidade muitas jovens não são submetidas aos rituais de iniciação, principalmente as que habitam as cidades. Em Maputo, pude perceber uma tendência das mulheres solteiras em participar do ritual denominado *kulaia*, nele as matronas são chamadas para aconselhar as jovens, com ensinamentos de “cama e mesa”, mostrando como devem tratar os maridos, cuidar da casa, dos filhos e outras “obrigações” da mulher. Durante minha pesquisa de campo tive a oportunidade de participar de um *kulaia*, não como pesquisadora, mas como iniciada. Primeiramente foi solicitada a madrinha, uma senhora de origem macua, permissão para que eu, estrangeira, participasse do ritual. Após alguns dias de espera recebi uma mensagem, de uma amiga que também ia participar, dizendo que ela autorizou minha participação já que iria me casar com um moçambicano. No dia nos dirigimos para o local combinado, uma casa no bairro Alto Mae na cidade de Maputo, cada mulher, devíamos ser cerca de doze, levou um prato de comida e bebidas, já que o ritual de aconselhamento dura o dia todo, se estendendo pela noite. As práticas rituais inserem-se, num contexto de privacidade e intimidade, desta forma antes de iniciar o ritual dizíamos nossos nomes em voz alta e o escrevíamos numa folha de papel, depois das apresentações o papel, chamado pela madrinha de “contrato” foi queimado, prometemos que não falaríamos o nome das nossas manas, nem contaríamos detalhes do ritual, mantendo desta forma o “segredo das mulheres”. Basicamente os elementos centrais que organizam o *kulaia* são ensinamentos do respeito ao marido (e sua

família) e da vida sexual. Como Conceição Osório (2013) tinha sinalizado, o discurso sobre o respeito ao marido está sempre associado a um sentimento de tolerância e de inclusão que deve nortear as relações do casal, significando que a mulher deve ser obediente ao parceiro.

A dicotomia entre os sexos é objeto de conflito entre muitos jovens casais, principalmente por causa da influência da escola e da televisão, começando a ser posta em causa a subordinação feminina, embora na maioria dos casos se continue a imputar à mulher os deveres inerentes à cultura patriarcal (Ibdem). Posso citar como exemplo a narrativa de uma das mulheres presentes ao *kulaia*, ela contou que o marido estava lhe traindo e que não sabia o que fazer. A madrinha lhe orientou a comprar preservativos e colocar dentro da pasta do trabalho e no porta luvas do carro, pois se for para trai-la que ao menos não traga doenças para dentro de casa. Outra coisa, que deve ser evitado são as discussões bobas do dia-dia, pois se brigam o homem vai para rua, a mulher tem que manter o marido em casa, então deve fazer comidas gostosas, estar sempre limpa (*kubvalira*¹²³) e bonita, para satisfazer o marido na cama. A maior parte dos aconselhamentos eram neste sentido, fazendo-me recordar de uma passagem bíblica, que é muito utilizada nos Encontros de Casais, promovidos pela igreja católica: “*Toda mulher sábia edifica a sua casa; mas a tola a derruba com as próprias mãos*”. - Provérbios 14:1.

Para além da questão do respeito e obediência ao marido, também é abordada a questão da sexualidade, onde a madrinha ensina técnicas e posições sexuais, com um vibrador feito de madeira¹²⁴, estes “segredinhos” visam melhorar a relação sexual e o interesse do marido, evitando que o parceiro seja infiel ou polígamo. Durante o ritual do *kulaia* a madrinha nos mostrou, e nos presenteou com pequenas porções, destes remédios explicando para que serviam cada um deles¹²⁵.

Eu sou velha, mas quando aplica essa pomada torno como uma nova que qualquer homem que me apanhasse ficaria satisfeito ao dormir comigo. Essa satisfação poderia lhe obrigar que manhã seguinte levasse na enxada ir para o campo e trabalhar com toda a vontade (OMM entrevista, Província de Zambézia) – (Arnfred, 2015:189).

¹²³ Prática de lavar as partes íntimas, até três vezes ao dia, utilizando produtos como sabão, vinagre ou chás, introduzindo os dedos dentro da vagina e realizando movimentos giratórios (Bagnol& Mariano, 2009:394).

¹²⁴ O vibrador era feito de *mpingo*, madeira também conhecida como pau-preto, muito utilizada em Moçambique para confeccionar máscaras e esculturas.

¹²⁵ Estes remédios são produzidos com folhas, raízes e cascas de árvores que são secadas e piladas até virarem pó. Podendo ser colocadas superficialmente na calcinha ou inserido na vagina (Bagnol& Mariano, 2009:393).

Durante minha pesquisa de campo na cidade da Beira, recebi de presente de uma das pacientes uma pomada, que havia sido preparada pela sua mãe, para deixar a vagina mais “*apertadinha*” e dar mais prazer sexual ao marido. De acordo com Bagnol & Mariano (2009:393) a maioria das mulheres em Moçambique utiliza este tipo de substâncias para fechar, contrair ou reduzir o canal vaginal, estes produtos são chamados de *mankwalayakubvalira*, que significa “remédio para pôr”. Geralmente são fornecidos pelos familiares (mães, avós, tias) ou também pelas madrinhas, mas ainda de acordo com Bagnol & Mariano nos mercados ou feiras é possível comprar estes remédios vaginais.

Em seu artigo “Notas sobre gênero e modernização em Moçambique” a socióloga Signe Arnfred mostra as diferenças entre os ritos de iniciação femininos realizados nas províncias de Moçambique, a partir da divisão geográfica delineada pelo rio Zambeze, fazendo a divisão entre o norte e o centro, e o o rio Save entre o centro e sul. O que de alguma forma coincide com as especificidades dos grupos étnicos que habitam estas regiões. De acordo com sua análise, nas províncias do sul do país (patrilineares) as meninas são preparadas para serem objetos sexuais dos homens, ao passo que nas províncias do norte (matrilineares) as meninas são preparadas para serem sujeitos sexuais. Sendo comumente a colocação que as mulheres do norte, principalmente as da etnia macúá, dominam as artes do sexo, ao fazerem uso da sedução, do desejo e dos poderes sexuais para fazerem política e alcançarem seus objetivos. Mas em tempos de mudança e fluxos migratórios para as cidades estas questões não são tão simples:

O material da OMM, tal como relatado acima, sugere uma relação entre matrilinearidade e fortes tradições de ritos de iniciação femininos, e patrilinearidade com o enfraquecimento dos ritos. Contudo, a relação não é nem direta nem simples: 50 ou 60 anos atrás havia ritos de iniciação femininos muito fortes no sul patrilinear (Cf. Junod, 1912/1974 e Earthly, 1933/1968). Os diferentes sistemas de parentesco parecem ter reagido diferentemente às influências modernizantes, afetando estruturas econômicas, assim como as ideológicas. (Arnfred, 2015:193).

Desde sua origem, Moçambique é marcado por um forte aspecto de trânsito intercultural, com fluxos migratórios constantes conduzindo a fusões de tradições nortistas com o universo patrilinear sulista, quando práticas de povos macúás eram retraduzidas por diversos povos de Moçambique, sem falar das relações comerciais com os europeus e com os mouros. Os rituais de iniciação foram sendo sujeitos a circunstâncias políticas e sociais

vivenciadas pelas comunidades, entretanto, para WLSA (2013:17) apesar das modificações, permanecem nos rituais a manutenção das desigualdades de gênero em torno dos papéis sociais atribuídos, exercício da sexualidade e dos direitos das mulheres.

Para Signe Arnfred a modernização, tal qual ocorreu em Moçambique, atribuiu hierarquias de gênero e contribuiu para mudar a moral e as concepções de sexualidade, principalmente sob a égide do Cristianismo e do Islã. A introdução da moral cristã influenciou os significados dados a aprendizagem da vida sexual, antigos elementos dos rituais de iniciação que culminavam na relação sexual das crianças¹²⁶, foram substituídos pela aprendizagem sobre como usar o corpo (Osório e Macuácu, 2013:49).

Diferentemente das missões cristãs, o Islã não condenava os rituais de iniciação. Na verdade, os ritos foram islamizados (tanto os femininos quanto os masculinos), aparentemente sem fazer nenhuma mudança, quer seja nos rituais eles próprios ou, no caso das mulheres, no costume relacionado de estender os lábios vaginais, fazer tatuagens ou usar miçangas. (Arnfred, 2015:208).

Portanto, ritos e religião têm o seu encontro firmado, precisamente a partir da institucionalização da instrumentalização da mulher e dos seus papéis sociais reprodutivos e de subalternidade ao homem, fundamentados na Bíblia ou no Alcorão (Osório e Macuácu, 2013:49). Durante o trabalho de campo na região norte, tive a oportunidade de conhecer mulheres macúas que foram iniciadas (tatuagens, lábios alongados), mas que professavam a religião islâmica, tendo um comportamento de subserviência em relação aos maridos. Segundo Fátima Mernissi (1985:44) o Islã aceita e reconhece a sexualidade feminina como subjetiva e ativa, tendo uma série de funções vitais, positivas. O controle islâmico sobre as mulheres é externo, dentre eles o fato de terem que usar véu na rua.

Este tópico tratou dos rituais de iniciação em Moçambique, demonstrando que apesar das mudanças e reconfigurações no contexto atual, eles ainda cumprem com a função de reprodução social dos grupos, mesmo em espaços recriados (como no exemplo do kulaia). Assim, os rituais de iniciação logram continuidade advogando através de argumentos tais como manutenção das práticas como uma maneira de manter viva a identidade cultural moçambicana e de coesão social através do sentimento de pertencimento à comunidade.

¹²⁶ Conforme Arnfred (2011) e Pinho (2016) descrevem, nos rituais as mais velhas se utilizavam de um pau roliço, para antecipar ritualisticamente o defloramento da jovem.

Para Conceição Osório e Ernesto Macuácuá (2013:234), quando se fala em rituais tradicionais não é questionado se eles violam os direitos das crianças, das mulheres, se expõe os rapazes ao risco de contrair alguma doença através da prática da circuncisão realizada no mato, ou se legitimam o casamento infantil e desta forma expõe as meninas aos riscos de uma gravidez precoce, entre os quais a fístula obstétrica. Isso acontece devido a lógica estabelecida, pelo poder tradicional, de que os rituais de iniciação são inerentes à cultura moçambicana. Em certa medida, a argumentação acima parece convencer. Dentro deste contexto é possível perceber uma tensão entre práticas que machucam (alongamento labial, tatuagens e circuncisão), mas que, por outro lado, se constituem como marcas corporais de pertencimento ao grupo (Segato, 2003: 31). Ilustrando um impasse, entre os direitos humanos e o direito consuetudinário dos povos “tradicionais”, que é muito caro para Antropologia.

Os Direitos Humanos Universais têm sido bastante debatidos nas Ciências Sociais. Para Gustavo Esteva (1998), a categoria surge como um novo cavalo de Tróia para a recolonização, empreendida pelo ocidente aos povos que não compartilham dos seus ideais universalistas. Em suma, o autor assume que a pretensão universalista tem se constituído como um “abuso de poder” ocidental, ao não levar em conta os costumes e a própria cultura africana.

Nesse contexto, Laura Nader (1999) faz um paralelo entre a noção de violação dos direitos humanos em duas culturas diferentes a norte-americana e a africana. Para autora, enquanto o implante de silicone é visto pelas africanas como uma agressão ao corpo, esta é uma prática tipicamente norte-americana. Ao passo que a remoção do clitóris seria uma violação dos direitos humanos na concepção das americanas, mas é comum em diversos países africanos.

Em ambas as práticas, de circuncisão e de amputação de seios, a mutilação ocorre teoricamente em seu benefício, para a recriação de sua aparência feminina. A cirurgia nos seios femininos nos EUA possui um significado social muito semelhante ao da mutilação sexual na África. Em ambos os lugares a escolha da cirurgia reconstrutiva se dá fora do indivíduo, em nosso país como resultado de um processo de comercialização onde a mulher é mecanizada, medicada e mercantilizada. (Nader, 1999:77).

Para Claudia Bongianino (2010)¹²⁷, o confronto entre as razões morais africanas e as morais ocidentais em relação as intervenções genitais femininas parece estabelecer um paradoxo, no qual dignidades são feridas em nome da proteção dos direitos humanos universais. Nesse sentido, seja a realização, seja a proibição pode ser lida como um insulto moral, sendo ambas extremamente violentas para as partes envolvidas. Com efeito, assim como as mulheres mutiladas justificam as práticas em termos culturais, para si e para os outros, em geral os antropólogos fazem o mesmo movimento culturalmente auto justificado (Diniz, 2001:30)¹²⁸. O relativismo busca explicar as diferenças entre os povos, caracterizando-as como culturais, nesse sentido tanto a mutilação genital feminina, como o alongamento dos lábios vaginais, é justificados como valores morais válidos dentro do contexto sociocultural estudado.

Nesse sentido, nem a retórica dos direitos humanos, nem o relativismo antropológico são plenamente capazes de resolver os conflitos entre lógicas e práticas culturais distintas. (Bongianino et al, 2015).

Para as autoras¹²⁹, ambas retóricas são problemáticas, de um lado os direitos humanos universais com uma postura moral fixam, tenta impor sua verdade como absoluta; por outro lado o relativismo antropológico adota uma postura de tolerância radical, tenta legitimar as práticas, pelas crenças e costumes.

5.1.2 Casamentos: anomia e mudanças

Dos ritos de passagem.

- Como foi a preparação do teu casamento?
- Comecei a fazer enxoval aos quinze anos.
- Bordar naperons. Fiz colchas e toalhas em croché. Toalhas bordadas, com o ponto pé de flor, ponto pé de galo, ponto de cruz, ponto jugoslavo, ponto grilhão. Fiz curso de cozinha e tricô.
- Cresci no campo e não conheci nada dessas coisas de bordados e enxovais. Diz-me, como foi a preparação nas vésperas do casamento?

¹²⁷ Claudia Bongianino no texto “Entre normativas e vidas: As Intervenções Genitais Femininas na Itália”, disponível em:

http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_27_RBA/arquivos/grupos_trabalho/gt06/cfb.pdf

¹²⁸Débora Diniz no texto “Antropologia e os limites dos direitos humanos: O dilema moral de Tashi”, aborda a questão do conflito moral em torno da Mutilação Genital Feminina. Disponível em: [http://www.abant.org.br/conteudo/livros/DIREITOS%20HUMANOS%201\[1\].pdf](http://www.abant.org.br/conteudo/livros/DIREITOS%20HUMANOS%201[1].pdf)

¹²⁹Bongianino, Claudia Fioretti. CRUZ, Denise Ferreira da Costa. CASTRO, Luísa Reis. **Feminino Sagrado, Profano e Científico**: impasses nas intervenções genitaisfemininas. Revista Tomo. Nº 26, jan/jun de 2015.

- Tinha aulas na igreja, com os padres e as freiras. Acendi muitas velas e fiz muitas rezas.
- E o que te ensinava a tua família?
- Falava-me da obediência, da maternidade.
- E do amor sexual?
- Nunca ninguém me disse nada.
- Então não és mulher, és ainda criança. Como queres tu ser feliz no casamento, se a vida a dois é feita de amor e sexo e nada te ensinaram sobre a matéria?
- Olhei-a com surpresa. De repente lembro-me de uma frase famosa.
- ninguém nasce mulher, torna-se mulher. Onde terei eu ouvido esta frase?

Paulina Chiziane (2004:35)

Começamos este tópico, a partir do diálogo sobre ritos de casamento entre duas mulheres de etnias distintas, uma machangana (do sul) e uma macua (do norte), extraído do romance *Niketche* da escritora moçambicana Paulina Chiziane (2004:35). No qual podemos perceber, as diferenças entre os ritos de iniciação praticados nas diferentes regiões do país. Nas províncias do centro e do sul, onde as relações de parentesco seguem linhas patrilineares, os ritos de iniciação acontecem no âmbito privado e não ritualizado, apenas focando na preparação individual da menina para o casamento. Conforme já foi amplamente discutido no tópico anterior, nas províncias do norte, matrilineares, os rituais de iniciação preparam a menina para ser tornar mulher, através de modificações corporais (alongamento dos lábios vaginais) e dos ensinamentos sobre respeito, obediência e técnicas sexuais. Para Cristiano Matsinhe (2006:162) a concepção que se tem sobre o ser ou torna-se mulher, pode ser pensada como um dos sustentáculos dos ritos de iniciação.

O casamento tradicional, tem raízes na forma de organização das sociedades tradicionais africanas, representando um acordo realizado entre dois grupos familiares, sob a jurisdição do chefe de linhagem. No caso de Moçambique a estrutura social era baseada em famílias alargadas e matrilineares. Gradualmente, dentro do processo de desenvolvimento e organização político-social algumas etnias transitaram para o sistema patrilinear, com herança agnática e casamento virilocal – onde a mulher passa a habitar na povoação do marido. Essa mudança estrutural se deu do sul para o norte, explicando a sobrevivência da organização matrilinear entre os povos situados no norte do rio Zambeze (Rita-Ferreira, 1982:43), modelo que perdura até os dias atuais. A questão das relações de parentesco e linhagens é algo naturalizado em Moçambique, sendo “apenas a maneira como as coisas funcionavam” (Arnfred, 2015:194). E tendo o rio Zambeze como fronteira

demarcadora, os povos abaixo do rio são patrilineares e os povos acima do rio são matrilineares. Na matrilinearidade, a transmissão hereditária da terra segue linhas femininas, fato que é criticado, do ponto de vista patrilinear, conforme podemos perceber no diálogo abaixo, também extraído no romance *Niketché – Uma história de Poligamia*:

— Vocês são do norte, e tratem das vossas coisas nas vossas casas, que nós, do sul, temos as nossas tradições — responde o irmão do Tony.

— Não nos venham aqui dar ordens porque vocês, macuas, não são homens. Na vossa terra as mulheres é que mandam. Onde já se viu um homem casar e ir viver na família da mulher? Onde já se viu um homem trabalhar a vida inteira para abandonar o produto do suor nas mãos dela, quando morre ou quando há separação?

(Chiziane, 2004:206)

Na região norte do país o casamento é largamente matrilocal, significando que o casal recém casado se fixa na terra da família da mulher. Para Arnfred (2015:194) esse tipo de assentamento traz vantagens para as mulheres, pois o marido passa a ser visto como o “outro”, o “estranho”, sendo submetido ao crivo da família: Se “Ele a trata bem?”, se “Trabalha bem?”, se “Gera filhos?”.

Significativamente aqui, o que é testado na noite de núpcias não é a virgindade da mulher, mas a virilidade e a fertilidade do homem: As velhas ficam de olho na performance do jovem na cama e irão recolher um pouco de seu sêmen, examinando-o para verificar se ele fornece uma boa perspectiva de procriação. (Arnfred 2015:195)

Na matrilinearidade mesmo que o casal gere filhos, a autoridade paterna não é do pai, mas do tio (irmão da mãe). Para Signe Arnfred (Ibidem), este fato especialmente, chocava e ia de encontro ao ideal moderno de família nuclear, politicamente promovido pela FRELIMO e moralmente defendido pelas missões religiosas.

O desenvolvimento e a modernização destruíram parte das hierarquias tradicionais de parentesco e estruturas de autoridade, como não poderia deixar de serem, as práticas ritualísticas que permeiam os laços matrimoniais também sofreram modificações ao longo do tempo (Pondja, 2006:16).

Antigamente, o *lobolo*¹³⁰ era assunto da família, sendo controlado pelo chefe da linhagem “em cujas mãos se concentravam a organização e o monopólio das redes matrimoniais”, sendo negociado por cabeças de gado (Arnfred, 2015:200). A partir da chegada dos portugueses em Moçambique no século XV outros elementos (pulseiras, objetos de vidro, tecidos) passaram a fazer parte do pagamento de compensação pela noiva. A colonização também provocou o enfraquecimento da família alargada, assim como o poder dos chefes, de modo que o casamento passou a ser uma obrigação individual do noivo, que deveria entrar em acordo diretamente com o pai da noiva (Santana, 2009:84). Além do gado, outro item que passou a fazer parte das negociações dos *lobolos* foi a enxada, de acordo com Clélia Pondja (2006:22) por volta de 1850 cerca de 10 enxadas eram suficientes para um *lobolo*, mas à medida que as enxadas fabricadas na Europa chegaram a Moçambique o “preço da noiva” foi inflacionado, podendo variar de 12 a 200 enxadas de acordo com a região, ao categoria social das famílias envolvidas. Segundo a historiadora Jacimara Santana, posteriormente o *lobolo* passou a ser monetarizado, o que impulsionou a imigração de jovens moçambicanos para trabalharem nas minas da África do Sul:

(...) pois era esse tipo de atividade que os fazia adquirir uma quantia suficiente para a realização do casamento. Na região meridional de Moçambique, a ida às minas se tornou uma exigência quase geral para aqueles que pretendiam formar uma família, sobretudo devido ao elevado custo do *lobolo* nessa parte do país. (Santana, 2009:85).

Para Signe Arnfred (2015:200), o pagamento do *lobolo* em dinheiro fez com que o homem (noivo) tivesse uma maior participação nas decisões da família. Permitindo pular as hierarquias de parentesco casando-se antes de seu irmão mais velho ou tomando para si uma segunda esposa de sua própria escolha.

Temos visto ao longo desta tese que a FRELIMO, nos primeiros anos da independência, não mediu esforços para combater as formas de expressão de valores tradicionais como a exemplo da medicina tradicional, feitiçaria, *lobolo* e poligamia, que eram consideradas práticas atrasadas e que iam de encontro aos princípios do partido e do governo, uma vez que impediam a emancipação das mulheres (Santana, 2009:83). O *lobolo*

¹³⁰Lobolo é o processo tradicional de aliança matrimonial, praticado principalmente no Sul de Moçambique (ver Bagnol, 2006 e Junod, 2003). O termo também é empregado para se referir à cerimônia específica que celebra a aliança.

deveria ser substituído pelo casamento civil e por práticas matrimoniais monogâmicas, para tal foi aprovado em 1978 o projeto da Lei da Família, que em seu Capítulo I, artigo 4, dizia:

“O casamento não é um negócio e não se destina a obter em troca qualquer vantagem material para os cônjuges ou seus familiares. O Estado combate, em particular, a entrega de quaisquer valores ou bens a título de *lobolo*, gratificação, anelamento ou indenização”.

Mesmo com esta perseguição e sob a vigilância dos Grupos Dinamizadores¹³¹ o *lobolo* continuava a ser praticado. De acordo com dados colhidos por Isabel Casimiro¹³² (1990), apenas 10% dos casamentos eram realizados segundo a lei civil, os 90% restantes eram uniões de fato, casamentos religiosos¹³³ ou tradicionais não reconhecidos formalmente. Somente no ano de 2004, através de promulgação da Lei da Família (Nº 10/2004), que estes tipos de casamento foram reconhecidos, garantindo os direitos e obrigações estabelecidos pela lei formal (Bagnol, 2008:255).

Lendo as descrições de Clélia Pondja (2006), sobre como os *lobolos* eram realizados no período colonial e de Brigitte Bagnol (2008) sobre a forma como são efetivados atualmente, podemos inferir que os elementos “contemporâneos” e os “tradicionais” estão presentes nas cerimônias como marcadores da urbanidade dos participantes, mas sem que fossem vistos como anacrônicos e contraditórios em relação ao caráter “tradicional” que era experimentado (Passador, 2010:194). Durante o período que estive em Moçambique tive a oportunidade de assistir uma cerimônia de *lobolo*, a qual irei descrever de forma concisa.

Em um encontro não oficial, as famílias se reuniram para negociar os valores de acordo com as possibilidades do noivo. Nestas negociações só puderam participar indivíduos com essa função já pré-determinada pelas relações de parentesco, neste caso, como os pais do noivo eram falecidos, o porta voz da família foi o irmão mais velho. Após tudo acertado, foi marcado o dia oficial da cerimônia que aconteceu na casa dos pais da noiva, localizada no bairro de Mikandjuine na periferia de Maputo. Neste dia, pela manhã, a família do noivo foi

¹³¹ Os Grupos Dinamizadores, eram formados por dez membros eleitos pelas comunidades, sendo uma estrutura político-administrativa local implantada pela FRELIMO no período pós-independência, e que substituiu os chefes tradicionais.

¹³² CASIMIRO, I., CHICALIA, I., e PESSOA, A. The legal situation of women in Mozambique, in J. Stewart e A. Armstrong (eds.), The Legal Situation of Women in Southern Africa. Women and Law in Southern Africa, Harare, University of Zimbabwe Publications, 1990.

¹³³ Conceição Osório afirma que em Nampula 70% dos casamentos são tradicionais e 30% religiosos, destes 25% são islâmicos e 5% cristãos. Estes dados foram colhidos em 2006, ou seja, após aprovação da Lei da Família.

até a casa da noiva para entregar o valor acordado. Apesar de falarem português, a conversa entre os mais velhos foi realizada em *changana*¹³⁴, não entendia direito o que falavam, mas pude observar que as pessoas, inclusive os noivos ficaram sentados assistindo a conversa, enquanto o dinheiro era colocado sobre a mesa-de-centro¹³⁵. Após o pagamento do *Lobolo*, começaram as festividades, com muita comida, acompanhados de cantos tradicionais¹³⁶. Encerrada a cerimônia, as pessoas começaram a beber cerveja e ouvir *quizomba*¹³⁷, numa festa que durou longas horas.

Fotografia 40 – As mulheres usam trajes feitos com mesma “capulana dos noivos”.



Em sua monografia, Clélia Pondja cita que não era permitido que os noivos ficassem sozinhos antes de *lobolar*, só depois das obrigatoriedades compridas, o casamento tradicional é consumado e reconhecido pelo grupo como sendo único e legítimo e a mulher se muda para casa dos sogros (Pondja, 2006:25). Atualmente, principalmente nos centros urbanos, muitos casais já moram juntos e o *lobolo* é uma forma de oficializar esta união.

Embora exista uma vasta literatura histórica sobre o *lobolo* (Ver: Junod, 1996; Arnfred, 2001; Bagnol, 2002), existem poucos estudos que tratem da situação atual desta cerimônia, entre os quais destacamos Paulo Granjo (2006) e Brigitte Bagnol (2008) que enfatizam a “plasticidade” e a “polissemia” deste ritual, que permanece sendo realizado tanto nas zonas rurais, como entre a classe média e alta que compõe as áreas urbanas do sul

¹³⁴ Língua de origem bantu falada por cerca de 12% da população, predominante na região sul do país.

¹³⁵ Brigitte Bagnol no seu texto “Lovolo e espíritos no Sul de Moçambique”, faz uma descrição detalhada dos pagamentos efetuados durante o *lobolo*.

¹³⁶ Conforme podemos assistir neste vídeo: https://youtu.be/QKXV1m8j_Lc

¹³⁷ Ritmo musical originário de Angola, mas muito difundido entre os jovens dos países lusófonos.

do país. Bagnol relata uma tendência, que também pode comprovar, dos casais em realizarem as diversas cerimônias de casamento (civil, religioso e tradicional) no mesmo dia, para autora esta é uma prática relativamente novae que mostra um contínuo processo de inovação e sincretismo.

Segundo Jacimara Santana¹³⁸ a realização de três cerimônias de casamento já era efetivada desde o período colonial, pelos jovens que frequentavam as missões religiosas. Para Bagnol (2008:269,) enquanto o casamento civil define uma relação entre os casais e o Estado (lei civil) e o casamento religioso uma conexão com Deus, o *lobolo* é essencialmente um ato que estabelece uma relação entre o casal, as famílias e os antepassados. O mesmo artigo, da revista Tempo, afirma que o *lobolo* era importante para administração colonial, porque implicava na posse de várias cabeças de gado por esposa, sendo mais fácil o controle através da caderneta de cada trabalhador, na qual era obrigatório informar o número de esposas que possuía.

O texto aborda a poligamia, que é outra prática tradicional perpetrada até os dias atuais¹³⁹, e que não pode ser ignorada, embora a regra seja a relação interpessoal monogâmica. De acordo com o Dicionário de Antropologia de Thomas Barfield, a Poligamia é o matrimônio plural que permite ao indivíduo ter mais de um cônjuge, compreende tanto a poliandria (mulher com mais de um marido), como a poliginia (homem com mais de uma esposa). No caso de Moçambique, nosso interesse de pesquisa, é praticada apenas a poliginia, mas preferimos utilizar o termo poligamia, justamente pelo caráter genérico que oferece.

De acordo com Cristiano Matsinhe (2006:168) as razões associadas a poligamia são variadas e incluem a crença de que o homem é “naturalmente” polígamo, sendo normal que tenha mais de uma mulher. Outro argumento é relativo à hereditariedade, se uma mulher é incapaz de gerar filhos, é justificável que o marido tenha outra esposa para garantir seus descendentes. Referindo-se a experiência durante seu trabalho de campo, Yolanda Sithoe afirma:

¹³⁸ A historiadora toma como base artigo publicado na revista Tempo, nº 292 em 09/05/1976.

¹³⁹ De acordo com os dados do Inquérito Demográfico de Saúde - IDS 2011, cerca de 19% dos casamentos em Moçambique são poligâmicos.

Encontrei professores primários com 24 anos de idade, já com duas esposas e vivendo em situação conjugal (casamento e união de facto) há mais de 3 anos. Questionados sobre o porquê desta opção, respondiam que *“a primeira não conseguia conceber, então tive que arranjar uma outra”*. Entre os camponeses e vendedores, a situação era justificada com respostas do tipo, *“precisava de mais alguém para ajudar na machamba porque o trabalho é muito duro, tenho duas, três machambas e sozinho é difícil”*. (Sithoe, 2009)

Matsinhe (Ibdem), corrobora com a colocação de Yolanda Sithoe, ao afirmar que ter duas esposas, ou até mais, pode ser pensando como forma de gerar riquezas, à medida que o homem tem mais mão de obra para trabalhar na sua machamba, podendo gerar excedentes para comercializar.

Em Moçambique, principalmente nas zonas rurais, homens tem duas ou três esposas, em relações poligâmicas tradicionalmente formalizadas, com o reconhecimento das famílias e das comunidades envolvidas. Homens entrevistados por Sithoe (2009) afirmam que suas esposas não se incomodam com tal situação: *“tanto é que, até as outras mulheres, ela é que foi levar para virem aqui”*. Para a feminista moçambicana, isto não corresponde com a verdade, pois ao ficarem sozinhas as mulheres admitiam não gostar da situação, mas que tinham de aceitá-la: *“mesmo se eu não quiser ele não vai me ouvir, há-de ir levar outras mulheres”*. Indicando, estratégias ou manipulações usadas por algumas mulheres, que talvez prefiram compartilhar o seu marido com as suas irmãs do que com uma rival.

Existe uma hierarquia entre as esposas, as primeiras possuem mais direitos que as últimas a serem incorporadas aos núcleos (Passador: 2011). Desta forma a primeira esposa detêm um poder simbólico, que, de acordo com Bourdieu, surge como todo o poder que consegue impor significações e impô-las como legítimas. Este poder está enraizado na cultura e na tradição moçambicana (Sithoe, 2009). Gerando tensões internas e desencadeando relações de rivalidade, que corriqueiramente resultavam em acusações mútuas de feitiçaria produzidas contra as *riválias*¹⁴⁰(Passador, 2011).

No lar polígamo há muitas rivalidades, feitiços, mexericos, envenenamentos até. Viver na poligamia é usar artimanhas, técnicas de sedução, bruxedos, intrigas, competir a vida inteira com outras mais belas, desgastar-se a vida inteira por um pedaço de amor. (Chiziane, 2004:92)

¹⁴⁰ O termo rivália, deriva da palavra rival, e é empregado para denominar várias esposas dentro dos núcleos poligâmicos.

As rivalidades, feitiços e mexericos, descritos por Paulina Chiziane, são apontados por Luiz Henrique Passador como aspectos comuns nos núcleos polígnicos, nos quais as esposas de um mesmo homem endereçariam feitiços umas contra as outras e contra seus filhos.

Para Conceição Osório (2006) antigamente, se referindo a época em que os casamentos eram arranjados pelos mais velhos, mesmo os casamentos poligâmicos eram sujeitos a normas que determinavam deveres e obrigações do marido para com suas esposas, atualmente a ausência de intervenção, particularmente por parte das famílias, sobre os casamentos, faz com que estas passem a ser uniões que se fazem e desfazem à mercê do homem. A socióloga traz como exemplo, o fato de que as segundas esposas não pertencem, nem foram escolhidas pelas famílias dos noivos, gerando um esvaziamento dos direitos das mulheres.

Poligamia é ser mulher e sofrer até reproduzir o ciclo da violência. Envelhecer e ser sogra, maltratar as noras, esconder na casa materna as amantes e os filhos bastardos dos filhos polígamos, para vingar-se de todos os maus tratos que sofreu com a sua própria sogra. (Chiziane, 2004:91)

Na região sul de Moçambique, vivendo sob os termos da patrinhagem, é a mulher que passa a dividir o espaço doméstico com a família do marido, sendo colocada sob a autoridade da sogra. Conforme já dito anteriormente, a sogra nesta região é uma “deusa”, detendo todos os poderes sobre os filhos e noras. Existindo muitas histórias sobre as provocações na casa da sogra¹⁴¹:

Fui lobolada muito menor. Quando tinha talvez 7 anos. No lar fui sujeita a duros trabalhos e muito mal aguentava carregar um balde de água. Os meus sogros e o resto da família diziam: “aguenta-te. Para vires aqui teve de sair muito dinheiro desta casa” – Marta Feijão.

A minha presença na família do marido era vista sob a perspectiva do lobolo. Sendo assim, tinha que trabalhar como uma escrava e viver à minha custa. Comecei a sofrer maus tratos juntamente com os filhos. Passei a vestir sacos. A minha sogra ficou indignada e, furiosa levou-me para a casa dos meus pais numa altura em que o meu marido estava na África do Sul. Quando este voltou, tratou de exigir o dinheiro do lobolo imediatamente – Rosália Matavele.

¹⁴¹ Trechos extraídos da reportagem “*Jurei não voltar a ser lobolada*”, publicada na Revista Tempo, nº 408, 06/06/1982.

Segundo Luiz Henrique Passador (2010:205), os conflitos entre sogras e noras vem da necessidade constante das mulheres reafirmarem sua pertença ao grupo agnático ao qual foram incorporadas, através da aliança do casamento ou do lobolo. Para o autor está tensão¹⁴² é estrutural, onde as noras que não produzem filhos, conseqüentemente, descendência, tornam-se mulheres fracassadas. Este fracasso, normalmente é revertido no rompimento do casamento, na “devolução” da mulher as suas famílias de origem e o retorno dos bens negociados no *lobolo*. Explicitando um aspecto crucial que pretendo discutir aqui.

Minha opção pelos termos “devolvida” e “abandonada”, (em vez de separada ou divorciada) reflete o intuito de compreender não apenas condições sociais externas, mas o modo específico pelos quais as mulheres se situam frente a estas situações, conferindo-lhes sentido. A ideia de fracasso, descrita por Passador, põe em evidência o transcurso temporal a partir do qual as mulheres desenvolvem modos próprios de lidar com determinadas situações.

Uma fístula Obstétrica pode causar profundas mudanças na vida das mulheres, que se manifestam por desajustes físicos, sociais e familiares, conforme abordado ao longo do quarto capítulo desta tese. Torna-se difícil descontextualizar a fístula obstétrica do trabalho de parto arrastado ou obstruído, uma vez que está representa sua principal causa. Essa realidade implica que a mulher tem de enfrentar três tipos de impactos: as complicações no parto, a morte do filho¹⁴³ e o desenvolvimento da fístula obstétrica, acompanhados de sofrimento associado ao medo de ser devolvida pelo marido, de perder os filhos e da rejeição social. Conforme podemos perceber na fala das mulheres, entrevistadas por Salane Muchanga¹⁴⁴:

As fezes começaram a sair da vagina momentos depois do segundo parto. Fiquei muito doente. O corpo aquecia, as pernas doíam. Chegou uma altura que perdi a mobilidade. Meu marido não cuidava de mim. Arranjou outra mulher mais nova e tirou-me as crianças. - Zélia Matimbe, 22 anos.

¹⁴² Ainda de acordo com Passador (2010:187) algumas noras acusam as sogras de serem responsáveis por sua infecundidade, de causarem as mortes dos natimortos ou dos que morrem ainda bebês. Ou seja, as acusações de feitiçaria incidem sobre a impossibilidade de as noras realizarem a descendência de seus maridos e, assim, não cumprirem o contrato da aliança.

¹⁴³ De acordo com nosso inquérito, em 92% dos casos a criança morre durante o trabalho de parto.

¹⁴⁴ MUCHANGA, Salane. Fístula obstétrica - Uma tragédia que isola as mulheres. Jornal Savana. 25/03/2011.

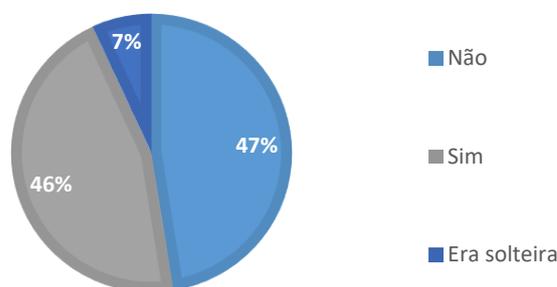
Quando comecei a urinar descontroladamente, o meu namorado deixou-me e arranjou outra. Tinha amigos, mas já não tenho. Todos fogem-me. Apontam-me dedos na rua e dizem: “É aquela que faz xixi na cama, não é mulher, não é nada”. Raras vezes saio do quintal de casa. - Hortência Arnaldo, 25 anos

É perceptível, nos discursos sobre a fístula obstétrica a “devolução” das mulheres, as suas famílias de origem, pelos maridos após o desenvolvimento da doença. A princípio, pensamos tratar-se de um fenómeno relacionado a fístula, mas ao analisar as relações maritais em Moçambique podemos concluir que esta é uma questão bem mais ampla. Acreditamos que a devolução da esposa, está associada a ideologia patriarcal que incute o sexo como valor e a maternidade como norma:

Para a mulher a função mais evidente é a de reprodutora do grupo. Quando contrai matrimónio, ela deve antes de tudo, reproduzir-se como mãe, o que determina o estrito controlo exercido pelo colectivo em relação à sua sexualidade a fim de assegurar o aumento de efectivos. (Loforte, 2003b).

Grande parte das participantes da pesquisa enunciam que foram “devolvidas” ou “abandonadas” pelos maridos, depois que desenvolveram a doença, conforme podemos perceber no gráfico abaixo. Ainda, segundo os dados do inquérito 70% das mulheres devolvidas após o desenvolvimento da fístula continuam morando com os pais ou outros parentes, não obstante, apenas 14% casaram-se novamente.

GRÁFICO 05 - FOI DEVOLVIDA PELO MARIDO?



Determinantes do divórcio e da separação após o desenvolvimento da fístula variam em todas as culturas, mas estudos realizados em outros países africanos, mostram que o abandono das mulheres após a doença, não é uma característica particular de Moçambique.

Na Nigéria o índice foi de 50% (Ibrahim, Sadig e Daniel, 2000¹⁴⁵), enquanto na Etiópia 2/3 das mulheres tinham sido abandonadas (Muleta et al. 2008¹⁴⁶). Conforme verificamos em nossa pesquisa, a maioria das mulheres atribuem o divórcio ao fato de não conseguirem manter relações sexuais, e por consequência, não gerarem filhos (Arrowsmith, Hamlin e Wall, 1996¹⁴⁷).

Durante nossas conversas informais no HCM, as pacientes que viviam sob um casamento poligâmico, relataram suas experiências, afirmando que não foram devolvidas pelos maridos, mesmo após o desenvolvimento da doença. Vindo a exercer outras atividades dentro do núcleo familiar, passando a cozinhar e cuidar dos filhos e dos filhos do marido.

Quando casamos eu já estava assim. Para meu marido, não ter filhos, não é problema. Ele já tem dois filhos com outra esposa. A.C. (42 anos – Inhambane).

Muitas também contaram que sofriam agressões físicas por parte das rivais, que as tratavam como empregadas, me fazendo recordar da poesia de Mia Couto: *“no mundo a que pertencia, ser esposa é um outro modo de ser escrava”*¹⁴⁸.

O marido ficou comigo dois anos e meio depois do xixi. (...) depois, ele engravidou outra mulher aqui fora. Essa mulher voltou pra qui, para casa a ficar comigo. Já essa mulher começou a me bater, me fazer as coisas que não dá. Eu depois saí para morar na casa do meu pai. L.C.M (24 anos – Inhambane)

O risco de divórcio ou separação após a fístula foi examinado em um estudo, realizado na Nigéria por Murphy (1982), os resultados sugerem que a presença de filhos vivos pode reduzir o risco de separação, a mesma decorrência foi obtida em outra pesquisa realizada no Malawi (Khisa e Nyamongo, 2012). Para Yeakey et all (2009:505), a tradição da poligamia é vista como um fator favorável à manutenção do casamento no Malawi, uma vez que o marido pode encontrar realização sexual com outra mulher enquanto continua a

¹⁴⁵ Ibrahim, T., A.U. Sadiq, and S.O. Daniel. 2000. Characteristics of VVF patients as seen at the specialist hospital, Sokoto, Nigeria. *West African Journal of Medicine* 19, no. 1: 59–63.

¹⁴⁶ Muleta, M., C.E. Hamlin, M. Fantahun, R.C. Kennedy, and B. Tafesse. 2008. Health and social problems encountered by treated and untreated obstetric fistula patients in rural Ethiopia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 30, no. 1: 44–50.

¹⁴⁷ Arrowsmith, S., C.E. Hamlin, and L.L. Wall. 1996. Obstructed labor injury complex: Obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world. *ObstetricalandGynecologicalSurvey* 51, no. 9: 568–74.

¹⁴⁸ Trecho da obra *“O outro pé da sereia”*, página 108.

apoiar financeiramente e emocionalmente a esposa com fístula. Reproduzimos abaixo trechos das entrevistas colhidas por eles:

Ficamos bem sem nenhum problema porque ele queria se casar comigo e ele aceitou ficar comigo. A partir de agora ele se casou com outra mulher porque eu quero que ele fique livre e tenha sexo cada vez que ele deseja – Mulher, 57 anos.

Na primeira, ele não mudou, mas ele mudou este ano e ele se reuniu com sua primeira esposa e ele raramente vem me ver ... acho que ele está fugindo da urina – Mulher, 34 anos.

A partir destes relatos, conjecturou-se que as mulheres muçulmanas, vivendo relações polígamas, teriam menos chance de serem abandonadas pelos maridos. Fato que não comprovamos, após o término da nossa pesquisa, uma vez que apenas 10% das mulheres não devolvidas professavam a religião islâmica¹⁴⁹.

Um fator que se revelou como determinante, do não abandono das mulheres pelos maridos após o desenvolvimento da doença, foi a filiação. Dentre as mulheres que não foram devolvidas, 67% delas tinham filhos. Podemos inferir que a descendência é um elo para o casal, fazendo com que o marido não abandone a esposa, mesmo depois da fístula obstétrica.

O que emerge, explícita ou implicitamente, nas conversas é questão do casamento associado a gravidez e/ou a geração de filhos. Para Conceição Osório (2007) a gravidez, tão enaltecida quando vivida no seio do casamento, é diabolizada entre as jovens solteiras porque é vista na sociedade moçambicana como um elemento de desordem social e desonra. De acordo com Maria Gabriela Hita (1998:190), após este acontecimento restam duas opções, procederem a união de forma definitiva ou desamarrar os laços até então existentes. Para socióloga, este se trata de um momento de tensão, por um lado a mulher e sua família pressionando pelo casamento e do outro o homem, fugindo dele. Em nossa pesquisa detectamos onze casos de mulheres que, admitiram, ter engravidado antes de casar, destas, sete foram abandonadas pelos parceiros após o falecimento da criança e do desenvolvimento da doença. Os exemplos abaixo, deixam bem clara esta dinâmica:

¹⁴⁹ A religião que apresentou o maior percentual de manutenção do casamento foi a católica com 32%.

A.F. (29 anos – Maputo) ficou grávida aos 14 anos, os pais lhe mandaram para a casa da família do namorado, que tinha 24 anos. A sogra tentou fazer o parto em casa, mas não conseguiu, sendo levada para Unidade de Saúde, lá a enfermeira tirou o bebê que já estava morto. Após o parto passou a ter incontinência urinária. O namorado o acabou a colocando para fora, ela voltou para casa da sua mãe. Se casou aos 20 anos e logo ficou grávida, mas teve um aborto espontâneo incompleto. Sendo necessário a realização de uma curetagem¹⁵⁰, para retirada do feto morto¹⁵¹. O marido lhe abandonou e mais uma vez ela retornou para casa da mãe. Três anos depois se casou novamente, desta relação teve sua primeira filha, mas o parto normal agravou sua doença passando a urinar pela vagina. Disse que sentia muitas dores durante o ato sexual, mas que seu marido era agressivo e que lhe obrigava a manter relações sexuais. Desta vez foi ela quem abandonou o marido. Quando questionada sobre casamento, disse que: *“casar, casar, não. Os africanos quando engravidam vão morar junto. Mas depois de um tempo o homem parte, foge.”*

Conheci C.D. (15 anos – Gaza) no Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo, era uma menina franzina¹⁵², ficava sempre pelos cantos, sem falar muito e andava com dificuldades, pois perdeu o movimento em uma das pernas após o parto¹⁵³. Em nossas conversas ela me relatou que estava na 7ª classe do ensino primário¹⁵⁴, quando ficou grávida do namorado. Teve de abandonar a escola¹⁵⁵. Com o objetivo de juntar dinheiro para o *lobolo*, o namorado foi trabalhar na África do Sul. Desde então não se viram mais, mas continuaram mantendo contato através do telemóvel (celular). Quando entrou em trabalho de parto foi levada para o Centro de Saúde de Bungane, mas a unidade de atenção primária não tem estrutura para realizar cirurgias. Só após quatro dias foi transferida para o Hospital Provincial de Xai-Xai, que fica a 45km de distância. Lá foi realizada uma cesariana para retirada do bebê, uma menina, que já estava morta. Devido a hemorragia pós-parto também foi realizada uma histerectomia de emergência, que a impede de ter filhos. Após este episódio C.D. também desenvolveu uma fistula obstétrica, com destruição da uretra e da vagina, o que a impossibilita de manter relações sexuais. Sendo necessária sua transferência para Maputo a fim de realizar uma cirurgia de reparação¹⁵⁶. Desde então não consegue falar com o namorado. As outras pacientes

¹⁵⁰ A curetagem é um procedimento médico realizado para limpar o colo uterino após abortos, pode ser utilizada o método de raspagem ou por sucção.

¹⁵¹ A paciente atribui o desenvolvimento da fístula obstétrica a realização da cirurgia de curetagem (por sucção): *“Fomos lá no hospital. Levaram máquina pra tirar bebe que tinha morrido ali dentro. Resolveram. Puxaram. Puxaram tanto com a máquina que eu fiquei assim”*. A.C. (29 anos – Maputo).

¹⁵² Conforme prontuário médico mede 1,50m e pesa 40kg.

¹⁵³ Em Moçambique as lesões aos nervos inferiores, decorrentes do trabalho de parto arrastado é chamada de Síndrome do pé pendente. Na literatura médica norte-americana a síndrome do pé pendente é traduzida como *foot-drop*.

¹⁵⁴ Atualmente o ensino primário em Moçambique está dividido em dois graus, do 1º ao 5º ano e do 6º ao 7º ano. Já o ensino secundário começa no 8º ano e vai até a 12ª classe.

¹⁵⁵ De acordo com o Despacho nº 39/GM/2003 do Ministério da Educação de Moçambique as estudantes grávidas devem ser compulsoriamente transferidas para o curso noturno, o que acaba por provocar a aumento da evasão escolar entre as jovens.

¹⁵⁶ A cirurgia foi realizada pelo Dr. Igor Vaz em 03 de junho de 2015 e a paciente teve alta uma semana depois.

caçoam dela, contam que o rapaz já arranjou outra namorada e que não retornará da África do Sul. Diz que só quer voltar para sua casa e retomar os estudos. Pergunto sobre a paralisia na perna, ela dá de ombros, prevalece um conformismo quanto a deficiência física, manifestada pela aceitação da realidade que não pode alterar: *É assim mesmo, foi vontade de Deus.* (Notas de campo, maio/2015).

Para Gayle Rubin (1993:10) as transações de casamento são uma rica fonte de informação para determinar exatamente quem tem direitos sobre quem, e na maioria dos casos os direitos das mulheres são consideravelmente mais residuais que aqueles dos homens. De acordo com a legislação que rege a família, vigente até 2004, a mulher casada não tinha capacidade de governar a si própria ou fazer uso dos seus bens, que ficavam sob a posse do marido (Casimiro et al, 1990). Segundo Maria José Arthur e Conceição Osório (2002)¹⁵⁷, já passamos de um estágio na história, onde a subalternização das mulheres não é mais socialmente aceitável, o que imprimiu muitas reformas jurídicas destinadas a garantir a igualdade de gênero. Dentre elas a aprovação da Lei da Família (Nº 10/2004) e da nova Constituição de Moçambique, ambas enfatizam aspectos individuais e voluntários ao casamento, submetendo-o à lógica dos direitos humanos de que *“homens e mulheres são iguais perante a lei em todos os domínios da vida, política, econômica, social e cultural”*. Para Osmundo Pinho (2015:175), as organizações de mulheres de Moçambique, pensavam que a igualdade constitucionalmente estabelecida na lei, produziria alterações na própria sociedade. Mas é necessário enfatizar que só reformas na legislação não são suficientes para garantir a igualdade de gênero. Como disse Mia Couto (2008): *“não se resolve nas palavras aquilo que não está resolvido na substância”*.

Na região norte de Moçambique, analisada por Signe Arnfred (2015:194), o casamento não se dá através de celebrações solenes, o que torna sua dissolução simples para ambas as partes. Contudo, após o divórcio é o homem que se muda, a mulher permanece na casa com as crianças¹⁵⁸. Já na região sul do país, para a mulher divorciar-se precisa convencer a sua família, a devolver o *lobolo*, para família do marido¹⁵⁹. Esta não é uma tarefa fácil, a mulher acaba sendo “convencida” frequentemente a continuar casada

¹⁵⁷ No texto “A situação legal das mulheres em Moçambique e as reformas actualmente em curso”, disponível em: <http://www.wlsa.org.mz/artigo/a-situacao-legal-das-mulheres-em-mocambique-e-as-reformas-actualmente-em-curso/>

¹⁵⁸ Pesquisa realizada por Conceição Osório (2006) na província de Nampula, sugere que quase a totalidade das uniões são virilocais e não matrilocais como se supunha.

¹⁵⁹ Caso haja filhos desta união, o valor só é devolvido parcialmente (Pondja, 2006:21).

suportando os desmandos, e muitas vezes mal tratos, do marido. Para o homem o divórcio é mais fácil, ele simplesmente manda a esposa embora, de volta para casa dos pais, ficando ele com a casa, a machamba e os pertences do casal. O que, consoante a Osório (2006), só faz agravar a situação de pobreza da mulher e aumenta sua vulnerabilidade relativamente ao grupo onde vai reconstruir sua vida, mesmo que seja sua própria família. Os motivos da “devolução” podem ser diversos, entres os quais infidelidade e esterilidade¹⁶⁰.

“Ele me devolveu e eu acabei assim (apontado para o saco coletor de urina). Ele levou tudo, não tenho mais casa, todas as coisas ele me arrancou. Nem me deixou roupas, estou usando roupa da minha mãe”. S.L. (36 anos – Nampula)

Ainda de acordo com Osório, o abandono das mulheres provoca tanto uma tomada de consciência da opressão a que estão sujeitas, como também uma conformação com a situação de sujeição. Insisto que a devolução da mulher após a fístula obstétrica não era percebida por elas como um evento abrupto. Embora a expressão “devolvida pelo marido” possa evocar em nossas mentes uma associação com a coisificação da mulher. Só seria correto afirmá-lo se essa noção também fosse compreendida de forma ampla pelas mulheres.

Vimos ao longo deste capítulo que a objetificação do corpo feminino é inscrita desde a infância através dos ritos de iniciação. O aprendizado que as mulheres têm de si mesma, é dado através das representações que os outros tem dela. Conforme Nair Teles¹⁶¹ preconiza, apesar dos constrangimentos sociais sob os quais as mulheres vivem em Moçambique, elas aprendem a dominar respostas que se esperam delas. No entanto essa individualização é frágil, porque ao mesmo tempo em que promove a autonomia da mulher, gera a perda da aceitação sócio familiar. Para a antropóloga Linda Van de Kamp¹⁶², cada vez mais as mulheres em Moçambique não dependem do casamento para garantir sua sobrevivência econômica, bem como seu papel na reprodução biológica também já não é decisivo para

¹⁶⁰Se o casal não gera filhos, a culpa é automaticamente da mulher, sendo o fato uma razão perfeitamente aceita para o marido reivindicar o divórcio e devolver a esposa para seus pais – ou exigir uma segunda mulher da mesma família, sem *lobolo* adicional (Arnfred, 2015).

¹⁶¹ O Não Lugar do Feminino: reflexões sobre a representação objectual da mulher. Disponível em: http://www.iese.ac.mz/lib/publication/III_Conf2012/IESE_IIIConf_Paper34.pdf

¹⁶² VAN DE KAMP, Linda. Pentecostalismo brasileiro em Moçambique: Produção de conhecimento espiritual e cultural em um espaço transnacional. Revista Sociedade e Estado - Volume 30 Número 2 Maio/Agosto 2015.

definir sua posição e identidade. Lembrando que sua análise parte do contexto de mulheres que habitam grandes centros urbanos em Moçambique, segundo a autora:

Essas mulheres estão explorando novos estilos de vida e diferentes posições culturais, vivendo por conta própria, escolhendo seu parceiro sem a interferência da família ou optando por ficarem solteiras e construindo suas próprias casas. Além de novas oportunidades, as novas circunstâncias estão levantando dúvidas, conflitos e incertezas. Por exemplo: apesar de sua crescente independência socioeconômica – ou justamente por causa dela –, muitas mulheres jovens não conseguem encontrar um parceiro “bom” e “fiel”. Os homens têm medo de que as mulheres ganhem ou possam ganhar mais do que eles e que percam, conseqüentemente, sua influência sobre as próprias mulheres. (Van de Kamp, 2015: 391).

Judith Butler (1990) aponta para os problemas de uma visão universalizante sobre a sexualidade e a subordinação feminina. Uma vez que, categorias produzidas sob a égide universalista do pensamento europeu, podem não dar conta das sutis distinções de poder e hierarquias encontradas nos universos culturais não ocidentais. Este argumento, baseia-se em grande medida na obra *Male Daughters, Femal e Husbands: Gender and Sex in na African Society* (1990), da antropóloga nigeriana Ifi Amadiume. Que tece críticas as narrativas de gênero ocidentais, pois, nos contextos africanos, não havia distinção entre os sexos, tais quais os referenciais ocidentais. A ocidentalização acaba por trazer a categoria gênero, que, conforme Amadiume, não existia em África, provocando dissimetrias de gênero. A contestação da condição feminina, leva a mudanças significativas nas percepções sobre o casamento e os dispositivos que o estruturam. E as conseqüências das mudanças na ordem familiar para a situação das mulheres são várias e às vezes contraditórias (Osório, 2006).

5.1.3 “Só pode ser feitiço”

No esteio das pesquisas de Evans-Pritchard e Mary Douglas, autores clássicos da antropologia, buscaremos subsídios para tratar de aspectos que envolvem o papel dos sistemas cosmológicos, na vida cotidiana e dos processos rituais, na resolução das desordens sociais. A crença na magia e na capacidade de produzir malefícios por meios ocultos e sobrenaturais, como demonstrou Evans-Pritchard (2005), com o exemplo dos Azande, é uma prática generalizada e contemporânea, embora possa assumir diversas formas ou ênfases de

acordo com o contexto sociocultural (Matsinhe, 2006:149). Conforme suas crenças os indivíduos podem:

(...) usar consciente ou inconscientemente esses poderes sobre os outros, para atrasar a vida, fechar caminhos, roubar amantes, produzir doenças, mortes e uma infinidade de outros males. (Maggie, 1992:22).

Evans-Pritchard nos ensinou que a feitiçaria, o culto aos ancestrais e os rituais de purificação fazem parte de um sistema cognitivo, competente para explicação do infortúnio independente da singularidade ou particularidade em que ocorre (Matsinhe, 2006:150). Assim, como em outros países africanos, a morte e o infortúnio em Moçambique são percebidos por grande parte da população como uma força contaminadora (De Graça, 2002).

Investigação realizada com praticantes de medicina tradicional e seus clientes, sugere, de acordo com Cristiano Matsinhe (Ibidem:176), que a tuberculose é associada a violação de interditos sexuais, entre os quais, sexo com mulheres no período menstrual, puerperal ou com sangramento pós-abortivo. Pesquisas realizadas no Brasil por Ondina Leal¹⁶³ e Soraya Fleischer¹⁶⁴ também identificaram um padrão semelhante, onde o fluxo sanguíneo é limpo enquanto construtor da vida, sendo considerado sujo quando é resto de tudo que não presta mais no corpo (Leal, 1995:27). O sangue gerado depois do aborto, da gravidez e do parto é tido como sujo, ele precisa sair para fora do corpo feminino enquanto ele está aberto, havendo um risco, no caso de descumprimento deste interdito, que o sangue suba para partes superiores do corpo, como pulmão e cabeça (Fleischer, 2007:83). Como já indicava Mary Douglas (1991), há uma estreita relação entre alteridade e impureza¹⁶⁵, as doenças uma vez associadas a esses elementos tendem a mobilizar as tradições como forma de purificação.

¹⁶³ LEAL, Ondina Fachel. Sangue, Fertilidade e Práticas Contraceptivas. In Ondina F. Leal (org.) *Corpo e Significado: Ensaio de antropologia social*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1995.

¹⁶⁴ FLEISCHER, Soraya. Sangue, Leite e Quarentena: Notas etnográficas sobre o puerpério na cidade de Melgaço, Pará. *Revista Campos*, 8(2):81-97, 2007.

¹⁶⁵ Particularmente para as mulheres mulçumanas, a fístula obstétrica pode estar associada a sentimentos de impureza. Sobre este aspecto ver: Islam, A.I., and A. Begum. 1992. A psycho-social study on genito-urinary fistula. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin* 18, no. 2: 82–94.

Esmeralda Mariano traz como exemplo o *ku-tchingandzaka* e *pita kufa*¹⁶⁶ ritual de purificação no qual, após a morte do marido, a esposa tem de manter relações sexuais com o cunhado, para que a família do falecido seja purificada e possa retomar às suas vidas após o luto. Nestes rituais também é comum a prescrição de não usar preservativo, como forma de assegurar o contato entre os fluídos sexuais masculinos e femininos (Matsinhe, 2006:165). Num país, onde quase 12% da população está contaminada pelo vírus HIV, práticas tradicionais como o *pita-kufa* que desestimulam o uso de preservativo passaram a ser severamente criticadas.

Nosso interesse em abordar estas elaborações sobre a racionalidade da feitiçaria, está no fato de que em Moçambique, os modelos cosmológicos são elaborados levando em conta a magia, o feitiço e a força dos ancestrais. Em seu estudo, sobre a dinâmica do HIV/AIDS em Moçambique, Cristiano Matsinhe (Ibdem:146) observou que na maior parte do país, as doenças sexualmente transmissíveis estão associadas a comportamentos desviantes ou de práticas sexuais ilícitas (sexo antes do casamento, adultério e prostituição). Lógica semelhante ao que acontece em relação as complicações no trabalho de parto, onde as mulheres seriam responsáveis pela doença, vista como um “castigo” dos espíritos as que traem os maridos.

(...) “Então ali, parece que existe uma crença popular, quanto mais ela sofrer a dor do parto, dá a entender que ela andou com outros homens, então isso faz com que a família até ache isso bom, que ela sofra. Uma espécie de punição”. - Dr. Hélder Miranda – Hospital Central da Beira.

A associação da doença com feitiços, acaba por desencadear processos especulativos, sobre o que ou quem causou a doença. Em Moçambique, as enfermidades são comumente atribuídas às ações das mulheres e relacionadas em grande medida a sua sexualidade, corpo e fluidos (Passador, 2011). Esse tipo de discurso defende que as mulheres costumam subverter as normas estabelecidas na sociedade, e a Fístula Obstétrica (entre outras doenças) estaria presente como forma de punição. Neste contexto, o parto arrastado ou obstruído pode ser causado pela própria mulher (dentro de uma lógica de comportamento desviante) como castigo dos espíritos, mas também pode ser provocado por um feitiço lançado por outra pessoa (sogra, rival).

¹⁶⁶ De acordo com Mariano (2010:86) o termo *ku-tchingandzaka* é utilizado no sul de Moçambique, enquanto *pita kufa* na zona central do país.

Esta ideia, de que complicações no trabalho de parto estariam associadas as noções de culpa, ou até de castigo divino, não é exclusiva de Moçambique. Estudo produzido pela *Health PovertyAction* (2011) em Serra Leoa, demonstra que para 57% dos líderes comunitários entrevistados o parto prolongado ocorre por “vontade de Deus”, atribuindo a doença a infidelidade feminina. Este tipo de interpretação, e suas implicações, são recorrentes na construção do imaginário social sobre a Fístula Obstétrica em África.

A discriminação veio ao de cima quando os seus próprios parentes, pais e irmãos, associaram a doença com facto de se ter casado com um homem que professa a religião muçulmana, pelo que Deus teria a castigado. Andou por todos os médicos tradicionais e unidades sanitárias do distrito de Gilé mas não conseguiu encontrar a solução para o seu problema de saúde. As amigas mais chegadas, pouco-a-pouco, começaram também a marcar distância e viam nela uma mulher amaldiçoada que só trazia desgraças no seio da comunidade. (Jornal de Notícias – 25/09/2015).

Uma outra versão do mesmo raciocínio, é o conceito de conflito geracional, corporizado na ideia de valores tradicionais em oposição aos valores da modernidade. Em sua tese de doutorado, o antropólogo Luiz Henrique Passador construiu um discurso baseado na dicotomia entre as categorias tradição e modernidade, e suas implicações no enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS em Moçambique.

Nas falas dos sujeitos pesquisados, o campo da “tradição” é remetido sempre a um tempo passado, um espaço remoto e uma alteridade sócio-cultural. Ao se referirem à “tradição”, os sujeitos utilizam expressões como “nos tempos”, “naquelas zonas” e “aquelas pessoas” para delimitarem discursivamente suas fronteiras analíticas, construindo marcadores de diferença que remetem o universo da “tradição” ao mato (termo empregado para se referirem ao universo rural), delimitando a cidade e seus signos de urbanidade como o território da “modernidade” (Passador, 2011).

Para algumas das minhas entrevistadas, a Fístula Obstétrica ocorre porque os valores da tradição, já não seriam mais respeitados. Estes valores estariam associados, entre outros, a ideia de que antigamente o parto era realizado em casa e que hoje em dia as mulheres têm procurado as unidades de saúde para terem seus filhos. Um último exemplo permite que percebamos que essa problematização:

O.A. (18 anos – Zambézia), casou-se aos 16 anos de idade e pouco tempo depois ficou grávida do primeiro filho. Quando começaram as dores procurou o Centro de Saúde próximo à sua casa, mas como o trabalho de parto estava obstruído foi transferida para o Hospital Rural do Alto Molócué, onde foi realizada uma cesariana de emergência. Infelizmente os médicos não conseguiram salvar o bebê que nasceu morto. Como decorrência do parto ela desenvolveu a fístula obstétrica e foi abandonada pelo marido, passando a morar com a tia em Nampula. (Notas de campo, 10/08/2015).

Durante a campanha de reparação da fístula obstétrica, realizada em agosto de 2015 no Hospital Central de Nampula, tive a oportunidade de conhecer uma senhora (aparentava uns 60 anos) que estava acompanhando sua sobrinha (narrativa acima descrita). Observei sua conversa com outras acompanhantes, em sua maioria senhoras de idades, segundo as quais, antigamente elas, as mães e as avós tinham seus filhos em casa, mas hoje em dia as jovens querem ter filho no hospital, e (de acordo com elas) como consequência da operação (cesariana) passam a fazer xixi pela vagina.

Nessa mesma linha, também se avança o argumento de que a manutenção dos referidos valores tradicionais, de parto em casa realizado por parteira ou pela matrona, poderia evitar tais danos. Ao analisar o risco, Mary Douglas (1991) chama de inocente a percepção de que deveria haver mais educação em saúde, como se as pessoas se arriscassem porque não sabem dos riscos que estão correndo. A autora argumenta que a análise leiga sobre o comportamento frente aos riscos é equivocada, porque não leva em conta as questões morais e políticas. Transportando esse raciocínio para o contexto da Fístula Obstétrica, é necessário buscar a lógica que dá sentido ao comportamento arriscado das mulheres entrevistadas.

Para Lúcia Baiocchi, cirurgiã italiana radicada em Moçambique, atualmente trabalhando no Hospital Central da Beira, é necessário encontrar uma solução para o conflito entre igualdade de direitos e a tradição (WLSA, 2011). Para Dr.^a Lúcia negar cuidados médicos a uma mulher em trabalho de parto é uma violação do direito à saúde, sugerindo punição aos familiares da parturiente.

Precisamos de uma condenação exemplar para os parentes que não levam a mulher para o hospital na altura do parto, julgados por um tribunal formal ou tradicional. Se uma família culpada disso for obrigada a pagar três cabritos, por exemplo, por um tribunal comunitário, será dado um forte sinal de condenação. – Dr.^a Lúcia Baiocchi (WLSA, 2011).

Esta opinião é partilhada por outros profissionais de saúde, conforme entrevistas e conversas informais que tivemos ao longo do trabalho de campo.

(...) Convinha que aqui houvesse um dispositivo legal que pudesse por aquela família perante a lei. Não sei se existe, uma lei para omissão do socorro. Se não existir uma lei, alguém tem que criar uma, que faça com que as pessoas que não prestarem socorro, a devida altura, a alguém, pode ser incriminado. - Dr. Hélder Miranda – Hospital Central da Beira.

Vimos que a associação da doença com feitiçaria e castigo, não é um fato isolado, nem mesmo reside em um passado distante. É uma experiência atual e demanda uma avaliação que venha a observar o fato e suas implicações sociais. Na antropologia, o relativismo cultural, em confronto com os fundamentos da universalidade ética, tem gerado argumentos para discussões em torno do infanticídio e da mutilação genital feminina, mas que podem perfeitamente ser aplicados em outras instâncias.

Cada cultura pesa a si mesma e julga a si mesma. A mutilação feminina, portanto, não poderia ser avaliada como *certa* ou *errada*, mas sim *aceita* ou *rejeitada* socialmente, de acordo com o olhar da cultura local sobre este fato social. Para o relativismo radical não há valores universais que orientem a humanidade, mas valores particulares que devem ser observados e tolerados. E assim, em sua compreensão de ética, o *bem* e o *mal* são relativos aos valores de quem os observa e experimenta. (Lidório, 2008: 179).

A universalidade ética, por outro lado, pressupõe que os povos e culturas fazem parte de uma “aldeia global”, e que está possui valores universais de moralidade. Ronaldo Lidório (baseado nos argumentos de Sérgio Rouanet) afirma que o valor desta fundamentação é reconhecer que o homem, mesmo distinto e disperso compartilha valores inerentes. Para Roberto Cardoso de Oliveira (2001:57), o ponto crucial desta questão implica em afirmar que, o que já é parte da tradição ou do costume não pode necessariamente ser tomado como normativo. Isso não significa, ainda segundo Oliveira, que os valores morais não possam estar presentes nos costumes. Sendo necessário portanto, estabelecer a diferença entre o costume e a moralidade, identificando a razão como elemento operador essencial e aplicando esta distinção dentro de nosso campo de estudo.

5.2 EXPERIÊNCIAS E SIGNIFICADOS DA DOENÇA

A importância e o significado dados ao processo de construção social do binômio: saúde-doença, estão normalmente relacionados às experiências e vivências de cada um dos atores sociais envolvidos no processo, dentre eles: o indivíduo, a família e os profissionais de saúde. Segundo, Ana Maria Canesqui (2007), a experiência da doença relaciona-se...

Aos aspectos privados da vida cotidiana, às rupturas das rotinas, ao gerenciamento da doença e à própria vida dos adoecidos, cujos cuidados não se restringem aos serviços de saúde e ao contato com os profissionais.

Sendo possível mostrar que a condição cultural interfere na forma como cada sociedade define seus sintomas de doenças e de saúde, e que a importância dada a cada um deles está relacionada com a cultura e as relações sociais (Barros, 2011: 13). Igualmente, sustenta-se que as questões inerentes à saúde e a doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais ocorrem, uma vez que as diferenças culturais podem influenciar na maneira como cada doente assume o seu papel de enfermo (Alves: 1993). Desta forma conviver com as mulheres acometidas pela fístula obstétrica nesse espaço de interação profissional/pacientes nos fez refletir como profissionais de saúde pouco consideram os significados do adoecer e a percepção do corpo e da doença entre estas mulheres.

A Antropologia da Saúde proporciona sustentação teórica ao pensar como a cultura tem seus significados na interpretação das doenças em determinadas sociedades, mostrando que de algum modo as doenças se tornam um obstáculo na vida de quem está enfermo, e a condição a qual este indivíduo está inserido em determinada cultura irá contribuir para a forma como as doenças são interpretadas (Barros, 2011:12). A nossa pesquisa foi realizada a partir deste referencial, enxergando a doença como um fenômeno social, considerando tanto o ponto de vista dos profissionais de saúde sobre a fístula obstétrica quanto o lado das mulheres que recebem a assistência e os desdobramentos dessa relação.

O que se segue são dados relativos à Fístula Obstétrica em Moçambique, mais do que retomar estes dados, que já foram expostos exhaustivamente ao longo desta tese, o que pretendemos é dar subsídios para problematizar a fístula, procurando mostrar as experiências e significados das mulheres frente a doença.

De acordo com dados da OMS a fístula obstétrica afeta cerca de dois milhões de mulheres no mundo, e a cada ano há entre 50 mil e 100 mil novos casos, de acordo com o Fundo de População das Nações Unidas. A maioria dos casos estão concentrados nos continentes africano e asiático. Moçambique registra, dentro do continente africano, os maiores índices de incidência da doença. Alguns provedores de saúde têm proposto que a incidência da doença pode ser de 2 a 5 casos por 1.000 partos, em áreas sem acesso aos serviços de emergência de cuidados obstétricos (Velez et al, 2007:144), em Moçambique este percentual é de 20 novos casos a cada 1.000 partos.

Os indicadores sociais de Moçambique apontam para um quadro bastante problemático e propício para a expansão da doença, que está intimamente associada à pobreza: baixo IDH, casamentos prematuros, altas taxas de fertilidade e acesso limitado aos cuidados da maternidade segura. Estes aspectos são diretamente influenciados pelas situações de vulnerabilidade, sendo constituídos mais especificamente pelo seu componente individual. Este é representado pela capacidade efetiva de transformar suas práticas e pelas verdades que regem seus modos de ver a vida.

O corpo, enquanto depositário de saúde ou doença tem sido indagado para além dos riscos biológicos, mas como extensão do sucesso ou insucesso. Neste caso específico, o bem estar da mulher não é visto como uma condição individual, mas como uma característica relacional. Para Bagnol e Mariano (2009:396) o bem-estar é definido em função da preparação para sexualidade, que culmina na concepção e no nascimento de uma criança. Para que isso aconteça o corpo da mulher tem que estar sadio, esta noção de saúde está ligada às práticas enraizadas numa visão específica do corpo e a maneira, culturalmente, adequada de se sentir e sentir seu corpo. Que estariam diretamente relacionadas a sexualidade e à reprodução. Desta forma a participação das jovens nos rituais de iniciação, entre eles o alongamento dos lábios vaginais, são de extrema importância para saúde individual, psicológica e sexual, pois fazem parte do ethos para se sentirem mulheres (Ibdem).

O processo de adoecer envolve, portanto, as experiências subjetivas de mudanças físicas ou emocionais e a confirmação dessas mudanças por parte de outras pessoas. Dentro desta visão a fístula obstétrica seria uma ruptura da identidade feminina, podendo causar profundas mudanças na vida das mulheres e suas famílias, que se manifestam por desajustes

físicos, emocionais, sociais e familiares. Os percursos de vida das mulheres com fístula são resultantes dos significados que lhe atribuem, tendo os profissionais de saúde um papel de cuidador, no sentido de curá-las através da cirurgia ou de capacitá-las (no caso de colostomia, Auto Algaliação ou M. Pouch) para lidar com a nova experiência de vida.

Segundo Foucault (1980) a medicina tal qual conhecemos hoje teve início no final do século 18, até então, era grande a diversidade de práticas na arte de curar. Essa nova estrutura consiste, principalmente, em uma nova maneira de olhar e falar sobre os corpos e seu funcionamento, bem como sobre saúde e doença. Mudando, fundamentalmente, as relações entre o visível e o invisível.

Os sistemas tradicionais de saúde em Moçambique estruturam-se, como noutros países, pelo referido campo simbólico e articulam, por isso, família, economia, política, religião, magia e feitiçaria. É por ele que se modelam as representações e as práticas da saúde e da doença. Uma sociedade onde há comportamentos de ordem tende a ser constituída por membros saudáveis. A doença ou o infortúnio são pensados e representados como desordens, efeitos produzidos por outras desordens nas relações entre pessoas ou entre pessoas e seres sobrenaturais ou naturais (Fialho, 2003). Em Moçambique as opiniões em relação a doença e a busca pelo tratamento, são influenciadas pelo sistema de crenças, práticas, conhecimentos e interpretações que acabam determinando o modelo explicativo e o processo de atenção e cuidados (Loforte, 2003a:23). Para a autora as sociedades têm atitudes bipolarizadas face o problema da doença, optando pela medicina tradicional, mesmo quando dispõe de acesso aos serviços públicos de saúde. Então doenças que afetam grande parte da população moçambicana, como malária, tuberculose, SIDA, não são nenhuma novidade, a grande questão de fato é como estas doenças são percebidas pelos doentes e abordadas pelos agentes de saúde (Passador e Thomaz, 2006).

A definição biomédica da doença, suas formas de prevenção, transmissão e tratamento, nem sempre está em acordo com o conhecimento e explicações dos fenômenos do senso comum (Mariano, 2010:76). As análises sócio antropológicas acerca do impacto dos saberes e práticas da biomedicina sobre as formas de cuidado com a saúde, e sobre os estilos de vida atuais, discutem a respeito da tendência de responsabilização dos indivíduos por sua própria saúde (Lopes, 2015:487). A disciplina dos corpos, na atualidade, ocorre a partir do aumento do domínio de cada um sobre seu próprio corpo (Foucault, 1975:37), ou

seja, a saúde passa a ser uma das técnicas mais importantes da disciplinarização da sociedade. A biomedicina não leva em conta as formas como os indivíduos “*interpretam aquilo que entra ou sai do corpo, de fluídos corporais – suor, sangue, sêmen – a profilaxia*”. Sendo frequente em Moçambique discursos de negação da existência da doença por parte da população, principalmente quando confrontados com narrativas hegemônicas. Para Luiz Henrique Passador (2006) incorre-se o risco de que ações que visam o controle de epidemias terem sua eficácia comprometida pela resistência da população moçambicana em identificar-se com as suas propostas, devido à incompreensão do universo local por parte dos interventores.

Fiquei conversando com M.A.S. (30anos – Gaza) e outras pacientes na varanda. Ela (que é soropositiva) me contou que contraiu a doença tomando banho de rio. Tentei explicar quais são as possíveis forma de contaminação pelo vírus HIV, mas acho que ela não se convenceu. Num tom de brincadeira disse que a última vez que fez sexo foi em 1998 (ano que desenvolveu a fístula), mas só em 2010 descobriu através de exame que era soropositiva. Na sua concepção é impossível a doença ter sido contraída através do sexo. (Notas de campo, 31/08/2015).

Para o autor, esta descrença não deve ser tratada como mera ignorância ou desconhecimento da população, mas como a ineficácia das propagandas e campanhas de educação em saúde aplicadas no país (Passador e Thomaz, 2006) que, a partir de uma visão biomédica, não levam em conta as dimensões psicológicas, sociais e culturais dos indivíduos. Assimilar, ainda que de modo parcial, o que é isso que se passa com seu corpo, é um processo que costuma ser longo e que gera, entre outras dificuldades, uma ambivalência extrema na construção da identidade feminina.

A apresentação da enfermidade e a reação dos outros a ela são, em grande parte, determinadas por fatores socioculturais. Cada cultura possui sua própria *linguagem do sofrimento*, que faz uma ponte entra as experiências subjetivas de comprometimento ao bem-estar e o reconhecimento social dessas experiências. (Helman, 2003:116).

Os estudos que vem sendo desenvolvidos pela antropologia da saúde, tem problematizado a diferença entre as representações dos agentes de saúde e dos pacientes (Lopes, 2015:495). Buscando esclarecer a dinâmica da racionalidade biomédica em contraste com as dimensões holistas da representação ou vivência dos eventos saúde/doença (Duarte,

2003:177). Essa linha de trabalho, que estamos buscando seguir, compreende as relações que se estabelecem nas instituições de assistência à saúde a partir do confronto entre modelos individualistas e holista. Referindo-se às pacientes de fístula obstétrica, a Enfermeira Luisa Sixpense do Hospital Central da Beira afirma:

É diferente de outro trabalho pelo tipo de paciente. São simples e vulneráveis. Apanham fístula por causa da gravidez e da pobreza. Elas não podem reclamar, não reivindicam, só sofrem.

(...)

Eu sei como vivem. Dormem no caniço para a urina cair no chão de terra. Usam capulana só para cobrir-se. Ou dormem encharcadas de urina. Como pensos, usam mantas antigas e panos, atados com uma fita na cintura. Os panos ficam ásperos com o ácido úrico, a pele fica irritada. (WLSA, 2011)

Em estudo no qual aborda a construção de significados sobre a fístula obstétrica, Ahmed e Holtz (2007) ressaltam as consequências devastadoras, tidas como inevitáveis na vida das mulheres, resultantes da doença como divórcio, vergonha, isolamento, estigma e cessação das atividades sexuais. Embora a análise conjuntural seja importante, levando-se em conta todos os limites impostos para as mulheres ao exercício de sua cidadania, partimos do pressuposto que a mulher com fístula obstétrica é a protagonista desta história, e, portanto, achamos fundamental ouvir delas o significado deste processo.

5.2.1 O segredo por debaixo da capulana

Casar-se, gestar e dar à luz um filho é um processo que determina a mudança de status na vida de uma mulher. A partir do momento que a criança nasce, essa mulher torna-se efetivamente mãe, mas quando a criança morre a mulher não cumpre seu “destino social”, surgindo o sentimento de fracasso na vida (Faé e Zinani, 2011:213).

É corrente a preta desejar ter filhos porque o homem a escorraça se ela não lhe der prole, mas se um caso de distocia se apresenta, a pobre mulher, mesmo que tenha sido virtuosíssima, passa tormento. (Rocha, 1943:26)

Além das cobranças usuais que vão pesar socialmente sobre ela, aliadas ao seu próprio sentimento de frustração, virão outras específicas que envolverão culpas, responsabilidades, críticas e acusações.

Ainda dentro do circuito de acusações entre mulheres, são notáveis as acusações de que há mulheres que matam os filhos de outras através de feitiços – muito comuns nos núcleos poligínicos, mas também entre vizinhas e parentas. Uma das maneiras de atingir uma mulher é matar seus filhos, visto que ela se constrói socialmente pela geração da descendência. (Passador, 2010:206).

Nesse sentido, saber-se mãe de um filho morto e portadora de uma doença tida como incurável representa uma mudança de identidade social. A falta de controle da urina, as dores durante sexo, as feridas na pele, o odor que exalam e outros sintomas associados a doença, podem marcar profundamente a identidade social dessas mulheres, constituindo um estigma. De acordo com Erving Goffman, o estigma é a evidência de um atributo considerado socialmente diferente das expectativas normativas que se tem para aquela categoria. Tal atributo não seria apenas diferente, mas malvisto, o que levaria o grupo a segregar aquele indivíduo, reduzindo-o a uma pessoa “estragada e diminuída” (Goffman, 1975:12). A partir de uma revisão sistemática sobre a fístula obstétrica, Ahmed e Holtz (2007) afirmam que as mulheres que vivem com fístula obstétrica são referidas na literatura programática e acadêmica como “*dead women walking*”, “*the wretched of the Earth*” ou “*Fistula women*”, reduzindo suas vidas para os aspectos negativos causados pela doença. Com receio de serem rotuladas as mulheres escondem a doença, conforme podemos perceber na fala de R.A.G (34 anos – Sofala):

[Entrevistadora] onde você mora, as pessoas sabem que você tem essa doença?

(R.A.G) as pessoas da minha casa sabem. Mas os vizinhos não.

[Entrevistadora] e na igreja?

(R.A.G) ah, na igreja também não sabem, não falei, escondi. Porque é impossível também falar de xixi.

[Entrevistadora] escondeu? Por quê?

(R.A.G) É, que de quando em quando podem ser dito coisas, as pessoas gostam muito de falar.

Desta forma a manipulação da informação social ou ocultação da doença constitui, na perspectiva de Goffman (1975), uma estratégia de preservação da identidade pessoal. No entanto, é geradora de tensão no exibir ou ocultar, revelar ou não a existência da fístula.

(R.A.G) Às vezes, eu costumo usar, costumo levar penso, levar duas calcinhadobrar e levar plástico assim né. Para não molhar roupa. Agora se fosse, costuma molhar, quando penso molhar muito já molha a roupa. É, para não ser descobrido.

Incontinentes e sem dinheiro para comprar fraldas descartáveis, elas colocam panos entre as pernas para absorver a urina, mas logo ficam molhados e com mal cheiro (Jornal Sanava – 25/03/2011). Sendo notório o uso da capulana, símbolo da mulher moçambicana, para esconder o uso dos pensos ou dos sacos coletores de urina.

Fotografia 41 – O segredo por baixo da capulana: Pacientes internadas no Hospital Central de Maputo usam o tecido para esconder os sacos coletores de urina.



A posição da mulher com fístula obstétrica vista como estigmatizada parece estar presente não só na concepção delas, como também na visão dos profissionais que lidam com a doença. Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado dessas mulheres definem a fístula obstétrica, como uma condição limitante que:

Em toda patologia há sempre uma rejeição, mas nestas pior ainda, porque é uma questão que se nota. (...) quando você se levanta, advém de tentar perceber "será que eu molhei ou não?". (...) eu acho que estas precisam dum certo carinho, porque é uma coisa muito, meio exposta, porque você perde amizade, que nem de todos até, começa até na própria família, do próprio marido. (...) então pensa que toda gente, em algum momento, se não é higiênica, há aquela situação que tem sempre, além de molhar, aquele odor. E não só, mesmo o próprio aspecto a nível de, não só na vagina, mas nos pés. Você há de ver aquelas que molham muito, essa parte toda fica branca. – Luisa Sixpense (Enfermeira – Hospital Central da Beira).

Tinha senhoras que perderam o lar, perderam o marido, perderam família. É lamentável aquelas que não conseguimos operar, a gente olha e diz não temos como operar, porque tem outras mesmo que a bexiga já está completamente destruída. – Dr. Osório Trigo (Diretor do Hospital Rural de Vilankulos).

Diversos estudos que abordam as relações sociais das mulheres com fístula indicam um nível acentuado de isolamento entre os membros que compartilham dessa condição. Yeakey et al (2009) destacam que a ocorrência do isolamento, que não se limita a maridos e parceiros, abrangendo desde família, amigos e igreja. Sendo forçadas a viver no ostracismo, a comer ou dormir sozinhas, separadas do restante da família (Miller et al, 2005). Para contextualizar, remeto-me à descrição do caso da paciente M.C. (24 anos – Inhambane).

Em 2007 ficou grávida, tinha apenas 16 anos, após três dias de trabalho de parto o bebê nasceu morto e a doença lhe acometeu. Órfã de mãe, morava com a tia, mas depois da fístula passou a morar em casa do pai. Fazia xixi o tempo todo, molhando a cama, o sofá ou qualquer outro lugar que se sentasse. Foi quando sua madrastra lhe pôs para fora de casa. O pai construiu uma palhoça, para que a filha não ficasse desabrigada. M.C. que é evangélica, adepta da Assembleia de Deus, sobrevivia da ajuda financeira dada pelo pastor da sua igreja. Passou a viver isolada da família e já não frequentava mais os cultos.

Eu já havia retornado ao Brasil, quando li uma notícia, na altura do dia mundial para erradicação da fistula obstétrica, mostrando mulheres que haviam sido operadas no HCM¹⁶⁷ e estavam retornando para suas casas na cidade de Inhambane. Reconheci M.C. nas fotografias que ilustravam a reportagem, ela aparecia feliz ao lado do pai. Recentemente assisti um vídeo produzido pela Focus Fístula, que mostrava a vida de pacientes após a cirurgia, mais uma vez M.C. estava entre as entrevistadas. De acordo com o vídeo, ela voltou a morar com a tia e já está frequentando a escola. Neste momento fui tomada por uma alegria indescritível, o rigor do distanciamento científico cai por terra, não consigo mais controlar as lágrimas.

Outro medo relatado pelas mulheres, em nosso estudo, era o de serem apontadas na rua como a “mulher do xixi”, desta forma, acabavam elas mesmas, se isolando da comunidade, se privando de ter uma vida social. A paciente F.P.M. (30 anos – Maputo) recebeu o diagnóstico de fístula obstétrica no Hospital Central de Maputo cerca de oito

¹⁶⁷ Esta já era a sua quinta cirurgia.

meses, após o parto do quinto filho. Falando sobre o isolamento, diz que agora só fica dentro de casa, tem medo de fazer xixi e molhar a roupa na rua. E completa:

Meus vizinhos viram. Agora quando chamam: ‘vamos na igreja?’, eu digo que não. Não consigo ir à igreja. Quando estou sentada, mas quando se levanta saí. Aí nunca mais fui. - F.P.M. (30 anos – Maputo)

De acordo, com pesquisa realizada por Donnelly Et al. (2015) na Etiópia, era comum que as mulheres se privassem de alimentos ou bebidas em encontros sociais e eventos comunitários, porque temiam que eles iriam provocar xixi. Em nossa pesquisa, era praticamente uma unanimidade, o relato de não ingerir líquidos como forma de diminuir a quantidade de vezes que urinam. Entre o primeiro parto e a última cirurgia realizada, A.F. (29 anos – Maputo), conviveu com a doença por mais de uma década. Conta que o xixi saía “*pouco, pouco*”, mas quando toma “*muita água ou muito chá*” molha muito o penso. Então como estratégia “*já para não molhar, não bebo água. Porque se beber, vou me molhar*”.

Yeakey et all apontam em seu estudo sobre vivências de mulheres com fístula obstétrica no Malawi, os impactos na sua capacidade de fazer sexo. Para algumas a fístula não interferiu na vida sexual, mas para outras era necessário planejamento antes do ato sexual (Yeakey et all, 2009:506). Também entre as mulheres enfocadas na pesquisa etnográfica realizada pela autora da presente tese foi possível verificar que a doença alterou, ou em muitos casos anulou a vida sexual dessas mulheres. De acordo com tradição moçambicana, cabe ao marido a iniciativa para o ato sexual, porque é ele que necessita de relações sexuais frequentes. Compete a mulher procurar satisfazê-lo. (Osório e Macuácuá, 2013:192). Sobre as relações sexuais após a fístula, F.M. (50 anos – Maputo) declara:

Fazíamos um pouco, mas a maneira do homem. O homem é o homem, achava que eu não fazia o suficiente. (...) as vezes saia xixi, dependia do dia (...) quando fazia, sentia dor, então ele não me obrigava a forçar. - F.M. (50 anos – Maputo).

Ainda de acordo com Yeakey et all (2009:506), mesmo nos casos que a relação sexual continuou, apesar da fístula, as mulheres sentiam que a doença afetou os seus relacionamentos. Algumas delas optaram por abster-se do sexo. Como é o caso de G.P. (30 anos – Inhambane), que se casou aos 15 anos e foi abandonada pelo marido após

desenvolver a doença. Desde então mantém relações sexuais esporádicas¹⁶⁸ com namorados. Por acreditar que o sexo esteja agravando sua doença, decidiu pela abstinência:

O problema é que tenho medo, porque isso aí, estou a prevenir, porque ao fazer, senão vai piorar muito o xixi, já tem medo de namorar toda hora, assim. (...) E completa: Acho que já está a provocar essa bexiga. Porque fica saindo xixi sempre. Já tenho medo de fazer o sexo. - G.P. (30 anos – Inhambane)

Vimos anteriormente que grande parte dos papéis sociais, entre homens e mulheres, é aprendido nos rituais de iniciação. As perspectivas das pacientes vivendo com fístula indicam que a doença limita sua capacidade de cumprir seus papéis conjugais. Sendo gerada, para além do abandono e do divórcio, uma condição de tristeza (Yeakey et al., 2009:506). A doença acaba interferindo na vida destas mulheres de tal forma, que o termo tristeza (empregado como falta da alegria, ânimo, disposição e outras emoções de insatisfação) esteve bastante presente na revisão de literatura realizada a respeito da fístula obstétrica. Algumas mulheres pesquisadas tentam, na medida do possível, manter suas vidas normais, cuidando dos filhos, da machamba, indo à igreja, mas nada disso é suficiente para apagar os sentimentos de tristeza e isolamento infligidos pela fístula obstétrica.

As consequências médicas e sociais da fístula obstétrica são angustiantes e podem ter um efeito profundo sobre a saúde psiquiátrica destas mulheres. Diversos autores, tem estudado a depressão associada a condições que muitas vezes acompanham a fístula obstétrica, entres os quais destacamos Browning Et al.(2007), Weston Et al. (2011) e Zeleke Et al. (2013), todos estudos foram realizados na Etiópia, país que é referência no tratamento da doença. Não localizei nenhuma pesquisa, dentro desta perspectiva, que tivesse sido realizada nos países lusófonos.

De acordo com pesquisa realizada por Zeleke Et al. (2013) cerca de 97% das mulheres com fístula obstétrica apresentaram sintomas de depressão. No estudo de Browning Et al. (2007), a prevalência de depressão nas pacientes ao aderirem ao tratamento era de 100%, caindo para 27% após a realização da cirurgia. A consequência mais séria da depressão é o suicídio. Dentre uma amostra no Quênia, 73% das pacientes demonstraram sintomas de

¹⁶⁸ O resultado do seu exame para HIV deu negativo, apesar de admitir que prática sexo sem utilizar preservativo.

depressão, destas, 17% apresentaram tendência suicida (Weston Et al, 2011). O médico Igor Vaz, falou sobre este aspecto ao jornal Savana:

Outras, deprimidas marginalizadas, suicidam-se. Vaz lembrou de um paciente de 16 anos, com duas fístulas e atrofia da perna, operada em fevereiro de 2010. Teve que aguardar mais uma operação. Estava anêmica e não havia espaço na enfermaria. Deveria esperar três meses. Não aguentou e suicidou-se. (Jornal Savana – 25/03/2011).

Verificou-se que as preocupações com a incapacidade de controlar a urina e mau cheiro trazem um grande estresse a vida destas mulheres. Para Browning Et al. (2007), os elevados índices de suicídio encontrados nas pacientes de fístula obstétrica estão relacionados com a perda de controle da urina, incapacidade de manter relações sexuais, dificuldade para engravidar entre outras características relacionadas a doença. Resultado comparado aos estudos de Yeakey et al. (2009), Mselle et al. (2012), Donnelly et al. (2015), Ahmed e Holtz (2007), realizados em diversos países do continente africano.

Vimos ao longo deste tópico, que a fístula obstétrica, altera a rotina de vida da doente e a obriga a desenvolver estratégias para conviver com a dimensão crônica da doença, principalmente por medo de serem estigmatizadas. O ato de “negar” ou “esconder” a realidade é caracterizado, em alguns casos, pelo isolamento, mas ao manter a fístula em segredo elas reforçam incertezas, mitos e ignorância em relação as causas e tratamentos da doença (Lavander Et al., 2016). Desta forma a categoria “segredo” torna-se central nesta discussão e representa a complexidade em torno da exposição da doença e o impacto que a falta de informação pode ter na busca pelo tratamento.

5.2.2 Busca pelo diagnóstico e tratamento

Os estudos sobre mulheres que vivem com fístula obstétrica têm crescido nos últimos anos, estas pesquisas se concentram dentro do ambiente hospitalar (Yeakey Et al, 2009:500), devido principalmente à dificuldade de encontrar estas mulheres em suas comunidades. Em nossa pesquisa etnográfica, tendo como base três hospitais de referência no tratamento da fístula obstétrica em Moçambique, verificou-se práticas circulantes nestes contextos institucionais para a compreensão que as mulheres vão constituindo sobre sua doença, suas particularidades e sobre a própria experiência da fístula em tais circunstâncias.

Existem múltiplas barreiras que dificultam o acesso das mulheres ao tratamento, entre as quais a falta de consciência (delas e das famílias) sobre a enfermidade (causas e tratamentos) e os recursos limitados dos serviços de saúde para oferecer o tratamento. O desconhecimento da doença ocorre em muitos níveis, desde a população, médicos tradicionais e o próprio pessoal da saúde.

De acordo com a WLSA (2011) o distrito de Buzi, na província de Sofala, reúne todas as características para ser uma “fábrica de fístulas”: lugares remotos, poucas unidades de saúde, péssimas estradas, pobreza endêmica, casamentos prematuros e partos realizados em casa. Mas segundo o Dr. Silva Chiconda, nenhuma mulher com fístula aparecia na clínica, foi quando o médico decidiu procurar os régulos. Explicou os sintomas e suas causas, muitos conheciam mulheres que sofriam com incontinência e isolamento pós parto. Desta forma, só no primeiro dia, localizou trinta mulheres que sofriam de fístula obstétrica. Com o apoio dos régulos o médico passou a difundir a informação através de palestras realizadas nas comunidades.

Este não é um caso isolado. A maior parte das mulheres que sofrem de fístula em Moçambique não sabem que tem a doença. Para exemplificar apresentamos o caso de A.C. (42 anos – Inhambane):

A.C. ficou grávida aos 18 anos de idade e foi abandonada pelo namorado. O trabalho de parto foi realizado em casa pela mãe e pela avó, durante cerca de uma semana. Desde então passou a fazer xixi pela vagina. Como “*vivia no mato*”, não sabia que tinha fístula obstétrica, achava que todas as mulheres, após o parto ficavam naquela condição. Depois de decorridos 23 anos veio para Maputo, visitar familiares, foi quando um tio resolveu trazê-la para avaliação no HCM. De acordo com o prontuário a paciente apresentava “*FVV complexa com destruição completa da uretra e do colo vesical, com estenose vaginal*”. Naquele mesmo ano foi operada para reparação da fístula e reconstrução da vagina¹⁶⁹. Voltou a procurar o Serviço de Urologia em 2015 com queixa de perda de urina por esforço e dores durante o ato sexual.

Como A.C. diversas pacientes sofreram com a doença durante anos antes de procurar tratamento, pelo que pude perceber a maioria foi por desconhecimento da doença ou aceitação da sua condição. De acordo com nossos dados, as mulheres sofreram uma média de 5,6 anos antes de serem reparadas (intervalo 03 meses a 32 anos). Pesquisas

¹⁶⁹ Atualmente a paciente precisa fazer algaliação intermitente: o esvaziamento periódico da bexiga com pequeno cateter que é removido depois de cada micção.

semelhantes realizadas na Etiópia apresentaram uma duração média das fístulas de 4 anos (Weston et al 2011) e 9,8 anos (Donnelly Et al., 2015).

A perda de controle da eliminação de fezes, gases e urina pode conduzir a alteração da identidade e autoestima, além de sentimentos de desprestígio social e incapacidade. Dado o sofrimento por que passam, não é surpreendente que elas apresentem sentimentos de inadaptção. No estudo realizado por Wilson et al (2015) na Tanzânia, a estratégia utilizada pelas mulheres para enfrentar a doença é negá-la. Tanto que a paciente A.E.D como M.M.V.S indicam uma dificuldade inicial muito grande em aceitar o diagnóstico, porque tinham uma imagem estereotipada das mulheres com fístula.

A.E.D. (33 anos – Maputo) é estudante de nutrição. Na primeira gestação, em 2009, teve um trabalho de parto arrastado, durando cerca de três dias. A enfermeira realizou uma Episiotomia. No ano de 2014 engravidou novamente. Foi realizado um parto normal no Hospital Geral de Mavalane, o que agravou a situação da sua fístula reto vaginal. Durante a pesquisa estava realizando exames médicos para ser operada no Hospital Central de Maputo.

M.M.V.S (31 anos – Maputo) é formada em Gestão de Empresas e trabalha como Auxiliar Administrativo no HCM. No ano de 2010 estava grávida do seu segundo filho. O parto normal foi realizado no HCM, onde o enfermeiro precisou realizar uma Episiotomia, depois disso a paciente teve laceração do períneo. Três anos depois ficou grávida novamente, procurou o HCM para realizar uma cesariana, mas o médico que estava de plantão se negou. De acordo com ela, a enfermeira insistia para que o médico fizesse a cirurgia, mas ele dizia que a paciente tinha condições de dar o parto normal. Essa situação agravou ainda mais a situação da paciente que ficou com uma Fístula Retal. Segundo ela as fezes eram ralas e saíam pelo menos duas vezes por dia sem controle, ela tinha de usar fraldas descartáveis.

De acordo com Kleinman (1980) ao vivenciarem a enfermidade, os indivíduos utilizam diferentes modelos explicativos e recorrem a distintos setores de cuidado a saúde. Entre a lógica explicativa das causas e a lógica terapêutica não há uma correspondência linear, por isso cada doente realiza um itinerário bastante diferenciado (Fialho, 2003). Ainda de acordo com Kleinman esses setores são sobrepostos e interligados, sendo divididos entre: setor informal (família), popular (medicina tradicional) e setor profissional (médicos, enfermeiros e outros profissionais). As práticas populares temse mantido nas diversas culturas e sempre foram utilizadas como primeiro recurso para minimizar ou prevenir doenças. De acordo com o Dr. Silva Chiconda, em entrevista para WLSA (2011), muitas mulheres acreditam que foram

vítimas de feitiço e procuraram os médicos tradicionais para curá-las da fístula, gastando muito dinheiro ao longo dos anos e sem resultado já que a fístula só pode fechada através de cirurgia. Neste estudo, as mulheres inqueridas, não admitiram fazer uso da medicina tradicional, provavelmente por medo ou vergonha, já que em outras situações (conversas informais) admitiam recorrer a curandeiros para tratarem de outros males. Referindo a um mioma a paciente L.A. (51 anos – Inhambane) fala:

Essas dores começaram ainda criança, encher muito. Tem aquela nossa tradição de dialeto, é aquela coisa de se menstruar e doer, me começaram antes, depois de eu começar a primeira menstruação. Andei, andei, andei até completar muitos anos sem saber nada de que o que eu tinha. Eu tomar medicamento tradicional, assim, encorajando pela irmã em 2003 é que já começou o tratamento de hospital. Mas foram baixar duas vezes, até conseguiram me operar.

Cabe destacar que a fístula obstétrica afeta diferentes dimensões do ser humano – física, psicológica, econômica e social – sendo agravadas quando se trata da população de mulheres jovens, que dependem de cuidados específicos e necessitam de suporte familiar efetivo na busca pelo tratamento. Observou-se que, na trajetória da experiência da doença, os familiares eram os principais cuidadores¹⁷⁰, e se tornaram os principais provedores de recursos financeiros para alimentação, remédios e transporte. Comumente as mulheres não recebem nenhum apoio da comunidade, em muitos casos os vizinhos nem não sabem da sua condição. Outras relatam que receberam ajuda, principalmente com a doação de alimentos, dentro destes contextos as igrejas têm um papel fundamental. Geralmente os pastores e parentes próximos (mães, irmãs) é que as incentivam a buscar tratamento nas unidades de saúde próximas as suas casas ou nos hospitais onde tiveram o parto.

Após o desenvolvimento da fístula obstétrica a paciente R.A.G. (34 anos – Sofala), procurou o Centro de Saúde de Savane, eles fizeram alguns exames e constaram que para além da fístula a paciente também era soropositiva. *“Eles deram comprimido e mandaram pra casa¹⁷¹”*. As irmãs, que moram na cidade da Beira souberam da campanha cirúrgica que ia ser realizada no HCB e a convenceram a procurar tratamento para fístula. Lhe enviaram dinheiro para que viesse do distrito de Muanza, que fica a 130 km de distância. (Notas de campo)

¹⁷⁰ De acordo com dados da pesquisa os cuidadores são formados pelo núcleo familiar (45% - maridos, 34% - pais, 9% - outros parentes. Apenas 12% moram sozinhas com os filhos menores, sendo elas as responsáveis por conseguir o dinheiro.

¹⁷¹ Referindo-se a terapia antirretroviral – TARV, que é fornecida gratuitamente pelo Governo moçambicano.

Vimos ao longo desta tese, que diversos fatores provocam o atraso em procurar uma maternidade na altura em que iniciam as dores do parto, mas pelo que podemos perceber, mesmo que tardiamente 80% das inqueridas tiveram o parto em unidades hospitalares. Ao verificar que a paciente está tendo perda de urina pela vagina, os médicos já poderiam iniciar o tratamento.

Aparece um ou outro, porque agora quando nós diagnosticamos, temos casos que o diagnóstico é feito logo de imediato, por causa do trabalho de parto arrastado, o diagnóstico é feito de imediato e nós vemos que, a mulher logo depois do parto desenvolveu a fístula, é fácil de corrigir. Só com uma simples algália, vinte e um dias, a gente manda a mulher voltar e a fístula aí já está resolvida, então muitas delas não necessitam de uma cirurgia. Então, eu acredito que é porque o sistema de referência melhorou também, a capacidade de diagnóstico melhorou, por isso temos poucos casos. – Dr. Osório Trigo (Diretor do Hospital Rural de Vilankulos).

Um estudo realizado por Arrowsmith Et al. (2010) demonstrou que se o cateterismo for empregado em pacientes com fístula a menos de três meses, é possível que ela seja curada espontaneamente (15% dos casos). Ao passo que, as pacientes de fístulas recentes que foram submetidas a cirurgias de reparação, apresentaram um percentual de cura de 96%. A grande questão é que em muitas unidades de saúde não existe equipe médica preparada para realizar cirurgia de reparação da fístula obstétrica. O alcance para diagnosticar e reparar a fístula fica limitada as campanhas cirúrgicas realizadas periodicamente. Desta forma, a ineficiência do sistema de saúde acaba resignando as mulheres a viverem nesta condição indefinidamente (Yeakey Et al, 2009).

Em maio de 2014, M.M. (23 anos – Sofala), entrou em trabalho de parto do seu terceiro filho. Assim que começaram as dores, foi logo para o Hospital Rural de Maromeu. Ficou sentindo dores por três dias, só no quarto é que foi levada para o bloco cirúrgico, onde foi realizada uma cesariana de emergência. A criança nasceu morta e ela ficou com uma fístula. Tendo sido logo transferida para o Hospital Central da Beira, que fica a 340km de distância. *“Quando viram que a xixi estava a sair, me enviaram logo pra aqui na Beira.”* Em março de 2015 passou por uma cirurgia de reparação da fístula. Ficou internada no HCB por um período de quatro meses, agora o médico vai retirar a algália e mandá-la de volta para casa. *“O médico disse que era para ficar com essa algália até essa ferida secar. A ferida daqui já não tem mais, fechou agora”.* (Notas de campo – junho/2015)

Existe uma grande lacuna entre a primeira suspeita de que há algo diferente, após aquele parto e com o seu puerpério. A qualificação dessa diferença como sendo uma fístula obstétrica não costuma ser rápida, nem isenta de sofrimento ou dúvidas. Já que muitas vezes a doença é confundida com incontinência urinária, ou naturalizada dentro do seio familiar, como sendo a perda constante de urina algo inerente ao trabalho de trabalho. Esse nível de incerteza que costuma caracterizar o processo diagnóstico na direção da fístula obstétrica representa para as mulheres uma “prisão silenciosa”¹⁷².

Visando enriquecer e ampliar as discussões, enfocaremos na busca das mulheres pelo tratamento, e de que maneira são estabelecidas as relações entre elas e os profissionais de saúde, identificados como atores fundamentais no processo de tratamento e cura da fístula.

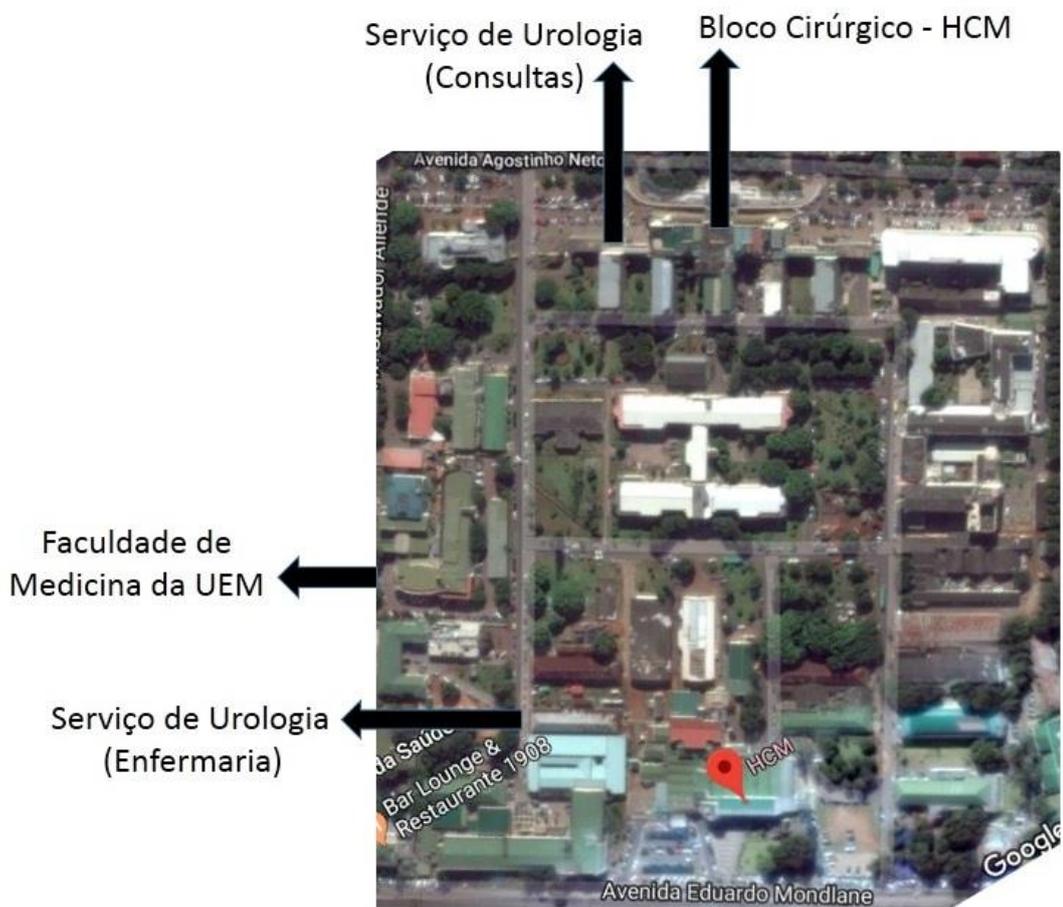
É praticamente uma unanimidade entre as mulheres portadoras da fístula obstétrica o relato de idas e vindas até encontrar atendimento especializado, o que é uma realidade constante, especialmente no contexto moçambicano em que as mulheres dependem da oferta de serviços públicos.

Quando as mulheres são diagnosticadas com fístula obstétrica geralmente são encaminhadas para um dos hospitais que realizam este tipo de cirurgia. Entre eles o Hospital Central de Maputo - HCM que trata principalmente os casos de fístulas complexas e que não podem ser operados em outros locais. O Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo possui uma forma específica de funcionamento e uso dos seus espaços. Foram as observações que permitiram desvendar algumas dessas regras e compreender as dinâmicas das relações.

O Serviço de Urologia funciona em dois locais distintos do Hospital Central de Maputo (conforme mapa acima). O ambulatório, onde são realizadas as consultas e uma enfermaria onde os pacientes ficam internados. Neste tópico, destinado a busca pelo tratamento, daremos atenção aos serviços oferecidos no ambulatório. Que está localizado no térreo de um dos blocos atrás do prédio central, tem acesso próprio e independente (foto abaixo), sendo dotado de instalações obsoletas. Tem muita luz natural e só possui ar-condicionado na sala dos médicos.

¹⁷² “Fistula Obstétrica: Uma Prisão Silenciosa”, título do vídeo produzido pela UNFPA Angola, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=oMgdRaSvLO0>

Figura 08 – Mapa do Hospital Central de Maputo – Fonte Google Earth.



Fotografia 42 – Porta de entrada do ambulatório de urologia (setor de consultas) do HCM



Existem duas salas de espera, com televisores e bancos de madeira para os doentes se sentarem. A unidade dispõe de banheiros para os pacientes, além de banheiros separados para os funcionários e médicos. Existem dois consultórios menores e outro maior onde fica o gabinete do Chefe do Setor, é neste onde são realizadas as reuniões com todos os médicos do serviço na segunda-feira pela manhã. Também existem duas salas de triagem que ficam ao lado do posto de enfermagem. No final do corredor fica a parte administrativa, onde ficam arquivados os prontuários e onde são marcadas as consultas. O seu horário de funcionamento é das 7h00 da manhã às 17h00 da tarde de segunda a sexta.

Na sala de espera dos doentes existe uma secretária da unidade, a qual funciona quase sempre como o primeiro contato dos doentes com o Serviço de Urologia. É também responsável pela marcação de consultas e exames complementares.

A queixa mais comum era em relação ao setor de marcação de consultas, devido à demora no atendimento e da dificuldade de conseguir uma ficha de atendimento. Uma senhora mulçumana disse que estava na fila a mais de duas horas para tentar marcar uma consulta para o sogro de 84 anos. Pude observar que ela ficava no canto, enquanto os homens passavam na sua frente, e vale destacar que a atendente era uma mulher. (Notas de campo – 18/05/2015).

As mulheres chegam a este serviço referenciadas por um médico, que pode ser um médico do Centro de Saúde para avaliação do caso e verificação da existência da fístula obstétrica, ou a paciente pode ter sido encaminhada por outro cirurgião¹⁷³ por tratar-se de um caso de fístula complexa ou que envolva reparo no aparelho urinário. Desta forma o Hospital Central de Maputo atende pacientes de todas as regiões de Moçambique. Não é incomum perguntar onde as pessoas moram e elas referirem a outras províncias. Em geral, são cidades onde não há condições de tratamento adequado ou de realização de cirurgias complexas. No HCM convive-se todo o tempo com vários dialetos e com diferentes maneiras de compreender e sentir a doença. Assim a característica que mais se destaca quando se observa a trama no Serviço de Urologia é a sua complexidade.

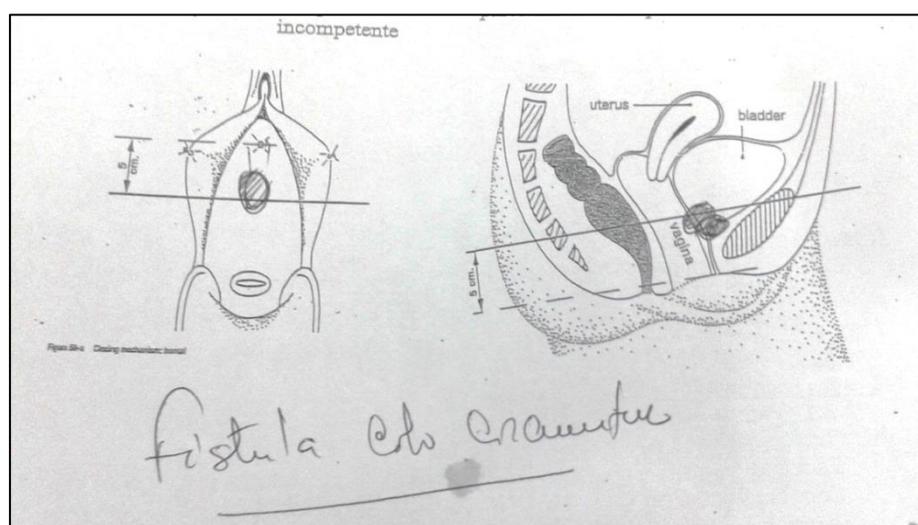
A primeira consulta no Serviço de Urologia é feita através de uma triagem, existe um agendamento pelo qual as mulheres precisam esperar. Em geral os funcionários anotam no próprio papel do encaminhamento a data em devem retornar. As doentes de fístula

¹⁷³ O Hospital Central de Maputo é referência no tratamento da fístula obstétrica, recebendo pacientes que são encaminhadas das diversas províncias do país.

obstétrica são geralmente encaminhadas para avaliação de médicos que se dedicam a esta patologia. Em regra, as segundas-feiras é o dia em que o setor está em pleno funcionamento, cerca de seis urologistas, dois residentes, dois enfermeiros, dois auxiliares administrativos, duas serventes e diversos estudantes de medicina, participam das atividades no ambulatório da urologia. Os pacientes chegam logo cedo, dão o cartão do hospital no setor de marcação e os auxiliares administrativos vão separar os prontuários dos pacientes. Enquanto isso os médicos estão na enfermaria passando a visita, dando as altas, para terem uma noção da disponibilidade de leitos, depois encaminham-se para o ambulatório. Lá os doentes são chamados para entrarem na sala dos médicos e “apresentarem o caso”. A equipe avalia os pacientes, seleciona os casos elegíveis para internamento e organiza o programa de cirurgias que acontecem todas as quartas-feiras.

Os casos de fístula obstétrica são avaliados pelo Dr. Igor Vaz – Chefe do Setor de Urologia no horário da tarde. Com o auxílio de um enfermeiro, a paciente é colocada numa maca em posição de litotomia ou ginecologia, para realização do exame físico. Sendo o primeiro passo para detecção da fístula obstétrica, do ponto de vista biomédico, o exame físico serve para identificar o orifício fistuloso, sua localização, tamanho, integridade da mucosa e sinais de infecção local (Almeida e Zamon¹⁷⁴). Todos os dados observáveis são anotados na Ficha de Avaliação cirúrgica do Programa de Fístula do HCM (fotos abaixo):

Fotografias 43 e 44 – Ficha de Avaliação cirúrgica do Programa de Fístula do HCM.



¹⁷⁴ Fernando Gonçalves de Almeida e João Paulo Zambon. Fístulas Urogenitais. Disponível em: http://www.sausedireta.com.br/docsupload/1331414059Urologia_cap30.pdf

Programa de Fistulas
Serviços de Urologia e de Ginecologia

Hospital
Avaliação cirúrgica

Nome
NID..... 1.2 Idade 32 A.
Provincia..... 1.31 Distrito.....
Data: 2/4/2011
Tempo decorrido no trabalho de parto Dias..... horas.....
Tempo decorrido entre o parto e a cirurgia actual Anos..... meses.....
Nº Operações anteriores..... 8.....

Descrição da FVV

Localização *Exame difícil devido ao defeito de base*
 • Visível Dificilmente visível Invisível
Não possível para a fim de

• Perto do púbis: Interessa a uretra Interessa o colo vesical
 Circunferencial

• Centro-vaginal Área mediana Área lateral: direita esquerda
 • Perto do colo uterino prolapso da bexiga
 • No canal cervical
 • Na cúpula vaginal em hysterectomizada
 • Uretero-vaginal confirmada com violeta de genciana na bexiga

Dimensões
 • Diâmetro horizontal: cm 2,0 cm Diâmetro longitudinal: cm

Margens
 • Superior Espessa Fina Elástica Cicatricial
 • Lateral Espessa Fina Elástica Cicatricial
 Móvel Contra o osso
 • Inferior Livre Contra o colo No canal cervical

Em alguns casos é realizado o “teste com azul de metileno”, com a infusão através de uma sonda de foley de um corante estéril diluído em solução salina, observando se há perdas vaginais (ver foto abaixo). Para além dos exames físicos é realizada uma entrevista a fim de retirar o máximo possível de informações da doente (quantos partos, qual tipo, há quanto tempo...).

Fotografia 45 – Teste com azul de metileno



Após as avaliações as mulheres voltam para sala de espera e ficam aguardando a deliberação dos médicos. A quantidade de pacientes de fístula a serem internadas ou operadas naquela semana vai depender, além da desocupação dos leitos na enfermaria, da disponibilidade na agenda dos médicos. O serviço de urologia só dispõe de uma sala no bloco cirúrgico (com duas mesas cirúrgicas) uma vez por semana. Operando em média oito pacientes por dia, destes dois (em média) são casos de fístulas obstétricas. Pois de acordo com médicos, em conversas informais, eles têm de priorizar outros casos mais graves, como a exemplo do câncer de próstata. Desta forma os casos de fístula vão se acumulando, e o internamento da paciente na enfermaria do serviço de urologia não é garantia de que a cirurgia seja realizada brevemente, conforme veremos no próximo tópico. As pacientes selecionadas, na segunda-feira, são informadas para retornarem no dia seguinte pela manhã para serem internadas na enfermaria onde vão aguardar a cirurgia.

Depois dizer, sim, então está bom. Fui em casa, lavei três capulanas, mais dois panos grossos, voltei mesmo no outro dia. Depois, junto, não sei o que, arrumei as coisas e já vou, voltei para cá. – A.F. (29 anos – Maputo).

Estudo realizado na Tanzânia por Wilson Et. al (2015) comparou os sintomas psicológicos entre pacientes de fístula obstétrica e outras doenças ginecológicas graves, entre elas o câncer de colo uterino. Chegando à conclusão de que as pacientes de F.O. apresentam sintomas mais elevados de depressão, distúrbios de estresse pós-traumático¹⁷⁵, queixas somáticas e enfrentamento inadaptado. Apesar disso eles observaram que elas têm um suporte social e psicológico significativamente menor do que as outras pacientes. A hierarquização das patologias, elegendo os casos prioritários, em detrimento as pacientes de fístula, ignorando os aspectos psicológicos da doença. Nos provoca a pensar em que medida as relações de poderes presentes na sociedade moçambicana são reproduzidas dentro do contexto hospitalar. Para Machado (1979 apud Vieira e Mafra, 2016) o não acolhimento é estratégico à manutenção do poder médico na instituição já que o saber se constitui como um elemento necessário para as relações de poder.

Para as mulheres com fístula o Hospital Central de Maputo é um local onde compreendem que conseguiram um tratamento para sua doença e que podem confiar nos

¹⁷⁵ Decorrente da experiência de parto traumática, perda do filho, desenvolvimento de uma doença crônica, estigma e isolamento social (Wilson Et. Al, 2015).

profissionais do Serviço de Urologia. E a “porta de entrada” do hospital para muitas mulheres que procuram ajuda médica, é a sala de espera do ambulatório. Infelizmente para as que não conseguem, deixam seu contato e voltam para casa, na esperança de um dia serem chamadas. Devido à demora, muitas acabam indo tentar a sorte mais de uma vez.

Nas primeiras incursões pelo hospital as mulheres se apresentam sempre de cabeça baixa, um misto de insegurança e medo, em geral associados a vergonhas das pessoas verem seu corpo ou saberem da sua condição. Por diversas vezes, as pacientes pediam para que eu as acompanha-se durante o exame clínico. Ressalto que todo quadro efetivo da urologia (enfermeiros/médicos) é do sexo masculino.

Nos serviços hospitalares é possível observar a existência de relações de poder assimétricas, nas quais as mulheres com fístula obstétrica, na maioria das vezes, possuem poucas informações sobre a prática hospitalar. Em contrapartida, a equipe médica e da enfermagem possui conhecimentos técnicos e científicos específicos. Para Vieira e Mafra (2016) a compreensão do sentido de humanização é vista em oposição à violência, seja ela de forma explícita ou simbólica, ambos os casos se expressam na prática hospitalar. A violência simbólica é mais difícil de ser percebida, e, portanto, enfrentada.

Em suas falas as mulheres relatam uma série de problemas em seu itinerário terapêutico, as queixas têm a ver com mal atendimento nos centros de saúde, diagnóstico tardio ou equivocado (a fístula obstétrica é comumente confundida com incontinência urinária) e a demora em serem encaminhadas para os hospitais de referência. Abordados de forma muito frequente por pesquisadores e profissionais de saúde de diversos países, os serviços de assistência a essas mulheres tendem a exercer um papel importante para a erradicação da fístula obstétrica nos países. Apoiada na análise de diversos estudos, além de minha própria observação, pode inferir que, apesar de toda violência simbólica sofrida, as mulheres e suas famílias têm uma enorme confiança nos médicos e nos serviços especializados, sendo vistos como um local privilegiado para realização da cirurgia e cura da doença.

5.2.3 A internação e a espera pela cirurgia

Após o diagnóstico da fístula obstétrica, uma nova etapa se inicia: a cirurgia. Sendo necessário que a mulher passe determinado período no Hospital Central de Maputo.

Na entrada do prédio há uma placa de sinalização: Serviço de Urologia. É um prédio térreo, com vários quartos, copa, sala de médicos, sala de enfermeiros, gabinete do Diretor (que é utilizado pelos dois funcionários do administrativo), banheiros e um posto de enfermagem. Chamaremos esse prédio da urologia, de Enfermaria, é nesse local onde os pacientes (de diversas patologias) ficam internados aguardando a cirurgia. Vale ressaltar, que esta é uma Enfermaria mista, com pacientes de ambos os sexos e crianças. Ao todo são quarenta leitos divididos em dez quartos. Por vezes os leitos não são suficientes e as pacientes são acomodadas em colchões no chão.

Havia três mulheres em colchões no chão em frente ao posto de enfermagem, resolvi começar por elas, ao ler os prontuários médicos vi que duas delas estavam internadas aguardando cirurgia de reparação de fístula obstétrica, anotei todos os dados que me interessavam e depois fui conversar com elas. (...) Como não havia cadeira, pedi autorização para as pacientes, elas acharam engraçado o fato da “doutora” sentar junto com elas no chão, mas permitiram. Ficamos assim a manhã inteira, sentadas no chão da enfermaria conversando sobre suas vidas e a doença. (Notas de campo – 26/05/2015).

O HCM também privilegia as pesquisas, já que é um hospital escola, recebendo estudantes e médicos estrangeiros¹⁷⁶. De acordo com o Dr. Igor Vaz (Jornal Domingo – 17/05/2015), eles vêm até Moçambique aprender técnicas de reconstrução vaginal, já que o Serviço de Urologia é o principal centro a nível internacional deste tipo de procedimento. Acredito que devido à presença constante de *mulungos*, a minha presença na enfermaria não tenha sido vista com estranheza pelas pacientes e funcionários. Um fato interessante em relação a isto, é que geralmente são operados dois casos de fístula por semana, no período em que os médicos estrangeiros estão este número pode aumentar até para dez casos, pois eles fazem mutirões cirúrgicos nos quais o Dr. Igor ensina suas técnicas.

¹⁷⁶ Para além dos dois médicos cubanos e um norte-coreano, que fazem parte da equipe. No período que estive realizando trabalho de campo, o serviço de urologia recebeu a visita de médicos italianos, norte-americanos e um iraquiano, que vem conhecer um pouco mais sobre a fístula obstétrica e as técnicas que são empregadas no HCM.

Devido a visita de um médico italiano interessado nas cirurgias de fístula, foram agendadas nove cirurgias de FVV. Quando saí do ambulatório resolvi passar na enfermaria para dar a notícia as pacientes, foi um misto de felicidade e apreensão, pelas outras que ainda ficaram fora do programa de cirurgias de fístula. (Notas de campo – 01/06/2015).

Laplantine (2000) diz que só se pode estudar o homem comunicando-se com ele, confirmando a importância de um relacionamento duradouro com os informantes. Foram sete meses observando tudo que acontecia. Prestava atenção nas conversas e em como as mulheres eram tratadas, especialmente pelos médicos e enfermeiros. Nessa etapa a mulher vivencia uma nova situação que requer adaptação, ao tipo de comida, as roupas e horários do hospital, mas sobretudo a ausência dos familiares, que nem sempre podem visita-las, quer seja por motivos pessoais e financeiros, quer seja pela distância, já que muitas vieram de outras províncias. Ainda por cima, as mulheres têm que relegar suas atividades cotidianas e os filhos aos cuidados de outras pessoas:

Minhas crianças moram comigo (...) eu deixei lá em casa de minha mãe. (...) lá na terra de lá, em Liberdade¹⁷⁷. Eu a deixei (referindo-se a mãe) com aquela ali, mais velha, mais aquele pequeno, com ela. O meu marido está lá, está a trabalhar.

(Entrevistadora: Mas ele está ajudando sua mãe?)

Sim. Eu pedi muito, eu pedi foi lá em casa, que temlevaraquela mais velha, que está a estudar. Pôr a criança pra ir à escola. – A.F. (29 anos – Maputo).

No caso da fístula obstétrica a paciente passará alguns dias em internação ambulatorial, esperando vaga para cirurgia, isto faz com que algumas mulheres hesitem em serem transferidas para os hospitais centrais. De acordo com a UNFPA (2003:42) são raros os casos em que as mulheres, e conseqüentemente as famílias, aceitam o tratamento, pois não querem ficar afastadas da casa e dos filhos por um longo período.

Fato exposto pelo Dr. Osório Trigo - Diretor do Hospital Rural de Vilankulos, de acordo com o médico, as pacientes são questionadas sobre a possível transferência para Maputo, mas preferem aguardar a realização de uma campanha na província de Inhambane mesmo: *“Elas também, tem aquela componente de viajar, deixar crianças, não sei quantos, e preferem aguardar. Então, nós fazemos o registro”*.

¹⁷⁷ Liberdade é um bairro da cidade da Matola, que é vizinha a Maputo.

Em alguns casos as mulheres fogem do hospital, abandonando o tratamento e voltam para suas casas, como foi o caso de V.K. (28 anos – Manica):

V.K. se casou aos 18 anos e já ficou grávida cinco vezes. Desenvolveu a fístula obstétrica na última gestação (2014), admite que nunca fez pré-natal e que ficou em casa cerca de dois dias com dores de parto. Até que foi levada pelo marido ao centro de saúde de Sussudenga. Como o bebê estava transverso foi transferida para o Hospital Provincial de Chimoio (cerca de 100km de distância). O bebê morreu e ela ficou com fístula.

A paciente foi operada durante campanha cirúrgica no Hospital Central da Beira, ainda estava com algália do pós-operatório quando fugiu da enfermaria. Não senti muita preocupação da parte dos profissionais de saúde, eles referenciaram que isso sempre acontece e que é só constar no prontuário médico a informação de que a paciente abandonou o tratamento. Este, não foi um caso isolado, segundo informações do Dr. Bomba durante a campanha cirúrgica realizada na Província de Inhambane, uma das pacientes fugiu durante a noite do Hospital de Massinga. Fiquei me indagando o que as leva a tomar este tipo de atitude. De acordo com relato das outras enfermas, K.V. ligou para casa informando que já havia sido operada, estava em recuperação, mas que o marido ordenou que ela retornasse para cuidar dos quatro filhos. Diante da insistência do marido, elas acreditam que ela tinha retornado para sua casa.

A depender da complexidade da fístula obstétrica as pacientes chegam a ficar até seis meses internadas nos hospitais de referência. Recentemente li no site da Focus Fístula uma notícia sobre T.S. (25 anos – Manica), dizendo que a paciente teve alta após 18 meses internada no HCM. De acordo com o relato, a família não tinha notícias de T.S. há tanto tempo que achavam que ela tinha morrido. Estamos falando de casos extremos, mas o fato é que as pacientes passam muito tempo na enfermaria do Serviço de Urologia e tentam preencher o tempo ocioso de alguma forma.

Como a enfermaria não dispõe de televisores, o que geralmente ajuda a passar o tempo, as pacientes ficam na varanda da enfermaria, conversando, ouvindo música ou fazendo croché. Alguns membros de igrejas neopentecostais, aproveitam esse espaço para levar uma palavra de conforto aos doentes, entregar panfletos religiosos e realizar leitura da bíblia.

Resolvemos, a partir da demanda das pacientes, e como forma de melhorar sua autoestima, realizar o dia da beleza, que tinha como objetivo oferecer serviços de manicure e cabelereira nas mulheres internadas da enfermaria da urologia. Fiquei responsável pela compra dos materiais (esmaltes, acetonas, algodão...) e promovíamos as ações na varanda externa de forma a não prejudicar o cotidiano da enfermaria.

Fotografia 46 – Paciente com as unhas pintadas de verniz (esmalte).



Fotografia 47 – Paciente com o cabelo trançado.



Também promovemos alguns lanches da tarde (bolo e refrigerante) em algumas ocasiões especiais como nas minhas voltas para o HCM após o período de pesquisa de campo nas cidades de Nampula e Beira. Era nosso momento de reencontro, para me atualizarem das “fofocas” da enfermaria. Realizamos no dia 01 de junho, data em que é comemorado o dia da criança, uma festinha com a distribuição de doces e presentes¹⁷⁸.

¹⁷⁸ Graças ao apoio financeiro dos amigos Valter Mucage e Farana Daud.

Fotografia 48 – Pacientes internados no Serviço de Urologia.



O ambulatório tem um fluxo mais rápido de pessoas, enquanto na enfermaria essa interação é mais contínua. Com relação as relações sociais, as mulheres apenas se relacionam com as outras no período em que partilham o mesmo espaço, mas devido à demora para conseguir a cirurgia, elas passam a conviver durante meses e acabam criando laços de amizade. Geralmente elas trocam telefones (também pediam meu número) e quando uma paciente tem alta ligam para saber como foi o retorno para casa. A principal preocupação é em saber se o xixi parou de sair. No período que estava em Moçambique, sempre recebia ligações de pacientes que haviam tido alta para contar e saber novidades.

As enfermas nunca têm uma atitude passiva, elas acabam conhecendo todo o pessoal que trabalha no Serviço de Urologia, a rotina de trabalho e como é o comportamento de cada um dos profissionais. São vários comentários feitos sobre o pessoal do atendimento e mesmo sobre a maneira como cada médico atende. Elas acabam elegendo os seus favoritos, tendo como base as conversas que ouviram: *“Me disseram que Dr. Igor é o melhor*

cirurgião”, e suas próprias experiências e observações na enfermaria: “Dr. Godinho está sempre sorrindo, brinca e trata a gente bem”.

Dentro do campo de pesquisa, acreditamos que a enfermaria seria o melhor lugar para conhecer as mulheres com fístula obstétrica. Elas se sentem fortalecidas e amparadas naquele espaço, onde encontram outras na mesma condição que a sua e onde não precisam esconder sua condição de enferma.

Falam com alto e com animação. O seu comportamento é diferente daquele que mantêm diante os homens. É evidente que se sentem livres, estando entre si, e não faltam piadas picantes que façam todas rir. Os elementos cômicos mais usados eram movimentos sexuais estilizados, constantemente repetidos na dança, sempre recebidos por todos com grande exaltação. Aparentemente, estas mulheres que na presença dos homens se comportam sempre com dignidade, delicadeza e autocontrole, nesta ocasião estavam determinadas a compensar, libertando-se temporariamente de todos os fardos que a sociedade deposita sobre elas (Dias & Dias, 1970:219 apud Arnfred 2015:187).

Portanto, de acordo com Giddens (1991:29/30), a enfermaria é o local onde acontece o “intercâmbio” de informações que podem ser “circuladas” independente das características dos indivíduos ou grupos que lidam com elas. Compreendendo a ideia de “desencaixe”, pois passaria a não pertencer exclusivamente ao mundo biomédico. Neste local as pacientes conversam sobre família, relacionamentos, novelas, fazem crochê, dançam e escutam música. Trocam informações sobre a doença, dão conselhos as recém chegadas e até analisam o humor dos profissionais de saúde, entres os quais fui enquadrar:

Este foi o dia mais difícil desde que cheguei a Moçambique, pois meu filho Miguel passou mal e precisou ser socorrido e eu não estava ao lado dele. Fui tomada por uma sensação de impotência e desespero que me consumiu ao longo de todo dia. (...) apesar da maquiagem minha cara de choro e preocupação era visível a ponto de as pacientes notarem. Quando cheguei ao Serviço de urologia cumprimentei as pacientes quarto por quarto. Pouco tempo depois fui abordada por V.S. e F.M., elas vieram me perguntar o que havia acontecido pois eu estava “diferente”, expliquei o que aconteceu e elas tentaram me animar ainda ganhei um abraço. Mulheres que estão doentes e com vidas tão sofridas tentando me consolar, busquei me desligar do Brasil. Afinal o meu filho já estava em casa sendo cuidado pelos avós, e fui dar a atenção que elas merecem. (Notas de campo 28/05/2015)

Conforme dito na metodologia, as pacientes se interessavam em saber da minha vida privada, por outro lado utilizei meu status de “mãe” e de “mulher”, ou seja, igual a elas para

me aproximar e interagir. A maneira como as interlocutoras nos veem no trabalho de campo, também colabora para nos localizarmos em seu universo. Em se tratando de pesquisas no campo da antropologia da saúde, por vezes acabamos vestindo, nas palavras de Soraya Fleischer (2010:73) um jaleco invisível. O que em muitos casos tem a ver com a forma como adentramos ou nos portamos no campo. Sempre me apresentei como estudante de pós-graduação e que estava ali realizando uma pesquisa, mas para a maioria daquelas mulheres era difícil entender o trabalho de uma “antropóloga”, por vezes fui confundida com “assistente social” ou “médica”. No início me incomodava quando as pessoas me chamavam de “doutora”, mas depois soube que em Moçambique tem-se o hábito de atribuir aos indivíduos com formação universitária o título de doutor. Apesar da proximidade com os profissionais de saúde eu era portadora de uma ambiguidade que me permitiu acessar, em diversas ocasiões no universo cultural das minhas interlocutoras. Comumente, nas manhãs quando ocorriam as visitas médicas a enfermaria. Os médicos perguntavam se tinham alguma queixa, elas sempre respondiam que não, mas assim que os médicos iam embora da enfermaria elas me chamavam e queixavam-se de dores, febres...demostrando claramente que determinadas assuntos são ocultados dos médicos. A questão de gênero aqui é fulcral, uma vez que eu era a única “doutora” no serviço, elas sentiam que podiam me confidenciar aspectos privados que eram omitidos dos médicos. Outro aspecto relevante é que eu detinha o conhecimento a respeito da fístula, mas não ocupava uma posição de poder dentro da enfermaria. De acordo com Lopes (2015:495) no modelo tradicional, médico e pacientes são colocados em campos opostos e complementares, onde a figura do médico ocuparia a posição de “poderoso” e “bem informado”, é ele que detêm o controle do processo de cuidado. Já a figura do paciente deixa a mulher numa posição de “passiva”, “obediente” e dependente do médico. Essa é uma relação latente, mas que nos remete diretamente a forma como as mulheres, e seus corpos, são educadas em Moçambique.

Criamos durante o convívio um vínculo forte e estreito. Algumas pacientes, inclusive as idosas, passaram a me chamar de “mamã”, utilizado em Moçambique para referir-se a mãe, cuidadora, protetora. Essa relação fazia com que elas se zangassem quando por algum motivo eu não fosse à Enfermaria ou tivesse que viajar para participar das campanhas: “a doutora só quer saber das pacientes da Beira”, “abandonou a gente”.

Sábado é dia de ficar em casa e não ir ao Hospital. Mas hoje recebi uma ligação de um número que não conhecia. Atendi de pronto, do outro lado da linha estava uma das pacientes do HCM, ela me disse que estavam sentindo minha falta e que por isso resolveram me ligar para cumprimentar. Ouvia as vozes do outro lado da linha, todas querendo falar ao mesmo tempo, mas eu não conseguia entender o que elas falavam. (...) Essa atitude delas mexeu comigo a ponto de começar a frequentar o hospital nos fins de semana, para ver como elas se comportam quando os médicos não estão por lá. (Notas de campo – 13/06/2015).

No contexto das doenças crônicas, ou de longa duração, não apenas a condição de enfermo, mas também de paciente. É nesta relação, segundo Lopes (2015:494), que se estruturam as relações com os serviços de saúde, por meio do processo de acompanhamento do quadro clínico da Fístula e do resultado do tratamento. Estas mulheres acabam sendo inseridas um conjunto de relações concebidas pelas instituições hospitalares.

Antes de ir para cirurgia é preciso que sejam feitos vários exames. Muitas mulheres chegam ao HCM com um quadro má nutrição grave e anêmicas. Não tem condições de serem operadas, então precisam tomar vitaminas, sulfato ferroso e se alimentarem corretamente antes de irem para cirurgia. *“Quando recomendamos o consumo de ovos, leites, elas dizem que nunca comem”*, explica o Dr. Igor Vaz¹⁷⁹, desta forma eles acabam preferindo internar e tratar a paciente na enfermaria ao invés de mandá-las para casa. Deve-se ressaltar que a anemia é a citopenia mais frequente em entre os pacientes soropositivos. Para enfermeira LuisaSixpense, a questão da anemia não faz parte do cotidiano das pacientes de fístula atendidas no Hospital Central da Beira:

Para nós aqui vem um ou outro caso. Já tivemos, uma doente que a gente nem operou também, porque quando veio na campanha, tinha um problema, eu não sei se era de seis¹⁸⁰, uma coisa parecida. (...) Agora, por exemplo, o Dr. Melo deu para fazer hemograma e coisas, todas tinham acima, menos duas, é que tinham nove ponto qualquer coisa. – LuisaSixpense (Enfermeira – Hospital Central da Beira).

Outro exame solicitado no pré-operatório é o de HIV. Lembrando que em Moçambique a prevalência estimada do HIV/AIDS entre as mulheres (15-49 anos) é de

¹⁷⁹ Entrevista para o Jornal Savana – 25/03/2011.

¹⁸⁰ De acordo com a Organização Mundial de Saúde a variação normal de hemoglobina em uma mulher adulta é de 12 a 15g/100 mm³. Pacientes com valores abaixo são consideradas anêmicas.

13,1%. Caso o resultado seja positivo é solicitado o exame do CD4, para avaliar o sistema imunológico da paciente.

Nós temos uma paciente que está aqui, não foi operada porque vai fazer mais forte, na outra campanha ela também não operou porque foi quando fez esse teste e deu positivo. (...) e achou-se, por bem, começar o TARV primeiro, porque na altura aproveitamos como muitos vêm dos distritos, ela já fez o exame do CD4, para ver os níveis de, da imunidade. Então fazemos logo, se faz um teste, deu positivo, é sempre bom colher o CD4 ao longo da semana, ele já tem o resultado de CD4 e vai para o distrito, pelo menos já tem o resultado de CD4, isso é bom. – Luisa Sixpense (Enfermeira – Hospital Central da Beira).

Geralmente, a anemia é multifatorial na infeção pelo HIV, incluindo causas como infeções oportunistas. Motivo pelo qual ao se verificar qualquer complicação a cirurgia deve ser adiada até estabilizar o problema.

Temos pacientes internadas há quase seis meses aguardando cirurgia, todos os casos são complicados e só podem ser operados pelo Dr. Igor Vaz. (...) Outra que chamou minha atenção foi a paciente R.M. sempre apática, pelos cantos, sem falar nada, me parece um estado de depressão. Ela também está com anemia profunda, está recebendo transfusões de sangue para aumentar a hemoglobina e poder ser operada. (Notas de campo – 24/08/2015).

Outro motivo para adiar a realização da cirurgia é o atraso da entrega do resultado dos exames¹⁸¹, pelo Laboratório do HCM:

Fui procurada pela paciente C.A.H. (48 anos – Maputo), ela me informou que sua cirurgia seria cancelada pois os novos exames de bioquímica/Hemograma, solicitados para cirurgia, não chegaram na enfermaria da urologia. Conversei com o Dr. Bomba e Dr. Godinho, eles tentaram resolver o problema junto ao anestesista, mas este estava irredutível. A cirurgia foi cancelada, a paciente teve alta. Terá de retornar em agosto para tentar entrar novamente no programa. (Notas de campo – 29/07/2015)

De cada dez fístulas, oito podem ser tratadas e curadas. Operar uma fístula simples é relativamente fácil e rápido, a cirurgia dura cerca de uma hora. Atualmente diversos médicos e técnicos de cirurgia, já capacitados pelo MISAU, realizam este tipo de procedimento em

¹⁸¹ Fato que também aconteceu durante a campanha cirúrgica realizada no Hospital Central de Nampula. Diversas pacientes deixaram de serem operadas pois não tinham o resultado do exame CD4.

suas unidades de saúde¹⁸². Já os casos de fístulas complexas, com fibrose, obstrução da vagina ou destruição da bexiga, podem levar horas, como foi o caso da paciente M.M.B. (32 anos – Tete):

A paciente veio para o bloco cirúrgico para ser anestesiada e observada pelo Dr. Igor Vaz, como se tratava de uma fístula do colo vesical e laceração da uretra o médico decidiu operá-la logo. Foi auxiliado pelo Dr. Armando Melo. Eles conseguiram reparar a fístula, mas o ureter da paciente estava fora da bexiga, então tiveram de mudar a abordagem, realizando uma incisão no abdômen da paciente para acessar sua bexiga. Quando abriram viram que a bexiga estava destruída, sendo necessário extrair 15 cm do intestino da paciente para construir uma nova bexiga. Para facilitar a cicatrização foi feita um desvio urinário e fixada uma algália, onde a paciente vai ficar esvaziando a urina. Após seis meses a paciente deve retornar para realização de uma nova cirurgia, para tirar o desvio e ver como a nova bexiga irá funcionar. Esta foi uma cirurgia de grande porte realizada pelo Dr Igor, auxiliada pelo Dr. Melo, até o Dr. Marquezine veio assistir, e que durou quase dez horas. (Notas de campo – 17/06/2015).

Cerca de 5 a 10% dos casos de fístula obstétrica requerem a reconstrução da vagina ou da bexiga, nestes casos as pacientes são encaminhadas para o HCM, pois o Dr. Igor Vaz é o único médico em Moçambique que realiza este tipo de procedimento.

Existem diferentes tipos de cirurgia para tratar a fístula obstétrica, sua indicação dependerá da localização, do tamanho e da gravidade da fístula. Ela poderá ser por via vaginal (Fistoloplastia ou Vaginoplastia), mais utilizada em Moçambique por permitir uma melhor exposição da FVV. Muitas vezes, em casos de fístulas recidivas, múltiplas ou de grande dimensão é necessário utilizar retalhos de tecidos vascularizados retirados dos grandes lábios vaginais¹⁸³. Outra via é a abdominal, indicada quando a necessidade de tratar simultaneamente outras comorbidades (Ex: Destruição parcial da bexiga, ureteres, uretra). Uma opção é remover uma parte do intestino e conectá-lo aos ureteres, criando o conduto ileal, para que a urina passe dos rins para fora do corpo. O conduto é ligado à pele na parte anterior do abdome por uma abertura denominada estorna ou urostomia. Após o procedimento, uma bolsa coletora é colocada sobre o estorna para recolher a urina. Em alguns casos, onde houve destruição da vagina ou da bexiga é possível a reconstrução dos

¹⁸² De acordo com levantamento realizado por Arrowsmith et al (2010) existem 82 cirurgiões trabalhando com fístula em 21 países da África subsaariana, destes 15% são cirurgiões visitantes que não residem no continente africano, só vão periodicamente realizar mutirões.

¹⁸³ Sobre esta técnica ver: <http://www.apurologia.pt/acta/3-2006/ret-martius.pdf>

órgãos, através de técnicas específicas que utilizam parte do intestino para criar uma neovagina ou neobexiga, a depender do caso. A diferença nestes casos é que as pacientes voltam a urinar e ter relações sexuais normalmente.

Inegavelmente para todas as mulheres a cirurgia de reparação da fístula obstétrica é um marco, porque podem retornar as suas vidas. Algumas farão a operação e terão excelentes resultados, outras infelizmente não tem a mesma sorte e por vezes precisam passar por mais de um procedimento cirúrgico até estarem livres da sua prisão silenciosa. Mais do que as alterações no corpo, a fístula obstétrica implica em mudanças na sua identidade social. Portanto, segundo o estudo de Wilson Et. Al (2015) com pacientes de fístulas num centro médico na Tanzânia mais do que tratar apenas a fístula é necessário tratar as outras alterações no corpo da mulher. Como exemplo, fornecer tratamento fisioterapêutico para as pacientes que apresentam síndrome do pé-pendente¹⁸⁴. Em nossa pesquisa elas representaram 3% dos casos, enquanto no estudo de Weston Et al (2011) este percentual foi de 31,4%. Também é necessário pensar na reintegração social destas mulheres, que passaram anos vivendo isoladas, através do fornecimento de assistência psicologia. Isto é possível e já vem sendo feito em alguns hospitais e instituições em África como a exemplo do que já acontece na Etiópia, país referência no tratamento da doença.

5.3 A CIRURGIA DE REPARAÇÃO: VITÓRIAS E DERROTAS

Ao vivenciarem a cirurgia de reparação da Fístula Obstétrica, as mulheres enfrentam uma série de sentimentos desde o diagnóstico da necessidade da cirurgia, internação até o período de reabilitação. A partir do momento que a internação passou a ser uma realidade na vida dessas mulheres, observou-se a que o isolamento e o distanciamento da família foram vivenciados de modo sofrido, angustiante e solitário. Em geral, os sentimentos estão relacionados com preocupações e incertezas que acompanham estas pacientes durante todo o período que ficam aguardando a cirurgia no Serviço de Urologia do HCM, isso porque a hospitalização é orientada por um modelo de atenção à saúde que desprioriza o sujeito e concentra os saberes na mão dos médicos, estes são os responsáveis pelas decisões e escolhas que na maioria das vezes não é repassada ou explicada à paciente.

¹⁸⁴ Em textos médicos, escritos em língua inglesa, a síndrome é nomeada como “foot-drop”

Acompanhamos por diversas vezes a divulgação do “Movimento Operatório” semanal e podemos observar a reação das pessoas ao saberem que iriam finalmente ser operadas. A enfermaria é tomada por uma alegria, que logo é transformada em preocupação, principalmente pelo desconhecimento sobre o procedimento. Insegurança, medo de morrer e deixar a família, aquele momento, no bloco cirúrgico elas estariam, na perspectiva delas, entregues na mão de Deus e dos médicos. Os sentimentos agora são de vulnerabilidade e de perda de controle sobre suas vidas, decisões e escolhas, que ficariam a cargo dos médicos, mas ao mesmo tempo elas reafirmam a confiança que sentem nestes profissionais.

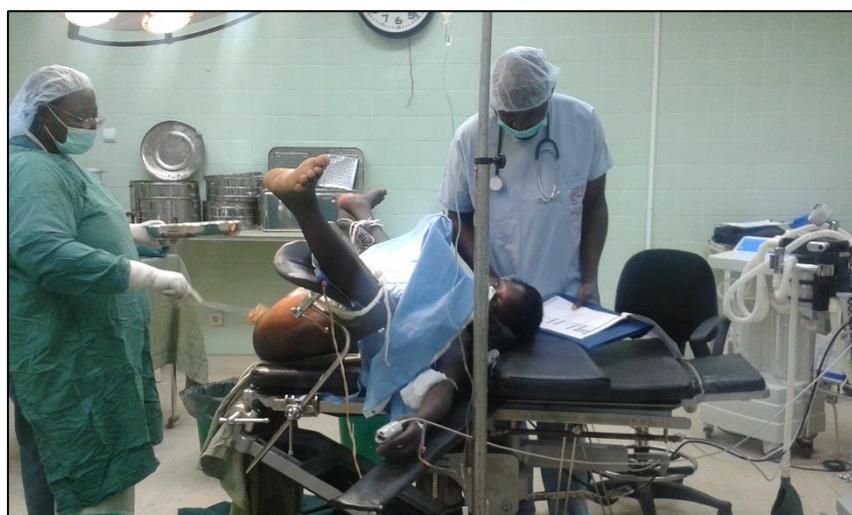
Apesar do medo e apreensão a cirurgia é um mal necessário, pois só através dela é que conseguirão a cura para sua doença. O sucesso no tratamento, com a realização da cirurgia de reparação, pode alcançar até 90% dos casos (Arrowsmith et al, 2010). Mais uma vez o saber médico se impõe, pois é o profissional especializado que irá determinar a que tipo de procedimento a paciente será submetida. Verificamos que a relação paciente-médico é uma relação de dependência, no qual o médico é quem toma todas as decisões pela paciente. Geralmente os médicos apenas as comunicam que serão operadas, sem maiores explicações sobre os procedimentos pré e pós cirúrgicos. Acredito que o fato de não saberem o prognóstico e os possíveis desdobramentos do tratamento, gera uma série de expectativas e ansiedade nas pacientes. Não ouvindo nada do médico, elas geralmente buscam informações entre os enfermeiros e outras pacientes que já tiveram a experiência¹⁸⁵. Muitas delas já passaram pela experiência da uma cirurgia cesariana, isso é algo que confere validade ao conhecimento, mas por outro lado, relembra a dor sofrida pela perda do filho durante o procedimento.

Neste sentido, ao me relacionar cotidianamente com as pacientes tornei-me não somente uma pesquisadora ou qualquer outra terminologia neste sentido, mas uma pessoa que conquistou a confiança daquelas mulheres e a qual recorriam cada vez que queriam esclarecer alguma dúvida, desabafar ou amparar-se. Eu representava alguém externo em quem elas podiam confiar, mesmo assim a figura do médico ainda ocupava o lugar de destaque afinal eram eles que interviriam em seu corpo e trariam a cura.

¹⁸⁵ 22% das pacientes entrevistadas já haviam sido submetidas a cirurgias anteriores para reparação da fístula obstétrica.

Particularmente no caso de V.S. (48 anos – Inhambane), a confiança em mim depositada foi reforçada pelo pedido em acompanhá-la durante a operação. Por ser a primeira vez que assistia uma cirurgia fiquei com receio do que pudesse acontecer, era uma sensação totalmente diferente daquela de assistir aos vídeos sobre o procedimento¹⁸⁶. Estava muito nervosa, mas tentei não transparecer para que V.S. ficasse mais segura. A paciente foi levada para o bloco cirúrgico onde recebeu uma anestesia raquidiana¹⁸⁷, sendo colocada na maca em posição de litotomia dorsal (conforme foto abaixo).

Fotografia 49 – Paciente em posição ginecologia para o procedimento cirúrgico – HCB.



Nos casos de fístulas vesico vaginais a abordagem cirúrgica por via vaginal associa-se à alta hospitalar mais precoce e menos morbidade se comparada à via abdominal (Almeida e Zambon, 2010:269). Posteriormente é inserida uma sonda de foley nº 14, seguida da abertura dos lábios vaginais, que são ponteados na parte interna da virilha. Seguida de abertura da parede vaginal anterior mediante incisão em U invertido, conhecida como técnica de Leach. Logo em seguida diseca-se a mucosa vaginal em redor da fístula, até o colo vesical/uretra proximal e até próximo do colo uterino. O objetivo de uma dissecação tão extensa é a obter uma melhor exposição e consequente encerramento da fístula. Que neste

¹⁸⁶ Este é um vídeo de uma cirurgia de FVV realizada pelo Dr. Igor Vaz no HCM em 2015: <https://www.youtube.com/watch?v=ruRvWOZHrE>

¹⁸⁷A raquianestesia, também chamada anestesia raquidiana, é a aplicação de um anestésico local no interior do espaço subaracnoideo, resultando em perda da atividade autonômica, sensitiva e motora na parte inferior do corpo (do umbigo pra baixo).

caso tratava-se de uma FVV do colo vesical lateralizada para direita. Que foi encerrada com a utilização de incisões na vagina e aplicação de vicril 2.0. A vagina da paciente fica com um tampão feito de gaze iodoformada durante 24 a 48 horas. Para garantir uma melhor recuperação, habitualmente, a bexiga permanece com uma drenagem (algália nº 16) por um período de uma a três semanas¹⁸⁸. Na ausência de vazamento de urina retira-se a algália. Mas a paciente só poderá a ter relações sexuais vaginais depois de transcorridos três meses da cirurgia, falaremos sobre este aspecto mais adiante. Tudo transcorreu bem durante o procedimento de V.S., e isso acabou abrindo outra porta dentro da pesquisa, pois dali em diante fui autorizada a acompanhar todas as cirurgias de reparação de fístula obstétrica realizadas no HCM.

Me chamou atenção durante o procedimento o cuidado e respeito que os médicos tiveram com a paciente, protegendo os lábios vaginais alongados durante o procedimento. Tive a oportunidade de conversar sobre o ocorrido com a minha co-orientadora a Professora Esmeralda Mariano. De acordo com ela no período pós colonial aos médicos estrangeiros, nomeadamente russos, não conheciam esta tradição e acabavam extraíndo o tecido alongado por acreditarem tratar-se de uma deformação.

De acordo com Vieira e Mafra (2016) a humanização em saúde vem ganhando espaço nos debates acadêmicos e nas políticas públicas. Refletindo a necessidade de reorientar a relação entre a instituição hospitalar e o paciente e, pressupõe ainda, que este seja um processo construído socialmente. Desta forma acreditamos que compartilharas experiências vividas em campo são fundamentais para o processo de humanização no atendimento hospitalar, principalmente num momento em que estas mulheres se encontram tão vulneráveis.

Mesmo com toda discussão em relação a humanização, o atendimento em ambientes como o bloco cirúrgico é por vezes despersonalizado, centrado na execução de tarefas e em casos extremos agressivo com as pacientes. Por duas vezes pude presenciar pacientes sendo agredidas fisicamente por médicas anestesistas, em ambos os casos eram estrangeiras, sob a justificativa de que as pacientes não estavam atendendo suas ordens para ficarem quietas durante os procedimentos, muito provavelmente por não compreenderem o que as médicas

¹⁸⁸Um estudo analisou o resultados de cirurgias de reparação de fístula obstétrica com três durações diferentes de cateterismo (10, 12 e 14 dias), o resultado demonstrou que nos casos de fístulas complexas foi necessário um período de cateterismo mais longo, ao passo que no caso de fístulas simples seria melhor indicado o uso do cateterismo por períodos curtos (Arrowsmith et al 2010).

falavam. Isso denota que as relações entre pacientes e equipe multiprofissional ainda são orientadas por uma lógica e valores culturais diferentes, distanciado do cuidado acolhedor e empático, que é condizente com as necessidades expressas pelas portadoras de fístula obstétrica.

Dentro do bloco cirúrgico todos os pacientes são vestidos com as batas e colocados numa sala com TV onde ficam aguardando por horas a sua vez de serem operados. Para as mulheres este é um momento difícil que gera desconforto, perda de identidade e privacidade já que ficam seminuas na frente dos outros pacientes e profissionais de saúde, a maioria deles homens. Durante a pesquisa de campo no Hospital Central da Beira, pude presenciar um caso de assédio por parte dos maqueiros. Dois funcionários do HCB estavam “avaliando” as pacientes: “essa é bonita, “essa fede demais”, chegaram inclusive a abordar uma das mulheres questionando onde ela morava, ao responder que residia em Gorongosa, o rapaz disse ao outro que apesar dela ser bonita morava longe e só dava para fazer sexo e não namorar. Os homens só pararam quando eu intervi e ameacei denunciá-los ao Dr. Miranda, exigi que se retratassem e pedissem desculpas às pacientes.

O conceito de humanização surge em oposição à violência, seja ela de forma explícita ou simbólica. Os dois exemplos citados refletem casos de violência explícitas sofrido pelas pacientes de fístula obstétrica dentro do ambiente hospitalar (agressão e assédio). Neste caso, entendemos violência pelo uso de palavras ou ações que constroem e machucam as pessoas. Existem outras formas de violência, que são até mais opressoras, agressivas e complicadas de encarar face a sutileza com que se escondem no contexto institucional e nas relações sociais (Luz, 1979). Se estas mulheres são subjugadas no local onde buscam a cura para seu sofrimento físico, fico me questionando como são tratadas em outras instâncias.

De acordo com Pierre Bourdieu (1991) dentro das instituições hospitalares a forma mais insidiosa de violência exercida pelos profissionais de saúde sobre os pacientes é a violência simbólica. Que ocorre quando o poder impõe sua visão do mundo social e distinções entre pessoas como legítima, disfarçando as relações de poder desiguais vigentes, ao ponto de tornar-se aceitável por ambos, dominadores e dominados (Gomes et al, 2008).

As mulheres com fístula obstétrica, são, na maioria das vezes, extremamente vulneráveis. Pessoas pobres, sem escolaridade e dependentes financeiramente e emocionalmente dos maridos ou dos pais. Dentro do processo de humanização é necessário

que o Sistema Nacional de Saúde olhe para elas como seres autônomos, que conheçam suas expectativas e reais demandas (Vieira e Mafra, 2016).

As aplicações de novas técnicas cirúrgicas na área da medicina possibilitaram um aumento no número de reparações dos danos da fístula obstétrica, porém também acarretaram a submissão das mulheres a tratamentos invasivos, diversas cirurgias e meses de afastamento da família.

Como foi o caso de T.S. (25 anos – Manica) que desenvolveu uma fístula retovaginal aos 20 anos de idade no parto do seu primeiro filho. Tendo sido submetida no Zimbábue a uma dupla colostomia (foto abaixo). Para T.S. urinar nas calças não era algo que em hipótese alguma a agradava, mas ela não gostou de como seu corpo ficou diferente depois da cirurgia. O que mais angustiava, contudo, era o afastamento da família, conforme narrado anteriormente ela ficou internada no HCM por 18 meses.

Fotografia 50 – Paciente T.S. - Colostomia dupla (fecal e urinaria).



Outra paciente que sofreu com mudanças em seu corpo foi C.D. (15 anos – Gaza), após o parto do seu primeiro filho a paciente apresentou uma forte hemorragia, sendo submetida a histerectomia total. Sem útero o corpo ficou impossibilitado de gerar um bebê ou continuar menstruando e uma série de medos e dúvidas surgem em torno do futuro. C.D. reza todos os dias, pedindo por um milagre, conta-me que pretende casar e “se Deus quiser vai ter filhos”.

Já a história de E.B. (26 anos - Inhambane) narrada na introdução deste trabalho me parece interessante para ilustrar a forma como ocorre a violência simbólica dentro do contexto hospitalar, onde, mais uma vez houve uma imposição do saber médico sobre o

corpo feminino. No momento de decisão pelo fechamento da vagina, a vida afetivo-sexual de E.B. foi colocada em suspenso. Por vezes ouvi de médicos que o fechamento da vagina seria uma saída para evitar as recidivas nos casos de fístula obstétrica. Reafirmando o estereótipo da mulher com fístula como um ser assexuado.

A vida destas mulheres é marcada pelo trauma psicológico da perda do filho e os anos convivendo com a doença, além das outras sequelas físicas (infertilidade, incontinência urinária, síndrome do pé pendente). Sendo necessário reconhecer que esta é uma patologia multidimensional e tem de ser tratada para além da reparação da fístula, uma vez que provoca problemas mentais, socioculturais e físicos (Donnelly Et al. 2015). Para o Dr. Igor Vaz:

A cirurgia não é a solução para este problema, contudo, restitui a dignidade das mulheres. A prevenção da fístula exige desenvolvimento. (...) não estamos a fazer a reintegração social e precisamos fazer isso. (...) outros países africanos estão muito mais avançados, tanto o governo como as ONGs oferecem aconselhamento as pacientes e lhes ensinam ofícios para ganhar o auto sustento. (Jornal Savana - 25/03/2011)

Estudos realizados na Etiópia mostram que após a reparação da fístula as pacientes voltaram a realizar atividades que evitavam devido a doença, como visitar amigos, andar de ônibus, ir ao mercado e manter relações sexuais (Browning e Member 2008; Neilson et al, 2003). Mas pesquisa realizada com mulheres quenianas demonstrou que todas pacientes entrevistadas experimentaram trauma psicológico a longo-prazo, com redução da autoestima e angústia sobre a capacidade de conceber crianças após o tratamento:

Not only did all but one of the women lose their babies; in some cases, they also lost their uterus and any future prospect of bearing children. Long after surgery, the survivors mourn these losses which resulted in a jeopardised marital life, divorce, being unwelcome in their natal homes, physical pain, social ridicule, and no baby to show for it all. (Khisa e Nyamongo, 2012).

Devido à expectativa social que se tem em relação ao papel da mulher como esposa e mãe, de acordo com Khisa e Nyamongo (2012), as pacientes entram na sala cirurgia com duas esperanças, de encerrar a fístula e poder voltar a engravidar. Desta forma, a maioria delas acham difícil lidar com a instrução de atrasar a concepção por no mínimo dois anos.

Quero filho. Quero, mas não é agora. Um neném. Não tenho nenhum filho. Todas, minhas irmãs tiveram. Só eu só, que não tenho. - G.P. (30 anos – Inhambane).

Já na Tanzânia as pacientes só se sentem curadas e prontas para voltar ao trabalho na agricultura após 4 ou 5 anos passados da cirurgia de reparação (Pope et al, 2011). O estudo realizado por Donnelly et al (2015) examinou as experiências de mulheres etíopes após a cirurgia de reparo da fístula, buscando identificar aspectos que pudessem maximizar a qualidade de vida das pacientes. De acordo com o resultado da pesquisa apesar das mulheres apresentarem alívio e felicidade após a realização da cirurgia, muitas continuaram a exibir sintomas de angústia e medo, pelo receio de que a doença retorne.

Para Donnelly et al (2015) apesar do reconhecimento sobre a importância de interligar a prevenção dos novos casos de fístula, as estratégias de tratamento e a criação de programas de reabilitação e reintegração social, pouco tem sido feito neste sentido. Um dos pilares da Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas em Moçambique é justamente a Reintegração Social, o texto preconiza a *“integração das mulheres que foram tratadas às FO, no seio das suas famílias, comunidade e na sociedade, sob o ponto de vista emocional e social, através do desenvolvimento de actividades produtivas”*. A UNFPA recomenda que a paciente receba aconselhamento pós-reparo de forma a evitar a recorrência da doença, apoio financeiro e social para ajudá-las a se reconectar com suas famílias e comunidades, fortalecendo sua autossuficiência econômica e reconstruindo sua autoestima após anos de isolamento e estigma.

Esta necessidade de integração de estratégias vem sendo cada vez mais reconhecida e discutida entre os médicos (Muleta, et al. 32 2008), no entanto, de acordo com Donnelly Et al. (2015), esses serviços e o acompanhamento nas comunidades é quase inexistente, devido principalmente à falta de recursos financeiros e humanos. Wilson Et. Al. (2015) sugere que os profissionais de saúde da Fístula (por exemplo, enfermeiros ou trabalhadores leigos) poderiam ser treinados em habilidades cognitivas- técnicas de terapia comportamental, a fim de integrar o tratamento de saúde mental em clínicas Cuidado. Este tipo de intervenção tem o potencial de melhorar significativamente o atendimento ao paciente durante o processo de reparo da fístula e a reintegração na família e na comunidade pós-cirurgia.

As mulheres acometidas pela doença viveram muitos anos isoladas, para elas a cirurgia de reparação da fístula vai além dos aspectos físicos. A reparação vai permitir-lhes

recuperar a identidade, é um processo de transição de ser identificada como “suja, indigna e dependente” para ser vista pela comunidade como um ser “ativo, limpo e feminino”. Para Mselle et al. (2012) esta trajetória envolve uma mudança não apenas na forma como a comunidade e a família percebem-nas, mas em como elas se percebem enquanto mulheres. Neste sentido, o conceito de ruptura biográfica (Bury, 1982) ganha destaque, onde o adoecimento provoca rupturas na estrutura de vida e acaba mobilizando a utilização de recursos de ordem emocional para enfrentar esta nova situação. As doenças crônicas ou de longa duração tornam-se parte da identidade do enfermo, desta forma a tentativa de rearranjar sua vida após a cirurgia de reparação leva a mulher a refletir sobre sua biografia e sua autoimagem.

5.3.1 Quando a paciente molha a cama

Vimos anteriormente, que a taxa de sucesso nas cirurgias de reparação da fístula obstétrica varia de 85% a 90% dos casos (Ahmed e Holtz, 2007), o que não quer dizer que a paciente já esteja curada na primeira operação. Na pesquisa realizada por Weston et al (2011) quase dois terços das pacientes (62,9%) estavam sendo operadas pela primeira vez, enquanto os 37,1% restante estavam apresentando cirurgia de repetição. Em nossa pesquisa o percentual de mulheres que já haviam passado pela cirurgia, mais de uma vez foi de 22%, isso deve-se ao fato de serem necessários vários procedimentos para fechamento da fístula e reparação dos órgãos que foram danificados. Como à exemplo da paciente A.F. (29 anos – Maputo):

Histórico cirúrgico da paciente:

2000: No primeiro parto desenvolveu uma fístula obstétrica.

2009: O segundo parto gerou um agravamento da fístula.

2011: Primeira cirurgia de reparação – Fistuloplastia.

2013: Terceiro parto (não foi realizada cesariana conforme preconizado).

Houve uma recidiva da Fístula.

2015: Segunda cirurgia de reparação – Laparotomia.

A paciente continua perdendo urina (a uretra está destruída). Foi orientada a retornar em 2016 para realização de uma cirurgia de Anastomose uretero-sigmóide. Onde será criado um desvio do ureter para o intestino delgado, desta forma a paciente passará a urinar pelo ânus¹⁸⁹.

¹⁸⁹Este tipo de procedimento só é realizado em Moçambique através de autorização por escrita da família da paciente, uma vez que, embora existam referencias de alguns ganhos em saúde, as perdas e alterações cotidianas são de longe mais significativas.

O sucesso da cirurgia de reparação da fístula está diretamente ligado a definição funcional do sucesso, o que significa que a paciente tem que estar seca, sem molhar a cama para que a cirurgia seja considerada bem-sucedida (Arrowsmith et al 2010).

Fotografia 51 – A paciente F.A. (40 anos – Nampula) molhou a cama após cirurgia – HCN.



No primeiro dia do pós-operatório é importante observar se a paciente não molhou a cama (fístula continente) e se após a remoção da compressa vaginal não há vazamento de urina ou sangue (quente, ou seja, recente) pela vagina.

A tarde fui à Enfermaria buscar a paciente R.M. (45 anos – Gaza), para ser observada pelo Dr. Igor Vaz. **Como a paciente não molhou a cama** (grifo meu) e evoluiu bem nos pós cirúrgico, foi dada alta hospitalar. Ela terá de ficar com algália por mais 10 dias, para melhor cicatrização da ferida. (Notas de campo).

Apesar dos estudos evidenciarem um efeito positivo na vida das mulheres após serem submetidas a cirurgia, algumas continuam apresentando sofrimento (Wilson et al., 2016). Estamos falando das pacientes que após a retirada da algália (cerca de 15 dias após a cirurgia) ainda estão molhando a cama. Sendo de extrema importância a observância dos cuidados pós-cirúrgicos, de acordo com o Dr. Igor Vaz metade das recidivas estão ligadas aos

entupimentos dos cateteres uma vez que as pacientes dormem por cima dos sacos coletores ou não o esvaziam quando estão cheios (Jornal savana 25/03/2011).

A paciente A.J. (47 anos – Inhambane) foi operada em agosto de 2015 para encerramento de uma FVV de 2,0 cm de diâmetro com destruição do colo vesical. Apesar de estar evoluindo bem a paciente molhou a cama após a retirada dos cateteres. Então os médicos trocaram sua algália e suspenderam sua alta. (...) A paciente teve alta cerca de um mês após a realização da cirurgia, já não estava mais molhando a cama. (Notas de campo).

As mulheres se submetem a longos períodos de internação e as cirurgias de reparação na esperança de encerrar a Fístula. No entanto, mesmo após o encerramento da fístula, cerca de 1/3 das mulheres continuam apresentando incontinência urinária devido a danos na musculatura do assoalho pélvico (Wilson et al 2016). De acordo com estudo realizado por Browning (2006), pacientes que estão mais propensas a desenvolver a incontinência urinária após a reparação da fístula obstétrica se apresentarem um dos fatores abaixo:

- Envolvimento da uretra;
- Capacidade de bexiga funcional pequena;
- Grande diâmetro da fístula;
- Necessidade de reconstrução vaginal;

Os médicos observam se a paciente está molhando a cama ao dormir e combinam com a realização de um exame físico com a utilização do azul de metileno (Arrowsmith et al 2010). Como foi o caso da paciente S.J.S. (22 anos – Gaza):

S.J.S desenvolveu a fístula aos 18 anos no parto do primeiro filho. Foi operada duas vezes em 2013 e uma vez 2014, mas continua perdendo urina constantemente. (Notas de campo).

“Quando operou, quando tirou o tubo começou a sair xixi. (...) quando vou na casa de banho sai um pouco. Tenho que apertar-me até chegar na casa de banho, que é tão pouco. (...) outras vezes não estou a sentir aqui embaixo não e o xixi sai.” S.J.S. (Trecho entrevista).

Em junho de 2015 foi submetida a uma avaliação no bloco cirúrgico do HCM. Os médicos introduziram uma solução composta de soro fisiológico e azul de metileno, o exame mostrou que a fístula obstétrica está encerrada. Então os médicos do Serviço de Urologia realizaram uma cirurgia para

suspensão de bexiga e implante de slingsintético na uretra. (Notas de campo).

Os prejuízos da fístula obstétrica e da incontinência urinária na vida das mulheres acometidas pela doença são bem parecidos, limitações físicas, alterações sociais, ocupacionais, sexuais e domésticas, devido principalmente ao medo da perda urinária, pelo cheiro de amônia, necessidade de usar pensos e da troca frequente de roupas. Além é claro dos problemas de irritação na pele e o fato de ter que acordar várias vezes à noite para ir ao banheiro. Então mesmo com o fechamento bem-sucedido da fístula, muitas pacientes continuam a sofrer com os sintomas, dando a impressão de que nada mudou em suas vidas.

“Em 2008 fez a cirurgia, não melhorou. Voltou de novo, não melhorou. Xixi até agora sai de baixo. Sente xixi, vai na casa de banho, mija, tem aquele final, gotejar daí de baixo, não de onde faz xixi. Sai, poucopouco. Você põe penso de manhã e troca quando molha”. M.C. (24 anos – Inhambane).

Por isso, algumas delas não são aceitas de volta pela família, ou são rechaçadas pela comunidade. Khisa e Nyamongo (2012) relatam o caso de uma jovem de 17 anos submetida a diversas cirurgias de reparos, que resolveram o problema da fístula reto-vaginal, mas a paciente ficou com incontinência urinária. Ao retornar para casa, foi posta para fora pelo irmão e o padrasto, a moça passou a morar numa instituição que apoia mulheres portadoras de fístula obstétrica no Quênia.

Ainda segundo Khisa e Nyamongo (2012), as mulheres que não ficaram curadas ou que vão ter de passar por mais uma cirurgia são segregadas pela comunidade, pois consideram que elas estejam amaldiçoadas. Os membros da comunidade negaram durante as entrevistas que as mulheres que tiveram fístula obstétrica fossem isoladas por eles, mas ao mesmo passo admitem que as que dão à luz a uma criança morta devem ser submetidas a um ritual de limpeza por serem consideradas um ser socialmente poluído.

Uma parte destas mulheres retorna para o marido ou casam-se novamente, de acordo com Ahmed e Holtz (2007) não existe nenhum acompanhamento e estudo a longo prazo para avaliar a duração do novo casamento ou como se dá a volta para o marido após a reparação da fístula. Devido aos danos sofridos pela fístula e fibrose, muitas pacientes, mesmo após o reparo, apresentam Ginatresia¹⁹⁰e/ou Dispareunia¹⁹¹. Já para as mulheres que

¹⁹⁰ Estreitamento da vagina ou do colo do útero.

não tiveram sucesso na cirurgia, as chances de casar-se novamente desaparecem completamente (Khisa e Nyamongo, 2012).

5.3.2 A retomada da sexualidade: Gravidez e infertilidade

A presença de uma doença como a fístula obstétrica pode afetar de forma significativa a sexualidade feminina, uma vez que causa distúrbios do desejo e excitação sexual, provocadas pelas dores durante a relação sexual, vergonha e tristeza pessoal. Não existem pesquisas que tratem especificamente da sexualidade das pacientes de fístula obstétrica, mas vários outros estudos mostram que o tratamento de doenças como o câncer, afetam a estrutura psicológica das mulheres submetidas a quimioterapia o que acarreta numa baixa estima e consequente disfunção sexual¹⁹².

Semelhando ao encontrado em outros estudos (Mselle et al., 2012; Wilson et al., 2016) nesta investigação identificamos que a percepção da perda da saúde fez com que as mulheres se sentissem sem condições de realizar atividades cotidianas devido aos prejuízos físicos (dor, limitação física, perda de urina) e psicológicos (tristeza, ansiedade, isolamento, frustração). A doença também acarreta mudanças no corpo: com o desenvolvimento da fístula, o corpo fica, em alguns casos, impossibilitado de gerar um bebê ou continuar menstruando e uma série de medos e dúvidas surgem em torno da vivência da sexualidade. Muitas mulheres acreditam que tem um risco elevado de desenvolver a doença novamente se tiver relações sexuais ou se engravidar (Donnelly Et al., 2015). Este medo de uma fístula recidiva faz com que algumas mulheres coloquem sua vida afetivo-sexual em suspenso, como é o caso de G.P. (30 anos – Inhambane).

Hum, quando faz, acho que já está a provocar essa bexiga aqui, porque não está saindo por sempre, acho que não está, não está de algália, já, tenho medo de fazer o sexo. – G.P. (30 anos – Inhambane).

Além da bexiga e uretra destruída a fístula provoca outros problemas físicos que comprometem a sexualidade das pacientes, como é o caso da ginatresia ou da destruição completa da vagina o que implica na impossibilidade de a mulher ter qualquer

¹⁹¹ Dores durante o ato sexual.

¹⁹²Georita MF, Debora LT, Barbara LA. Body change stress for women with breast cancer: the breast-impact of treatment scale. *Ann Behav Med.* 2006;32(1):77-81.

relacionamento sexual com seu parceiro. O Hospital Central de Maputo é referência nas cirurgias neovagina, de acordo com o Dr. Igor Vaz:

O nosso serviço é o principal centro a nível Internacional, de reconstrução vaginal para estas mulheres. Participantes de vários países têm frequentado o nosso serviço para aprenderem a técnica de reconstrução vaginal que usamos, já apresentada em vários Congressos Internacionais. (Jornal Domingo – 17/05/2015).

Vimos que grande parte das mulheres são abandonadas pelos maridos após o desenvolvimento da doença, mas de acordo com (Khisá e Nyamongo, 2012) alguns casamentos acabam após a cirurgia de reparação da fístula, isto porque uma das orientações médicas no pós cirúrgico é a abstenção sexual (de 3 a 6 meses a depender do caso) e o intervalo de no mínimo dois anos para engravidar.

Então, quando tratou aqui, na cirurgia, o médico disse, fez o desenho de um homem, então ele disse quando chega em casa não deixa de fazer sexo com o marido. Eu tive medo de ferida, sim, mas já voltou de novo a fazer sexo com homem pra se habituar aquele lugar. - F.M. (30 anos – Maputo)

A fístula obstétrica é tratada como uma condição feminina, desta forma a participação do marido no tratamento costuma ser indireta, opcional e na maioria das vezes inexistente. Nos hospitais¹⁹³, os maridos ou parceiros, não são convocados a participar das consultas junto com suas esposas, o que muitas vezes se revela bastante complicado...

Mesmo agora eu liguei para ele, disse que estou aqui no hospital, mas ele nunca vem, mesmo agora. Eu disse assim "tô aqui no hospital" disse ele eu vou te visitar, mas desde então. Eu tô a fazer uma semana hoje. - L.M.G (40 anos – Inhambane)

Só que não é fácil convencer os maridos, eles acreditavam que assim que as esposas voltassem do hospital suas vidas voltariam a normalidade, mas não é isto que acontece. Segundo Khisa e Nyamongo (2012) os homens não entendem, se já não sai mais xixi pela vagina, porque não ter relações sexuais. Aquelas mulheres que não estavam em uma posição que pudessem negociar essas decisões viveram com medo de desenvolver fístula novamente. De acordo com Donnelly Et al. (2015) várias mulheres expressaram que "*não se*

¹⁹³ Só durante a campanha cirúrgica no Hospital Central de Nampula, região norte do país é que percebemos a presença de homens acompanhando suas esposas e filhas.

sentem livres durante o sexo" e outras com medo de que seus maridos não os enviassem para ter parto no hospital em caso de nova gravidez.

Sim, ele queria. Depois eu neguei por sentir dor, fiquei muito doído também. (...) tinha falta de sangue, de período. E quando ele me espetava doía. Aí eu neguei. (...) depois ele queria me matar com aquela, com faca. Aí fugi pra casa do meu tio. - L.M.G (40 anos – Inhambane)

Algumas mulheres acabam cedendo a imposição do marido e mantendo relações sexuais, outras, motivadas em seguir o conselho médico fogem para a casa de parentes para evitar a relação sexual com o marido até que estejam completamente curadas. Donnelly et al. (2015) cita o caso de uma mulher que dormia no chão com os filhos como forma de evitar sexo com o marido, no entanto para o homem era obrigação da esposa fazer sexo, pois ele lhe alimentava, gerando um conflito entre o casal. Para alguns maridos o sexo faz parte do casamento e das obrigações matrimoniais, por isso não respeitam o resguardo, mesmo sabendo dos riscos que a mulher incorre. Como foi o caso de V.S. (48 anos – Inhambane), que desenvolveu uma fístula aos 25 anos e foi abandonada pelo marido, após quatro anos se casou novamente. Ela e o marido tinham uma vida sexual ativa até que em 2013 fez uma cirurgia para retirada de um mioma o que acabou agravando a fístula. Foi encaminhada para o HCM onde foi operada para o encerramento da fístula. Em nossas conversas na varanda do Serviço de Urologia, V.S. falou-me sobre sua vida afetivo-sexual, contando-me histórias e pontuando os problemas que vive no relacionamento com o marido. Quando teve alta, o médico pediu para que ficasse no mínimo três meses sem manter relações sexuais vaginais, mas ela tinha certeza de que o marido não iria respeitar este período de resguardo. Já era noite, quando o marido de V.S. chegou no hospital para buscá-la, ela então me pediu para explicar ao seu marido as recomendações médicas. Ele era um senhor de idade, aparentava uns 70 anos, disse que iria respeitar, mas ao mesmo tempo afirmou ter necessidades que a esposa precisaria satisfazer-lo. Me perguntou então se a esposa podia fazer sexo oral e anal, minha resposta foi “se ela quiser”.

Mudanças na sexualidade, segundo o relato de algumas interlocutoras, foram percebidas em função da doença (dispareunia, amenorreia, infertilidade), situações difíceis de serem aceitas e entendidas, principalmente por mulheres jovens que estão em idade reprodutiva. Islam e Begum (1992) realizaram um extenso estudo em Bangladesh sobre as consequências psicossociais de se ter uma fístula obstétrica, 33,3% das entrevistadas

relataram ter dificuldade para manter relações sexuais; 50% relataram uma diminuição significativa na libido; 59% uma redução na frequência do coito; 45% um atraso em chegar ao orgasmo e 37,9% relataram dispareunia. Sobre relações sexuais a paciente M.R.S. (36 anos – Zambézia), diz:

ahhhhhh. Namorado para meter aonde? É, até aí, até que estava a meter assim, para meter estava-me a doer. Aí esqueci homem a muito tempo. (...) ah é essa doença, entendeu? Agora esse um homem vai tirar como e levar só ver de dormir? vergonha dele. aquele homem há de falar mal de mim, com esse xixi.

(Sobre sexo após a cirurgia de reparação – grifo meu)

Agora vou arranjar um homem. Minha irmã disse "se você dormir com homem vai morrer" agora eu disse "será que eu vou morrer?". Também, é, não sei...

Estudos realizados na Tanzânia e no Malawi mostram que após o tratamento e o encerramento da fístula as mulheres podem (na maioria dos casos) engravidar e ter filhos, de acordo com Mselle et al. (2012) essa chance varia de 19% a 29%. Estes autores recomendam, como parte do processo de reintegração após reparo da fístula, acompanhamento destas mulheres durante o pré-natal, bem como no parto que deve ser por cirurgia cesariana. Para evitar casos como o de L.M.G. (40 anos – Inhambane):

Em 1996 ficou grávida do namorado, o parto se arrastou por quatro dias. Sua avó, utilizando uma faca fez uma episiotomia¹⁹⁴ para retirar o bebê que já estava morto. Cerca de um mês depois seu pai lhe colocou para fora de casa, foi morar nas ruas e se prostituía em troca de comida. Procurou tratamento no HCM como tratava-se de um caso complicado foi operada quatro vezes (2001, 2002, 2003 e 2004). No ano de 2010 ficou grávida novamente, quando entrou em trabalho de parto procurou o Hospital Geral José Macamo, em Maputo. Apesar do seu histórico foi realizado um parto normal, novamente o bebê morreu e a fístula retornou. Desde então vem buscando entrar novamente no programa nacional de fístula obstétrica (Notas de campo).

Para Yeakey et al. (2009:510) também é importante notar as perspectivas e desejos das próprias mulheres. Em suas falas, repetidamente, surge o desejo de engravidar, mesmo

¹⁹⁴ O termo episiotomia vem de epision, que significa região pubiana, e tome, de incisão. A episiotomia é uma incisão cirúrgica realizada no períneo da mulher no momento da expulsão – segundo período do parto (Santos, 2006: 553).

sabendo que a doença foi gerada no parto. Em geral as que passaram pela cirurgia de fístula são muito conscientes sobre a necessidade de se cuidar e planejar a próxima gestação, de acordo com (Donnelly Et al., 2015) suas entrevistadas afirmavam que iriam procurar o mesmo hospital onde fizeram a cirurgia para terem o parto.

M.M. (23 anos – Sofala) mãe de dois filhos: *Quando me puseram algália aqui, disseram para cumprir seis meses sem namorar. (...) quando voltar pra casa vou fazer planejamento, pra ninguém nascer mais.*

L.M.G (40 anos – Inhambane) sem filhos vivos: *Quero acabar dois anos para fazer sexo. Eu, eu aguento. (...) Eu já não quero filhos... nada. ih... esse é o que é fazer o problema. (...) Se o marido não aguentar, eu vou dizer procura outra. Por que quem está a sofrer? sou eu.*

A maternidade é um dos símbolos da identidade feminina em Moçambique. Sendo de suma importância para paciente que após a recuperação da doença, possa restabelecer o convívio social, casar novamente e gerar filhos. Entre as mulheres em idade reprodutiva, houve uma forte tendência em querer ter filhos após a recuperação total da fístula. As mulheres, especialmente aquelas que não tem nenhum filho vivo, percebem a fertilidade, tanto antes como depois da reparação da fístula, como um fator importante na sustentação do casamento (Donnelly Et al., 2015). Como os casos de N.E. (16 anos – Sofala) e S.J.S (21 anos – Gaza), ambas assumem saber dos riscos de recidiva da fístula em caso de gravidez, mas não estão fazendo uso de métodos contraceptivos e admitem que querem engravidar novamente já que o primeiro filho morreu no parto. Donnelly Et al. (2015), relatam que uma das suas entrevistadas estava tão desesperada para ter um filho que continuou fazendo sexo com o marido, mesmo depois do agravamento da fístula.

Contudo, as mulheres que tiveram fístula, mesmo tendo passado pela cirurgia e obtendo êxito, podem ter consequências que incluem infertilidade, aborto espontâneo e mortalidade perinatal. A competência de ter filhos pode desempenhar um papel central nas relações sociais das mulheres que passaram pela cirurgia de reparação da fístula. Estudos realizados em diversos países da África (Turan, Johnson, e Polan 2007; Dyer, 2007; Barden-O'Fallon, 2005) constaram que a estigmatização das mulheres com fístula está relacionada diretamente com sua (in)capacidade de gerar filhos.

Lembrando que na cultura patriarcal moçambicana, em caso de infertilidade, a mulher é tida sempre como responsável (Osório e Macuácuca, 2013:193), sendo obrigada a aceitar que o marido tome outra mulher como segunda esposa. Semelhante ao que acontece na Etiópia, onde espera-se que a mulher de a luz o mais rápido possível após o matrimônio, caso contrário, o marido irá arranjar outra mulher ou dissolver o casamento (Donnelly Et al., 2015).

Neste caso a fístula, segundo Yeakey et al (2009:510), é um ataque direto sobre sua capacidade de cumprir as expectativas sociais que se tem sobre as mulheres. Pensando no contexto moçambicano e no lobolo, onde o preço da noiva é avaliado pela capacidade de gerar filhos, as mulheres que tiveram fístula obstétrica tem poucas chances de conseguir um casamento (Khisa e Nyamongo2012).

5.3.3 A hora da partida...

Após a cirurgia de reparação e o encerramento da fístula as mulheres experimentam uma poderosa sensação de alívio, felicidade e esperança. Segundo Donnelly Et al. (2015), elas apresentavam um profundo sentimento de gratidão por não serem mais diferentes das outras mulheres, voltar ao normal é como se *“tivesse ressurgido dos mortos”* e voltado *“finalmente a se sentir como um ser humano”*. A sua qualidade de vida está diretamente relacionada com o seu estado de saúde. Após a cirurgia, coisas simples, mas que antes não poderiam fazer, como visitar um parente, andar de maximbombo¹⁹⁵ ou ir ao mercado voltaram a fazer parte do seu cotidiano.

Veio para consulta de chapa. Não ter mais vergonha de andar na chapa¹⁹⁶ não. Dantes dava para sentir o cheiro, do xixi no penso. E agora não dá mais. - F.M. (30 anos – Maputo).

Uma parte significativa delas expressam interesse em voltar para escola ou voltar a trabalhar com comercio informal (Ahmed e Holtz, 2007). Ainda, conforme Donnelly Et al. (2015) a as mulheres estavam ansiosas em reintegra-se a comunidade participando de encontros sociais e cerimônias religiosas (cultos, missas e mesquita), inclusive a maioria atribuíam a conquista a cura a Deus (independente da crença religiosa).

¹⁹⁵Maximbombo ou Machimbombo é uma palavra portuguesa que significa qualquer veículo pesado e ronceiro. Em Moçambique é utilizada para se referir aos ônibus de transporte de passageiros.

¹⁹⁶ Os “chapas” são transportes coletivos de passageiros, semelhante as vans e kombis de lotação no Brasil.

A experiência da fístula obstétrica está intimamente ligada a outros acontecimentos e situações da vida destas mulheres. Conforme demonstrado ao longo desta tese a fístula não se trata de um fenômeno fisiológico isolado, mas que está relacionado a causas diversas, que não estão relacionadas com aspectos biomédicos, mas da própria vida de cada mulher (casamento prematuro, número elevado de filhos...etc.). Mesmo com todo sofrimento que a doença traz consigo, quer seja pela perda de urina pela vagina, pelas feridas na pele, pelo medo de não poder ter mais filhos ou pelas incertezas que são inerentes ao processo de busca pela cura, uma vez tentado passado pela cirurgia, tentado lutado e vencido a fístula, o saldo da experiência é de modo geral positivo.

Essa positividade, contudo, é conseguida e sentida a duras penas, muitas vezes as pacientes são hysterectomizadas, lhes sendo retirada a possibilidade de gerar filhos. Depois de toda essa maratona, a vida ainda permanece nas mãos dos médicos, pois elas tem de fazer consulta de controle para acompanhar a recidiva da fístula, em muitos casos novas cirurgias ocorrem em função dos efeitos do tratamento (utilização de algalias ou bolsas de colostomia) ou de necessidade de reconstrução de órgãos (bexiga, vagina). A vida passa a ter outro significado.

G.P. (31 anos – Inhambane) que foi operada cinco dias atrás para reparar uma FVV de 3cm com prolapso da bexiga e fibrose, teve alta hoje. Ela estava radiante de alegria por poder ir para casa, mas também estava preocupada, pois ainda estava com a algália. Expliquei que isso normal e que nos próximos meses ela ainda vai precisar usá-la, mas que depois ela ia ser retirada. A paciente deverá retornar em quinze dias para ser reavaliada. (Notas de campo)¹⁹⁷.

Considerando a descrição da experiência da enfermidade e dos problemas socioeconômicos vivenciados pelas pacientes, observou-se que a cirurgia de reparação da fístula marca uma ruptura no modo de viver, de trabalhar e de compreender o processo de saúde-doença. Embora as participantes tenham mencionado, e podemos comprovar nos seus sorrisos, que a vida melhorou após a cirurgia, ainda existia um sentimento de vulnerabilidade e incerteza em relação ao futuro. Da mesma forma, embora tenham

¹⁹⁷A paciente G.P. se casou aos 15 anos de idade e desenvolveu a doença no parto do primeiro filho que foi realizado em casa por sua mãe e durou quatro dias. O bebê nasceu morto e seu marido lhe abandonou. Desde então teve vários namorados, mas eles sempre a deixam pois ela perde urina pela vagina durante o ato sexual. Sofreu com a doença por 16 anos, não soube explicar por que demorou tanto tempo para buscar ajuda. Sorriu e disse que estava ocupada cuidando do sobrinho que hoje está com 18 anos e é como se fosse seu filho.

mencionado que agora iriam as consultas de planejamento familiar, em algumas narrativas, os comportamentos demonstravam o contrário. Algumas mulheres não faziam uso de métodos contraceptivos conforme prescrito pelos médicos, o que poderia acarretar numa nova gestação e recidiva da fístula obstétrica.

D.S. (42 anos – Inhambane) – Desenvolveu uma FVV no colo vesical de 1,5 cm no parto do seu primeiro filho aos 19 anos de idade¹⁹⁸. Tendo sido abandonada pelo marido, casou-se novamente anos depois. No período de 1996 a 2013 ficou grávida sete vezes, tem cinco filhos vivos. Estas gestações agravaram a situação da sua fístula (com destruição da uretra e bexiga). Atualmente faz planejamento familiar, e para não engravidar, faz uso de pílulas anticoncepcionais. (Notas de campo).

L.F.M. (25 anos – Inhambane) desenvolveu uma fístula de 1,0 cm no médio-vaginal, aos 24 anos de idade no parto do primeiro filho. Quando entrou em trabalho de parto procurou o Hospital José Macamo, em Maputo, aonde foi submetida a uma cesariana, mas a criança já foi retirada sem vida. De acordo com o prontuário médico também foi realizada uma histerectomia na paciente. Mas provavelmente ela não sabe desta informação, pois durante nossa conversa, no dia da sua cirurgia de reparação da fístula, a paciente externou por diversas vezes o desejo em engravidar novamente. (Notas de campo).

A maioria das pacientes vivem em situação de extrema pobreza, algumas relatam que não tem recursos para adquirir os medicamentos receitados pelos médicos. A falta de dinheiro é percebida com vergonha e tristeza, mas ao mesmo tempo com a conformação com a realidade que vivenciam. Todas as pacientes saem com a medicação prescrita no pós-operatório. A farmácia do HCM vende estes remédios ao preço de 10 meticais (cerca de R\$ 1,00), no entanto algumas pacientes afirmaram não terem tomado a medicação pois não teriam recursos para adquiri-los. Nesse sentido, o uso dessa medicação fica condicionada à doação pelos médicos ou nos centros de saúde. Verificamos, que a distribuição da medicação gratuita, por si só, não educa a população para promoção a saúde, pois as pacientes soropositivas admitem que não tomam os retrovirais, nem fazem uso de métodos contraceptivos (pílula ou camisinha), em ambos os casos distribuídos gratuitamente.

¹⁹⁸Quando começaram as contrações procurou a Unidade de Saúde de Zavala, onde ficou em trabalho de parto por dois dias. A unidade não dispunha de ambulância então seu marido teve de arrumar um carro particular para levá-la ao Hospital de Chicunque, localizado a 160km de distância. Quando chegou lá o feto estava preso no canal vaginal e com a cabeça do lado de fora, a enfermeira conseguiu fazer o parto normal e retirar o bebê (já sem vida).

As mulheres que fizeram parte desse estudo, referiram que a grande preocupação e limitação que viveciam durante o período pós-cirúrgico, estiveram relacionadas, principalmente a incapacidade de retornar ao trabalho doméstico, exercendo atividades como buscar água ou trabalhar na agricultura, já que não podem capinar nem carregar peso. Segundo Donnelly Et al. (2015), no caso das mulheres casadas os maridos passaram a realizar estas atividades, mas no caso das divorciadas, muitas vezes com filhos pequenos, eram as mulheres que realizavam estas atividades. A cobertura de saneamento básico em Moçambique só cobre 21% da população, nas zonas rurais este percentual cai para 11%¹⁹⁹. Sendo normal vermos mulheres na beira das estradas, carregando baldes por longas distâncias em busca de água (Rocha, 1943:03).

Fotografia 52 – Mulheres caminhando pela N1 - Estrada Nacional para buscar água – Província de Inhambane.



De acordo com Mselle et al. (2012) a recuperação e a reintegração na família e na comunidade depois de sofrer por anos com as consequências da fístula obstétrica envolve uma série de desafios para as mulheres. Por isso é tão necessário um acompanhamento pós alta, para fornecer apoio psicoemocional, informação sobre os cuidados pós-operatórios e cuidados com a saúde. Este acompanhamento seria um facilitador da adaptação em longo

¹⁹⁹ De acordo com a UNICEF: <http://www.unicef.org/mz/nosso-trabalho/o-trabalho-do-unicef/water-sanitation-higiene/>

prazo e do (re)encontro com a vida. Já que a perda de controle da urina pela vagina pode conduzir ao isolamento, a sentimentos de desprestígio social, a alteração da identidade e autoestima. Embora existam referências dos ganhos significativos em saúde, as perdas e alterações na vida cotidiana são de longe mais significativas.

Após a cirurgia de reparação da fístula, as mulheres geralmente permanecem no hospital por um tempo, para depois serem enviadas de volta para suas cidades de origem. O Serviço de Assistência Social do HCM providencia esta transferência que pode ser realizada através de ambulância ou avião, a depender da gravidade e da distância. Em alguns casos lhes é dado dinheiro para que a paciente retorne de maximbombo. Mas enquanto muitas mulheres retornam para suas casas após o reparo, outras não tem mesmo para onde ir, permanecendo no hospital, ou na cidade onde fizeram o tratamento, recorrendo a estratégias de sobrevivência como mendicância ou prostituição (Mselle et al 2012). Um estudo realizado na Etiópia²⁰⁰ apontou que as mulheres divorciadas ou solteiras eram as que mais sofriam dificuldades após o reparo da fístula, sem condições de trabalhar elas dependiam da ajuda de parentes para comer e cerca de 22% admitiram que pediam esmolas para sobreviver. Em seu depoimento L.M.G. (40 anos – Inhambane) me relatou sua situação:

Quando voltei não tinha onde morar. Fiquei na estrada, a esmo. No ponto onde chega o Maxibombo de Maxixe pra Maputo. Ficava sem comer sem comer, ou estava a apanhar coisa do chão e comia. Fiquei assim 05 dias. Depois um pastor de igreja Assembleia de Deus, me levou, fui ficar em casa dele. Quando estava melhor me deu dinheiro.

Apesar dos medos relacionados à sobrevivência econômica e à aceitação social, as mulheres estavam otimistas sobre recuperar uma vida social normal. Uma das principais preocupações, conforme vimos no tópico anterior, era onde iriam viver após o reparo. As expectativas em relação ao futuro são moldadas por suas experiências de vida, principalmente pelo tempo convivendo com a Fístula. Desta forma as mulheres que viveram muitos anos com a doença, já haviam perdido o amor e o respeito pelo marido, que as abandonaram quando mais precisavam. Muitas, inclusive culpavam os homens pelo

²⁰⁰ Kelly J. Ethiopia: an epidemiological study of vesico-vaginal fistula in Addis Ababa. World Health Stat Q 1995;48(1):15-7.

desenvolvimento da doença, já que foram eles que colocaram a criança dentro da barriga ou que não as levaram para o hospital para ter o parto.

No estudo realizado por Mselle et al (2012) 55% das mulheres planejavam voltar para os maridos e engravidar novamente, se analisarmos o perfil destas mulheres veremos que a maioria (81%) conviveu pouco tempo com a doença (<01 ano) e não tinham filhos vivos (69%). Já as mulheres que apresentavam a doença há mais tempo, tinham uma visão diferente da vida, falavam em trabalhar, retornar à escola e não pensavam em ter filhos. Em minha pesquisa destaco o caso de R.A.G. (34 anos – Sofala):

Nada, nem marido novo nem ele. Quando eu ficar bem, vou ficar só. Vou procurar o que, um serviço aqui na cidade pra, pode ir casa de pessoa, eu vou trabalhar para dar de comer a meus filhos. (...) ah, hei de fazer planeamento, não hei de deixar, eu só penso agora ficar bem.

Embora muitas mulheres não quisessem voltar para “aquele” marido, elas não escondiam à vontade recuperar sua capacidade reprodutiva e de casar novamente. Na cultura moçambicana, e de diversos outros países do continente africano, ser mãe e ser mulher são coisas imbricadas. Ser mãe confere um status de respeito e honra à mulher, da mesma forma que a perda de uma criança ou a ausência de filhos significa a perda de status social (Mselle et al, 2012).

Dentro desta perspectiva as mulheres que tiveram a fístula obstétrica, mesmo passando pela cirurgia de reparação continuam sofrendo com o estigma da doença. Para Khisa e Nyamongo (2012) enquanto o estigma se manifesta em formas sutis, em alguns casos a discriminação era explícita. As mulheres são rotuladas como “danificadas”, sendo desacreditadas como mulheres (incapazes de gerar filhos) e desvalorizadas por serem mulheres amaldiçoadas. A redução do estigma continua a ser um desafio para os programas de saúde envolvidos com o problema da fístula obstétrica (Islam e Begum, 1992). Ahmed e Holtz (2007) citam o exemplo de uma mulher cega que tinha fístula, quando sugeriram que ela tratasse sua cegueira a resposta veio de pronto: "*Cure minha fístula primeiro. Se eu sou cega as pessoas se sentam e falam comigo, mas ninguém chega perto de mim porque estou molhada de xixi*".

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendemos, como fundamento de nosso trabalho, compreender de forma profunda o processo de adoecimento das mulheres com Fístula Obstétrica, e trazer à tona como o Sistema Nacional de Saúde tem tratado a questão através da prevenção e tratamento desta doença que causa tantos transtornos na vida destas mulheres.

A associação entre fístula obstétrica e trabalho de parto arrastado ou obstruído é clara, uma vez que o parto é apontado como principal causa da doença. Pensando na cesariana, intensamente realizada no Brasil, é difícil compreender como estas mulheres chegam a passar uma semana em trabalho de parto. Sendo facilmente explicável a partir das diferenças culturais encontradas neste elemento de acordo com as relações de gênero vigentes na sociedade moçambicana. Tanto o nível de informação sobre o parto como a possibilidade concreta de acesso à assistência médica são maiores entre as mulheres com melhor nível de escolaridade e mais recursos financeiros. A grande questão é que estamos falando de um contexto onde a maioria da população feminina é analfabeta e vive abaixo da linha da pobreza.

A proposta de estudar a Fístula Obstétrica de uma perspectiva mais ampla, dentre o enfrentamento da doença, conduziu-nos a um caminho metodológico, que incluiu o questionário, método que não é tradicionalmente utilizado na Antropologia. O caminho metodológico aqui apresentado propõe dar conta desta complexidade, sendo necessário, enxergar outras representações de saúde/doença, admiti-las no trabalho de campo e situá-las no contexto histórico social e cultural (Sevalho e Castiel, 1998:64). Dentro da cientificidade exigida numa pesquisa de doutoramento, mas sem perder a sensibilidade de pesquisadora, particularmente num campo tão delicado, possibilitou a entrada e a construção do campo de estudo, pois cada mulher carregada consigo uma história e foram estas histórias que determinaram seus papéis dentro da pesquisa.

Sabemos que as necessidades das mulheres com Fístula Obstétrica que entrevistamos não são universais, uma vez que estão ligadas às condições econômicas, religiosas e culturais. Ao longo deste trabalho expomos os principais determinantes que caracterizam a Fístula Obstétrica, assim como as ações desenvolvidas pelo Estado. Partindo da perspectiva que o Estado é o responsável pela garantia e fornecimento dos serviços básicos de saúde. Expondo a fragilidade do Sistema Nacional de Saúde em Moçambique,

pois a prevenção e a vivência com a doença dependem em grande medida, do acesso aos serviços de saúde, para o parto e posteriormente para cirurgia de reparação. Nessa perspectiva, a maternidade segura, que deveria ser um direito universal à saúde é negada as mulheres que habitam as regiões rurais do país.

As enfermidades de longa duração promovem rupturas na vida das pessoas e a necessidade de aprender como conviver com a doença e com a busca pelo tratamento médico (Bury, 1982). A perda do filho, o desenvolvimento da fístula e o convívio com a doença impõe rearranjos na vida e incertezas quanto ao futuro. Tristeza, vergonha, medo, incerteza e esperança são os sentimentos que definem as mulheres que vivem com a Fístula Obstétrica. As angústias, os sentimentos, os medos das pacientes em relação à enfermidade e a expectativa de obtenção de ajuda também penetraram sensivelmente o relacionamento da pesquisadora com os sujeitos da pesquisa.

As mudanças pelas quais as mulheres passaram com fístula obstétrica foram diversas, desde a perda da habilidade de controlar urina, até a incapacidade de manter relações sexuais e gerar filhos. Levando ao uso de roupas que escondam ou pelo menos diminuam a percepção do olhar do outro.

As estratégias utilizadas pelas pacientes visam encontrar soluções para esconder a doença dos amigos e vizinhos, reorganizar suas vidas após serem abandonadas pelos maridos, resolver problemas sociais e econômicos causados pela doença. Por serem mulheres, em sua maioria, que realizam trabalhos braçais, a incapacidade laborativa após o desenvolvimento da fístula as fará criar estratégias para que consigam ter sustento para si e seus filhos. Continuar realizando as atividades domésticas e na machamba requer sérias mudanças e readaptações na vida. Ao contrário de outras enfermidades, as alterações no cotidiano não são passageiras, demandando novos rearranjos na vida e na busca incessante pela cura.

A angústia gerada pela descoberta da fístula pode variar de acordo com a valorização dada à maternidade e ao casamento. O que vimos ao longo da pesquisa foi a manutenção de uma representação social do papel da mulher como esposa e mãe, que implica na depreciação e estigmatização daquelas que não conseguem ascender a este status. Esta é sempre naturalizada, ora como destino biológico inarredável, ora como valor social inseparável da concretização da identidade feminina. A análise do conjunto de dados mostra

poucas diferenças entre os grupos, apontando para, mesmo nas províncias matrilineares, existência de preceitos comuns que transcendem as particularidades do cotidiano. Em Moçambique ter um filho é condição para a felicidade e manutenção do casamento, como crença ou como prática, os filhos são concebidos como exigência para legitimar o casamento.

A categoria estigma, amplamente discutida por Goffman, referente a Fístula Obstétrica, pode ter correspondência tanto com a incapacidade de controlar a urina, como mal cheiro que exalam. O primeiro problema é a falta de informação sobre a doença: os fatos sobre a Fístula Obstétrica não são adequadamente difundidos. Contribuindo para a persistência dos mitos, como a crença de que o parto obstruído é provocado pela infidelidade feminina, ou de que as mulheres que não geram filhos ou produzem natimortos são amaldiçoadas. A compreensão das mulheres com fístula assume vários aspectos, a maioria relaciona o desenvolvimento da doença com o trabalho de parto, mas ao mesmo tempo procuram associar as causas dessa doença com o fato de terem sido submetidas a cirurgias (cesarianas ou histerectomia). Segundo elas a fístula era resultado de terem procurado assistência médica para realização do parto, nenhuma delas admitiu que a doença fosse resultante de feitiço ou maldição. Acredito que esteja relacionado ao peso moral da responsabilidade pela fístula e morte do filho. Mas o que lhes é difícil de assumir é que essa culpa não é só por terem demorado em procurar ajuda especializada, mas porque a doença está culturalmente relacionada a desvios morais de comportamentos.

Em segundo lugar, surge o segredo, a incapacidade de controlar a urina e a perda de xixi pela vagina é muito privada e embaraçosa, em parte porque a Fístula envolve questões sexuais, assunto que nem todos se sentem confortável para discutir. Discussões sobre a doença podem expor as mulheres a comentários relacionados ao seu comportamento sexual e ao seu mau cheiro, nem sempre bem-vindos. Além disso, as mulheres também se abstêm de falar sobre a doença com receio das reações dos membros da sua comunidade e igreja, como piadas e brincadeiras.

Foi possível perceber durante a pesquisa a incapacidade do governo moçambicano em tratar todos os casos de Fístula Obstétrica, principalmente devido a carência de profissionais de saúde. Nossa proposta, entretanto, não foi a de fazer uma análise dos procedimentos médicos a partir da procura das mulheres pelos Hospitais Centrais. Mas a

análise sobre os três hospitais apresentou pontos comuns e distintos instigando uma aproximação ao que neles ocorre na tentativa de desvendar os rumos e as proporções distintas que são dadas a questão da Fístula Obstétrica.

Por outro lado, percebemos uma carência geral dos meios de prevenção, sendo o principal o oferecimento de cirurgia cesariana nos casos de parto obstruído. Associado a esta carência a dificuldade em conseguir consultas de controle (Pré-natal), outro ponto realçado pelas mulheres. Para conseguir o tratamento para a doença, muitas procuraram os hospitais provinciais, rurais ou distritais, mas estes não estão preparados para realizar este tipo de cirurgia. A única alternativa que lhes resta é voltar para casa e aguardar as campanhas cirúrgicas realizadas pelo MISAU. Estas idas e vindas lhes custa um tratamento tardio, fazendo com que elas passem a não confiar, necessariamente não no médico, mas no Sistema Nacional de Saúde.

As mulheres percorrem um longo caminho até conseguir o tratamento. Compartilhando com sua família as angústias da enfermidade, muitas escondem dos amigos e vizinhos sua condição com medo do que as pessoas possam falar a seu respeito. Em alguns casos as congregações religiosas ofereceram suporte emocional e financeiro para conseguir superar este momento.

Apesar da busca de apoio social, percebemos que a grande parte das mulheres preferiram isolar-se. Segundo as interlocutoras elas se isolam por não se sentirem bem fisicamente, por terem medo de molhar a roupa em público ou são colocadas em isolamento pelas outras pessoas do grupo. Como estratégia elas escolhem não mais participar de convívios sociais, preferindo excluir-se dessas atividades por não suportar serem olhadas e apontadas, pois se sentem envergonhadas com sua condição.

A solidão como elemento da representação social das mulheres com fístula teve presença expressiva principalmente entre as mulheres com filhos, exatamente este grupo foi com menor frequência abandonada pelos maridos após o desenvolvimento da doença. Relacionados ou não, estes dados revelam a importância da maternidade na produção de representações femininas em Moçambique. O filho seria um elo entre o casal, ou mesmo tempo um alento para solidão nos casos ausência, concreta ou metafórica, do marido.

O impacto da doença causa uma ruptura biográfica (Bury, 1982), sendo necessário readequar a vida cotidiana, pois o tempo que irão passar no hospital é longo e uma nova

socialização entra em curso. Neste contexto as varandas do Serviço de Urologia são um local privilegiado para realização da pesquisa de campo, um espaço não medicalizado onde as mulheres podem compartilhar sua doença. Nesse ambiente elas se sentem à vontade para conversar sobre os mais diferentes assuntos, dividindo suas experiências, expectativas e formando laços de afetividade e amizade. As definições biomédicas ainda estão longe do entendimento destas mulheres, sem considerar ainda a aceitação do ponto de vista emocional, desta forma é junto a seus pares que as mulheres obterão confiança para compreender as causas e como proceder diante do tratamento médico.

A adesão ao tratamento é um momento crítico onde decide-se o futuro desta mulher como portadora da Fístula Obstétrica. A depender das relações familiares, das redes de apoio, ela pode não aderir ao tratamento e se tornar uma enferma crônica, convivendo pelo resto da vida com a doença. Se a cirurgia for realizada ainda no primeiro ano da doença, o tratamento será mais eficaz e precoce, e as chances de êxito serão ainda maiores. No grupo estudado, estes casos foram raros. Em sua maioria, as mulheres sofrem durante anos até procurar ajuda. Esse processo demanda uma reelaboração da identidade, uma vez que a doença provoca sequelas, por vezes definitivas.

Após o encerramento da fístula a mulher buscará retornar à normalidade. Entretanto, pode-se aventar na possibilidade desta mulher não ser mais a mesma que passou pela ruptura, pois criou amizades e passou a ter uma noção mais ampla do mundo. Eles terão pela frente a tarefa de reconstruir a impressão que os outros tem a seu respeito e suas próprias vidas. Neste caso, numa sociedade patriarcal e com poucos recursos, concretiza-se, assim, a função opressora, que pode estar libertando a mulher de um destino cruel, que é viver com a fístula, mas aprisionando-a cada vez mais ao destino natural de mãe e esposa. Principalmente quando se verifica nas suas falas o desejo de casar e ter filhos, mesmo incorrendo no risco de desenvolver novamente a doença.

Por fim, o fenômeno saúde/doença é complexo e deve ser entendido não de forma isolada, mas agregando aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos, bem como necessita do olhar de diferentes atores sociais em torno de um bem comum: assegurar a saúde das pessoas (Santos Et al., 2012: 16). Pensando estas questões com relação as mulheres com Fístula Obstétrica é preciso que explicitemos quais os processos, ou quais os resultados que pretendemos analisar. No nosso caso, não estamos interessados em

responder questões, mas em provocar uma reflexão sobre o Sistema de Saúde em Moçambique, de uma maneira geral, e de modo muito especial apresentar a realidade das mulheres acometidas pela fístula obstétrica naquele país.

No caso das mulheres com fistula obstétrica é necessária uma estratégia que envolva as diversas instancias da sociedade. A nível governamental com o fornecimento de serviços públicos de saúde de qualidade, a nível da comunidade, através da conscientização e educação, evitando a discriminação e promovendo o apoio local a essas mulheres. O suporte antes e depois do reparo da fistula, bem como a sua reinserção na sociedade requer pesquisas adicionais.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Rui Duarte; VARREGOSO, João; VAZ, Igor; GOMES, Carrasquinho. **Fístulas Vesico-Vaginais: Uma visão sobre Moçambique**. Ver Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca; V. 3(2): p.27-32, 2015.
- ACÇOLINI, Grazielle e JUNIOR, Mario Teixeira de Sá Junior. **Tradição - Modernidade: a Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique (Ametramo)**. Dossiê - Perspectivas contemporâneas sobre o mundo Lusófono. Revista Mediações, Londrina, Volume 21, Nº 2, P. 49-70, JUL./DEZ. 2016
- ADENDA, Paul Hunt. **Direitos Económicos, Sociais e Culturais** - O Direito de todos de gozarem dum padrão de saúde física e mental o mais elevado possível. Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas. 2005.
- AHMED, Saifuddin. &HOLTZ, Sara. **Social and economic consequences of obstetric fistula: Life changed forever?** International Journal of Gynecology and Obstetrics Nº 99, 2007.
- ALMEIDA, Fernando Gonçalves de. ZAMBON, João Paulo. **Capítulo 30 - Fístulas Urogenitais**. In: Urologia fundamental. São Paulo:Planmark, 2010.
- ALTUNA, Raul Ruiz de Asúa. **Cultura Tradicional Banto**. Luanda: Secretariado Arquidiocesano de Pastoral, 1985.
- ALVES, Paulo César. **A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 1993.
- AMALIQUE, Antônio João. **Estudo do tratamento de Fístulas Vesico-vaginais no Hospital Provincial de Quelimane**. TCC (Graduação) - Curso de Licenciatura em Cirurgia, Instituto Superior de Ciências de Saúde, Maputo, 2008.
- AMARAL, Ana Marta. **Contributos para o planeamento de uma política de Recursos Humanos da Saúde para Moçambique** – Análise de situação sobre os processos de gestão e o que deve ser contemplado num Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde em Moçambique segundo um grupo de responsáveis pela gestão de nível provincial. Universidade Nova de Lisboa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Dissertação de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento. 2011.
- ARNFRED, Signe. **Notas sobre gênero e modernização em Moçambique**. In: Corpos, trajetórias e valores: perspectivas de gênero, famílias e reprodução social em contextos africanos. Cadernos Pagu. Nº 45, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332015000200181&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- ARNALDO, Carlos e HANSINE, Rogers. **Dividendo demográfico em Moçambique: oportunidades e desafios**. Artigo apresentado na IV Conferência Acadêmica Internacional do IESE. Maputo, 2014. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/272173249_Dividendo_Demografico_em_Mocambique_Oportunidades_e_Desafios Acesso em: 01 de julho de 2016.

ARROWSMITH, Steven. **Fístula Obstétrica**: uma tragédia desconhecida. Passo a Passo. A saúde da mulher. Nº 24, 1995. Disponível em:
http://tilz.tearfund.org/~/media/Files/TILZ/Publications/Footsteps/Footsteps_21-30/24/FS24P.pdf?la=pt-PT

ARROWSMITH, Steven; RUMINJO, Joseph e LANDRY, Evelyn. **Current practices in treatment of female genital fistula**: a cross sectional study. BMC PregnancyandChildbirth, nº 10 (73), 2010.

ARTHUR, Maria José. **O casamento prematuro como violação dos direitos humanos** - Um exemplo que vem da Gorongosa. Outras Vozes, nº 31-32, agosto-Novembro de 2010.

BAGNOL, Brigitte e MARIANO, Esmeralda. **Cuidados consigo mesmo, sexualidade e erotismo na Província de Tete, Moçambique**. Physis [online] vol.19, n.2, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200008

BAGNOL, Brigitte. **Gender, Self, Multiple Identities, Violence and Magical Interpretations in Lovolo Practices in Southern Mozambique**. 2006. Tese (Doutorado em Antropologia) - University of Cape Town, South Africa, 2006.
_____. Lovolo e espíritos no Sul de Moçambique. Análise Social, vol. XLIII (2.º), p. 251-272, 2008.

BARATA, Henrique; CARVALHAL, Gustavo Franco. **Urologia**: Princípios e Prática. São Paulo: Artmed Edit, 1999. 656 p.

BARBER-MADDEN, Rosemary. **O papel do sector privado na prestação de cuidados de saúde reprodutiva**. In: CRAVEIRO, Isabel e FERRINHO, Paulo (Org). Saúde reprodutiva nos Países e Territórios de Língua Portuguesa. Associação para o desenvolvimento e cooperação Garcia d'Orta: Lisboa, 2002.

BAUMARD, Nicolas e SPERBER, Dan. **La morale**. In: Terrain, nº 48, fev/2007. Disponível em:<http://journals.openedition.org/terrain/4997>

BERGH-COLLIER, Edda Van den. **Para igualdade de género em Moçambique - Um perfil das relações de género**. 2002. Disponível em:
http://www.escoladefeminismo.org/IMG/pdf/Genero_em_Mocambique.pdf

BERGSTROM, Staffan. **O estado da saúde reprodutiva no mundo**. In: CRAVEIRO, Isabel e FERRINHO, Paulo (Org). Saúde reprodutiva nos Países e Territórios de Língua Portuguesa. Associação para o desenvolvimento e cooperação Garcia d'Orta: Lisboa, 2002.

BONGIANINO, Claudia. 2010. **Entre normativas e vidas: As Intervenções Genitais Femininas na Itália**. Trabalho apresentado na 27ª Reunião Brasileira de Antropologia. Belém – PA. Disponível em:

http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_27_RBA/arquivos/grupos_trabalho/gt06/cfb.pdf

BONGIANINO, Claudia Fioretti. CRUZ, Denise Ferreira da Costa. CASTRO, Luísa Reis de. **Feminino Sagrado, Profano e Científico: impasses nas intervenções genitais femininas.** TOMO, nº 26, 2015.

BRANCO, Sofia. **O holocausto silencioso das mulheres a quem continuam a extrair o clitóris.** 2002. Disponível em: <<https://www.publico.pt/sociedade/noticia/o-holocausto-silencioso-das-mulheres-a-quem-continuam-a-extrair-o-clitoris-167489>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2016.

BROWNING, A.; FENTAHUN, W. e GOH, J.T.W. **The impact of surgical treatment on the mental health of women with obstetric fistula.** British Journal of Obstetrics and Gynecology. Nº 114.1439–41. 2007.

BROWNING, A. **Risk factors for developing residual urinary incontinence after obstetric fistula repair.** Br J ObstetGynaecol, nº 113: p. 482-485. 2006.

BUGALHO, Antônio Manuel Augusto. **Perfil Epidemiológico, complicações e custo do aborto clandestino. Comparação com o aborto hospitalar e parto em Maputo, Moçambique.** Tese de Doutorado em Medicina. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo: 1995.

BURY, Myke. **Chronic Illness as biographical disruption.** Sociology of Health and Illness. Nº 4(2): p.167-82, 1982.

CABAÇO, José Luís de Oliveira. **Moçambique: Identidades, colonialismo e libertação.** Tese de Doutorado em Antropologia Social. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

CABRAL, Antônio Jorge Rodrigues. **Consultoria sobre abolição das taxas aos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique.** Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa. 2007.

CACCIA – BAVA, Emiliano de Castro e THOMAZ, Omar Ribeiro. **Introdução Moçambique em movimento: Dados quantitativos.** In: FRY, Peter. Moçambique – Ensaio. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

CAMPOS, Caroline da Cunha. **Mutilação Genital Feminina: Uma revisão Integrativa.** TCC (Graduação) – Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

CANESQUI, Ana Maria. **Ciências Sociais e Saúde no Brasil: três décadas de ensino e pesquisa.** Ciência & Saúde Coletiva. III (1). 1998.

CARVALHO, José dos Santos. **Estudos de Administração de Saúde Pública I – Contribuição para o estudo da reforma dos serviços de saúde do Ultramar Português.** Lourenço Marques, 1961.

CASIMIRO, Isabel Maria. SOUTO, Amélia de. **Empoderamento económico da mulher, movimento associativo e acesso a fundos de desenvolvimento local**. Maputo: Centro de Estudos Africanos, Universidade Eduardo Mondlane, 2010.

CASIMIRO, Isabel Maria. et al. **Relatório de pesquisa do Projecto de Pesquisa “Desafio do Sida nas suas Dimensões Socioeconómicas, Culturais e Políticas no Brasil, África do Sul e Moçambique 2011-2012”**. Maputo, novembro de 2012.

CAU, Boaventura e ARNALDO, Carlos. **É urgente reduzir a Mortalidade Materna em Moçambique**. Centro de Pesquisa em População e Saúde. PolicyBrief nº 01, dezembro de 2013.

CECATTI, José Guilherme. **Situação da Saúde Reprodutiva no Brasil**. In: CRAVEIRO, Isabel e FERRINHO, Paulo (Org). Saúde reprodutiva nos Países e Territórios de Língua Portuguesa. Associação para o desenvolvimento e cooperação Garcia d’Orta: Lisboa, 2002.

CHIPEMBE, Cassiano Soda; MANGUE, João e ARNALDO, Carlos. **Nível e factores associados à mortalidade materna em Moçambique**. In Carlos Arnaldo e Boaventura M. Cau. Dinâmicas da População e Saúde em Moçambique. Maputo: Centro de Pesquisa em População, 2013.

CHIZIANE, Paulina. **Niketche: uma história de poligamia**. São Paulo: Companhia das Letras: 2004.

CONCEIÇÃO, Maria Cláudia Gomes dos Santos Rodrigues da. **Hospitais de Primeira Referência, Distrito de Saúde e Estratégia dos Cuidados de Saúde Primários em Moçambique**. Universidade Nova Lisboa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Tese de Doutoramento em Saúde Internacional. 2011.

COMAROFF, Jean e COMAROFF, John. **Etnografia e imaginação histórica**. Revista Proa, nº 02, vol. 01, 2010. Disponível em: <http://www.ifch.unicamp.br/proa>

COOK, Rebecca J. e DICKENS, Bernard. **Obstetric Fistula: The Challenge to Human Rights**. InternationalJournalofGynecologyandObstetrics, Vol. 87, pp. 72-77, 2004.

CORREA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martino. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. In: CAVENAGHI, Suzana (Org). Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro: ABEP, 2006.

CORSARO, William A. **Entrada no campo, aceitação e natureza da participação nos estudos etnográficos com crianças pequenas**. Educ. Soc., Campinas, Vol. 26, nº 91, p. 443-464, maio/agosto. 2005.

COUTO, Mia. **Um passado ainda por nascer**. África 21 Digital. 2008.

_____. **O Fio das Missangas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

_____. **Mulheres de cinzas: as areias do imperador: uma trilogia moçambicana, livro 1**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

CUNHA, Manuela Ivone. **Género, cultura e justiça**: A propósito dos cortes genitais femininos. *Análise Social*, 209, XLVIII (4. º), p.834-856, 2013.

CRUZ E SILVA, Teresa; ANDRADE, Ximena; OSÓRIO, Conceição; ARTHUR, Maria José. **Representações e práticas da sexualidade entre os jovens e a feminização do SIDA em Moçambique**: Relatório de pesquisa. WLSA MOÇAMBIQUE. Maputo, 2007.

DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. **A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto**: práticas de auto-atenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. Brasília: Paralelo, 2015.

DONNELLY, Kyla; OLIVERAS, Elizabeth; TILAHUN, Yewondwossen; BELACHEW, Mehari; ASNAKE, Mengistu. **The quality of life of Ethiopian women after fistula repair**: Implications on rehabilitation and social reintegration policy and programming. *Cult Health Sex*. nº 17(2). P. 150-64. 2015.

DOUGLAS, Mary. Pureza e perigo. **Ensaio sobre a noção de poluição e tabu**. Lisboa: Edições 70. 1991.

DUARTE, Rosália. **Pesquisa qualitativa**: Reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, n. 115, Pág. 139 – 154, março/ 2002.

ESTEVA, Gustavo. **Autonomia y democracia radical**: el tránsito de la tolerância alahospitalidad. In: *Autonomías éticas y Estados nacionales*. Miguel A. Bartolomé & Alicia M. Barabas (Orgs.). CONACULTA – INAH, 1998.

EVANS-PRITCHARD, Edward. **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Tradução Eduardo Viveiros de Castro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

FAÉ, Geneviève e ZINANI, Cecil Jeanine Albert. **Maternidade em As Parceiras, de Lya Luft**: Destino Cultural Feminino. *Cerrados*, v. 1, p. 213- 227, 2011.

FAUVEAU, Vincent e DONNAY, France. **Can the process indicators for emergency obstetric care assess the progress of maternal mortality reduction programs?** An examination of UNFPA Projects 2000—2004. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, nº 93, p.308—316, 2006.

FERRINHO, Paulo e CRAVEIRO, Isabel. **Comparação de indicadores de desenvolvimento e de Saúde Reprodutiva nos países da CPLP**. In: CRAVEIRO, Isabel e FERRINHO, Paulo (Org). *Saúde reprodutiva nos Países e Territórios de Língua Portuguesa*. Associação para o desenvolvimento e cooperação Garcia d’Orta: Lisboa, 2002.

FERRINHO, Paulo e OMAR, Caroline. **The human resources for health situation in Mozambique**. Africa region human development working paper series. Nº. 91. Washington, DC: World Bank, 2006.

FIALHO, José. **A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde**. Cadernos de Estudos Africanos (Online), nº 4. 2003. Disponível em: <http://cea.revues.org/1567>. Acessado em 25/06/2007.

FISTULA FOUNDATION. **The global problem of obstetric fistula**. Disponível em: <https://www.fistulafoundation.org/pdf/GlobalProblemofObstetricFistula.pdf>. Acesso em: 11 de março de 2016.

FLEISCHER, Soraya. **Parteiras, buchudas e aperreios**: Uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. Belém: Paka Tatu, 2010.

_____. **Sangue, Leite e Quarentena**: Notas etnográficas sobre o puerpério na cidade de Melgaço, Pará. Revista Campos, 8(2): p.81-97, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Petrópolis, Vozes, 1975.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1980.

FRANCISCO, Albino. **Situação dos casamentos prematuros em Moçambique**: Tendências e impacto. Comunicação apresentada na IV Conferência Nacional sobre Mulher e Gênero. 2014. Disponível em:

http://www.rosc.org.mz/index.php/component/docman/doc_view/195-situacao-dos-casamentos-prematuros-em-mocambique-tendencias-e-impacto-eventos-mmas Acesso em: 26 de junho 2016.

FRIAS, Sônia. **Mulheres na esteira, homens na cadeira?** Mulheres, economia informal e mudança cultural: estudo realizado na cidade de Maputo. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa, 2006.

FRY, Peter. **Cultura de diferença**: sequelas das políticas coloniais portuguesas e britânicas na África Austral. Rio de Janeiro: Afro-Ásia, 29/30, 2003, p. 271-316.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1975.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim; NATIONS, Marilyn K.; LUZ, Madel Therezinha. **Pisada como pano de chão**: experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro. Saúde soc. [online]. vol.17, n.1, p.61-72, 2008.

GRANJO, Paulo. **Wining back our good luck**: bridewealth in nowadays Maputo. Ufahamu, 32 (3), pp. 123-162, 2006.

HAMERSKI, Maria Goretti et al. **Fístulas Urogenitais**. 2006. Disponível em: <http://uroginecologia.com.br/index/?q=node/17>. Acesso em: 27 dez. 2015.

HAMLIN, Catherine; LITTLE, John. **The hospital by the river**: a story of hope. Sydney: Pan Macmillan, 2001.

HEALTH POVERTY ACTION. **Connection 3** - The Fistula Issue. 2011. Disponível em: <https://healthpovertyaction.org/wp-content/uploads/downloads/2011/03/Connections-3-The-Fistula-Issue-web-version.pdf>. Acesso em: 08 de março de 2016.

HEILBORN, Maria Luiza. **Gênero, Sexualidade e Saúde**. In: Saúde, Sexualidade e Reprodução - compartilhando responsabilidades. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1997.

ISLAM, AI e BEGUM, A. **A psycho-social study on genito-urinary fistula**. Bangladesh Med Res Counc Bull;18(2): p. 82-94, 1992.

JAMES, Alison, & PROUT, Allan. **Constructing and reconstructing childhood: New directions in the sociological study of childhood**. Oxford: Routledge, 1990.

JOANA, Osvalda; HUNGUANA, Cristina; PAPADAKIS, Vitalina e MAFUNDZA, Ivete. **Direitos Humanos da Mulher**. In: TELES, Nair e BRAS, Eugenio José. Género e Direitos Humanos em Moçambique. Universidade Eduardo Mondlane: 2010.

KHISA, Anne M. & NYAMONGO, Isaac K. **Still living with fistula: an exploratory study of the experience of women with obstetric fistula following corrective surgery in West Pokot, Kenya**. Reproductive Health Matters;20(40): p.59–66, 2012.

KLEINMAN, Arthur. **The meaning context of illness and care: reflections on a central theme in the Anthropology of Medicine**. In: ELKANAY, E.; MENDELSON, E. (Ed.) Sciences and cultures sociology. Dordrecht: Reidel Publishing Company, p. 161-176, 1981.

MACIA, Manuel & LANGA, Patrício. **Masculinidade, sexualidade e HIV/SIDA em Moçambique**. Comunicação apresentada no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, setembro de 2004. Disponível em: http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/ManuelMacia_PatricioLanga.pdf

LANHAM, L. W. **A Study of Gitonga of Inhambane**. Joanesburgo, Witwatersrand. Univ. Press, 1955.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

LAVANDER, T; WAKASIKA, S; MCGOWAN, L; MORAA, M; OMARI, J e KHISA, W. **Secrecy inhibits support: A grounded theory of community perspectives of women suffering from obstetric fistula, in Kenya**. Midwifery. Nº 42. P. 54-60. 2016

LEBRE, Lúcia Teresa Sampaio Branco. **A saúde e a doença e as profissões de saúde em Moçambique**. 2012. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0781.pdf>. Acesso em: 25 de junho de 2017.

LIDÓRIO, Ronaldo. **Não a morte sem dor**. In: SOUZA, Issac da Costa e LIDÓRIO, Ronaldo. (org) A questão indígena – uma luta desigual: missões, manipulação e sacerdócio acadêmico. Viçosa: Ultimato, 2008.

LOFORTE, Ana Maria. **Práticas culturais em relação à sexualidade e representações sobre saúde e doença**. Maputo, 2003a.

_____. **Mulher, poder e tradição em Moçambique**. Boletim Outras vozes, nº 5. 2003b.

LOPES, Andréia Aparecida Ferreira. **Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes**. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.486-500, 2015.

LOU, Cheweluo; AKWARA, Priscilla; NGONGO, Ngashi; DOUGHTY, Patrícia; GASS, Robert; EKPINI, Rene; CROWLEY, Siobhan; HAYASHIH, Chika. **O progresso global da PTV e tratamento do HIV pediátrico em países de baixa e média renda em 2004-2005**. Questões de Saúde Reprodutiva;3(3): p.124-136, 2008.

LOURENÇO, Maria Acácia Ernesto e TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. **Programas de Saúde Materno-Infantil em Moçambique: Marcos evolutivos e a Inserção da Enfermagem**. Escola Anna Nery Revista Enfermagem; 13 (3): p.617-24, 2009.

LOURENÇO, Maria Acácia Ernesto Lourenço. **Políticas de Assistência à Saúde Materno-Infantil em Moçambique: Marcos Evolutivos e a inserção da Enfermagem**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2009.

MACHUNGO, Fernanda. **O aborto inseguro em Maputo**. Outras Vozes, nº 7, maio de 2004.

MACAGNO, Lorenzo. **Fragmentos de uma imaginação nacional**. Revista Brasileira de Ciências Sociais. Vol. 24 nº 70 junho/2009.

MAGGIE, Yvonne. **Medo do feitiço: relações entre magia e poder no Brasil**. Rio de Janeiro, Arquivo Nacional, 1992.

MAGNI, Claudia Turra. **O uso da fotografia na pesquisa sobre habitantes da rua**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 1, n. 2, p. 141-149, jul./set. 1995.

MALEANE, Susana Otilia Tomás e SUAIDEN, Emir José. **Inclusão, exclusão social e pobreza em Moçambique em pleno século XXI**. Inc. Soc., Brasília, DF, v. 4 n. 1, p.67-75, jul./dez. 2010.

MALOA, Joaquim Miranda. **O lugar do marxismo em Moçambique: 1975-1994**. Revista Espaço Acadêmico, nº 122, Ano XI, junho de 2011.

MALUF, Sônia Weidner. **Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas**. *Esboços*: Revista do PPG História da UFSC, n. 9, 2002.

MARCHESINI, Aldo. **Mulheres Corajosas: Viagem no mundo das fístulas vesicovaginais**. Prior Velho: Paulinas, 2014.

MARIANO, Esmeralda. **A construção do corpo feminino na compreensão do conceito de género.** In: Género e Direitos Humanos em Moçambique. Nair Teles e Eugénio José Bras (Org). CIEDIMA: Maputo, 2010.

PEDRO, Vânia Manuel; MARIANO, Esmeralda Celeste; Kristien; OSMAN, Nafissa Bique. **Percepções e experiências dos homens sobre o planeamento familiar no sul de Moçambique.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [4]: 1313- 1333, 2016.

MARRONI, Denize. **A importância da antropologia na saúde.** Saúde Coletiva, vol. 4, núm. 16, julho-agosto, 2007.

MARTINEZ, Francisco Lerma. **O povo Macua e sua cultura.** 3. ed. Maputo: Edições Paulinas, 2009

MATSINHE, Cristiano. **Tábula rasa – Dinâmica da resposta moçambicana ao HIV/SIDA.** Maputo: TextoEditores, 2006.

MCNEVIN, Shane Et Al. **Martius flap:** an adjunct for repair of complex, low rectovaginal fistula. The American Journal of Surgery, nº 193, p. 597–599, 2007.

MENESES, Maria Paula. **Medicina tradicional, biodiversidade e conhecimentos rivais em Moçambique.** Departamento de Arqueologia e Antropologia da Universidade Eduardo Mondlane. Sem data. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/32743/1/Medicina%20Tradicional,%20Biodiversidade%20e%20Conhecimentos%20Rivais%20em%20Mo%C3%A7ambique.pdf>. Acessado em: 29 de junho de 2017.

MERNISSI, Fatima. **Beyond the Veil: A Historical and Theological Enquiry.** Oxford, Blackwell, 1985.

MILLER, Suellen. LESTER, Felicia et al. **Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy.** American College of Nurse-Midwives. Volume 50, No. 4, July/August 2005.

MISAU – Ministério da Saúde. **O Plano Estratégico dos Recursos Humanos 2005-2010.** Maputo: 2004.

_____. **Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS 2008-2015).** Maputo: Direção de Recursos Humanos, 2008.

_____. **Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento de Fístulas Obstétricas.** Kriando: Maputo, 2012.

_____. **Plano Estratégico do Sector da Saúde - PESS 2014-2019.** Maputo, 30 de setembro de 2013. Disponível em:

<http://www.misau.gov.mz/index.php/planos-estrategicos?download=132:plano-estrategico-do-sector-da-sade-2014-2019>. Acessado em: 08 de julho de 2017.

_____. **Manual de Parteiras Tradicionais: Cuidados básicos perinatais.** Programa de Formação de Parteiras Tradicionais – Manual do Facilitador. Maputo: Sem data. Disponível em: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KJKX.pdf. Acesso em: 19 de fevereiro de 2016.

MORAIS, Carolina Maíra Gomes. **Políticas de saúde e medicina tradicional em Lourenço Marques (Moçambique 1940-1975)**. Anais do XV Encontro Regional de História da ANPUH – Rio. 2012. Disponível em:

http://www.encontro2012.rj.anpuh.org/resources/anais/15/1338390631_ARQUIVO_Politica_sdesaudeemedicinatradicionalemLourencoMarques.pdf. Acessado em: 25 de junho de 2017.

_____. **Estado colonial português e medicinas ao sul do Save Moçambique (1930-1975)**. Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde. Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2014.

MSELLE, Lilian Teddy. EVJEN-OLSEN, Bjørg. MOLAND, Karen Marie. MVUNGI, Abu. KOHI, Thecla Wankuru. **“Hoping for a Normal Life Again”**: Reintegration After Fistula Repair in Rural Tanzania. *J ObstetGynaecolCan*;34(10): p.927–938, 2012.

NADER, Laura. **Num espelho de mulher**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 5, n. 10, p. 61-81, maio 1999.

NAKAMURA, E. **O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado**. In: NAKAMURA E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. Q. (Orgs.) *Antropologia para enfermagem*. Barueri: Manole, 2009. p. 15-35. (Série Enfermagem).

NEHEMIA, Elsa Jacinto José Maria. **Fatores associados à morbidade materna grave: A relação com o HIV e AIDS**, Maputo, Moçambique. Tese (Doutorado) – Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

NEWITT, Malyn. **História de Moçambique**. Lisboa: Publicações Europa-América Lda, 1997.

NHANTUMBO-DIVAGE, Sónia; DIVAGE, José e MARRENGULA, Miguel. **Casamentos prematuros em Moçambique - Contextos, tendências e realidades**. 2010. Disponível em: http://www.fdc.org.mz/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=105&Itemid=106. Acesso em: 28 de junho de 2016.

NHATAVE, Isabel. **Saúde Materna em Moçambique** - Revisão da Literatura. 2006. Disponível em:

http://www.iese.ac.mz/lib/publication/outras/cd_ppi/pastas/governacao/saude/artigos_cientificos_imprensa/saude_materna_mocambique.pdf. Acesso em: 11 de dezembro de 2016.

OLIVEIRA, Filipa Andreia Vagos. **Mutilação Genital Feminina: Cultura ou crime?**2012. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0671.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **O trabalho do Antropólogo**. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora UNESP, 2000.

_____. **A questão étnica: qual a possibilidade de uma ética global?** In: ARIZPE, Lourdes (org) *As dimensões culturais da transformação global: uma abordagem antropológica*. Brasília: UNESCO, 2001.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de & OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso de. **Ensaio antropológico sobre moral e ética**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide**. Genebra: WHO, 1998.

_____. **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf. Acesso em: 12 de dezembro de 2016.

OMS/UNICEF (Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância), 1995. **Modeling Maternal Mortality in the Developing Countries**. Geneva: WHO/UNICEF.

OSÓRIO, Conceição. **Identidades de gênero e identidades sexuais no contexto dos ritos de iniciação do centro e norte de Moçambique**. Boletim Outras Vozes. 2013. Disponível em: http://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2013/12/Identidades_ritos.pdf

_____. **Sociedade matrilinear em Nampula: estamos a falar do passado?** Boletim Outras Vozes. Nº 16. 2006.

OSÓRIO, Conceição e CRUZ E SILVA, Teresa. **Buscando sentidos**. Gênero e sexualidade entre jovens estudantes do ensino secundário, Moçambique. WLSA Moçambique. Maputo, 2008.

OSÓRIO, Conceição e MACUÁCUA, Ernesto. **Os ritos de iniciação no contexto actual: Ajustamentos, rupturas e confrontos construindo identidades de gênero**. WLSA Moçambique. Maputo, julho de 2013.

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

PALHARES, Dario & SQUINCA, Flávia. **Os desafios éticos da mutilação genital feminina e da circuncisão masculina**. Revista Bioética (Impressa) Nº 21 (Vol. 3): 432-437. 2013.

PASSADOR, Luiz Henrique. **Guerrear, casar, pacificar, curar: O universo da “tradição” e a experiência com o HIV/AIDS no distrito de Homoine, sul de Moçambique**. Tese de Doutorado em Antropologia Social. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP. 2011.

_____. **Tradição e Gênero no Sul de Moçambique**. Anais Eletrônicos do XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais. Salvador, 2011b.

PASSADOR, Luiz Henrique e THOMAZ, Omar Ribeiro. **Raça, sexualidade e doença em Moçambique**. Estudos Feministas, Florianópolis, 14(1): 336, janeiro-abril/2006.

PATRÃO, Ana Luísa. **Pertinência da intervenção psicossocial ao nível da promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA nas mulheres africanas: Fundamentação teórica**. Saúde reprodutiva, Sexualidade e Sociedade. Nº 4, p.6-13, 2014.

PEARSON, Luwei; LARSSON, Margareta; FAUVEAU, Vincent; STANDLEY, Judith. **Capítulo 3 - Assistência durante o parto**. In: Oportunidades para os recém-nascidos em África. Guia da

Organização Mundial da Saúde. 2006. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/publications/opportunidades_port_chap3_3.pdf. Acesso em: 28 de dezembro de 2016.

PINHO, Osmundo. **O “Destino das Mulheres e de sua Carne”**: regulação de gênero e o Estado em Moçambique. In: *Corpos, trajetórias e valores: perspectivas de gênero, famílias e Reprodução social em contextos africanos*. Cadernos pagu (45), julho-dezembro de 2015.

PNDU - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2015: O Trabalho como Motor do Desenvolvimento Humano**. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2015_report_pt.pdf. Acesso em: 05 de julho de 2016.

PONDJA, Clélia Francelina Ozias. **O Lobolo em Moçambique** -Transformações das práticas de casamento. Monografia de Bacharelado em Ciências Sociais. Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFPE. 2006.

QUEIROZ, Danielle Teixeira et all. **Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: Conceitos e Aplicações na Área da Saúde**. R Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):276-83.

RANGER, Terence. **Adaption of African Religious Institutions, The Masasi Case**. In: Ranger, Terence; Kinambo, Isaria (Ed.). *The Historical Study of African Religion with Special Reference to East and Central Africa*. London/Ibadan, Heinemann Educational Books, 1972.

REIS, Carlos Santos. **A arte indígena de curar em terras de Zavala**. Separata do Documentário Moçambique nº 71 de setembro de 1952. Moçambique, 1952.

REITMAIER, Pitt. **Algumas achegas para o Historial da Saúde Reprodutiva**. In: CRAVEIRO, Isabel e FERRINHO, Paulo (Org). *Saúde reprodutiva nos Países e Territórios de Língua Portuguesa*. Associação para o desenvolvimento e cooperação Garcia d’Orta: Lisboa, 2002.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 9. ed. São Paulo: Guanabara, 2002.

RIAL, Carmen. **Pesquisando em uma Grande MetrÓpole: Fast-Foods e Studios em Paris**. In: VELHO, Gilberto e KUSCHNIR, Karina. *Pesquisas urbanas: desafios do trabalho antropológico*. Rio de Janeiro: Jorge Zarar, 2003.

RIBEIRO, Mário Ribeiro e CUNHA, Nuno. **Efeitos Urbanos das ONGs**. As experiências da gestão urbana e do microcrédito em Maputo. *Cadernos de Estudos Africanos [Online]*, Nº 01, 2014. Disponível em: <https://cea.revues.org/1618#ftn1>

RITA-FERREIRA, Antonio. **Fixação portuguesa e história pré-colonial de Moçambique**. Instituto de Investigação Científica Tropical/Junta de Investigações Científicas do Ultramar. Estudos, ensaios e documentos, nº 142. Lisboa, 1982.

ROCHA, Cassimiro Antônio Ribeiro da. **Estudo para Assistência Materna em Moçambique**. Dezembro de 1943.

ROCHA, Ana Luiza carvalho da e ECKERT, Cornelia. **Etnografia: saberes e práticas**. In: PINTO, Céli Regina Jardim e GUAZZELLI, César Augusto Barcellos. Ciências Humanas: pesquisa e método. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008.

RODRIGUES, Eugénia. **Alimentação, saúde e império: O físico-mor Luís Vicente de Simoni e a nutrição dos moçambicanos**. 2005. Disponível em:

http://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/436/1/Eugenia_Rodrigues_p621-660.pdf.

Acessado em: 27 de junho de 2017.

ROQUE, Ana Cristina. **As histórias que ficaram por contar: Saúde, crescimento urbano e ambiente em Moçambique na viragem do século XIX**. Lisboa, 2012. Disponível em:

http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33145820/t08c02.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1498611260&Signature=RCn2unOyiEqUelvkBXV8XmnaqSE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA._C._Roque_2013_As_historias_que_ficara.pdf.

Acessado em: 27 de junho de 2017.

_____. **Doença e cura em Moçambique nos relatórios dos serviços de saúde dos finais do século XIX**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.515-537, 2014.

RUSSO, Jane e CARRARA, Sergio Luis. **Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva – com especial referência à Antropologia**. Physis - Revista de Saúde Coletiva, nº 25 (Abril-Junho): 2015.

SANTANA, Jacimara Souza. **Mulheres de Moçambique na revista Tempo: o debate sobre o lobolo (casamento)**. Revista de História, 1-2, pp. 82-98, 2009.

SANTOS, Alessandra Carla Baia dos et al. **Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde**. Rev. NUFEN [online]. vol.4, n.2, p. 11-21, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000200003. Acesso em: 20 de maio de 2017.

SAVANA. **Fístula obstétrica** -Uma tragédia que isola as mulheres. Caderno de Saúde. Publicado em 23 de novembro de 2011.

SCOTT, Parry (Org). **Sistemas de cura: as alternativas do povo**. Univ. Federal de Pernambuco, 1986.

SESAY, Bernadette. 2011. **África: vamos eliminar a MGF**. Disponível em: <http://www.pambazuka.org/en/category/wgender/71788>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2016.

SEGATO, Rita Laura. **Uma agenda de ações afirmativas para as mulheres indígenas do Brasil**. Departamento de Antropologia. Série Antropologia nº 326, Brasília: UnB. 2003.

Disponível em: <http://www.dan.unb.br/images/doc/Serie326empdf.pdf>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2016.

SEVALHO G & CASTIEL LD. **Epidemiologia e antropologia médica: a in(ter)disciplinaridade possível**. In Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Fiocruz-RelumeDumará, Rio de Janeiro, 1998.

SILVA, Gabriela. **Educação e gênero em Moçambique**. Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto, 2007.

SITHOE, Yolanda. **Poligamia: tudo em nome da “tradição”**. Boletim Outras Vozes. Nº 26. 2009.

SPECTOR, Bertram. Et al. **Avaliação da corrupção em Moçambique**. Relatório produzido para a Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID). 2005.

TERRIS, Milton. **Tendencias y perspectivas de lostres sistemas mundiales de atención médica**. Foro Mundial de lasalud, 1980.

THOMAZ, Omar Ribeiro. **Raça, nação e status: Histórias de guerra e relações raciais em Moçambique**. REVISTA USP, São Paulo, n.68, p. 252-268, dezembro/fevereiro 2005-2006.

TRINDADE, ZeideAraujo e ENUMO, Sônia Regina Fiorim. **Triste e incompleta: Uma visão feminina da mulher infértil**. Psicologia USP, Volume 13, nº 02, São Paulo, 2002.

TUNÇALP, Özg. Et al. **Measuring the incidence and prevalence of obstetric fistula: approaches, needs and recommendations**. Bulletin of the World Health Organization, nº 93: p. 60-62, 2015.

TVEDTEN, Inge, PAULO, Margarida e TUOMINEN, Minna. **“Se homens e mulheres fossem iguais, todos nós seríamos simplesmente pessoas” - Gênero e Pobreza no Norte de Moçambique**. Relatório CMI 2009:14. Bergen, Noruega: Chr. Michelsen Instituto, 2009.

UCHÔA, Elizabeth& VIDAL, Jean Michel. **Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença**. Cad. SaúdePública, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, 1994.

UNFPA. **Obstetric fistula needs assessment report: findings from nine African countries**. New York, NY: EngenderHealth; 2003. Disponível em: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fistula-needs-assessment.pdf>. Acesso em: 14 de março de 2016.

_____. **Unidos vamos eliminar a Fístula Obstétrica em Moçambique**. UNFPA e Ministério da Saúde de Moçambique (Folheto): Maputo, 2012. Disponível em: http://countryoffice.unfpa.org/mozambique/drive/BROCHURA_FISTULA_19_09_12.pdf. Acesso em: 24 de fevereiro de 2016.

_____. **The second meeting of the working group for the prevention and treatment of obstetric fistula**. New York: UNFPA; 2003. p. 6. Disponível em:

http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fistula_meeting02_eng.pdf. Acesso em: 28 de fevereiro de 2016.

UNICEF. **Situação Mundial da infância – 2009**. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowc2009_pt.pdf. Acesso em: 22 de junho de 2016.
 _____. **Casamento Prematuro e Gravidez na Adolescência em Moçambique: Causas e Impacto**. 2015. Disponível em: http://www.unicef.org/mz/wp-content/uploads/2015/07/PO_Statistical_Analysis_Child_Marriage_Adolescent_Pregnancy_a_w-Low-Res.pdf. Acesso em: 24 de junho de 2016.

USTÁ, MomadeBay. **O problema do aborto inseguro**. Outras Vozes, nº 33/34, Fev - maio de 2011.

USTÁ, Momade Bay; MITCHELL, Ellen MH; GEBRESELISSIE, Hailemichael; BROOKMAN-AMISSAH, Eunice; KWIZERAE, Amata. **Quem são as excluídas quando o acesso ao aborto é restrito a doze semanas?** Evidências de Maputo, Moçambique. Questões de Saúde Reprodutiva, nº 4: p. 11-14, 2009.

VAZ, Igor. **A Fístula Obstétrica e a situação em Moçambique**. Revista Outras Vozes, nº 33-34, fevereiro-Maio de 2011.

VELEZ, Allyson et al. **The Campaign to End Fistula: What have we learned? Findings of facility and community needs assessments**. International Journal of Gynecology and Obstetrics, Nº 99, p.143–150, 2007.

VIANNA, Adriana de Resende B. **Direitos, moralidades e desigualdades: Considerações a partir de processos de guarda de crianças**. In: LIMA, Roberto Kant de. (Org.) Antropologia e Direitos Humanos 3. Niterói: EdUFF, 2001.

VICENTE, José Gil. **Prematuridade e responsabilidade familiar das raparigas moçambicanas**. Revista Húmus, Mai/Jun/Jul/Ago, Nº 8, 2013.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza. ROCHA, Maria Solange Guerra. HEAD, Judith Frances. CASIMIRO, Isabel Maria Alçada Padez Cortesão. **A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado**. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 196-206, jul./dez. 2014

VIEIRA, Livia Ribeiro Vieira. MAFRA, Luiz Antonio Staub. **Humanização hospitalar e violência simbólica: a percepção das mães em UTIs Neonatais**. Tempus, actas de saúde coletiva, Brasília, 10(3), 99-114, set, 2016.

YEAKEY, Marissa Pine; CHIPETA, Effie; TAULO, Frank; TSUI, Amy O. **The lived experience of Malawian women with obstetric fistula**. Culture, Health & Sexuality, 11:5, P. 499-513. 2009.

ZALUAR, Alba. **Teoria e prática do trabalho de campo: Alguns problemas**. In: CARDOSO, Ruth. A aventura antropológica. Ed. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1986.

ZAMPARONI, Valdemir. **De escravo a cozinheiro: colonialismo & racismo em Moçambique**. Centro de Estudos Afro-orientais. Salvador: EDUFBA, 2012.

_____. **Lepra: doença, isolamento e segregação no contexto colonial em Moçambique**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 24, núm. 1. Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, Brasil, 2017.

ZELEKE, BerihunMegabiaw; AYELE, TadesseAwoke; WOLDETSADIK, MulatuAdefris; BISETEGN, TelakeAzale e ADANE, AkilewAwoke. **Depression among women with obstetric fistula, and pelvic organ prolapse in northwest Ethiopia**. BMC Psychiatry. 13:236. 2013.

WEIMER, Bernhard. **Saúde para o povo?** Para um entendimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no sector da saúde em Moçambique. In: WEIMER, Bernhard (Org). Moçambique: Descentralizar O Centralismo Economia política, recursos e resultados. Instituto de Estudos Sociais e Econômicos, Maputo, 2012.

WERNECK, Alexandre e OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso de. (orgs.). **Pensando bem: estudos de sociologia e antropologia da moral**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2014.

WESTON, Khisa; MUTISO, Stephen; MWANGI, Judy W; QURESHI, Zahida; BEARD, Jessica and VENKAT, Pavithra. **Depression among Women with Obstetric Fistula in Kenya**. International Journal of Gynecology & Obstetrics 115, no. 1, p.31–33, 2011.

WILSON, Sarah; SIKKEMAA, Kathleen; WATT, Melissa e MASENGA, Gileard. **Psychological Symptoms Among Obstetric Fistula Patients Compared to Gynecology Outpatients in Tanzania**. Int J Behav Med. Nº 22(5): 605–613. 2015.

WLSA. **A mutilação genital feminina (MGF)**. Revista Outras Vozes, nº 33-34, fevereiro-Maio de 2011.

_____. **Omitidas: Mulheres com Fístula Obstétrica em Moçambique**. WLSA (Brochura): Maputo, 2011. Disponível em: <http://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2014/03/Brochura-Fistula.pdf>. Acesso em: 24 de fevereiro de 2016.

Sites

- **Censo de Moçambique – 2007**. Disponível em: <http://www.ine.gov.mz/censo2007>. Acesso em: 17 de junho de 2017.

Jornal Domingo (Versão online)

- 05 de outubro de 2014. **“O herói das Fístulas”**. Disponível em: <http://www.jornaldomingo.co.mz/index.php/reportagem/3867-o-heroi-das-fistulas>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2016.
- 17 de maio de 2015. **“HCM é referência na área de Urologia”**. Disponível em: <http://www.jornaldomingo.co.mz/index.php/reportagem/5436-hcm-e-referencia-na-area-de-urologia>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2016.

Jornal de Notícias (Versão online)

- 24 de agosto de 2013. **“Casos de fístula obstétrica aumentam em Nampula”**. Disponível em: <http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/sociedade/1571-casos-de-fistula-obstetrica-aumentam-em-nampula>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2016.
- 07 novembro de 2014. **“Fístulas Obstétricas: Pesadelo que atormenta mulheres”**. Disponível em: <http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/pagina-da-mulher/26239-fistulas-obstetricas-pesadelo-que-atormenta-mulheres>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2016.
- 31 de março de 2015. **“Inhambane: Hemorragia pós-parto preocupa sector da Saúde”**. Disponível em: <http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/provincia-em-foco/33988-inhambane-hemorragia-pos-parto-preocupa-sector-da-saude>. Acesso em: 17 de Fevereiro de 2016.
- 25 de setembro de 2015. **“Zambézia: A discriminação dói mais que a fístula”**. Disponível em: <http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/provincia-em-foco/43707-zambezia-a-discriminacao-doi-mais-que-a-fistula.html>. Acesso em: 10 de agosto de 2016.
- 01 de setembro de 2016. **“Medicina Tradicional: Legislação vai disciplinar exercício da atividade”**. Disponível em: <http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/primeiro-plano/57809-medicina-tradicional-legislacao-vai-disciplinar-exercicio-da-atividade.html>

Jornal @ Verdade (Versão online)

- 23 de setembro de 2008. **“Casamento precoce ganha terreno”**. Disponível em: <http://www.verdade.co.mz/nacional/101-casamento-precoce-ganha-terreno#comment-3972>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2016.
- 17 de dezembro de 2008. **“Hospital Central da Beira - Cirurgia delicada”**. Disponível em: <http://www.verdade.co.mz/nacional/390-hospital-central-da-beira-cirurgia-delicada>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2016.
- 10 de fevereiro de 2009. **“Partos são 300 vezes mais arriscados nos países pobres do que nos ricos”**. Disponível em: <http://www.verdade.co.mz/mulher/572-partos-sao-300-vezes-mais-arriscados-nos-paises-pobres-do-que-nos-ricos>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2016.
- 15 de maio de 2009. **“Depois de bons resultados na região centro Mulheres com fístulas vesicovaginais serão operadas”**. Disponível em: <http://www.verdade.co.mz/nacional/2438-depois-de-bons-resultados-na-regiao-centro-mulheres-com-fistulas-vesicovaginais-serao-operadas>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2016.
- 11 de outubro de 2011. **“Cerca de 75 mil mulheres podem estar a sofrer de fístula obstétrica”**. Disponível em: <http://www.verdade.co.mz/saude-e-bem-estar/22636-cerca-de-75-mil-mulheres-podem-estar-a-sofrer-de-fistula-obstetrica>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2016.
- 19 de abril 2012. **“Os riscos de uma gravidez na adolescência”**. Disponível em: <http://www.verdade.co.mz/saude-e-bem-estar/26657-os-riscos-de-uma-gravidez-na-adolescencia>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2016.
- 13 de junho de 2013. **“Casamentos prematuros preocupam a Sociedade Civil em Nampula”**. Disponível em: <http://www.verdade.co.mz/mulher/37618-casamentos-prematuros-preocupam-a-sociedade-civil-em-nampula>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2016.
- 18 de outubro de 2013. **“Cirurgia de fístula obstétrica abrange mais de 30 mulheres em Nampula”**. Disponível em: <http://www.verdade.co.mz/saude-e-bem-estar/40999-cirurgia-de-fistula-obstetrica-abrange-mais-de-30-mulheres-em-nampula>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2016.

- 28 de março de 2014. **“Fístula obstétrica assola mais de 95 mil mulheres em Moçambique”**. Disponível em: <http://www.verdade.co.mz/saude-e-bem-estar/45134-fistula-obstetrica-assola-mais-de-95-mil-mulheres-em-mocambique>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2016.
- 10 de julho de 2014. **“Mais de 2.300 mulheres podem desenvolver fístula obstétrica até 2015”**. Disponível em: <http://www.verdade.co.mz/mulher/47407-mais-de-2300-mulheres-podem-desenvolver-fistula-obstetrica-ate-2015>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2016.
- 30 de setembro de 2015. **“O aborto seguro, num estabelecimento de saúde oficial, é legal e gratuito em Moçambique”**. Disponível em: <http://www.verdade.co.mz/tema-de-fundo/35-themadefundo/55132-o-aborto-seguro-num-estabelecimento-de-saude-oficial-e-legal-e-gratuito-em-mocambique>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2016.

Organização das Nações Unidas - ONU

- 06 de fevereiro de 2015. **“Em dia internacional, ONU pede que setor de saúde não seja conivente com mutilação genital feminina”**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/em-dia-internacional-onu-pede-que-setor-de-saude-nao-seja-conivente-com-mutilacao-genital-feminina/>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2016.
- 07 de fevereiro de 2016. **“ONU pede eliminação de ‘prática violenta’ da mutilação genital feminina até 2030”**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-pede-eliminacao-de-pratica-violenta-da-mutilacao-genital-feminina-ate-2030/>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2016.

Organização Mundial de Saúde - OMS

- 2008. **“Eliminating female genital mutilation. An interagency statement”**. Disponível em: http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_State_ment_on_Eliminating_FGM.pdf. Acesso em: 17 de fevereiro de 2016.
- 21 de abril de 2015. **“End fistula. Restore Women's Dignity”**. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/fistula/en/. Acesso em: 15 de fevereiro de 2016.

UNICEF

- 2005. **“Female Genital Mutilation/Cutting. A statistical exploration”**. Disponível em: http://www.unicef.org/publications/index_29994.html. Acesso em: 19 de fevereiro de 2016.

UNFPA

- 2014. **“Programme conjoint UNFPA-UNICEF sur les mutilations génitales féminines/l'excision: Accélérer le changement”**. Disponível em: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Joint%20Programme%20FGM_FR.pdf. Acesso em: 18 de fevereiro de 2016.
- 2015. **“Perspectives démographiques sur les mutilations génitales féminines”**. Disponível em: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Demographic%20Perspectives%20on%20FGM_FR_0.pdf. Acesso em: 18 de fevereiro de 2016.

UNFPA – Mozambique

- 09 de janeiro de 2015. **“Nações Unidas pedem mais esforço para acabar com a fístula obstétrica”**. Disponível em:

http://countryoffice.unfpa.org/mozambique/2015/01/09/11241/nacoes_unidas_pedem_mais_esforco_para_acabar_com_a_fistula_obstetrica/. Acesso em: 12 de fevereiro de 2016.

Tearfund

- Sem data. **“Fístula”**. Disponível em: http://tilz.tearfund.org/pt-pt/resources/publications/footsteps/footsteps_81-90/footsteps_86/fistula/. Acesso em: 15 de fevereiro de 2016.

Apêndice

Apêndice A – Modelo do questionário aplicado

Nº _____

Data: ____/____/2015

Hospital: _____

Protocolo de Pesquisa em Fístula Obstétrica

Pesquisadora: Lúcia Helena Barbosa Guerra

Orientador: Professor RusseallParry Scott (UFPE)

Co-orientadora: Professora Esmeralda Celeste Mariano (JEM)

1. Qual seu nome? _____

2. Qual a sua idade? _____

3. Naturalidade? _____

4. Qual a sua religião?

() Anglicana

() Islâmica

() Animista

() Zione/Sião

() Católica

() Sem religião

() Evangélica/Pentecostal

() Outras religiões

() Hindu

Qual? _____

5. Qual a sua raça?

() Amarela (oriental)

() Negra

() Branca

() Mestiça

() Indústânica

() Outras

6. Qual a sua etnia?

() Chope

() Sena

() Tonga

() Maconde

() Shanga

() Wa Yao

() Macua

() Shona

() Desconhecida

() Machope

() Sualíli

Outra: _____

() Nguni

() Tsonga

7. Você esta trabalhando? () Sim () Não
08. Se sim, qual sua profissão? _____
09. Qual sua escolaridade?
- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| () Não frequentou a escola | () Ensino secundário - 2º ciclo |
| () Ensino Pré escolar | () Ensino técnico profissional |
| () Ensino Primário - 1º grau | () Ensino superior |
| () Ensino Primário - 2º grau | () Pós graduação |
| () Ensino secundário - 1º ciclo | |
10. Qual seu estado civil?
- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| () Casada | () União marital |
| () Separada/divorciada | () Viúva |
| () Solteira | |
| | () Nunca sofreu violência |
11. Qual sua idade ao se casar pela primeira vez? _____
12. Você já foi vítima de violência?²⁰¹
- () Sim () Não
13. De que tipo? Pode marcar mais de uma opção.
- () Psicológica
- () Física
- () Verbal
- () Sexual
- () Nunca sofreu nenhum tipo de violência
15. Quem foi o agressor?
- () Marido/noivo/namorado
- () Ex-marido/ex-noivo/ex-namorado
- () Pai
- () Outro parente
- () Vizinho
- () Amigo
- () Desconhecido

²⁰¹Por desconhecimento este questionário não foi elaborado em conformidade com o modelo da Organização Mundial de Saúde denominado "WHO VAW - World Health Organization Violence Against Women", validado no Brasil por Schraiber em 2010.

16. Qual sua idade ao desenvolver a Fístula obstétrica? _____
17. Procurou tratamento em outro Hospital ou Posto de Saúde? () Sim () Não
Qual? _____
18. Conviveu por quanto tempo com a F.O. antes de realizar cirurgia? _____
19. Quantas gestações já teve? _____
20. Quantos filhos vivos você tem? _____
21. Na gestação da F.O. você fez pré natal? () Sim () Não
22. Quantas consultas de pré-natal você teve?
- () Nenhuma () 5 - 6
() 1 - 2 () mais de 6 consultas
() 3 - 4
23. Quantos dias ficou em trabalho de parto em casa? _____
24. Quem assistiu o parto?
- () Mãe () Parteira
() Sogra () Rival
() Marido () Outro parente: _____
25. O bebe nasceu aonde?
- () Em casa () Unidade Sanitária
() Na casa de familiares () Hospital
26. Quem realizou o parto?
- () Mãe () Enfermeira (o)
() Sogra () Médico (a)
() Parente
() Parteira
27. Qual tipo de parto? () Cesariana () Normal
28. Quantos dias durou o trabalho de parto (casa + hospital)? _____

29. O bebê nasceu vivo ou morto?

Vivo

Morto

Vivo, mas morreu no primeiro mês de vida.

30. Após o parto teve período (menstruação)? Sim Não

31. Após desenvolver a fístula seu marido lhe abandonou?

Sim

Não

Era solteira

Era viúva

32. Onde vcesta morando desde então? _____

33. Já realizou alguma cirurgia de reparação de Fístula? Sim Não

34. Quantas cirurgias já realizou? _____

35. A quanto tempo realizou a última cirurgia? _____

36. Antes da cirurgia fez algum teste para HIV/SIDA? Sim Não

37. Qual o resultado do exame? Positivo Negativo Não fez

38. Teve relações sexuais quanto tempo após a cirurgia? _____

39. Você utilizada preservativo (Camisinha)? Sim Não Não faz sexo

40. Você já teve ou tem alguma dessas doenças?

Malária

Cancro de colo úterino

Cancro de mama

DST

Tuberculose

Hepatite

SIDA

Nenhuma destas doenças

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Confirmo por este meio que fui informada sobre a natureza do estudo intitulado Um olhar antropológico sobre as experiências e narrativas de mulheres com fístula obstétrica em Moçambique, os processos a serem seguidos, os benefícios e riscos envolvidos neste estudo. Confirmo igualmente ter recebido, lido e compreendido a informação constante do documento INFORMAÇÃO AO PACIENTE sobre o mesmo estudo, tendo tido oportunidade de ser esclarecida quanto às dúvidas e questões por mim colocadas.

Estou ciente de que os resultados deste estudo serão processados e publicados num relatório de pesquisa e compreendi que posso retirar-me em qualquer momento do estudo, sem que tenha qualquer penalidade ou perda de benefícios. Assim, eu,

Abaixo assinado, tendo recebido as informações e ciente dos meus direitos, concordo em participar desse estudo.

_____ de _____ de 2015.

Assinatura do voluntário

Apêndice B – Quadro informativo sociocultural das pacientes

NOME	IDADE	PROVÍNCIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PARIDADE	FILHOS VIVOS	DURAÇÃO DA FÍSTULA
E.B.	26	Inhambane	Separada/divorciada	Ensino Primário - 2º grau	1	0	05 anos
A.F.	29	Maputo	Casada	Não frequentou a escola	3	2	11 anos
C.C.	43	Maputo	Casada	Ensino superior	4	3	11 anos
M.R.S.	36	Quelimane	Viúva	Não frequentou a escola	1	1	20 anos
A.C.	42	Inhambane	Casada	Ensino Primário - 1º grau	1	Nenhum	23
V.S.	48	Inhambane	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	23
F.M.	30	Maputo	Separada/divorciada	Ensino Primário - 2º grau	5	4	07 meses
A.A.	32	Maputo	União marital	Não frequentou a escola	4	3	15 meses
L.M.	40	Inhambane	Solteira	Ensino Primário - 1º grau	2	Nenhum	19
L.A	51	Inhambane	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	09 meses
A.J.	47	Inhambane	Viúva	Ensino Primário - 1º grau	1	1	28
A.G.	26	Inhambane	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	4

NOME	IDADE	PROVÍNCIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PARIDADE	FILHOS VIVOS	DURAÇÃO DA FÍSTULA
M.A.	30	Gaza	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	17
R.M.	45	Gaza	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	2	1	16
N.E.	42	Gaza	Viúva	Não frequentou a escola	7	7	3
C.D.	15	Gaza	Solteira	Ensino Primário - 2º grau	1	Nenhum	6 meses
M.C.	24	Inhambane	Solteira	Não frequentou a escola	1	Nenhum	1 ano
S.J.S.	21	Gaza	Separada/divorciada	Ensino Primário - 2º grau	1	Nenhum	depois do parto
A.C.R.	39	Manica	Casada	Ensino Primário - 1º grau	7	4	01 ano
A.J.	36	Manica	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	2	Nenhum	05 anos
A.J.	22	Sofala	Casada	Ensino Primário - 1º grau	1	Nenhum	1 ano
A.M.	19	Manica	Separada/divorciada	Ensino Primário - 1º grau	1	Nenhum	01 ano
A.F.	36	Manica	Casada	Não frequentou a escola	7	5	02 anos
A.V.	18	Manica	Casada	Ensino Primário - 1º grau	2	1	02 anos
B.A.	18	Sofala	Separada/divorciada	Ensino Primário - 2º grau	1	Nenhum	03 anos

NOME	IDADE	PROVÍNCIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PARIDADE	FILHOS VIVOS	DURAÇÃO DA FÍSTULA
C.D.	48	Sofala	Viúva	Não frequentou a escola	1	Nenhum	18 anos
C.J.	23	Manica	Casada	Ensino secundário - 1º ciclo	3	Nenhum	03 anos
C.M.V.	48	Sofala	Separada/divorciada	Ensino Pré escolar	3	1	15 anos
C.J.	18	Manica	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	1 ano
C.M.	19	Manica	Solteira	Não frequentou a escola	1	Nenhum	05 anos
C.J.	25	Sofala	Casada	Não frequentou a escola	3	2	03 anos
E.F.	45	Manica	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	2	1	.
E.M.	50	Sofala	Casada	Não frequentou a escola	3	2	Não sabe
E.F.	34	Manica	Viúva	Não frequentou a escola	8	7	6
E.M.	29	Sofala	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	3	2	03 anos
E.M	30	Gaza	Casada	Não frequentou a escola	8	6	1 ano
E.P.	30	Sofala	Casada	Não frequentou a escola	6	3	6 anos
G.M.	19	Manica	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	1 ano

NOME	IDADE	PROVÍNCIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PARIDADE	FILHOS VIVOS	DURAÇÃO DA FÍSTULA
J.S.	20	Manica	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	1 ano
J.F.	16	Manica	Casada	Ensino Primário - 1º grau	2	1	1 ano
J.B.	24	Sofala	Casada	Ensino Primário - 1º grau	1	Nenhum	09 anos
J.S.	20	Manica	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	8 meses
J.M.	25	Sofala	Casada	Não frequentou a escola	3	2	03 anos
J.S	21	Manica	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	08 anos
H.J.P.	22	Zambezia	Separada/divorciada	Ensino Primário - 1º grau	1	Nenhum	06 anos
H.J.	26	Manica	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	2	Nenhum	05 anos
H.M.	20	Sofala	Casada	Não frequentou a escola	3	2	1 ano
L.G.	25	Sofala	Separada/divorciada	Ensino Primário - 1º grau	1	Nenhum	10 anos
M.J.	19	Sofala	Casada	Ensino secundário - 1º ciclo	1	Nenhum	1 ano
M.T.	19	Manica	Casada	Ensino Primário - 2º grau	1	Nenhum	1 ano
M.M.B.	32	Tete	Casada	Ensino Primário - 1º grau	5	3	4 anos

NOME	IDADE	PROVÍNCIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PARIDADE	FILHOS VIVOS	DURAÇÃO DA FÍSTULA
M.M.	23	Sofala	União marital	Ensino secundário - 1º ciclo	3	2	1 ano
M.S.	26	Manica	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	2 anos
M.S.	17	Manica	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	1 ano
M.M.	20	Manica	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	1 ano
M.F.	40	Manica	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	06 anos
N.E.	16	Sofala	Solteira	Não frequentou a escola	1	Nenhum	1 ano
R.J.	17	Manica	Casada	Ensino Primário - 1º grau	1	Nenhum	1 ano
R.A.G.	34	Sofala	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	5	2	6 meses
R.J.	24	Sofala	Casada	Ensino Primário - 1º grau	5	2	1 ano
R.F.	20	Manica	Casada	Ensino Primário - 1º grau	1	Nenhum	2 anos
R.S.	19	Manica	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	1 ano
R.A.	26	Manica	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	01 ano
S.J.	30	Sofala	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	08 anos

NOME	IDADE	PROVÍNCIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PARIDADE	FILHOS VIVOS	DURAÇÃO DA FÍSTULA
S.T.	30	Sofala	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	1 ano
S.T.	28	Manica	Viúva	Ensino Primário - 1º grau	5	3	10 anos
T.F.	30	Sofala	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	03 anos
T.F.	20	Sofala	Casada	Ensino Primário - 2º grau	1	Nenhum	1 ano
T.S.	25	Manica	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	5 anos
T.L.	30	Sofala	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	07 anos
V.K.	28	Manica	Casada	Ensino Primário - 1º grau	5	4	06 meses
Z.F.	18	Manica	Separada/divorciada	Ensino Primário - 2º grau	2	Nenhum	1 ano
L.C.A.	33	Maputo	Separada/divorciada	Ensino Primário - 1º grau	6	5	03 anos
L.F.D.	38	Gaza	Viúva	Não frequentou a escola	4	3	06 anos
G.P.	31	Inhambane	Separada/divorciada	Ensino Primário - 1º grau	1	Nenhum	16 anos
C.A.H.	48	Maputo	Separada/divorciada	Ensino Primário - 2º grau	2	2	02 anos
M.F.	55	Inhambane	Solteira	Não frequentou a escola	3	2	06 anos

NOME	IDADE	PROVÍNCIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PARIDADE	FILHOS VIVOS	DURAÇÃO DA FÍSTULA
L.F.M.	25	Inhambane	Casada	Ensino Primário - 1º grau	1	Nenhum	06 meses
M.M.V.S	31	Maputo	Casada	Ensino superior	5	3	05 anos
E.J.W.	55	Gaza	Casada	Não frequentou a escola	7	5	03 anos
V.A.N.	24	Gaza	Casada	Não frequentou a escola	5	2	04 anos
S.L.	22	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	2	1	01 ano
M.A.	55	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	2	Nenhum	Não sabe
J.F.	32	Sofala	Casada	Não frequentou a escola	2	1	Não sabe
F.M.	50	Maputo	Viúva	Ensino Primário - 1º grau	3	1	32
E.C.	22	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	03 anos
A.P.	38	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	2	Nenhum	07 anos
M.F.	44	Nampula	Casada	Ensino Primário - 1º grau	2	1	29 anos
H.A.	55	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	3	Nenhum	25 anos
J.R.	30	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	4	1	14 anos

NOME	IDADE	PROVÍNCIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PARIDADE	FILHOS VIVOS	DURAÇÃO DA FÍSTULA
J.E.	18	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	3	2	01 ano
S.J.	18	Nampula	Separada/divorciada	Ensino Primário - 1º grau	3	Nenhum	01 ano
D.A.	35	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	5	4	01 ano
B.M.	26	Zambezia	Casada	Ensino Primário - 2º grau	1	Nenhum	03 anos
A.A.	73	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	2	1	Não sabe
O.A.	18	Zambezia	Separada/divorciada	Ensino Primário - 1º grau	1	Nenhum	08 meses
A.P.	20	Zambezia	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	04 meses
C.P.	30	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	7	5	04 anos
A.C.	33	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	10	7	02 anos
N.F.	18	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	01 ano
I.B.	17	Nampula	Separada/divorciada	Ensino Primário - 1º grau	1	Nenhum	03 meses
I.F.	17	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	03 meses
R.B.	35	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	7	5	03 meses

NOME	IDADE	PROVÍNCIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PARIDADE	FILHOS VIVOS	DURAÇÃO DA FÍSTULA
M.O.	32	Nampula	Casada	Ensino Primário - 1º grau	5	1	01 ano
S.P.	22	Nampula	Casada	Ensino Primário - 2º grau	2	1	01 ano
A.A.	38	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	5	4	04 anos
E.D.	33	Nampula	Casada	Ensino Primário - 2º grau	6	Nenhum	Não sabe
M.J.	18	Niassa	Separada/divorciada	Ensino Primário - 1º grau	1	Nenhum	05 meses
F.A.	38	Cabo Delgado	Casada	Não frequentou a escola	6	2	Não sabe
A.S.	48	Nampula	Viúva	Não frequentou a escola	3	Nenhum	05 anos
S.C.	36	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	08 anos
A.L.	22	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	2	Nenhum	03 anos
C.J.	23	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	4	3	03 anos
L.B.	30	Cabo Delgado	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	Não sabe
B.A.	27	Cabo Delgado	Viúva	Ensino Primário - 1º grau	2	Nenhum	11 anos
E.C.	27	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	03 anos

NOME	IDADE	PROVÍNCIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PARIDADE	FILHOS VIVOS	DURAÇÃO DA FÍSTULA
Z.A.	20	Cabo Delgado	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	01 ano
R.A.	30	Cabo Delgado	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	6	5	09 anos
Z.D.	20	Cabo Delgado	Separada/divorciada	Ensino Primário - 1º grau	1	Nenhum	01 ano
S.B.	44	Cabo Delgado	Separada/divorciada	Ensino Primário - 1º grau	3	1	15 anos
D.A.	37	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	7	4	01 ano
O.A.	30	Cabo Delgado	Casada	Não frequentou a escola	5	3	Não sabe
A.P.	15	Cabo Delgado	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	04 meses
M.S.	30	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	8	4	03 anos
S.L.	36	Nampula	Separada/divorciada	Ensino Primário - 1º grau	5	3	Não sabe
P.V.	28	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	5	3	Não sabe
D.E.	21	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	2	1	01 ano
C.L.	30	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	5	3	05 anos
A.A.	15	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	2	Nenhum	06 meses

NOME	IDADE	PROVÍNCIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PARIDADE	FILHOS VIVOS	DURAÇÃO DA FÍSTULA
T.I.	34	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	8	5	02 anos
M.A.	16	Nampula	Separada/divorciada	Ensino Primário - 1º grau	1	Nenhum	02 anos
L.F.	22	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	06 meses
E.A.	28	Nampula	Separada/divorciada	Ensino Primário - 2º grau	8	5	04 meses
R.J.	35	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	5	Nenhum	22 anos
F.C.	42	Nampula	Viúva	Não frequentou a escola	Mais de 10	6	13 anos
A.G.	30	Cabo Delgado	Casada	Não frequentou a escola	6	5	05 anos
F.H.	54	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	9	8	30 anos
F.H.	19	Nampula	Solteira	Ensino Primário - 2º grau	1	Nenhum	01 ano
M.L.	48	Nampula	Viúva	Não frequentou a escola	2	Nenhum	14 anos
C.F.	35	Cabo Delgado	Viúva	Não frequentou a escola	6	1	15 anos
R.A.	29	Cabo Delgado	Separada/divorciada	Ensino Primário - 1º grau	2	1	10 anos
J.V.	25	Cabo Delgado	Separada/divorciada	Ensino Pré escolar	1	Nenhum	Não sabe

NOME	IDADE	PROVÍNCIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PARIDADE	FILHOS VIVOS	DURAÇÃO DA FÍSTULA
M.V.	44	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	7	4	20 anos
M.N.	48	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	8	7	4 anos
A.M.	19	Nampula	Casada	Ensino Primário - 2º grau	1	Nenhum	02 anos
C.T.	30	Nampula	Casada	Ensino Primário - 1º grau	6	4	01 ano
C.C	18	Nampula	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	2 anos
A.N.	27	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	2	2	5 anos
O.A.	41	Nampula	Separada/divorciada	Ensino Pré escolar	1	Nenhum	12 anos
F.A	40	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	Mais de 10	7	1 ano
E.A.	20	Nampula	Casada	Ensino Primário - 2º grau	1	Nenhum	08 meses
T.A.	23	Nampula	Casada	Não frequentou a escola	2	1	10 anos
L.N.	42	Nampula	Casada	Ensino Primário - 1º grau	9	8	5 anos
D.A.	22	Cabo Delgado	Casada	Não frequentou a escola	1	Nenhum	2 anos
L.C.	24	Inhambane	Separada/divorciada	Não frequentou a escola	2	Nenhum	07 anos

NOME	IDADE	PROVÍNCIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PARIDADE	FILHOS VIVOS	DURAÇÃO DA FÍSTULA
F.L.	39	Maputo	Casada	Ensino Primário - 1º grau	5	3	02 anos
M.B.	35	Maputo	Viúva	Não frequentou a escola	5	5	17
R.E.M.	21	Gaza	Separada/divorciada	Ensino Primário - 2º grau	1	Nenhum	4 anos
A.E.D.	33	Maputo	Solteira	Ensino superior	2	2	01 ano
F.A.	30	Inhambane	Casada	Ensino Primário - 2º grau	2	1	09 meses
M.A.	18	Gaza	Separada/divorciada	Ensino Pré escolar	1	Nenhum	07 meses