



UNIVERSIDADE
E D U A R D O
MONDLANE

FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Trabalho de Fim de Curso

Percepções e Práticas sobre Prevenção e Tratamento da Fístula Obstétrica entre Mulheres Jovens na cidade de Maputo.

Autora:

Anabela Armando Cossa

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia, pela Universidade Eduardo Mondlane

Supervisor:

Prof. Dr.: Carlos Eduardo Cuinhane

Maputo, Julho de 2022

Percepções e Práticas sobre Prevenção e Tratamento da Fístula Obstétrica entre Mulheres Jovens na cidade de Maputo.

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia, pela Universidade Eduardo Mondlane.

Universidade Eduardo Mondlane

Faculdade de Letras e Ciências Sociais

Departamento de Sociologia

Supervisor: Prof. Dr. Carlos Cuinhane

Trabalho de Fim de Curso

Maputo, Julho de 2022

Percepções e Práticas sobre Prevenção e Tratamento da Fístula Obstétrica entre Mulheres Jovens na cidade de Maputo.

Monografia apresentada em cumprimento parcial para a obtenção do Grau de Licenciatura em Sociologia na Universidade Eduardo Mondlane.

Autora: Anabela Armando Cossa

Supervisor: Prof. Dr. Carlos Eduardo Cuinhane

O Júri

O Supervisor

O Presidente

O Oponente

Maputo, aos _____, de _____, de 2022

Declaração

Eu, **Anabela Armando Cossa**, declaro por minha honra que, o presente trabalho de fim de curso de Licenciatura em Sociologia, cujo tema é “Percepções e Práticas sobre prevenção e tratamento da Fístula Obstétrica entre mulheres jovens na cidade de Maputo” nunca foi apresentado para a obtenção de qualquer outro grau académico, daí que os resultados desta pesquisa constituem fruto da investigação pessoal, estando indicadas na bibliografia todas as fontes por mim utilizadas no decorrer do trabalho de pesquisa.

Maputo, Julho de 2022



(Anabela Armando Cossa)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradecer à Deus pela saúde que me deu ao longo da desta jornada. Este é o culminar de mais uma etapa e, faltam-me palavras para expressar meu apreço pelo apoio, sugestões, conselhos, e carinho, por tudo isto, meu especial agradecimento ao meu supervisor, Prof. Doutor Carlos Eduardo Cuinhane, pois sem o seu apoio, talvez não concluísse esta etapa.

Agradeço a todos os docentes do Curso de Licenciatura em Sociologia com quem partilhei bons momentos que, com o seu saber e atenção ajudaram a construir o que eu chamo de o meu ser.

Os agradecimentos são também extensivos à todos os participantes desta pesquisa que se dignaram a prestar informações com toda a abertura, verdade e seriedade, o que permitiu a efectivação do presente projecto de pesquisa.

Agradeço a Dr^a Alcinda da Clínica Cruz Azul, pelo apoio para autorização da recolha de dados, e ter facultados qualquer informação para o estudo. Agradecer também aos profissionais de saúde dos departamentos da urologia e obstetrícia do Hospital Central de Maputo.

Aos meus colegas, meus pares, Laura Djedje, Ivone Faduco, Palatina Massinga, Eugénio Silveira, Arnaldo Cossa vai uma palavrinha de apreço pelos debates de ideias que, nem sempre convergentes, me foram muito úteis, o meu obrigado.

Por fim agradecer a todos amigos e familiares pela ajuda que prestaram durante esta jornada.

OBRIGADA A TODOS!

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS.

CIBSFM	Comité Institucional de Bioética para a Saúde da Faculdade de Medicina.
CNBS	Comité Nacional de Bioética em a Saúde
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
FLCS	Faculdade de Letras e Ciências Sociais
FM	Faculdade de Medicina
FO	Fístula Obstétrica
FVV	Fístula vesico vaginal
HCM	Hospital Central de Maputo
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da saúde
SSR	Saúde Sexual Reprodutiva
TPA	Trabalho de Parto Arrastado
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
US	Unidade Sanitária
WLSA	Woman and Law in Southern Africa

Resumo

Esta pesquisa procurou captar as percepções e práticas sobre prevenção e tratamento da fístula obstétrica entre mulheres jovens na cidade de Maputo. A pesquisa analisa as percepções que as mulheres jovens têm em relação prevenção e tratamento da fístula obstétrica. O argumento defendido nesta pesquisa é de que as percepções e práticas sobre a fístula obstétrica são influenciadas pelo acesso à informação e experiência sobre a doença. Em termos metodológicos recorreu-se ao método qualitativo que consistiu na administração de 17 entrevistas semiestruturadas a mulheres jovens do sexo feminino com idades compreendidas entre os 18 e 34 anos de idade que tiveram experiência de uma fístula obstétrica. A análise dos resultados da pesquisa foi feita a partir da análise do conteúdo e auxiliada pela teoria fenomenológica de Alfred Schutz. Em relação aos resultados, constatou-se que as participantes do estudo associam fístula obstétrica às acções de feitiçaria, à vontade divina, mas também relacionam a doença com o facto de terem sido submetidas a cirurgia cesariana. Estas percepções estão no sistema de crenças, práticas, conhecimentos e interpretações que influenciam o modelo explicativo, e o processo de cuidados terapêuticos da fístula obstétrica. Destaca-se ainda a presença de práticas culturais arraigadas que também exercem influência sobre as percepções das participantes em relação a fístula obstétrica.

Palavras-chave: Fístula obstétrica, Jovem, Percepções e Práticas.

ABSTRACT

This research sought to capture perceptions and practices on prevention and treatment of obstetric fistula among young women in Maputo city. The research analyzes the perceptions that young women have in relation to prevention and treatment of obstetric fistula. The argument defended in this research is that perceptions and practices about obstetric fistula are influenced by access to information and experience about the disease. A qualitative method was used to collect the data. This method consisted of administering 17 semi-structured interviews to young women aged between 18 and 34 years old, who had experienced an obstetric fistula. Content analysis was used to analyse the data. The analysis was supported by the phenomenological theory of Alfred Schutz. Regarding the results, it was found that for the study participants, the perceptions of the obstetric fistula take various forms, the young women relate the development of the fistula to witchcraft, the divine willing, but they also relate the disease to the fact that they have been undergoing cesarean surgery. These perceptions are in the system of beliefs, practices, knowledge and interpretations that influence the explanatory model, and the process of therapeutic care of obstetric fistula. Also noteworthy is the presence of ingrained cultural practices that also influence participants perceptions in relation to fistula.

Keywords: Obstetric fistula, Young, Perceptions and Practices.

Índice

DECLARAÇÃO	iv
AGRADECIMENTOS	v
LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS.....	vi
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
Introdução.	1
Capítulo 1. Da revisão da literatura à construção do problema de pesquisa.	3
1.1. Uma breve contextualização histórica sobre a fístula obstétrica (fo).	3
1.2. Factores da fístula obstétrica.....	4
1.3. Consequências da fístula obstétrica.	5
1.4. Tratamento da fístula obstétrica.	6
1.5. Abordagens sobre a fístula obstétrica	8
1.5.1 abordagem institucional.	8
1.5.2. Abordagem economicista.....	11
1.5.3. Abordagem cultural.	13
1.6. Formulação do problema de pesquisa.	14
1.7. Objectivos.	16
1.7.1 objectivo geral.....	16
1.7.2. Objectivo específico.....	16
1.8. Justificativa.	16
Capítulo 2. Enquadramento teórico e conceptual.....	18
2.1. Abordagem teórica.	18
2.2. Conceptualização dos conceitos, e sua operacionalização.	22
2.2.1 Jovem/juventude	22
2.2.2 Percepções.....	22
2.2.3 Fístula obstétrica/ vesico vaginal.	23
Capítulo 3. Metodologia.	25
3.1. Descrição do local do estudo.	25
3.2. Método de procedimento.	25

3.3. Método de abordagem.....	25
3.4. Universo populacional e delimitação da amostra.	26
3.5. Critérios de selecção da amostra.....	27
3.6. Técnicas de recolha de informação e procedimento.	28
3.7. Procedimento da recolha de dados.....	29
3.8. Técnicas de análise de dados.	30
3.9. Questões éticas.....	30
3.10. Constrangimentos da pesquisa e as formas de superação.....	31
3.12. Limitações do estudo	32
Capítulo 4: apresentação, análise, e discussão dos resultados.....	33
4.1. Características sóciodemográficas das participantes.....	33
4.2 percepções das jovens em relação a fístula obstétrica.	35
4.2.2 percepções das jovens em relação a fístula obstétrica no contexto hospitalar.....	39
4.3. Mecanismos e práticas adoptadas pelas jovens no tratamento e prevenção da FO.	41
4.4. Impacto da fístula obstétrica nas jovens.	46
4.5. Relação entre as jovens com fo e a sua família e amigos.....	49
4.6. Interpretação e discussão dos resultados.....	51
Considerações finais.....	54
Referências bibliográficas.....	56
Anexos.....	59

Introdução

A presente monografia faz uma abordagem sobre *“Percepções e Práticas sobre prevenção e tratamento da Fístula Obstétrica entre mulheres jovens na cidade de Maputo”*. As fístulas Obstétricas constituem uma das complicações da gravidez e parto, uma das mais incapacitantes, fisicamente, psicologicamente e socialmente, devido à condição de perda descontrolada e permanente de urina ou fezes, por via vaginal. Apesar da existência de tratamento para este tipo de patologia, parece que nem todos os actores têm acesso a esta terapia. Alguns sociólogos e pesquisadores em saúde (Barata 2009, Giddens 2008, Sarah Nettleton 1995) chamaram a atenção para o facto de nem sempre existirem recursos adequados às necessidades de saúde da população, visto que os grupos com pior saúde vivem frequentemente nas regiões com menores recursos, e maior parte das vezes as doenças são vistas numa perspectiva mágica ou religiosa, sendo atribuídas à acção de espíritos malignos ou à punição por pecados cometidos (Giddens, 2008 p. 155).

Em todas as sociedades, as situações de risco, os comportamentos relacionados à saúde e tratamento tendem a variar entre os grupos sociais. As desigualdades no estado de saúde estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a reflectir o grau de iniquidade existente em cada sociedade (Barata, 2009).

O interesse em estudar as fístulas obstétricas surge a partir de leitura da pesquisa sobre Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento de Fístulas Obstétrica em Moçambique. A pesquisa feita pelo MISAU (2012) refere que em 2011 os registos de tratamento de fístulas obstétricas foram efectuados tratamentos numa dimensão de: 166 em Nampula; 61 na Zambézia; 155 em Sofala e 52 na cidade de Maputo, totalizando 434 tratamentos de Fístulas Obstétricas até em 2011 (MISAU, 2012). Estes números são preocupantes, tendo em conta que os mesmos retratam casos de quatro províncias, não obstante a inexistência de estatísticas das restantes sete províncias.

Outro facto é que as mulheres que vivem com fístulas obstétricas são muito jovens, muitas vezes com baixa escolaridade, grande parte destas jovens são provenientes de um contexto social de pobreza, com baixo acesso aos cuidados básicos de saúde reprodutiva, sem maternidade segura, e são vítimas de discriminação e rejeição (MISAU, 2012).

A pertinência sociológica do trabalho reside no facto de o tema poder demonstrar que é possível analisar sociologicamente a realidade da vida quotidiana das jovens com fístula obstétrica, num contexto específico, tomando como base as acções e valores compartilhados entre jovens. Nesta perspectiva, este trabalho analisa a convivência das mulheres jovens a partir deste fenómeno que é um produto de interacção social, dentro de um grupo social. Espera-se que os resultados do trabalho contribuam para a área da Sociologia da saúde em Moçambique dando mais subsídios para a produção do conhecimento acerca das percepções e práticas das mulheres jovens face ao tratamento e prevenção das fístulas obstétricas.

Este trabalho está organizado em quatro (4) capítulos: o primeiro capítulo contextualiza o tema em análise; apresenta a revisão da literatura, a formulação do problema de pesquisa e os objectivos do estudo. O segundo capítulo faz o enquadramento teórico e conceptual. O terceiro capítulo apresenta a metodologia. No quarto e último capítulo apresenta-se a análise e a interpretação dos resultados recolhidos no campo.

CAPÍTULO 1. Da Revisão da Literatura à Construção do Problema de Pesquisa

Neste capítulo apresenta-se a literatura baseada nas investigações anteriores feitas a nível nacional e internacional que abordam de forma directa ou indirecta a temática.

1.1. Uma breve contextualização histórica sobre a fístula obstétrica (FO)

Ao abordar-se sobre a fístula obstétrica (FO¹) / fístula vesico vaginal (FVV) nos remete a fazer análise sobre como fístula obstétrica ao longo do tempo foi entendida em diferentes lugares. Estudos de Cardoso, *at al.*, (2009), mostram que a FO é bastante antiga, e foi atribuído diferentes significados em diferentes contextos.

O primeiro registo da FO data de 2050 a.C. no Cairo (Egipto). Neste local foi encontrada, na década de 1960, a múmia de Henhenit uma das esposas do faraó Mentuhotep II, que falecera aos 22 anos em decorrência de um trabalho de parto complicado. O corpo de Henhenit apresentava uma grande fístula urinária e ruptura completa do períneo. Contudo a fístula foi descrita pela primeira vez no século XI, como uma ruptura associada ao trabalho de parto prolongado pelo médico persa Ibn Sina, no seu Tratado de Medicina (*Al Qanunn fi AL-Tibb*). Mas só em 1957 esta ruptura, atribuída ao trabalho de parto, foi nomeada como Fístula Vesico Vaginal – FVV, pelo médico Luiz de Mercado no seu Tratado de Ginecologia (Guerra, 2016 apud WLSA, 2011).

Contudo, Abreu, *at al.* (2015), mostra que apenas no século XIX J. Marion Sims descreve a técnica cirúrgica de reparação de fístulas vesico-vaginais.

A FO ainda constitui um problema de Saúde Pública nos países em desenvolvimento, particularmente em África apesar da existência da cura. As FO pertencem à esfera dos Direitos de Saúde Sexual Reprodutivos. As Nações Unidas mostram que as mulheres gestantes são afectadas por morbilidade incapacitante, sendo a FO uma das formas de incapacidade das mais severas. De acordo com a Organização Mundial; da Saúde (OMS, 2010) na Ásia e na África subsaariana mais de dois milhões de mulheres sofrem com a doença (MISAU, 2012).

¹ 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 (Vaz 2013)

Em Moçambique a FO constitui uma preocupação do governo, tanto que inclui o tratamento gratuito das fístulas obstétricas como uma das suas prioridades. É neste contexto do surgimento de novos casos da FO que esta pesquisa procura compreender as percepções e práticas das jovens sobre o tratamento e prevenção da fístula obstétrica.

1.2. Factores da Fístula Obstétrica

As causas das obstétricas variam de contexto para contexto. Nos países desenvolvidos as causas mais frequentes que provocam as fístulas são as cirurgias ginecológicas. Em países em vias de desenvolvimento sobre tudo África Subsaariana, a causa principal das FO é a gravidez precoce, (Toledo, *et al.*, 2013).

As análises feitas pelo MISAU (2012), UNIFPA (2012) e Vaz, (2011), apontam que Moçambique, à semelhança dos outros países em desenvolvimento os principais factores determinantes para a ocorrência das FO são fundamentalmente: partos fora das unidades sanitárias, a gravidez na adolescência, a pobreza, o trabalho de parto prolongado, as grandes distâncias da sua casa à unidade sanitária; o estatuto da mulher no seio da família e da comunidade; o limitado acesso à educação, à informação e aos cuidados de maternidade segura, lesões cirúrgicas acidentais relacionadas com gravidez e operações invasivas para induzir o aborto, fraca qualidade dos serviços de saúde, a discriminação baseada no género, as normas culturais que influenciam partos em casa.

Outros factores fisiológicos que contribuem para a FO são: o não desenvolvimento completo da pélvis, a baixa estatura, a desnutrição e a saúde debilitada (UNIFPA, 2012).

Abreu, *et al.*, (2015) também destaca como causas da fístula obstétrica: complicações da cesariana, nomeadamente a incisão acidental da parede posterior a bexiga. A utilização de *fórceps* também pode provocar lesões nos órgãos pélvicos conduzindo a formação da fístula. A prática de cirurgias tradicionais como exemplo a mutilação genital feminina aumenta o risco de aparecimento da fístula obstétrica. Em algumas regiões as mulheres após a cirurgia pélvica muitas vezes são obrigadas a deslocarem-se em transportes totalmente lotados durante longas

horas sem possibilidade de urinar, aumentando assim o risco de formação de fístula (Abreu, *et al.*, 2015).

Os principais sintomas físicos da doença são a perda contínua de urina e ou fezes pela vagina. Se não for logo tratada a fístula pode transforma-se num problema crónico de saúde desenvolvendo irritação cutânea da vulva e períneo, dor durante a relação sexual e infecções do trato vaginal ou urinário (UNFPA 2012, apud Guerra, 2016).

O intervalo da concepção da gravidez é também considerado como um dos factores que provoca a emergência das fístulas, sendo assim, o intervalo de concepção deve ser pelo menos de 24 meses ou um intervalo entre nascimento de 33 ou mais meses em dois nascimentos consecutivos, Gebrehiwot, *at al.*, (2016). Quando o nascimento for de curto intervalo de tempo, tem efeito negativo em termos de desfechos neonatais e de saúde infantil, como: nascimentos prematuros, deficiência intelectual e desenvolvimento atrasado. Adicionalmente, as mães podem sofrer hemorragia antes do parto, insuficiência cervical, ruptura prematura de membranas e eclâmpsia (Gebrehiwot, *at al.*, 2016).

1.3. Consequências da Fístula Obstétrica

O estudo feito pela Guerra (2016) mostra que as consequências das fístulas obstétricas são: perda constante da urina ou fezes através da vagina, destruição extensa da bexiga e da vagina, destruição do recto, períneo, e esfíncteres, perda constante de fezes, e impossibilidade de andar (Vaz 2011, apud Guerra 2016). As jovens mulheres em muitos casos tornam-se inférteis, enfrentam impossibilidade de conviver com a família e com os amigos e mesmo de terem algum relacionamento. Frequentemente as mulheres perdem a criança durante o trabalho de parto, algumas acabam perdendo a vida pelas complicações de parto e as que sobrevivem saem traumatizadas física e psicologicamente. Elas se isolam da sociedade, devido ao estigma que sofrem devido ao mau cheiro libertado pela urina e fezes, pelo facto que não poder cumprir as suas expectativas como "mulheres" na sociedade (Vaz, 2011).

O estudo de Bashah *et al.*, (2019) mostra que as mulheres afectadas não revelam sua condição por medo de ser culpadas. Elas escondem-se e não são identificadas e continuam a sofrer silenciosamente das consequências psicossociais e físicas. Os mesmos autores mostram que há altas taxas de divórcio e abandono nos lares, daí que as mulheres acham que a fístula é um ataque directo à sua capacidade de cumprir suas expectativas sociais. O mesmo estudo mostra ainda que as mulheres tinham sofrido vários problemas sociais, como divórcio, isolamento e dependência. Além disso, elas tiveram dificuldade em obter acesso a informações, incapacidade de adquirir produtos que possam ajudar a sua incontinência.

As mulheres portadoras das fístulas obstétricas sofrem estigma decorrentes da complicação da sua patologia por ausência da resposta do sistema de saúde e que pelo seu grau de incapacitação física que provoca, as afasta das possibilidades de participação nos recursos e actividades integradoras no grupo comunitário, perdem desta forma a sua identidade como mulheres capazes de produzirem e de se reproduzir. Neste sentido, acabam se descriminando ou auto excluindo no seio familiar (Vaz, 2011).

1.4. Tratamento da Fístula Obstétrica

Alguns autores (Abreu & Vaz, 2015) defendem que quando mais cedo for a intervenção médica maior é a possibilidade da cura. No entender destes autores as pacientes sujeitas ao trabalho de parto prolongado, deverão permanecer algaliadas durante 6 à 8 semana, como medidas preventivas. Durante o processo de tratamento há observação do estado geral da doente, visto que algumas das pacientes podem estar mal-nutridas e anémicas. No que diz respeito ao tempo operatório para as fístulas obstétrica o tempo recomendado é de 3 meses (Abreu & Vaz, 2015). A maioria das fístulas são abordadas por via vaginal, esta técnica tem inúmeras vantagens tais como: rápida convalescença, tempo operatório mais curto, menor risco de hemorragia, evita a incisão alargada da bexiga, não esta dependente a cirurgias abdominais anteriores (Abreu & Vaz, 2015).

Cardoso, *at al.*, (2009) refere que a FO é tratável. Para o tratamento da FO aplica-se as técnicas cirúrgicas que dividem-se em transvaginais e transvesicais, ou seja, pode ser por via abdominal,

vaginal ou combinada. Qualquer das abordagens apresenta elevada probabilidade de cura. Em geral, as fístulas simples são tratadas por via vaginal, enquanto que as complexas, usa-se retalho miocutâneo ou por via abdominal. O reparo vaginal oferece a opção de menor morbidade, mas pode ser tecnicamente difícil no caso de fístulas posteriores. Quando as pacientes são tratadas apresentam uma taxa de sucesso de 88 a 100% (Cardoso, *at al.*, 2009).

De acordo com Vaz (2011), o tratamento das fístulas implica recenseamento, informação, pessoal técnico altamente qualificado com capacidade cirúrgica. No contexto moçambicano, estas condições existem apenas nos hospitais centrais onde há uma rotina de trabalho nesta área tais como: hospital central de Maputo, Beira, Nampula, Tete, Quelimane e Niassa. Como se pode notar a cobertura dos hospitais que oferecem os serviços da fístula ainda é mínima. Mas há algum esforço desenvolvido pelo Ministério da saúde juntamente com UNFPA de formação de técnicos da saúde que teve início em 2002 (Vaz, 2011).

Vaz (2011) argumenta que a maioria das fístulas são de tratamento cirúrgico simples, que não requerem equipamento sofisticado, nem o conhecimento de técnica cirúrgica avançada. O facto de grande parte das fístulas não terem tratamento em Moçambique relaciona-se com dois factores: o primeiro, assentam basicamente na falta de sensibilidade do pessoal da saúde que trabalham directamente na área de fístulas obstétricas e o segundo factor é que devido a prevalência de outras patologias no país, as fístulas obstétricas não encaradas ao nível político como um problema de saúde pública (Vaz, 2011).

Cardoso *at al.*, (2009) explica que o tratamento das fístulas vésico vaginais é predominantemente cirúrgico. Embora estejam descritos casos de correcção com medidas conservadoras ou minimamente invasivas, entre estas contam-se a algaliação permanente (preferencialmente associada a antibioterapia), a electrofulguração endoscópica do trajecto fistuloso e a injeção de cola de fibrina. As fístulas podem ser reparadas com sucesso por via abdominal, vaginal ou combinada.

Estes estudos apresentam importantes contributos para a compreensão das causas, consequências e tratamento e prevenção da FO. Podemos notar que no contexto moçambicano a pobreza, a gravidez precoce, partos fora da maternidade, são os factores sociais mais determinantes no caso das fístulas obstétricas por dois motivos: por um lado a pobreza está associada a partos fora da

maternidade e a desnutrição e por outro ela reduz as possibilidades de uma mulher obter cuidados obstétricos atempadamente.

1.5. Abordagens sobre a fistula obstétrica

1.5.1 Abordagem Institucional

A abordagem institucional defende que o surgimento da fístula obstétrica é resultado, de múltiplos factores como: fraqueza das instituições, o desconhecimento da patologia por parte dos indivíduos principalmente jovens e adolescentes, falta de profissionais nesta área de saúde. Nesta abordagem encontramos autores como: Mocumbi, *et al.*, (2017), Tunçalp, *et al.*, (2014), UNFPA, (2012) e MISAU (2012). Estes autores analisam a prevenção e o tratamento da FO a partir das instituições onde as mulheres jovens e adolescentes estão inseridas como a chave para o fim da fístula.

O estudo de Tunçalp, *et al.*, (2014) ilustra que uma abordagem integrada para lidar com a fístula consiste em tomar em consideração em três pilares de acção: prevenção, tratamento e reintegração para a comunidade. Actualmente, a Fistula Care, gerênciada pela Engender Health e apoiado pela USAID, suporta actividades de tratamento e prevenção de fístulas em 10 países, como Nigéria, Malawi, Tanzânia, Moçambique entre outros.

Mocumbi *et al.*, (2017) aborda a fístula obstétrica a partir de um estudo de base populacional realizado na zona sul de Moçambique. O resultado do estudo de Mocumbi mostra a uma alta incidência de fístulas obstétricas em Moçambique deve-se ao maior atraso que os pacientes recebiam os cuidados médicos nos centros de saúde. Os mesmos autores constataram que nas instituições hospitalares há disponibilidade limitada de serviços, há falta de cirurgiões para o tratamento da FO. Também documentaram relatos em várias regiões da África subsaariana, incluindo Moçambique, onde pelo menos 80% das mulheres com fístula não tinham acesso ao tratamento de fístulas a cada ano. Além disso, os resultados do estudo mostram que instituições hospitalares têm a responsabilidade de melhorar os cuidados pós-parto, principalmente para identificação precoce e tratamento adequado de fístulas obstétricas, (Mucumbi, *et al.*, 2017).

O Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), no seu relatório de 2012, mostra que apesar de fístula obstétrica representar um grave problema de saúde em Moçambique muitas mulheres jovens e adolescentes não têm conhecimento sobre a doença. Para além deste desconhecimento quase total sobre essa patologia. O mesmo relatório constatou que há poucos especialistas para esta área da saúde. E desse menor número, apenas poucos profissionais da saúde que tratam a FO é que se dedicam ao problema. Com esta discrepância entre o maior número de doentes e falta de profissionais agrava incidência a prevalência da FO (UNFPA, 2012).

MISAU (2012) aborda a fístula obstétrica aliada as instituições sociais, que têm um vasto conhecimento que aplica nos desafios da fístula obstétrica na prevenção, tratamento e reintegração social. Tanto mais que MISAU (2012) reorganizou o seu processo de trabalho adicionando tarefas específicas em alguns subsectores da saúde, de mencionar os seguintes:

A Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) teve a tarefa de coordenar a estratégia da FO, mas não como um todo, em particular na prevenção e reintegração social, em coordenação com área de Saúde da Mulher e da Criança, da Educação e Promoção de Saúde e da Saúde do Adolescente e Jovem.

Para a Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM) abarcava o tratamento médico-cirúrgico, e os aspectos psicológicos das sobreviventes de FO. Tendo em conta a complementaridade que as instituições têm, MISAU coordena e envolve outros Ministérios relacionados com a Mulher e Acção Social, Educação e com a Juventude, particularmente na advocacia para as acções orientadas para os determinantes sociais das FO, relacionados com o Género e com os Adolescentes e Jovens. O sector ligado à Mulher e Acção Social colaborou na passagem de mensagens sobre prevenção das uniões e gravidezes prematuros, o uso dos serviços de Saúde Sexual Reprodutiva (SSR) pela mulher e envolvimento da família nas acções de prevenção das FO no seio das comunidades (MISAU, 2012).

Compreende-se neste sentido que os sectores ligados de forma directa ou indirecta a FO são chamados auxiliar com a prevenção, tratamento e reintegração social com intuito de por fim a FO. Estes sectores assim como as instituições sociais servem de mediador com as mulheres em

idade reprodutiva, em especial com adolescentes e jovens com intuito de sensibiliza-las a evitar partos fora da maternidade, que é a causa que concorre com maior intensidade no surgimento da fístula obstétrica.

MISAU (2012) compartilha a mesma ideia da UNFPA, que mostra que a prevenção das FO é o ponto de partida para o fim da FO, privilegiando a educação das meninas e rapazes, dos pais/mães, professores, líderes e decisores a todos os níveis, sobre a importância do adiamento do casamento e da primeira gravidez para depois dos 18 anos. O espaçamento das gravidezes, através do planeamento familiar é um meio importante para a redução das FO e de outras complicações relacionadas com gravidez e parto (MISAU, 2012).

Para proteger a saúde das jovens mulheres e pôr fim à FO implementou-se o programa de despiste e tratamento de FO definido no "Plano Integrado para o alcance dos Objectivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio" (2009-2012) e Plano Económico e Social de 2012, sendo esta Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das FO, um instrumento orientador importante nas nossas acções de prevenção, tratamento e reintegração psicológica e social dessas jovens mulheres (MISAU, 2012).

Os dados acima expostos mostram que os autores são parcialmente unânimes ao defenderem a ideia de que, as jovens possuem pouca informação sobre a FO. Deste modo as instituições hospitalares, a família, a escola entre outras instituições que fazem parte dos actores da socialização dos indivíduos e tem a responsabilidade de dar uma educação sexual segura, que jovens e adolescentes irão interiorizar no seu dia-a-dia, e que vai auxiliar na prevenção da gravidez precoce, partos fora da maternidade, que resulta em partos prologados, que em muitas vezes origina a fistula obstétrica.

1.5.2. Abordagem economicista

Esta abordagem advoga que os factores económicos são a razão pela qual há fraca cobertura dos hospitais, com pessoal mal pago e sobrecarregado, as jovens não conseguem fazer as consultas pré-natais, devido os custos de transporte para chegarem aos postos de saúde. E nesta abordagem encontramos autores como: Abreu (2015), UNFPA (2013), e Relatório da WLSA (2011, 2012), apontam a pobreza como um factor primário que leva ao aumento da incidência da FO.

Sustentando a abordagem economicista a WLSA Moçambique (2012) mostra que a fístula obstétrica resulta de factores económicos ligados à pobreza. A pobreza é o factor social mais determinante, porque está associada a uniões prematuras e à desnutrição. Além disso, a pobreza reduz as possibilidades de uma mulher obter cuidados obstétricos atempadamente (WLSA, 2012).

De acordo com Abreu (2015) em alguns países em vias de desenvolvimento, como o caso de Moçambique as mulheres pós-operatórias de cirurgias pélvicas, por falta de dinheiro para transporte adequado muitas vezes são obrigadas a deslocarem-se em autocarros totalmente lotados durante longas horas, sem possibilidade de urinar o que também é um risco de formação de fístulas. O mesmo autor mostra que devido a pobreza há formação precária de muitos técnicos de cirurgia, o que dificulta de certa forma o tratamento das FO. Por sua vez WLSA (2011) destaca uma forte correlação entre a formação precária dos médicos com os índices elevados da FO. É neste sentido que se associa a elevada prevalência de fístulas nas zonas tais como: Niassa, Tete, Zambézia, Nampula e Inhambane, pela fraca cobertura assistencial do parto. (Abreu, *et al.*, 2015).

Um dos argumentos avançados por WLSA (2011) mostra que a FO resulta também de um sistema de saúde pública fraco, com pessoal mal pago e sobrecarregado, que não proporciona atendimento adequado. Os cuidados de saúde são comprometidos ainda pelo deficiente funcionamento do sistema de referência, devido a insuficiência de unidades sanitárias de referência, a nível distrital. As equipas que operam as fístulas debatem-se com carências de material médico, transporte para as pacientes e todos os problemas de um sistema fraco de saúde

pública. Os médicos dão-se conta da lamentável falta de aconselhamento pré e pós-operatório, (WLSA, 2011).

Vaz (2011) defende que as mulheres jovens com fístula obstétrica (FO) tiveram uma gravidez inesperada na tentativa de fugir da situação de pobreza em que se encontra. Mostra também que a elevada prevalência das fístulas obstétricas nas províncias moçambicanas deve-se ao facto de serem regiões rurais onde a maioria da população vive na pobreza absoluta e que possui baixa cobertura da assistência ao parto. Outro agravante é que o sector da saúde é sistematicamente sub-financiado e dependente de recursos externos, o que agrava a capacidade de resposta do sistema de saúde a estes enormes desafios é ainda limitada. Também o sistema de transporte e comunicação 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.

De acordo com Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA, 2013) os estudos feitos na Etiópia, Malawi, Níger e Nigéria mostram que cerca de uma em cada três mulheres que vivem com fístula obstétrica informou tê-la desenvolvido quando adolescente/ jovem. A fístula pode ser tratada através de cirurgia, mas poucas realmente se submetem ao procedimento, principalmente porque os serviços não estão amplamente disponíveis ou acessíveis, especialmente nos países pobres, que têm deficiência na qualidade dos serviços médicos e infra-estrutura, ou porque a cirurgia, que não custa mais que US\$400, é proibitivamente cara para a maioria das mulheres e meninas nos países em desenvolvimento. A persistência da fístula obstétrica é um reflexo das limitações dos sistemas de saúde, e também de desafios mais amplos, como desigualdades socio – económicas.

Constatou-se que os autores são consensuais, na ideia de que a pobreza reduz as possibilidades de uma mulher obter cuidados obstétricos atempadamente. As pesquisas são unânimes ao demonstrarem que a razão primordial da fístula obstétrica é a pobreza em que as jovens se encontram. Embora estudos mostrem que o tratamento da FO é gratuito nos centros de saúde, os custos de transporte, as várias mudas de roupa por dias devido a incontinência, acabam sendo um custo extremamente elevados para as condições económicas em que as jovens se defrontam.

Pode-se verificar que os factores económicos estão altamente correlacionados com os resultados de saúde.

De salientar que para além das questões económicas estamos diante das questões sócio-históricas das desigualdades em saúde que explicam que essas desigualdades são um produto social, e que algumas formas de organização social são mais sadias do que outras. Assim, os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são aqueles que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença (Barata, 2009). Nesta perspectiva a FO é um fenómeno multidimensional, pode ser analisada em diferentes âmbitos por carregar consigo várias dimensões que não se limitam apenas a razões económicas.

1.5.3. Abordagem Cultural

A abordagem cultural defende que a fístula obstétrica resulta de um conjunto de hábitos e costumes da própria sociedade. As abordagens feitas por Vaz (2011), Guerra (2016) e Bashah, *et al.*, (2019) consideram que as questões inerentes a saúde e a doença (fístulas) orientem-se através do contexto socioculturais específicos nos quais ocorrem, uma vez que as diferenças culturais podem influenciar a maneira como jovens percebem e assumem as fístulas obstétricas (Alvés, 2003 apud Guerra, 2016).

Bashah *et al.*, (2019), no artigo intitulado "A perda da dignidade: experiência social de mulheres com fístula obstétrica, em Noroeste da Etiópia" notou que os cuidados e tratamento de mulheres com fístula obstétrica são influenciados pela percepção da comunidade sobre fístula obstétrica. Existe uma percepção errónea sobre a causa pela qual as mulheres afectadas não revelam sua condição por medo de ser culpadas. Portanto, elas escondem-se e não são identificadas e continuam a sofrer silenciosamente das consequências psicossociais e físicas. Os mesmos autores mostram que há altas taxas de divórcio e abandono nos lares, daí que as mulheres acham que a fístula é um ataque directo à sua capacidade de cumprir suas expectativas sociais.

De acordo com Vaz (2011) estudos feitos noutros países com características sociais, culturais, políticas, semelhantes a Moçambique demonstram que cerca de 70% das mulheres com fístulas se situam abaixo dos (trinta) 30 anos de idade. A maioria destas mulheres desenvolvem fístulas na sua primeira gravidez, numa idade muito jovem e em culturas em que a mulher é

encaminhada para o casamento ainda na fase púber e o ser mãe é um indicador de acesso ao estatuto de mulher casada e adulta, (Vaz 2011).

Guerra, (2016) mostra que a cultura sempre encontra uma explicação para os fenómenos sociais, tal como explica que em seu estudo os líderes comunitários afirmam que a FO é causada por culpa dos maus espíritos, de que a mulher está amaldiçoada ou que está sendo punida, por que ofendeu os deuses ou foi infiel ao marido.

A autora mostra também que em algumas províncias de Moçambique o trabalho de parto complicado esta associado com a infidelidade feminina, o que acaba provocando atraso em levar a mulher para o centro de saúde, a mulher só é levada a hospital se confessar a infidelidade da qual a mulher é acusada, seja ela real ou imaginada (WILSA, 2011 apud Guerra, 2016).

Estas práticas fazem com que as parturientes se recusem a dar parto nas maternidades, sobretudo quando sabem que serão assistidas por homens ou parteiras jovens que ainda não tem filhos Guerra, (2016).

A literatura analisada mostra que devido a questões de tradição, algumas famílias não levam as mulheres grávidas para o centro de saúde, muitas vezes isso cria complicações no acto de parto e como consequência cria-se fístulas. Algumas práticas culturais como uniões prematuras, a prática da medicina tradicional, a crença no sobrenatural, os ritos de iniciação praticada entre comunidades têm impacto na saúde, ao influenciam a exposição e vulnerabilidade à saúde das adolescentes. Essas práticas culturais moldam as percepções que as mulheres jovens têm sobre a fístula obstétrica em relação a tratamento e prevenção.

1.6. Formulação do problema de pesquisa

Fístula obstétrica (FO) é a formação de uma abertura anormal entre vagina e estruturas de arredondamento, bexiga ou o reto. Esta abertura deixa a mulher com vazamento constante de urina ou fezes ou ambos e aquelas que sobrevivem principalmente perdem seu bebé e ficam com uma fístula obstétrica (Bashah;Yitayal & Azale, 2019).

A literatura (Bashah, *et al.*, 2019; Guerra 2016; UNFPA 2012, 2013; MISAU 2012); Vaz (2011); mostra que os factores determinantes para a ocorrência das FO, são fundamentalmente: a pobreza; partos fora da maternidade, gravidez na adolescência; as grandes distâncias da sua casa à unidade sanitária; o estatuto da mulher no seio da família e da comunidade; o limitado acesso à educação à informação e aos cuidados de maternidade segura. A mesma literatura revela que as mulheres portadoras das fístulas obstétricas, frequentemente arrastam-se com o problema em uma média de cinco anos, e sofrem várias consequências tais como: estigma, divórcio, dependência e isolamento devido ao odor fétido de urina/fezes que as mulheres exalam após o surgimento da fístula. Em Moçambique, em particular, a fístula obstétrica constitui um problema de saúde pública devido as altas taxas de incidência e às consequências a ela associadas tais como exclusão social e rejeição (WLSA 2011). Dados do Inquérito Demográfico da Saúde (IDS) de 2011, mostram que 42.9% das unidades sanitárias receberam mulheres com queixas de incontinência urinária/fecal, (MISAU 2012).

Constatou-se que a literatura existente privilegia mais a descrição dos factores que concorrem para o aparecimento da fístula obstétrica entre mulheres, mas são poucos estudos que exploram como as mulheres, em particular as jovens percebem esta doença e quais são os mecanismos que elas adoptam para a sua prevenção, e tratamento. Neste sentido levantam-se a seguinte pergunta de partida.

O que determina as percepções e práticas que as mulheres jovens têm sobre a prevenção e tratamento da fístula obstétrica na cidade de Maputo?

Hipótese:

- As percepções e práticas que as mulheres jovens possuem sobre a fístula obstétrica são determinadas pelo acesso à informação e experiências que elas têm sobre a doenças e, o apoio da família e dos amigos no processo de tratamento.

1.7. Objectivos

1.7.1 Objectivo Geral

- Compreender as percepções e práticas sobre prevenção e tratamento da fístula obstétrica entre mulheres jovens na cidade de Maputo.

1.7.2. Objectivos específicos

- Descrever as percepções sobre a prevenção e tratamento da fístula obstétrica entre mulheres jovens;
- Identificar as práticas e os mecanismos adoptados pelas jovens para o tratamento e prevenção das fístulas obstétricas;
- Analisar o impacto social que as fístulas obstétricas criam para as jovens.

1.8. Justificativa

O meu interesse de estudar as fístulas obstétricas surge a partir de leitura da pesquisa sobre Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento de Fístulas Obstétrica em Moçambique. Os dados da pesquisa feita pelo MISAU (2018) referem que de 2010 a 2017, surgiram no país 17.878 novos casos de fístula obstétrica, tendo sido tratados apenas 3.341. Estes números são preocupantes, tendo em conta que a capacidade do em tratar os casos de fístula ronda em somente 18%, o que é muito preocupante.

Outro facto é que as mulheres que vivem com fístulas obstétricas são muito jovens, muitas vezes com baixa escolaridade, grande parte destas jovens são provenientes de um contexto social de pobreza, com baixo acesso aos cuidados básicos de saúde reprodutiva, concretamente de maternidade segura, sendo vítimas de discriminação e rejeição (MISAU, 2012).

Deste modo, o estudo das percepções e práticas revelou possíveis barreiras sociais que as raparigas com fístula obstétrica enfrentam em decorrências dos valores e normas sociais ligados a um quadro ideológico e normativo determinado. A pertinência sociológica do trabalho reside no facto de o tema poder demonstrar que é possível analisar sociologicamente a realidade da vida

quotidiana das jovens com fístula obstétrica, num contexto específico. De referir que o tema é importante na medida em que as suas análises baseiam-se nas acções e interpretações compartilhados entre jovens.

Nesta perspectiva, este trabalho traz uma visão sociológica pela qual podemos analisar a convivência das mulheres jovens a partir deste fenómeno que é um produto de interacção social, dentro de um grupo social. Deste modo espera-se que os resultados do trabalho contribuam cientificamente para a área da Sociologia da saúde em Moçambique dando mais subsídios para a produção do conhecimento acerca das Percepções e Práticas das jovens face ao Tratamento e Prevenção das fístulas obstétricas.

CAPÍTULO 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.

2.1. Abordagem teórica

Para compreender o objecto em análise, que são as percepções e práticas das mulheres jovens face a prevenção e tratamento da fístula obstétrica, usou-se a teoria fenomenológica de Alfred Schutz (1979). Esta teoria ajudou-nos a compreender quais as percepções das mulheres jovens face a fístula obstétrica e as estratégias que elas usam no dia-a-dia para a prevenção e tratamento da fístula obstétrica.

O sociólogo Alfred Schutz (1899-1959) edificou o seu pensamento em dois filósofos, entendidos como basilares de sua obra, Edmund Husserl e Max Weber. Schutz (1979) mostrou um conhecimento profundo da filosofia de Husserl e Weber, e com isso conseguiu fazer uma síntese do pensamento desses filósofos, com intuito de estabelecer os fundamentos de uma Sociologia Fenomenológica. Com as ideias desses autores Schutz incide todo o seu esforço teórico na elaboração de uma fenomenologia social que prioriza as experiências do ser humano em sua acção e interpretação do mundo da vida quotidiana atribuindo as suas actividades de significado. O seu objectivo é o de desenvolver uma teoria subjectiva da acção humana que é vista como um processo fundamentado em função das motivações.

Segundo Schutz (1979) a base fenomenológica de Husserl eram as experiências do quotidiano dos actores sociais conscientes, que vivem e agem num mundo que eles compreendem e interpretam. E ampara-se do conceito da intencionalidade espontânea, para explicar que toda consciência visa a um objecto, isto é, as pessoas só compreendem o mundo pela intencionalidade. De acordo com Schutz (1979), explica que Husserl aponta a vida quotidiana como um espaço da vida natural, onde as pessoas se relacionam com os objectos aos quais a intencionalidade alcança.

Assim, Schutz (1979) buscou a base fenomenológica Husserliana para interpretar as experiências do quotidiano dos indivíduos a partir da suspensão da "atitude natural, da conduta do individuo no mundo da vida, e do estoque de conhecimento à mão" que os indivíduos têm em relação aos

objectos a sua volta. Para isso era preciso eliminar todas as noções pré-concebidas com relação a natureza da qual se ocupa a consciência humana, partindo da suspensão da crença do mundo exterior.

É com base na suspensão que ocorre a redução fenomenológica, a suspensão elimina todas as suposições ontológicas e resta a consciência humana. De acordo com Schutz, a redução fenomenológica é habilidade que o actor social tem em colocar todo o seu estoque de conhecimento do dia -a- dia em suspensão, passa a ser um indivíduo dotado de uma consciência reflexiva e metódica sobre tudo que lhe cerca nesse mundo.

A perspectiva da redução fenomenológica de Schutz (1979), em relação a "atitude natural", era demonstrar que toda a interpretação feita por um indivíduo tem como pressuposto um mundo compartilhado com os outros, mundo intersubjectivo que existia, onde os agentes humanos se defrontam uns com os outros num mundo já constituído, significativo e intersubjectivo”.

No mundo da vida, o indivíduo não duvida da existência das coisas à sua volta, sejam eles objectos naturais ou culturais: O indivíduo toma o mundo social à sua volta como um pressuposto, na recusa ou aceitação de objectos naturais encontrados em seu ambiente natural. O mundo lhe é dado, e com ele são dadas as interpretações dos fenómenos sociais, como o caso da fístula obstétrica. Isso significa que somos capazes de distinguir os diferentes fenómenos no mundo como se possuíssem suas próprias características intrínsecas reconhecíveis.

Schutz (1979) afirma que o total das interpretações feitas forma a concepção natural do mundo. Ele entende que essa percepção depende da crença por parte dos membros da comunidade que compartilham essas concepções do mundo. O indivíduo em seu modo de orientação dentro do mundo da vida é guiado por instruções, exortações e interpretações que é dado pelos outros.

Schutz demonstrou desta forma, que os pressupostos teóricos de Husserl foram importantes na formulação da sociologia fenomenológica na medida em que, mostra como os actores sociais fazem a redução fenomenológica do conhecimento do senso comum com intuito de interpretar todas as suas acções no mundo quotidiano a partir do uso da consciência reflexiva, (Schutz, 1979: p11).

Schutz sofreu influência de M. Weber, em quem se baseou no seu propósito de construir uma adequada teoria da acção social. Weber com a sua sociologia compreensiva inspirou Schutz a trazer à tona uma perspectiva de interpretação da realidade social orientada na significação dos actos pelo sujeito que os pratica. A contribuição de Schutz ao postulado de Weber foi aprofundar o significado da acção do homem no mundo social, e buscar fundamentos fenomenológicos para a sociologia da acção e compreensão.

Weber define a acção como conduta humana que pode consistir em actividades palpáveis e da mente. A conduta humana só é considerada acção quando a pessoa que age atribui a acção um significado. Com base nessa proposição, Schutz considera a acção como uma atitude consciente e voluntária empreendida por um sujeito dotado de intencionalidade.

Schutz buscou em Webber a ideia segundo a qual o indivíduo está dotado de consciência das suas acções e das acções dos outros. O indivíduo toma em consideração a presença do outro e pode entender e significar essa presença; e por sua vez, a acção do indivíduo é influenciada pelo comportamento do outro indivíduo pelo facto destes indivíduos, compartilharem do mesmo contexto e percebendo deste modo, a acção do outro.

A base fenomenológica de Schutz é o mundo da vida, que consiste no mundo quotidiano do indivíduo. Toda a interpretação exercida por um indivíduo, na perspectiva de Schutz, tem como pressuposto um mundo compartilhado com outros, já constituído, organizado e significativo. Viver no mundo da vida quotidiana significa viver em um envolvimento interactivo com muitas pessoas, em complexas redes de relacionamentos sociais (Schutz, 1979: p.32). O mundo da vida é o objecto de nosso entendimento da acção, segundo Schutz:

“O mundo da vida quotidiana’ significará o mundo intersubjectivo que existia muito antes muito do nosso nascimento, vivenciado e interpretado por outros, nossos predecessores, como um mundo organizado. Ele agora se dá à nossa experiência e interpretação. Toda interpretação desse mundo se baseia num estoque de experiências anteriores dele, as nossas próprias experiências e aquelas que nos são transmitidas por nossos pais e professores, as quais, na forma de ‘conhecimento à mão’, funcionam como código de referência”. (Schutz, 1979: p.73).

O mundo quotidiano é considerado um mundo cultural e intersubjectivo porque o individuo vincula-se em diferentes relações sociais, compreendendo e sendo compreendido por meio delas. É cultural, porque desde o princípio esse mundo é um universo de significação que deve ser interpretado para orientar e conduzir o ser humano (Schutz, 1979). As variáveis da teoria a ter em conta neste trabalho são: Consciência, estoque de conhecimento

e as experiências vivenciadas pelas jovens no que tange as fístulas obstétricas. As experiências obtidas diariamente e relatadas pelas jovens foram imprescindíveis para interpretar compreender as percepções das jovens face ao tratamento e prevenção da fístula obstétrica a partir das interações e acções do contexto social em que estas encontram-se inseridas.

De acordo com Schutz, o indivíduo tem na sua vida diária a qualquer momento um estoque de conhecimento à mão que lhe serve como um código de interpretação de suas experiências passadas, presente, e também determina situações futuras. Os actores sociais não fazem qualquer interpretação à sua volta, desde uma simples interacção até a coisas mais complexas sem consultar o seu o seu estoque de conhecimento. De salientar que o estoque de conhecimento não é nada homogéneo, mas a função selectiva dependendo da situação organiza o mundo das interpretações em zonas relevantes, zonas sem crenças ou mesmo sem fundamento (Schutz, 1979: p.74).

O conceito “estoque de conhecimento” trazido neste trabalho foi essencial para análise, tendo em conta que o estoque de conhecimento a mão permite adopção de comportamentos adaptativos no processo de cuidados terapêuticos pela medicina tradicional ou biomédica.

A teoria fenomenológica de Schutz, de forma geral, foi relevante para o nosso estudo porque ajudou-nos a captar as ideias, as interpretações, e a forma como as jovens produzem suas percepções sobre a fístula obstétrica, num determinado contexto específico e como relacionam a fístula no seu quotidiano.

2.2. Conceptualização e operacionalização dos conceitos

Para melhor compreender o nosso objecto de estudo, definimos os conceitos que achamos relevantes para explicarmos o fenómeno fístulas, os conceitos referenciados são: *Jovem, fístula obstétrica, e Percepções.*

2.2.1 Jovem/Juventude

Recorreu-se ao conceito “jovem/ juventude” definida por Doutor (2016) segundo a qual juventude é uma categoria socialmente construída e sujeita a diversas modificações ao longo do tempo na qual se poderia obter várias leituras, a partir das condições culturais, sociais, económicas e políticas, numa sociedade dinâmica e complexa.

Esta definição acima apresentada se mostrou-se relevante para a compreensão do conceito jovem/juventude uma vez que autora define jovem como uma categoria socialmente construída e que esta sujeita a modificações ao longo do tempo e não apenas como uma fase de vida, o que pode nos facilitar a captação das percepções e práticas sobre prevenção e tratamento da fístula obstétrica entre jovens na cidade de Maputo.

Neste trabalho, jovem/ juventude foi concebido como todo actor social na faixa etária dos 18-34 anos, que se caracterizam a partir de suas expressões culturais e de suas redes de sociabilidade, as quais lhes possibilitam criar espaços próprios com símbolos, práticas e relações diferenciadas que permitem que jovens possam lidar com as transformações esperadas para esta fase do curso de vida e com os desafios impostos pelo contexto social e histórico em que vivem.

2.2.2 Percepções.

Na óptica de Chauí (1996), percepção é a forma como, enquanto membros da sociedade, percebemos os significados e os valores das coisas, o seu sentido, valor ou função. Essa mesma percepção nos oferece um acesso ao mundo dos objectos práticos e instrumentos, isto é, nos orienta para a acção quotidiana e para as acções técnicas mais simples.

Esta definição da Chauí mostra que o indivíduo enquanto membro da sociedade tem a capacidade de perceber e dar significado as coisas com as quais ele interage. As ações dos indivíduos têm significados para eles a partir do momento em que, essas ações influenciam a sua vivência no mundo cotidiano.

Estas definições são relevantes para este trabalho na medida em que, mostram que as percepções ajudam o indivíduo a construir uma certa ideia e imagem sobre o mundo em que estamos inseridos. Neste caso, pode-se dizer que as jovens dão um sentido subjectivo, permite as jovens a formar ideias sobre a fístula obstétrica.

Para efeitos deste trabalho usamos o conceito de Silva e Egler (2006) definem percepção como um processo activo da mente, em que se é possível interpretar o mundo. Sendo que, há uma contribuição da inteligência no processo perceptivo, que é mediada pela motivação, pelos valores éticos, morais, interesses, julgamentos e expectativas daqueles que percebem. Este conceito nos permite compreender a maneira pela qual as jovens percebem a fístula obstétrica, enquanto um grupo social com características específicas e próprias de orientar as suas ações no mundo em que encontram-se inseridas.

2.2.3 Fístula Obstétrica/ Vesico Vaginal

De acordo Organização Mundial de Saúde (OMS: 2010) Fístula Obstétrica/ Fístula Vesico Vaginal é um orifício anormal que se forma na pelve genital ou reto, através da qual urina ou fezes vazam continuamente, como consequência de um trabalho de parto obstruído ou arrastado, (apud Guerra, 2016).

Para Murray & Lopez, Fístula Obstétrica (FO) é a comunicação entre a vagina e a bexiga e/ou reto resultante da necrose dos tecidos por compressão da cabeça do feto numa circunstância de trabalho de parto arrastado. Existem casos de Fístulas que são derivadas de abuso e violação sexual, complicações traumáticas e cirúrgicas como do aborto ou de cesariana (Murray & Lopez, 1998).

Para efeitos deste trabalho concordamos com a definição de Murray & Lopez (1998), visto que esta definição é mais completa, porque além do orifício que permite a comunicação da vagina e a

bexiga, também pode ser provocada por complicações traumáticas e cirúrgicas como do aborto ou de cesariana.

Para esta pesquisa definimos a fístula obstétrica uma anomalia ou lesão vaginal, que pode ser provocado através parto prolongado, aborto, cirurgia e violação sexual, e cria uma comunicação anómala entre duas ou mais partes do corpo que, em condições normais, não se comunicam entre si. Estes conceitos se adequam aos nossos objectivos, que a ideia base é compreender as percepções e práticas das mulheres jovens no que concerne ao tratamento e prevenção da Fístula Obstétrica.

CAPÍTULO 3. Metodologia

Neste capítulo procedesse-se com a definição das técnicas de pesquisa, bem como os métodos que foram aplicadas para a recolha e análise de dados.

3.1. Descrição do local do estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital Central de Maputo e Clínica Cruz Azul, na cidade de Maputo, particularmente no departamento da Urologia, Genecologia e Obstetrícia que são especializados na recepção, internamento e tratamento da FO. A escolha destes locais justifica-se pelo facto de serem os únicos na cidade de Maputo onde as mulheres são internadas para o tratamento da FO.

3.2. Método de procedimento

A pesquisa baseou-se na abordagem qualitativa que consiste na descrição aprofundada de fenómenos com intuito de compreender os actores sociais em seus discursos na compreensão ou explicação de uma dada situação. Para Minayo (2001), a abordagem qualitativa se preocupa com o aprofundamento da compreensão das acções sociais de um (grupo social, organização), ou seja, centra-se mais na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, observando (motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes), com intuito de verificar se há uma ligação mais profunda com o fenómeno estudado.

Neste estudo, esta abordagem contribuiu na descrição do fenómeno de forma mais profunda, na medida em que permitiu compreender as percepções e práticas que as jovens têm em relação a prevenção e tratamento da FO, dado que pretendeu-se compreender um fenómeno que opera na dimensão de crenças, percepções, atitudes.

3.3. Método de abordagem

A pesquisa usou o método hipotético-dedutivo. De acordo com Popper, (1975) apud Lakatos e Marconi (2003), este método considera que a partir da constatação de um facto/problema

constrói-se conjectura ou hipótese, que servirá de guia ao pesquisador, para explicar ou prever aquilo que despertou a curiosidade intelectual ou dificuldade teórica ou prática. E as condições essenciais para este método são a "compatibilidade" com o conhecimento existente e a "falseabilidade".

Este método de abordagem foi adequado nesta pesquisa, uma vez que, permitiu-nos elaborarmos um problema, e perceber como as jovens percebem a prevenção e tratamento da FO, e para análise do mesmo elaboramos uma hipótese como resposta antecipada ao problema levantado.

3.4. Universo populacional e delimitação da amostra

Universo populacional é um conjunto de números obtidos, medindo-os ou contando-se certos atributos dos fenómenos ou factos que compõem um universo (Barros, 2002). O universo populacional deste estudo foi constituído por jovens do sexo feminino na faixa etária dos 18 aos 34 anos. A pesquisa utilizou uma amostra não-probabilística do tipo intencional para definir a amostra do estudo. A amostra foi constituída por mulheres jovens que estavam a fazer tratamento da FO e mulheres jovens que já tinham concluído o tratamento da FO. Para a definição da amostra dos 2 grupos de pesquisa foi utilizado o mesmo tipo de amostragem.

A escolha deste tipo de amostragem resulta do facto de a pesquisadora se apresentar como um interpretador dos significados que os indivíduos dão a uma determinada realidade, isto é, das interações entre as jovens com FO, seus comportamentos e experiências em relação ao tratamento e prevenção da FO.

Segundo de Brito (2012), amostra intencional é uma amostra em que o investigador usa como base o seu conhecimento para identificar elementos típicos da população. Uma vez conhecidos os critérios que interessam ao estudo, os indivíduos são escolhidos em função desses critérios. Desta feita foram seleccionados 17 participantes, pertencentes a dois locais de pesquisa dos quais 10 no HCM e 7 na Clínica Cruz Azul na cidade de Maputo.

Tabela1: Amostra dos participantes da pesquisa

Participantes	Nº de participantes	
	HCM	Clínica Cruz Azul
Jovens com FO em tratamento	6	4
Jovens com experiência de tratamento da FO.	4	3
Subtotal	10	7
TOTAL	17	

Para o acesso e selecção dos participantes em tratamento, os pesquisadores tiveram a ajuda dos profissionais de saúde que ajudaram a identificar os pacientes legíveis para a pesquisa, enquanto que para o acesso às participantes que já tinham experiência de tratamento da FO, os pesquisadores tiveram acesso aos prontuários dos pacientes que continha o contacto telefónico, a idade, a proveniência e o histórico da doença do paciente. Na base desta lista, escolheu-se de forma intencional, as participantes que tinham as características que interessavam os pesquisadores, e entrou-se em contacto para a entrevista. Os pesquisadores pararam de incluir novos participantes na pesquisa quando atingiram a situação teórica.

3.5. Critérios de selecção da amostra

Os participantes foram escolhidos em função dos seguintes critérios:

- Ser jovem do sexo feminino, com idade compreendida entre 18 a 34 anos;
- Ser jovem com FO e que esteja internada no (HCM);
- Ser jovem do sexo feminino que tenha feito tratamento (HCM);
- Consentir a participação no estudo.

E os critérios de exclusão para grupo alvo incluem:

- Ser jovem do sexo feminino com idade compreendida entre 18 a 34 anos, mas com problemas psíquicos que não lhe permitem dar consentimento informado;
- Ser jovem com fístula, que não esteja a fazer tratamento no (HCM);
- Não consentir a sua participação no estudo.

Com intuito de captar as percepções dos profissionais de saúde sobre a origem da FO, as causas, incidência e prevalência da FO, bem como as formas de prevenção e o tratamento ministrado nas mulheres jovens, foram entrevistados 4 profissionais de saúde. Este grupo foi importante na medida em que permitiu captar as informações na intervenção desses interlocutores. Foi aplicada amostragem do tipo intencional.

Os critérios de inclusão dos profissionais de saúde são:

- Ser profissional de saúde que trata, jovens que tenham FO;
- Ser profissional de saúde que tenha entendimento sobre FO;
- Consentir a sua participação no estudo.

E os critérios de exclusão dos profissionais de saúde incluem:

- Ser profissional de saúde que não trata as jovens que padecem da FO;
- Ser profissional de saúde que não tenha conhecimentos sobre a FO;
- Não consentir a sua participação no estudo.

3.6. Técnicas de recolha de informação e procedimento

A pesquisa bibliográfica, observação indirecta e entrevistas semi-estruturadas para a recolha de dados. A pesquisa bibliográfica foi o ponto de partida que consistiu na revisão da literatura teórica e empírica sobre a discussão de autores. Esta fase possibilitou-nos encontrar estudos em diferentes abordagens que discutem sobre adolescentes com fístula obstétrica. Através da revisão bibliográfica foi construída perspectiva de abordagem sob a qual foi desenvolvido o tema em estudo.

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2008), a observação é uma técnica de colecta de dados, onde o investigador dirige-se ao sujeito para obter a informação procurada, de forma subjectiva,

uma vez que, não procede directamente. Ao responder as perguntas, o sujeito intervém na produção da informação requerida pelo investigador ”. A colecta de dados por observação é seguida de um processo de análise e interpretação, o que lhe confere a sistematização e o controlo requeridos por procedimentos científicos. A observação indirecta foi importante para este trabalho porque permitiu-nos recolher a informação com a intervenção dos actores entrevistados.

Para Manzini (2012), as entrevistas semi-estruturadas são aquelas em que o pesquisador dispõe de uma gama de perguntas abertas e algumas de carácter fechadas, onde permite-se dar liberdade ao inquerido de forma a responder o que estiver ao seu alcance.

A escolha da técnica de entrevista permitiu-nos, captar as subjectividades dos depoimentos das jovens. A técnica ajudou as jovens a exteriorizarem as suas percepções e vivências em torno de tratamento e prevenção da FO, bem como nos possibilitar estabelecer um contacto directo com os nossos interlocutores.

3.7. Procedimento da recolha de dados

O processo de recolha de dados consistiu em recolher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim. A Clínica Cruz azul, dispõe de um dia da semana, todas as quintas-feiras em que o cirurgião, para atender pacientes com FO. Foram nesses dias que os pesquisadores se deslocaram, contactaram e realizaram as entrevistas com as participantes.

Em relação ao HCM os dados foram recolhidos em dias úteis da semana, de segunda a sexta feiras. As entrevistas foram realizadas dentro do recinto hospitalar em uma sala, cedido pelos profissionais da saúde do HCM. Os profissionais de saúde ajudaram a localizar os pacientes com as características desejadas pelos pesquisadores, uma vez que a enfermaria da urologia de HCM, interna outros pacientes que não padecem da FO.

A entrevista semiestruturada foi feita individualmente, com recurso à gravação, que foi consentida pelos participantes da pesquisa, com uma duração de 30 a 45 minutos de duração. As

entrevistas foram administradas em três 3 línguas, português, changana e xitsuwa², para o caso das participantes que tinham dificuldades de compreensão ou comunicar-se na língua portuguesa.

3.8. Técnicas de análise de dados

Para a análise de dados, aplicou-se a técnica de *análise de conteúdo*, como método de análise dos dados Quivy & Campenhoudt, (2005), pois permitiu tratar de forma metódica, as informações. Com um certo grau de profundidade e de complexidade permitiu fazer a análise e interpretação dos dados colhidos no trabalho de campo.

As entrevistas foram gravadas, seguida de processo de uma transcrição literal, enumeradas por código para cada entrevista e foram guardadas em um ficheiro de computador. Isso permitiu guardar melhor os dados na fase da sua organização, análise e interpretação. Em seguida, foi feito um trabalho de categorização e codificação das informações.

Após a codificação, foram realizadas as análises para atribuir significado às informações e aos conceitos que surgiram, explorando padrões de semelhanças e diferenças entre os dados das jovens, conforme os objectivos da pesquisa.

3.9. Questões Éticas

Para a realização desta pesquisa observou-se princípios éticos durante e depois do trabalho de campo.

Foi solicitada a autorização ao Comité Interinstitucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina, que foi aprovada ao 29 de agosto de 2021, referência número, **CIBS/FM&HCM/PO79/2020**. De seguida, foi solicitada a autorização a departamento de urologia, genecologia/obstetrícia e Clinica Cruz Azul, que consistiu na apresentação de uma credencial fornecida pela instituição que representou-se (FLCS/UEM) e na apresentação da carta de cobertura local, e por fim a autorização dos participantes da pesquisa, obedecendo o princípio do consentimento informado.

² Changana e xitsuwa², línguas faladas na região sul de Moçambique.

Apresentou-se o objectivo da pesquisa, procurou-se saber sobre a disponibilidade da participação das intervenientes na pesquisa. Esclarecido a todas as jovens as quais se aplicaram os instrumentos de recolha de dados, foi entregue uma cópia às mesmas, e foi solicitada a assinatura do consentimento.

Como forma de garantir a confidencialidade das participantes optou-se pelo uso de códigos. Deste modo, os nomes dos participantes não foram incluídos na base de dados; os nomes foram codificados, os dados transcritos e de áudio estiveram disponíveis somente para a investigadora principal do estudo e foram mantidos em sigilo em todos os momentos, através de arquivos electrónicos protegidos por senha.

3.10. Constrangimentos da pesquisa e as formas de superação

Na realização de qualquer pesquisa deste género é comum deparar-se com algumas dificuldades que marcam o decurso do trabalho, enfrentou-se algumas dificuldades, algumas participantes recusaram participar das entrevistas, alegando terem saído da cirurgia a pouco tempo e precisavam repousar. Para superar esse constrangimento teve-se que negociar para dia seguinte, após a visita médica, e antes do horário da visita familiar.

A segunda dificuldade foi número reduzido de mulheres internadas com FO no departamento de Urologia no HCM. Justificou-se a redução do número de pacientes no HCM, argumentando que as cirurgias das FO são realizadas em campanhas em todas províncias, somente são transferidas para tratamento no HCM pacientes que apresentam maior gravidade da doença. Para superar esse constrangimento recorreu-se a Clínica Cruz Azul, que também faz tratamento da FO em parceria com o HCM.

Em algum momento as entrevistadas que já tinham concluído o tratamento não dispunham de tempo necessário para as entrevistas, uma vez que as mesmas já não se encontram internada nas unidades hospitalares, motivo pela qual recorreu-se às entrevistas telefónicas, o que acabou prolongando o tempo da pesquisa.

A última dificuldade tem haver com o local da realização das entrevistas com as jovens internadas na enfermaria da urologia do HCM. A sala disponibilizada pelos profissionais da saúde para as entrevistas. A mesma sala era compartilhada por outras duas profissionais de saúde, não dando privacidade para os participantes. Como forma de ultrapassar esse constrangimento as entrevistas foram realizadas a partir depois da 15h e 30 minutos, fora do horário normal do trabalho depois dos profissionais de saúde terminarem as suas actividades.

3.11. Contribuição do estudo

Espera-se que os resultados deste estudo ajudem a criar estratégia para a identificação de um maior número de jovens e mulheres que tenham necessidades de tratamento da fístula obstétrica, bem como ajudar à esfera dos Direitos de Saúde Sexual Reprodutivos, na consciencialização e disseminação da doença entre mulheres, jovens e adolescentes que muitas vezes confundem a FO com acções de feitiçaria ou reumatismos de útero.

3.12. Limitações do estudo

O estudo, por si só, não pode ser considerado representativo as jovens com FO de todas das cidades do país. Tendo em conta que o estudo usa uma abordagem qualitativa dos quais os seus resultados não podem ser generalizados.

CAPÍTULO 4: Apresentação, análise, e discussão dos resultados

No presente capítulo apresenta-se a análise e interpretação dos dados recolhidos durante o trabalho de campo. Este capítulo é constituído por quatro subcapítulos: (i) Características sociodemográficas das participantes; (ii) Percepções sobre a prevenção e tratamento da fístula obstétrica entre mulheres jovens; (iii) As práticas e os mecanismos adoptados pelas mulheres jovens para o tratamento e prevenção das fístulas obstétricas; e, (iv) O impacto social que as fístulas obstétricas criam para as jovens.

4.1. Características sociodemográficas das participantes

A análise sociodemográfica foi feita tendo em conta a categorização das seguintes variáveis idade, naturalidade, nível de escolaridade, profissão, estado civil e religião. Amostra da pesquisa foi de 17 participantes dos quais 10 mulheres jovens com fístula obstétrica em tratamento e 7 mulheres jovens com experiência de tratamento da FO.

Tabela 2: Características sociodemográficas das participantes

Características dos participantes	Jovens com FO em tratamento (n=10)	Jovens com experiência de tratamento da FO (n=7)
Naturalidade		
Maputo	6	4
Gaza	1	2
Inhambane	3	1
Idade		
18 – 24	3	2
25 – 31	5	1

32 – 34	2	4
Nível de escolaridade		
Iletrada	1	0
Nível primário	7	3
Nível secundário em curso.	2	1
Nível secundário completo	0	3
Ocupação		
Estudante	2	1
Vendedora	3	4
Promotora de vendas	1	0
Desempregada/ Doméstica	4	2
Estado civil		
Solteira	3	1
Casada/ vive com um parceiro.	2	3
Divorciada/separada	5	3
Religião		
Igreja Assembleia de Deus	2	2
Islâmica	1	0
Igreja Zione	1	0
Igreja católica	0	2
Igreja velha apóstolo	2	1
Testemunha de Jeová	1	0
Nenhuma religião	3	2

Os dados da tabela 2 mostram que em relação a naturalidade, as participantes entrevistadas são provenientes da região sul de Moçambique, em três províncias, nomeadamente: Maputo, Gaza e Inhambane, sendo que do total das 17 participantes, 10 são oriundos da província de Maputo.

Relativamente a idade os participantes tinham idade entre os 18 e 34 anos, a idade dos seus parceiros variava entre 22 a 54 anos.

Quanto ao nível escolaridade, constatou-se que as participantes estão distribuídas a partir do ensino primário até ao ensino secundário completo, sendo que a sua maioria tem o nível primário. No que concerne à ocupação algumas participantes são estudantes, trabalhadoras ou negociantes, e as restantes são desempregadas. Dos 17 participantes, 8 eram divorciadas, 4 solteiras e 5 viviam com um parceiro.

4.2 Percepções das mulheres jovens em relação a fístula obstétrica

As participantes deste estudo apresentam várias percepções sobre a FO. As participantes desta pesquisa percebem a FO como sendo um feitiço lançado por outrém, ou doença causada pelos maus espíritos, porque entendem que existem casos em que podem enfeitiçar a mulher grávida fazendo com que esta passe mal e tenha que ir ao curandeiro ou profeta para se tratar, como mostram os depoimentos a baixo:

“Alguém lançou sua magia contra mim que gerou essa doença, e matou o meu bebé, não foi algo que não me aconteceu por acaso, antes mesmo do parto eu já sentia coisas estranhas acontecer comigo as vezes sentia muita dor na bexiga, quando ia a hospital as enfermeiras diziam que estava tudo bem, mas eu continuava a sentir dores, (Participante 08, 25-31 anos, participante em tratamento, HCM).

“Quando vi a urina a sair de forma descontrolada, eu percebi logo que era uma doença, porque na minha família sempre há doenças estranhas e mortes causados por maus espíritos, são espíritos que os nossos avós foram buscar para melhorar de vida, (...) essa doença que tenho foi causada por esses espíritos porque precisam ser devolvidos” (Participante 13, 25-31 anos, participante em tratamento, Clínica Cruz Azul).

Algumas participantes realçaram que existe um número de crenças e práticas que a mulher gestante deve seguir, como por exemplo, não deixar ninguém tocar a barriga durante a gestão, excepto se for médico tradicional ou profissionais de saúde, não ofender ninguém durante a

gestação, não envolver-se sexualmente com outro homem que não seja o seu parceiro. As participantes disseram que a falta de cumprimento dessas práticas durante a gravidez pode trazer situações de risco durante o parto, ou pós-parto, como, por exemplo, ter cesariana³, a perda do bebê, contrair uma FO, ou morte da gestante.

“Ter fistula, significa que talvez pela inexperiência, eu não tenha cumprido algumas regras que uma mulher grávida deve seguir, não discutir com os mais velhos (risos)... eu discuti muito com aquela bruxa⁴ da avó do meu ex namorado, já que dizia que a gravidez não era do neto,”. (Participante 16, 18-24 anos, participante em tratamento, Clínica Cruz Azul).

“durante a gestação eu já sentia dores estranhas, a doença que tenho é uma doença enviada pela minha rival⁵, porque o meu ex marido tinha uma amante, essa que esta com ela agora, quando descobri sobre o caso deles, tive uma grande discussão com a minha rival, e ela jurou que eu ia morrer no parto, ela não conseguiu matar a mim, matou a criança e me deu a doença. (...) mas tratamos a parte espiritual agora é só hospital” (Participante 03, 25-31 anos, participante em tratamento, HCM).

“Quando a minha bolsa estourou, gritei chamando minha ex. sogra, embora não me entendia muito bem com ela, ela disse, assim que a bolsa estourou dentro de um ou dias eu teria o meu bebê, e não foi o que aconteceu. Tia eu fiquei 3 dias a rebolar, afinal ela tinha me amarrado para eu morrer no parto aquela feiticeira, para ela ficar a controlar o dinheiro do filho dela, [...] a minha mãe levou-me para hospital, fizeram cesariana, mas a criança já estava sem vida, fiquei internada, e nesse período que fiquei internada, a minha mãe fez consulta com médico tradicional, informou que foi minha sogra que provocou tudo isso” (Participante 10, 22-31 anos, participante em tratamento, HCM).

Outras participantes do estudo afirmaram que ter a FO era resultado da vontade divina (Deus), que é a prova de fé, tal e qual alguns personagens bíblicos passaram por provas difíceis relacionado a fé.

³ Cesariana é uma intervenção cirúrgica para realizar o parto ou extracção do feto.

⁴ Bruxa pessoa que pode evocar forças ou seres sobrenaturais para influenciar o curso dos acontecimentos ou prejudicar alguém.

⁵ Rival refere-se a várias esposas dentro dos núcleos poligâmicos.

“A vida tem provas difíceis, e Deus permitiu que eu tivesse a fístula para poder ser mais perseverante na fé, foi muito difícil eu engravidar e quando consegui perdi a criança e fiquei com a doença, mas nunca perdi a fé em tudo tanto na cura e na possibilidade de voltar a engravidar, a minha fé é igual do Jó, risos” ... (Participante 15, 32-34 anos, participante com experiência em tratamento Clínica Cruz Azul).

“Ter esta doença para mim significa que Deus quis assim, podia ser uma outra doença, mas tenho esta doença e que graças a misericórdia dele vou conseguir ficar curada, e talvez me dar outras oportunidades de ter outros filhos para além deste que perdi” (Participante 14, 18 -24 anos, participante em tratamento, Clínica Cruz Azul).

“(...) Acredito que já estava escrito que teria essa doença, porque tudo o que acontece nas nossas vidas é com permissão de Deus, acredito que ele tinha um propósito na minha vida (...) irmã meu ex marido abandonou-me durante o tratamento, e como Deus é, maravilhoso em 2016 eu a voltar para Clínica para uma consulta e conheci uma pessoa incrível, estou casada de novo e muito feliz (risos)...” (Participante 11, 32-34 anos, participante com experiência em tratamento, Clínica Cruz Azul).

4.2.1. Percepções das jovens sobre a reacção dos parceiros, família e amigos em relação a fístula obstétrica

Tanto as jovens em tratamento, e aquelas com experiência em tratamento 8 referiram que seus parceiros, família e amigos aceitaram a sua doença sem se estranhar e tiveram o seu apoio. E as restantes 9 explicaram que tiveram um sentimento de rejeição.

“Quando informei a minha família os meus amigos sobre a doença, tive muito apoio por parte deles até ao fim, não senti em nenhum momento desprezo que vinha por parte dos meus familiares e amigos, como as outras moças internadas comigo contavam, talvez porque a fístula que eu tive não era muito grave, não tirava fezes de forma descontrolada só a urina” (Participante 04, 25-31 anos, paciente com experiência em tratamento, HCM).

“Contei ao meu marido logo que os médicos me informaram, e ele não se mostrou indiferente, e apoio do meu marido e meus familiares me tem me dado muita força, porque com o apoio deles tenho ânimo para lutar e vencer a doença” (Participante 02, 25-31 anos, paciente em tratamento HCM).

Em relação a percepção das 9 participantes que vivenciaram sentimento de rejeição da doença por parte da família, parceiro e amigos, relatam que a rejeição se relaciona com a maneira como os pais, amigos e parceiros concebem a sua doença uma vez que, estes agentes de socialização consideram a fístula como a consequência do mau comportamento, como como por exemplo, prática de relações sexuais em idade jovem, o desrespeito pela tradição e infidelidade.

“Os familiares do meu ex namorado, e até alguns membros da minha família, acusam-me de ter mantido relações sexuais com outro homem, que não fosse ex meu namorado, e que a gravidez não pertencia a ele, tanto que quando eu estava com 9 meses de gestação, a minha sogra disse que o parto devia ser em sua casa, para se verificar se a criança era mesmo da família. A criança nasceu morta, dizem que os espíritos da família dele se vingaram de mim, porque a criança não era daquela família, e isso não é verdade, dói muito isso,” (Participante 01, 18-24 anos, participante em tratamento, HCM).

“O meu pai disse que essa doença é resultado do meu mau comportamento, se tivesse sido como as outras meninas com juízo, que não engravidaram cedo nada disso teria acontecido” (Participante 16, 18-24 anos paciente em tratamento, clínica cruz azul).

“A pessoa que eu considerava minha melhor amiga, disse se eu não tivesse engravidado e juntar-me com o meu parceiro sem ele ter realizado o lobolo, nada disso teria acontecido, ela foi umas primeiras pessoas que contei sobre a gravidez e apoiou-me, e agora que tenho a doença foi umas primeiras a jogar pedras, eu percebo que há muitos amigos falsos,” (Participante 05, 18-24 anos, participante em tratamento, HCM).

Algumas narrativas das participantes, mostraram que, a rejeição está muito mais relacionada com a forma pela qual a doença se manifesta, que é a incontinência da urina e fezes.

“Em pouco tempo que eu percebi que não teria apoio incondicional do meu marido, pela forma como reagiu quando expliquei como se manifestava a doença, ele tentou dormir comigo na mesma cama por uma semana e disse que não está a aguentar com o cheiro e eu exalava. Depois começaram as ofensas, e passou a rejeitar-me nunca mais quis saber de mim, trouxe a minha rival para nossa casa, tanto que a nossa filha esta sendo criada por ele e mulher dele feiticeira, proibem a minha filha de vir ao meu quarto” (Participante 03, 25-31 anos, participante em tratamento, HCM).

“Eu fazia parte de um grupo de xitique ⁶de 8 pessoas era feito de 3 em 3 meses, o xitique nem era mais pelo dinheiro, mas sim uma forma de nos visitar e manter amizade, acredita mana quando informei sobre a doença e como atuava, me tiraram daquele xitique, porque segundo elas não queriam vir a minha casa comer xixi e fezes, como se eu tirasse diretamente do meu corpo metesse na comida, [...]sabes eu sempre fui muito higiênica, mesmo com a doença sempre me mantive limpa, ” (Participante 07, 25-31 anos, participante com experiência em tratamento HCM).

4.2.2 Percepções das jovens em relação a fístula obstétrica no contexto Hospitalar

Algumas participantes do estudo relatam que contraíram a fístula obstétrica devido à demora e ao mau atendimento hospitalar. Mas também associam a fístula a cesarianas que não correram bem. Na perspectiva das participantes o hospital devia ser o melhor local para atender as gestantes, mas verificaram um comportamento diferente do se espera de um profissional de saúde.

“Acredito que os doutores que me atenderam, ao realizaram cesariana para tirar bebê, falharam em algum procedimento, por isso comecei a ter esse problema da urina, oh é o que penso (risos) ... “ (Participante 09, 32-34 anos, participante com experiência em tratamento, HCM).

⁶Xitique modalidade de poupança informal e colectiva em que colegas ou familiares contribuem periodicamente um valor monetário predefinido em que cada um recebe.

“Demorei receber atendimento no hospital, gritava de dores as enfermeiras praticamente eram indiferentes, tenho certeza que contrai a fistula pelo mau atendimento daquelas enfermeiras” (participante 15, 32-34 anos, paciente com experiência em tratamento, Clínica Cruz Azul).

“Fiquei 1 dias com fortes dores em casa, depois levaram-me para hospital de Chamanculo, fiquei, mas dia sem um médico para me observar, no terceiro dia fui levada ao bloco operatório, mas o meu bebê já estava sem vida, no dia da cirurgia fui diagnosticada com fistula, eu tenho certeza que perdi o bebê e tive a doença porque demorei ter um médico para me atender” (participante 02, 25-31 anos, paciente em tratamento, HCM).

Outras participantes relatam que foi a partir dos profissionais de saúde, que tiveram uma informação ou diagnóstico real sobre a sua patologia, a sua causa/origens e factores.

“não sabia muita coisa sobre a doença, mas aqui no hospital o médico explicou-me que o colo do meu útero era pequeno, não suportou uma gravidez, porque eu era muito nova quando engravidei tinha só 16 anos e nem fiz acompanhamento no hospital” (participante 01, 18-24 anos paciente em tratamento, HCM).

“ O médico explicou-me que essa doença que tenho foi provocada pela demora no parto, embora me senti frustrada, concordei totalmente com ele, porque fiquei em casa por 3 dias com muitas dores, só no quarto é que fui levada a hospital onde foi realizada uma cesariana de emergência, a bebê nasceu morta e ela fiquei com uma fistula” (participante 07, 25-31 anos, paciente com experiência em tratamento, HCM).

“A informação que recebi no hospital sobre a doença, foi quase com a informação que eu meu irmão pesquisou no telefone dele (internet). O médico explicou-me que tive a fístula obstétrica porque tive um parto obstruído, não tive um atendimento hospitalar quando devia, a cabeça do bebê destruiu os meus tecidos vaginais” (participante 06, 32-34 anos paciente com experiência em tratamento, HCM).

4.3. Mecanismos e práticas adotadas pelas jovens no tratamento e prevenção da Fístula Obstétrica

4.3.1. Procedimentos de tratamento pela medicina tradicional em jovens com FO

Algumas participantes deste estudo quando questionadas sobre os mecanismos adotados e o percurso de tratamento e prevenção da FO enunciaram que, os procedimentos usados para o tratamento variam, desde os cortes no corpo feitos com objectos cortantes para incisão de medicamento, bafos, rituais com sangue de animais, e medicamento feito a base de ervas para introduzirem no canal vaginal.

“Antes mesmo de procurar pelo hospital sugeri ao meu marido para fazer uma consulta com um médico tradicional porque achei que fosse algo que pudesse tratar com medicamento tradicional. Passámos por mais de três curandeiros. [...] fiz cada tratamento que eles me indicavam durante 3 anos, eram bafos, cortes por lâmina, me deram de beber sangue de galinhas, e um remédio preto que faziam para introduzir lá em baixo que ardia bem.” (Participante 12, 25-31 anos, participante em tratamento, Clínica Cruz Azul).

A falta de informação e o desconhecimento da doença, associada a determinadas crenças por parte das mulheres jovens, fez com que adoptem alguns meios de tratamento menos convencionais, tais como: tratamento tradicional, uso de ervas, entre outros.

“(...) fiz tratamento tradicional durante 2 anos por acreditar que era feitiço e podia curar com remédios tradicionais, me davam ervas preparadas em garrafas de 2 litros e não resolveu nada” (Participante 04, 25-31 anos, participante em tratamento, HCM).

“[...] estava a 7 meses com o problema de xixi após o parto, contei a umas duas amigas sobre o meu problema e deram-me a ideia de fazer o banho de bacia, uma espécie de bafo vaginal para contrair os músculos da vagina e parar o xixi, mas não resolveu. Pedi ajuda a minha mãe, fomos ter com uma senhora curandeira que diziam que curava o problema de xixi, cobrou 1500 meu ex.

marido pagou. Irmã tomei aquelas folhas amargas até me cansar xixi não parava”, (Participante 05, 18-24anos, participante em tratamento HCM).

4.3.2. Experiências e processo de tratamento da Fístula obstétrica em unidades hospitalares.

Algumas participantes relatam que chegaram as unidades onde recebem/receberam tratamento por meio de uma transferência de uma unidade sanitária para outra. As guias de transferência são feitas pelos profissionais de saúde, uma vez que nas unidades sanitárias anteriores não tem condições para realizar cirurgias para o tipo de tratamento que essas pacientes requerem. As participantes disseram que o tratamento recebido nas unidades hospitalares para o tratamento da FO foi procedimento cirúrgico.

“Fui transferida de xai-xai para Maputo, das outras vezes não, voltava sozinha para as consultas. Convivi com a fístula durante 11 anos, realizei 3 cirurgias para reparação da fístula. O médico explicou que a minha fístula era grave. A primeira cirurgia fiz em 2014 no HCM mesmo, a segunda cirurgia fiz em 2017, a ultima fiz em 2020 ainda no hospital central de Maputo que correu muito bem” (Participante 06 32-34 anos, participante com experiência em tratamento, HCM).

“Estou internada aqui no HCM a 2 meses, fui transferida do centro matola para cá por causa da fístula, mas não pude operar assim que cheguei, porque tinha uma hemoglobina muito baixa e não podia ser operada nessa situação. Mas já fiz a cirurgias a uma semana e já não sai xixi e já vou ter alta, mas terei que voltar depois de duas semanas par verem a minha algália”. (Participante 08, 25 -31 anos, participante em tratamento, HCM).

“Descobri a doença em 2008, já fiz 2 cirurgias e ainda não consegui resolver o meu problema, embora já não sai muita urina como saía antes, fiz a primeira cirurgia que cortaram-me aqui na barriga (cirurgia abdominal) não melhorou muito, fiz a segunda na menina (risos)... (cirurgia vaginal) melhorou muito, agora vou fazer a terceira cirurgia e como já o problema não é muito

grave acho que desta vez vai dar certo” (Participante, 15, 25-31 paciente em tratamento, Clínica Cruz Azul).

Narrativas de algumas participantes do estudo, informam que os procedimentos de tratamento recebido nas unidades hospitalar foi um sucesso, obtiveram a curar da FO, apesar de as participantes considerarem o processo de tratamento um pouco demorado, em que às vezes os pacientes precisam passar por mais de uma cirurgia.

“(…) quando cheguei a hospital grávida em 2018 fizeram-me operação, mas o bebê estava já estava sem vida, regressei para casa dias depois, descobri que xixi saía de forma descontrolada, regressei para hospital José Macamo, que foi onde fiz operação quando estava grávida, informaram-me que tinha contraído uma fistula obstétrica, depois fui transferida para hospital central onde fiz primeira operação, e o problema não passou, e voltei para reclamar, depois marcaram uma outra operação, (silêncio) fui chamada de novo a hospital central, e disseram para me dirigir ir a clínica cruz azul na baixa da cidade, em setembro de 2020, fiz exame e operei de novo agora estou bem” (Participante 17, 32-34 anos, Paciente com experiência de tratamento Clínica cruz azul).

“Em 2014 tive problemas de sangramento, fiz consulta no hospital geral de Mavalane, onde fui diagnosticada com miomas, e precisei fazer uma cirurgia, que foi realizada em 2016 no hospital da Polana Caniço, a cirurgia não correu bem e acabei com uma fistula. Em 2018 fiz a minha segunda cirurgia na clinica cruz azul correu muito bem e hoje estou bem” (Participante 11, 32- 34 anos, participante com experiência em tratamento Clínica Cruz Azul).

“Sabe mãe, quando você tem essa doença, as opiniões são muitas, a minha cunhada insistiu muito para que eu procurasse outros caminhos para curar a minha doença. Enquanto esperava pela cirurgia, tinha uns comprimidos que receitaram e eu tomava. Acreditei em Deus e nos médicos, chegou o dia e chamaram e fui fazer a cirurgia, que foi via vaginal em 2019 na clinica Cruz Azul estou muito bem graças a Deus” (Participante 17, 32-34 anos Clínica Cruz Azul, participante com experiência de tratamento).

Algumas participantes, relataram que após a descoberta do problema dirigiram-se as unidades hospitalar como forma de buscar informações e tratamento sobre o problema que deixava as jovens incomodadas, tal como ilustra os depoimentos abaixo:

“Três semanas após eu ter dado parto, finais de setembro de 2016, desconfieei que aquela urina que eu saía não era normal, marquei uma consulta expliquei como se manifestava, a médica começou com uma série de perguntas do tipo a quantas vezes molhava os absorventes e a cama por dia, e se saía fezes sem sentir ou sentia dores, eu respondi que as fezes não saiam de foram descontroladas apenas a urina, fez uma guia para que eu fosse para Hospital Central de Maputo. realizei a primeira cirurgia em 2018, e a urina não parou na totalidade, lá fui enviada a clínica cruz azul” (Participante 12, 32-34 anos, participante de tratamento, Clínica Cruz Azul).

Relativamente ao tratamento da doença, algumas participantes explicam que apesar de terem procurado a cura tanto na medicina tradicional assim como na medicina moderna, não obtiveram a cura na totalidade, apenas os médicos conseguiram uma forma de minimizar a incontinência de modo a ter uma vida mais confortável, como mostram os depoimentos a baixos:

“Colocaram um saco (colostomia urinária e fecal) dentro de mim que guarda meu xixi, para não sair de qualquer maneira molhar roupas como antes porque o meu caso doutor disse que não terei cura totalmente, e já não posso ter outros filhos. O bom é que ao menos tenho uma menina de um outro casamento”. (Participante 10, 22-31 anos, participante em tratamento, HCM).

No que diz respeito a cura da fístula, os profissionais de saúde esclarecem que, existem fístulas complexas e incuráveis, como o caso da obstrução total da vagina, esses pacientes não terão a cura na totalidade, apenas minimizam a situação do paciente.

“Dependendo do nível de complexidade da fístula obstétrica, como por exemplo uma obstrução total a uretra e da vagina, os médicos realizam uma Urostomia, a paciente fica com 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, de modo o paciente ter uma vida mais confortável” (Profissional de saúde, HCM).

4.3.3. Métodos de prevenção da fístula obstétrica

Em relação aos métodos de prevenção da fístula obstétrica, todas as participantes deste estudo relatam que após a doença, receberam uma explicação nas unidades hospitalares sobre o que é a FO, como se manifesta, e como prevenir. As participantes consideram essas lições mais-valia, uma vez que desconheciam as verdadeiras causas da sua patologia.

“Depois de fazer a cirurgia e deu certo, o médico aconselhou-me a prevenir-me para evitar que tenha uma nova fistula, é necessário que eu fique um tempo em recuperação antes que eu tente engravidar de novo, e mesmo se eu engravidar tenho que fazer uma cesariana, e eu também nem quero agora estou traumatizada (risos) também explicaram isso a minha mãe porque ela me acompanhava sempre” (Participante 09, 32-34 anos, participante com experiência em tratamento HCM).

“Aprendi coisa que não sabia sobre a doença com os profissionais de saúde quando estava internada. (...) Posso voltar a engravidar, mas os médicos aconselharam a ter mais cuidado, terei que fazer todo o acompanhamento da grávida no hospital até o momento do parto e pós-parto” Participante 17, 34 anos, Paciente com experiência de tratamento Clínica cruz azul).

Ainda sobre a questão relacionado com a prevenção da fístula, alguns profissionais de saúde explicaram que os métodos para prevenir a FO são evitar gravidezes prematuras, e realização de parto assistido. Acrescentam ainda que é preciso aconselhamento antes e pós-tratamento da FO de forma a evitar a recorrência da doença.

“(...) a prevenção e o parto assistido adequadamente ainda são as melhores formas de combater a fístula obstétrica. Para pacientes que já realizaram a cirurgia orientamos a manter o cateter ligado à bexiga por algumas semanas e deve fazer exercícios pélvicos para fortalecer os músculos da região” (Profissional de saúde, HCM).

“Mesmo aquele paciente que teve FO tratada com sucesso, pode voltar a contrair uma nova fistula, em casos em que a mesma paciente, volte a engravidar e não receba os cuidados adequados,” (Profissional de saúde, HCM).

4.4. Impacto da fístula obstétrica nas jovens

4.4.1. Impacto da FO na saúde das participantes

Algumas participantes deste estudo, disseram que a doença teve um impacto negativo em relação saúde, a nível da mobilidade e bem-estar. Relatam ainda que na tentativa de não ingerir muitos líquidos, e restringir algum tipo de alimentos, como forma de diminuir a urina e fezes, essas atitudes trouxeram algumas consequências na saúde das jovens, tais como: queimadura na pele, problemas renais, dificuldades de locomoção, como mostram os depoimentos abaixo:

“Bebia pouca água, embora eu soubesse a importância de beber água eu evitava, porque não queria estar molhada o tempo todo, embora isso não resolvia o meu problema mas minimizava o xixi, e acabei desenvolvendo outras doenças, tive pedras nos rins”, (Participante 11, 32-34 anos, participante com experiência em tratamento, HCM).

“praticamente não saio de casa, pior porque tenho problema neste pé esquerdo por causa dessa doença, não visito nenhum familiar ou amigo devido a esta situação, espero que esta operação corra bem para voltar a minha vida normal” Participante 13, 25-31 anos, participante em tratamento, Clínica Cruz Azul).

“Não frequento a igreja desde 2014, por causa da doença, eu fazia parte de um grupo coral da igreja, lá canta-se e dança-se, uma vez que tenho queimaduras aqui na parte das pernas que arde muito nestas condições não há hipótese de eu sair de casa” (Participante 03, 25-31 anos participante em tratamento, HCM).

De acordo com os profissionais de saúde a fistula traz várias consequências a saúde da mulher, dentre eles: trauma física e psicológica, perda da mobilidade, infertilidade, entre outras consequências.

“as consequências que a fístula trás para a saúde da mulher são várias, desde perda a criança, a incontinência urinária ou fecal, perda da mobilidade, infertilidade” (Profissional de saúde, HCM).

4.4.2. Impacto da FO nas relações conjugais entre as participantes

Algumas participantes referiram que tiveram divórcio e e outras disseram que sofreram estigmatização e discriminação perpetuados pelos seus conjugues. As participantes relatam os maus tratos protagonizados pelos conjugues como mostra os depoimentos a baixo:

“(...) meu marido em 2016 levou a minha rival, essa que me enfeitiçou para viver na minha casa, ele apenas me informou não me pediu, eu aceitei minha irmã ia fazer o quê, se já não era mulher para ele, quando aquela mulher chegou ali, o meu marido começou a insulta-me a dizer que ele estava a sofrer com os espíritos da minha família, porque é que eu não morria, eu ficava no quarto que estava fora da casa grande, como ele dizia para eu não entrar na casa grande eu só chorava irmã era muita tristeza” (Participante 03, 25-31 anos participante em tratamento, HCM).

“Depois de alguns meses com a doença meu ex-marido chutava-me como se eu fosse lixo, não cuidava de mim, arranjou outra mulher mais nova e tirou-me as duas crianças. Pedi para ver as crianças negou, disse que dava porque eu ia dar de comer as crianças fezes e xixi” (Participante 05, 18-24anos, participante em tratamento HCM).

“Pedi para o meu marido me devolver para casa dos meus pais, devido a maus tratos e humilhações”, (Participante 07, 25-31 anos, participante com experiência em tratamento HCM).

4.4.3. Impacto da fístula obstétrica na saúde sexual e reprodutiva das participantes

Em relação ao impacto da doença na vida sexual e reprodutiva, as participantes do estudo mostram uma frustração em relação a sua vida sexual e reprodutiva, narram que embora o acto sexual é considerado o momento de satisfação, para elas é um momento de sofrimento e vergonha. E lamentam a situação de não puder gerar outros filhos.

“Uma das coisas que já não faço a 2 anos é manter relações sexuais, (risos)... tive destruição da uretra e da vagina, porque o bebé não tinha caminho para sair, o colo do meu útero era pequeno,

e a cabeça destruiu os meus tecidos, o que me impossibilita de manter relações sexuais, sou muito jovem e gostaria de voltar a ter uma vida sexual boa como antes da doença” (Participante 01, 18-24 anos, participante em tratamento, HCM).

“Quando mantenho relações sexuais sinto um pouco dores e desconforto, há vezes que no acto sai um pouco de xixi, mas sempre coloco uma toalha em cima da cama, me sinto envergonhada com, acho que isso também me deixa sem muita vontade” (Participante 12, 25-31 anos, participante em tratamento, Clínica Cruz Azul).

“O médico informou-me que não seria mais possível voltar a engravidar depois da cirurgia porque, tive hemorragia pós-parto e teve que se realizar uma histerectomia de emergência, o que vai me impedir de ter filhos, é muito triste sinto que maior parte da minha vida foi só desgraça” (Participante 06 32-34 anos, participante com experiência em tratamento, HCM).

4.4.4. Impacto da fístula obstétrica na vida económica

As participantes deste estudo apontam que tiveram algumas limitações no desenvolvimento de certas actividades económicas devido a FO. Algumas participantes explicaram que as suas actividades estavam voltadas para compra e revenda de produtos, bem como a produção de produtos alimentares nas machambas, mas quando contraíram a FO paralisaram as suas actividades, o que trouxe uma situação de extrema dependência para as mulheres jovens.

“tive que parar de vender castanhas por causa dessa doença, e isso prejudicou-me muito, cheguei a ficar sem dinheiro para comprar sabão, para lavar os panos que usava para tapar xixi, era preciso trocar os absorventes ou os trapos 3 ou 4 vezes por dia, as vezes vinham os meus irmãos deixar sabão, quando acabava tinha vergonha de pedir denovo” (Participante 06 32-34 anos, participante com experiência em tratamento, HCM).

“Eu ia para chiculacuala comprar carvão para revender aqui em Maputo, mas por causa desta doença, não viajo mais, porque não posso ficar muito sentada que o xixi vaza. Agora para por comida na mesa lá em casa dependemos só de uma única pessoa o meu irmão mais novo, embora

ele tenha um bom emprego, mas não é fácil para ele” Participante 13, 25-31 anos, participante em tratamento, Clínica Cruz Azul).

“É muito difícil viver assim, como uma pessoa grande viver com fraldas, pensos ou panos todos os dias, mudar os panos três ou quatro vezes por dia, até que quando tenho dinheiro de fraldas descartáveis ajuda mais, mas nem sempre tenho dinheiro para comprar, aí uso panos que eram capulanas que tive que rasgar, ou aquelas minhas roupas que já não usava. Quero muito que essa cirurgia de certo, para voltar as minhas actividades, comprar produtos e revender” Participante 13, 25-31 anos, participante em tratamento, Clínica Cruz Azul).

As participantes mostram-se insatisfeitas com a pouca rentabilidade ou improdutividade das suas actividades devido as limitações impostas pela doença.

“Tenho uma machamba grande em boane, onde plantava cenoura, feijão verde, tomate, milho e vendia esses produtos, agora e já não consigo estar lá a tempo inteiro por causa desta doença, apenas tento orientar alguns trabalhadores a distância e já não é rentável” (Participante 12, 32-34 anos, participante de tratamento, Clínica Cruz Azul).

“tive que sair para arrendar um quarto, que estou a ter muitas dificuldades para pagar a renda, mesmo agora estou a dever dois meses, é muito difícil arranjar emprego mesmo nos quintais com essa doença, tenho uma banquinha que vendo pipocas, bolachas, doces em frente a escola para crianças, mas não rendi muito porque nem sempre consigo tirar a banca, há dias que levo uma semana a vir para hospital para fazer exames para a cirurgia.” (Participante 05, 23-34 anos, participante em tratamento, HCM).

4.5. Relação entre as mulheres jovens com FO e a sua família e amigos

Algumas participantes deste estudo relatam que após a doença não mantém uma relação saudável entre elas e os membros da família ou amigos. As participantes apontam alguns comportamentos de maus tratos protagonizados pelos seus parentes e amigos. As jovens acrescentam ainda que apenas desejam uma relação estável e o apoio emocional vindo da sua família e amigos, e não um apoio financeiro como talvez a família esteja a cogitar.

“No momento mana, estou sozinha nem a pessoa que me ajudou a ter essa doença, nem a família e muito menos os meus amigos ninguém se aproxima, só para saber como estou, eu não estou a pedir para me trazer 1kg de açúcar ou sabão, apenas o apoio deles seria muito para mim, termos uma relação de família mesmo, mas nem isso, infelizmente a única coisa que compartilhamos é só apelido” (Participante 05, 23-34 anos, participante em tratamento, HCM).

“Os meus familiares construíram uma casinha para mim um pouco distante da residência grande, eu tenho o meu próprio meu próprio estendal de roupa, para não juntar as minhas roupas de cheiro, eu praticamente vivo sozinha, desde que estou aqui no hospital só a minha irmã mais velha é que sempre vem me visitar, se a minha mãe estivesse viva acho que também viria visitar-me” (Participante 01, 18-24 anos, participante em tratamento, HCM).

“Vivia em casa da minha tia, mas quando tive essa doença, por um tempo vii que não passava, me proibiu de sentar no sofá, tinha minha própria cadeira de plástico, depois de um tempo me pediu para que eu deixasse a casa dela, porque as filhas reclamavam o mau cheiro no quarto onde dormíamos” (Participante 14, 18 -24 anos, participante em tratamento, Clínica Cruz Azul).

Contudo, algumas participantes disseram que tinham uma boa relação, apoio dos amigos e familiares. Elas disseram que o apoio vindo desses agentes é muito benéfico para a saúde emocional e muito motivador. As participantes explicam que quando existe uma boa relação familiar a doença torna-se menos difícil, porque abre-se espaço para aprendizado sobre a doença e a busca pelo tratamento.

“Posso dizer que sou abençoada, após falar sobre doença, todos me acolheram muito bem, desde 2018 não sei o que é comparar sabão, fraldas, pensos, a minha família os meus amigos, vizinhos sempre compram e vem deixar em casa, mesmo remédio tradicional traziam as escondidas aqui no hospital par eu tomar, mesmo agora que estou a falar contigo já estão lá fora a espera da hora da visita, para me ver” (Participante 08, 25-31 anos, participante com experiência em tratamento HCM).

“Eu quando contrái a fístula obstétrica em 2017, tive muito apoio do meu irmão mais velho e minha cunhada, porque quando tive o problema fiquei hospedada em casa dele lá no bairro da Liberdade⁷, o meu irmão pesquisava muito sobre essa doença, aprendi muita coisa sobre essa doença, ele mostrava fotos de mulheres que tinham tido o mesmo problema” (Participante 04, 25-31 anos HCM paciente com experiência em tratamento).

4.6. Discussão dos resultados

Os resultados desta pesquisa mostram que as percepções sobre a fístula obstétrica, a prevenção e o tratamento nomeadamente são influenciadas pelo estoque do conhecimento que elas possuem sobre a doença. Este estoque de conhecimento é adquirido na interacção que elas fazem no quotidiano com a medicina tradicional, os profissionais de saúde, a família e os amigos. Verificou-se que as percepções que as participantes têm em relação a FO resultam da experiência da doença e a busca pelo tratamento. A busca pelo tratamento é influenciada pelo sistema de crenças, práticas, conhecimentos e interpretações que acabam influenciando o modelo explicativo e o processo de cuidados terapêuticos.

É nesta perspectiva que Schutz, (1979) explica que viver no mundo da vida quotidiana significa viver em um envolvimento interactivo com muitas pessoas, em complexas redes de relacionamentos, tendo em conta que, o mundo quotidiano é um mundo histórico, cultural em que o indivíduo vincula-se em diferentes relações sociais. Estas relações influenciam na produção de diferentes percepções em relação a FO entre as participantes da pesquisa.

As participantes deste estudo não associam FO apenas ao trabalho de parto arrastado, mas também a acções de feitiçarias, vontade divina e a cirurgia cesariana. Neste contexto, o parto arrastado ou obstruído é visto como castigo dos espíritos, ou um feitiço lançado por outra pessoa. Este depoimento é corroborado por Guerra, (2016) que mostra que a cultura sempre encontra uma explicação para os fenómenos sociais.

⁷ Liberdade um dos bairros periféricos da Província de Maputo.

Como refere Schutz (1979), esta percepção em relação as modalidades de tratamento é retido pelas jovens como um estoque de conhecimento visto que, a sua conduta em muitos casos, é guiada por um conhecimento adquirido no processo de socialização. Assim, a partir do estoque de conhecimento sobre os modelos de tratamento que as jovens escolhem tem a consciência da interpretação que os outros agentes sociais dão aquela acção . O estoque de conhecimento que interioriza nesse meio social sobre os métodos de tratamentos em relação a sua doença, permite interpretar as suas experiências.

O estudo constatou que as práticas e os mecanismos que as jovens adoptam para o tratamento da FO, têm muito a ver com a crença da eficácia da linha do tratamento que as jovens escolhem. Essas ideias permitem afirmar e ressaltar que as práticas sociais da escolha de um determinado tipo de tratamento são condicionadas pelas percepções e capacidade de interpretação que as participantes possuem sobre diferentes tipos de tratamentos existentes.

De acordo com Granjo (2009), procurar por um médico é uma opção que os pacientes e seus familiares tomam porque, ela lhes fornece uma mais-valia de significado e de reintegração social, uma possibilidade consensual de expressar e gerir não apenas a enfermidade presente, mas também as relações de solidariedade e conflito em que estão inseridos.

Para esta pesquisa, não são apenas os factores financeiros, a pobreza que influenciam a procura imediata pelo tratamento hospitalar, como advogam Vaz, WLSA e Abreu (2011, 2012), mas também o desconhecimento ou a falta de aceitação da sua condição, associada a determinadas crenças por parte das mulheres jovens.

Todas participantes deste estudo relataram que a forma de tratamento da FO, nas unidades hospitalares foi a cirurgia via vaginal. Esta pratica esta em conformidade com as recomendações de Abreu & Vaz, (2015), que sugere que as fístulas devem ser abordadas por via vaginal, uma vez que esta técnica tem inúmeras vantagens tais como: rápida convalescença, tempo operatório mais curto, menor risco de hemorragia, evita a incisão alargada da bexiga, esta abordagem não esta dependente a cirurgias abdominais anteriores.

Apesar de os dados revelarem que todas as participantes foram curadas após a cirurgia, o impacto da FO a nível social prevaleceu. As participantes vivenciaram situações desagradáveis, tais como, vergonha, medo rejeição ou abandono por parte dos familiares, parceiros e amigos. Este resultado corrobora os resultados anteriores do estudo de Vaz (2011) que mostrou que algumas mulheres jovens se isolam da sociedade devido ao estigma que sofrem na família e na sociedade. Os dados desta pesquisa mostram que há instabilidade na relação entre a família, amigos, e na relação conjugal, o que influencia o estado emocional e estado efectiva dos pacientes com a FO.

A abordagem teórica permitiu destacar que as percepções e práticas sobre prevenção e tratamento da FO, são introduzidos pelo meio social a qual as jovens mulheres se encontram inseridas, através da multiplicidade de interações que as mulheres jovens estabelecem na sociedade a partir dos valores socioculturais que interiorizam. Tal como mostra a perspectiva de Schutz (1979), ao explicar que toda a interpretação exercida por um indivíduo, tem como pressuposto um mundo compartilhado com outros, já constituído, organizado e significativo.

Considerações finais.

Este estudo teve como principal objectivo compreender as percepções e práticas sobre prevenção e tratamento da fístula obstétrica entre mulheres jovens na cidade de Maputo. Nesta pesquisa procurou-se trazer uma abordagem sociológica no estudo sobre a fístula obstétrica, dando mais ênfase percepções sociais produzidas pelos actores sociais em torno da fístula obstétrica e a sua influência na procura dos cuidados terapêuticos.

Os resultados obtidos nesta pesquisa confirmam a hipótese segundo a qual “as percepções e práticas que as jovens possuem sobre a fístula obstétrica são influenciadas pelo acesso à informação e experiências que elas têm sobre a doenças e, o apoio da família e dos amigos no processo de tratamento” foi confirmada na medida em que a busca pelo tratamento, é influenciado pelas suas percepções e experiência com a doença e o ambiente social e cultural em que vivem.

Em relação aos resultados, constatou-se que as percepções das mulheres jovens com fistula são várias, tais como associação da FO à acções de feitiçaria, ao trabalho do parto e pelo facto de terem submetidas a cirurgia cesariana durante o parto.

A pesquisa constatou que há falta de informação sobre a doença. Os factores ou as causas da FO não são adequadamente difundidas, contribuindo na persistência dos mitos como a crença de que a FO é provocada pelas acções de magia, infidelidade feminina, ou vontade divina.

O estudo permite concluir que as percepções e práticas em relação a tratamento da FO sustentam-se pelo carácter místico a volta da patologia, por essa razão na expectativa de aumentar as hipóteses de cura as participantes envolvem-se em duplicação de tratamentos diferentes, em que a eficácia de um possa compensar as falhas do outro, independentemente das capacidades técnicas e farmacológicas.

A amostra deste estudo não é representativa a população Moçambicana com FO, pelo que os resultados não devem ser generalizados a outros contextos. Sugere-se que estudos futuros incluam

maior abrangência geográfica, de forma a apresentar uma maior variedade de dados, uma vez que os factores contextuais influenciam a visão do mundo sobre a FO.

Referências Bibliográficas.

Abreu, R. D., Vaz. I., Gomes, C. (2015). Fístulas Vesico-Vaginais: Uma Visão Sobre Moçambique.

Barata, R. (2009). Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Editora Fiocruz

Bashah, D.T., Worku, A. G., Yitayal, M., Azale, T. (2019). The loss of dignity: social experience and coping of women with obstetric fistula in Northwest Ethiopia.

Berger, P., Luckmann, T. (2009). A Construção Social da Realidade. 30ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes.

Brito, L, De. (2012). Pequeno guia de inquérito por questionário, IESE, Maputo.

Cardoso, A., Soares, R., Correia. T., Reis.F., Cerqueira, M., Ameida, M., Prisco, R. (2009). Abordagem terapêutica de fístulas vésico-vaginais análise retrospectiva e revisão temática.

Chauí, M. (1996). Convite à filosofia. Editora Ática. São Paulo. Brasil.

Doutor, C. (2016). Um olhar sociológico sobre os conceitos de juventude e de práticas culturais: perspectivas e reflexões, vol.24, n.45, pp. 159-174.

Gebrehiwot, S. W., Abera, G., Tesfay, K., Tilahun, W. (2016) .Short birth interval and associated factors among women of child bearing age in northern Ethiopia.

GRANJO, P. (2009). Saúde e Doença em Moçambique, Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.4, p.567-581.

Guerra, L. (2018). Sexualidade, corpo e doença em Moçambique: Implicações regulatórias. REIA- Revista de Estudos e Investigações Antropológicas, ano 5, volume 5.

_____. (2016). Uma análise sócio Antropológica da Fístula Obstétrica em Moçambique.

Giddens, A. (2008). Sociologia 6ª Edição fundação calouste gulbenkian, Av.de Bema I Lisboa.

Lakatos, E. M & Marconi, M. A. (2003). Fundamentos de metodologia científica. 5ª Ed. São Paulo: Atlas.

- Manzini, E. J. (2002). Entrevistas semiestruturadas: Análise de objecto e de roteiros, Porto Editoras.
- Minayo, M. C. S. (org). (2002). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 21^a Edição. Petrópolis: Editora Vozes.
- Misau, (2013). O Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) 2014 a 2019.
- _____. (2012). Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento de Fístulas Obstétricas. Kriando: Maputo.
- Mocumbi, S., Hogberg, U., Hanson, C., Bergstrom, A., Munguambe, C., Boene, H., Sevene, E. (2017). Obstetric fistulae in southern Mozambique: incidence, obstetric characteristics and treatment.
- Murray, C. & Lopez, A (1998). Health Dimensions of Sex and Reproduction, World Health Organization, Geneva Switzerland.
- Nunes, E. (2014). A construção teórica na sociologia da saúde: uma reflexão sobre a sua trajectória.
- Orlandi, E. P. (1993). O Discurso Fundador: A Formação do País e a Construção da Identidade Nacional. Campinas: editora Ponte.
- Quivy, R., Campenhoudt, L.D. (2005). Manual de Investigação em Ciências Sociais. 4^a ed. Lisboa.
- Sarah, N. (1995). The Sociotogy of Health and Illness, Cambridge: Polity,
- Schutz, A. (1979). Fenomenologia e Relações Sociais. Rio de Janeiro. Zahar Editoras.
- Silva, L; Egler, I. (2006). Estudo da percepção em espaços urbanos preservados. Brasil (Relatório ou baseline não publicado).
- Tunçalp, O., Stanton. K. C., Isah, A., Landry, E. (2014). Community-based screening for obstetric fistula in Nigeria: a novel approach.
- UNFPA (2012). Unidos vamos eliminar a Fístula Obstétrica em Moçambique. UNFPA e Ministério da saúde, (Folheto): Maputo
- _____. (2013). Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência, relatório 2013, Situação da População Mundial.

Vaz, I. (2011). A Fístula Obstétrica e a situação em Moçambique. Revista Outras Vozes, nº 33 - 34, Fevereiro-Maio de 2011.

WLSA, (2011). Omitidas: Mulheres com Fístula Obstétrica em Moçambique. WLSA (Brochura): Maputo.

Jornal de Notícias (Versão online). 07 Novembro de 2014. “Fístulas Obstétricas: Pesadelo que atormenta mulheres”. Disponível em: <<http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/pagina-damulher/26239-fistulas-obstetricas-pesadelo-que-atormenta-mulheres>>. Acesso em 03de Setembro de 2019.

<https://www.voaportugues.com/s?k=fistula%20obstetrica&tab=all&pi=1&r=any&pp=10>,
Acessado em 23 de Janeiro de 2020.

ANEXOS



HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO
DIRECÇÃO CIENTÍFICA E PEDAGÓGICA

Ref. nº 314 /DCP/HCM/21

Maputo, aos 03 de Junho de 2021

Assunto: Carta de Cobertura para realização de estudo

Servimo-nos deste meio para informar que a Sr.ª Anabela Armando Cossa, estudante da Universidade Eduardo Mondlane, está autorizada a colher dados para a pesquisa "Percepções e práticas sobre a prevenção e tratamento da fistula obstétrica entre jovens na cidade de Maputo".

Com os melhores cumprimentos.

A Directora Científica e Pedagógica


Prof. Doutora Cesaltina Lorenzoni
(Médica Patologista, MSc, MPH, PhD)



Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo



(CIBS FM&HCM)

*Dra. Jacinta Silveira Langa, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de
Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)*

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):

*Nome (s): **Anabela Armando Cossa***

*Protocolo de investigação: **Versão 2, de Junho de 2021***

*Consentimentos informados: **Sem versão, de Dezembro de 2020***

*Questionários: **N/A***

*Guião de entrevista: **Sem versão, e sem data***

Do estudo:

TÍTULO: "Percepções e Práticas sobre prevenção e tratamento da Fístula Obstétrica entre jovens na cidade de Maputo."

E faz constar que:

1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia 01 de Outubro de 2020, e que foram incluídas na acta 09/2020, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.

2º Que a revisão realizou-se de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.

*3º Que o protocolo está registado com o número **CIBS FM&HCM/P079/2020**.*

4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.

5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.

6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.

7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 29 de Agosto de 2022. Um mês antes dessa data o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8º Recomenda aos investigadores que mantenha o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos

E emite

RESULTADO: APROVADO.

Jacinta Silveira Langa

Assinado em Maputo aos 30 de Agosto de 2021

Anexo 3: CONSENTIMENTO INFORMADO

Folha de informação para o pedido de consentimento informado para os participantes no estudo:
Percepções e Práticas sobre prevenção e tratamento da Fístula Obstétrica entre jovens na cidade de Maputo.

Investigadores: Anabela Cossa (Investigadora principal) Prof. Dr. Carlos Eduardo Cuinhane (Supervisor)

Saudações!

I. Informação sobre o estudo

Meu nome é Anabela Cossa sou estudante da Universidade Eduardo Mondlane, estou neste hospital a fazer um trabalho de pesquisa, para fins de cumprimento e obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia. Cujo tema é Percepções e Práticas das adolescentes na cidade de Maputo face ao tratamento e prevenção da fístula obstétrica.

Propósito do Estudo: O objectivo deste estudo é compreender as percepções e práticas sobre a prevenção e tratamento da fístula obstétrica entre jovens na cidade de Maputo.

Procedimento do estudo: participarás respondendo voluntariamente algumas perguntas sobre, percepções e práticas face a prevenção e tratamento da fístula obstétrica. A conversa será gravada em áudio, mas seu nome não será gravado. Durante a entrevista a investigadora vai ler as perguntas darás as respostas. Não há resposta certa ou errada, sinta-se à vontade em dar suas opiniões. Se você concordar em participar deste estudo, falará connosco por aproximadamente 30 a 45 minutos.

Riscos e Benefícios: ao participares não correrás nenhum risco, e não há benefícios directos por participar no estudo. Suas respostas não afectarão seu tratamento em nenhuma unidade sanitária e não afectarão as visitas que você recebe. Contudo a sua participação e as informações que você dará podem ajudar a comunidade em geral, também constituirá uma mais-valia para a compreensão sobre as percepções e práticas face a prevenção e tratamento da FO.

Confidencialidade: O teu nome não aparecerá durante a análise de dados, nem na apresentação dos resultados. Toda a informação que fornecer será apenas usada para fins científicos e são estritamente confidenciais e só a investigadora principal terá o seu acesso.

Direito a Recusa ou Retirada do Estudo: A sua participação neste estudo é voluntária. Se você concordar em participar, não precisará responder a nenhuma pergunta que não deseja responder e poderá interrompê-la a qualquer momento. poderá desistir sem necessidade de justificar, e não terá nenhuma represália.

Revisão Ética: O presente estudo foi revisto e aprovado pelo Comité Interinstitucional de Bioética em Saúde, que trabalhará para proteger os seus direitos e bem-estar durante a realização desta pesquisa. Em caso de dúvidas sobre aprovação do estudo poderá contactar a presidente do CIBS cujo contacto é 823992590. Enquanto o estudo estiver a decorrer eu a investigadora principal Anabela Cossa estarei disponível para esclarecer qualquer dúvida relacionada com investigação, podendo entrar em contacto comigo através do número de telefone 82 5738610 ou ao Comité Nacional de Bioética para a Saúde, localizada no Ministério da Saúde, Av. Eduardo Mondlane 1008, R/c. Eu lhe darei uma folha informativa que contém todas essas informações e ficará com você.

II. Acordo voluntário.

li este formulário de consentimento, ou ele foi lido para mim, e o objectivo do estudo foi totalmente explicado para mim. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente ^{.....} para minha satisfação. Eu também entendo que meus direitos e privacidade serão respeitados. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinaturas:

Nome da participante:

Assinatura do participante:

Data:/...../.....

Nome do Pesquisador/pessoa que toma o consentimento

.....

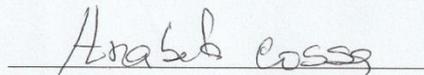
Data:/...../.....

Termo de compromisso do investigador

Eu, Anabela cossa, investigadora principal do estudo "Percepções e Práticas sobre Prevenção e Tratamento da Fistula Obstétrica na cidade de Maputo", comprometo-me em meu nome em cumprir todos os requisitos éticos, nacionais e internacionais, estipulados para pesquisa envolvendo humanos, respeitar a autonomia individual dos participantes do estudo, maximizar os benefícios e minimizar os riscos, bem como proteger a privacidade e manter a confidencialidade de todos os participantes da pesquisa.

Comprometo-me igualmente a não efectuar qualquer alteração no protocolo que será aprovado pelo Comité institucional de Bioética em Saúde FM/HCM, do consentimento informado de cada participante e processar toda informação obtida com confidencialidade. Finalmente, comprometo-me que todos os dados recolhidos no âmbito deste estudo não serão usados para quaisquer outros fins que não sejam referidos no protocolo de pesquisa acima submetido ao CIBS/CNBS.

Maputo, aos 28/06/2021



Anabela Armando Cossa

(Investigadora principal)

CARTA DE DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE.

Para: Comité institucional de Bioética em saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

De: Investigador principal do estudo sobre Percepções e Práticas sobre prevenção e tratamento da Fístula Obstétrica entre jovens na cidade de Maputo.

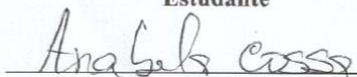
Data: 28 de Junho de 2021

Assunto: Declaração de conflito de interesse.

De acordo com as recomendações éticas para investigação envolvendo seres humanos. Eu Anabela Armando Cossa, estudante no Departamento de Sociologia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane, autora responsável pela submissão do protocolo de pesquisa com o tema “*Percepções e Práticas sobre prevenção e tratamento da Fístula Obstétrica entre jovens na cidade de Maputo*”, e todos co-autores que aqui se apresentam, **declaramos que não possuímos conflitos de interesse de ordem académico.**

Maputo aos 28 de Junho de 2021

Estudante



Anabela cossa

Guião de entrevista

Saudações! Chamo-me Anabela Cossa, sou estudante da Universidade Eduardo Mondlane, estou a fazer um trabalho de pesquisa, com vista ao cumprimento dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia. Cujo tema é Percepções e Práticas sobre prevenção e tratamento da Fístula Obstétrica entre jovens na cidade de Maputo. A informação por si fornecida será utilizada apenas para o propósito desta pesquisa e será tratada de forma confidencial, bem como a não identificação como forma de respeitar o anonimato. A entrevista durará mais ou menos 30 a 45 minutos.

Guião de entrevista 1. População chave jovens com FO.

Secção I. Dados Demográficos.

1. Idade_____ (em anos).
2. Nível de escolaridade que concluiu?
3. Profissão: o que faz? Onde trabalha?
4. Naturalidade.
5. Onde vives?
6. Com quem vives?
7. Qual é o seu estado civil?
8. Vives permanentemente com o seu parceiro na mesma casa?
9. Qual é a idade do seu parceiro?
10. Você e seu parceiro rezam? Se sim, qual é a igreja?

Secção II. Percepção das jovens em relação a fístula obstétrica.

1. Gostaria que me contasse sobre a sua doença: como começou e como você descobriu?
2. Antes do parto já tinhas sentido algo de anormal?
3. O que você fez depois que percebeu pela primeira vez que saias urina/fezes de forma descontrolada?
4. Sabias que essa lesão é uma comunicação anormal entre a bexiga e a vagina, que é chamado de fístula obstétrica? (Se sim) como soube?

5. O que aconteceu para veres que a perda da urina/ fezes era de forma descontrolada? Quando isso aconteceu?
6. Na tua opinião o que achas que originou essa lesão vaginal?
7. Falaste com alguém do assunto quando começaste a sentir essa anomalia? (Se sim) quem era essa pessoa para si? E em quanto tempo contaste para ela?
8. Quando te apercebeste desse descontrole sabias que era uma doença? (Se sim) qual foi a sua reacção? (Se não) quem te contou que tratava-se de uma doença?
9. Como se sentiu quando soube que a lesão foi provocada por parto prologando?
10. O que a sua família, amigos e parceiro pensam sobre a sua doença?
11. A maneira da família, amigos e parceiros reagirem lhe incomoda?

Secção III. Tratamento da Fístula obstétrica em unidades hospitalares.

1. Em que momento procurou hospital, antes ou depois do parto?
2. A quanto tempo estas internada neste hospital?
3. Como chegou neste hospital? Fazias consultas pré- natal neste hospital? Foste transferida de um outro hospital para este? Ou fizeste uma consulta directa quando te apercebeste da lesão?
4. A quanto tempo convives com a F.O?
5. Que tipo de tratamento aqui recebeu aqui no hospital até agora?
6. Quem paga os custos do seu atendimento hospitalar?
7. Tens algumas pessoas que te visitam, e te apoiam? Se sim o que são elas para ti?
8. Além de ti, conheces outras adolescentes que têm a mesma doença e que recebem tratamento neste ou em outro hospital?

Secção V. Mecanismos e práticas adoptadas pelas jovens no tratamento e prevenção da FO.

1. Antes de procurar tratamento hospitalar, tentou a cura antes com um tratamento tradicional? Se sim que tipo de tratamento?
2. E porque decidiu adoptar estes meios para o tratamento?
3. Quanto tempo levou para procurar o tratamento hospitalar.

4. Recebeu oração antes de consultar o centro de saúde? Porque optou por fazer isso? Qual é a importância disto para ti?
5. A ideia de procurar o hospital para fazer o tratamento, foi sua ou de alguém com quem falaste do assunto? (Se sim) qual é a relação com essa pessoa?
6. Conheces algum método de prevenção da lesão vaginal, (se sim) qual?

Secção IV. Impacto da fístula obstétrica nas jovens.

1. Como passou a ser o seu dia-a-dia desde que descobriu essa anomalia?
2. Quais são as práticas de higiene que tens feito para evitar que outras pessoas sintam o cheiro da urina/ das fezes?
3. Existe alguma actividade que fazias antes, que agora deixou de fazer? Se sim qual?
4. O teu parceiro sabe desta lesão, (se sim) quem contou? Se ele não sabe, por que razão não contou a ele?
5. Como é que ele se sentiu ou o que ele fez quando soube?
6. Que preocupações você tem em relação a sua higiene?
7. Como tem sido a vossa relação? Alguma coisa mudou? (Se sim) qual? Conta-nos a sua experiência.
8. Como tem sido a reacção das pessoas que ficam sabendo que esta com essa doença? O que estas pessoas dizem?
9. Conheces outras pessoas que têm esta doença? São amigas, familiares ou outras pessoas da comunidade? O que as pessoas dizem sobre esta doença?

Secção VI. Ralação com a família e amigos.

1. Os teus familiares sabem que tens uma lesão vaginal? (se sim) quem contou?

2. Como é que a sua família reagiu quando soube que tinhas uma anomalia vaginal? Se sim, ainda se relacionam contigo da mesma forma que antes? (Se não) o que mudou?
3. Os teus amigos sabem que tens uma lesão vaginal? (Se não) porque não contou? (Se sim) qual foi a reacção?
4. Te sentes acolhida ou rejeitada pela família ou amigos ou após informar sobre a lesão vaginal?
5. Tem algum tipo de tratamento específico que eles adoptaram que mostra acolhimento ou rejeição? Se sim qual?

Esta conversa esta chegar ao fim, gostarias de dizer ou acrescentar algo sobre qualquer outro aspecto que acha importante partilhar connosco? Pode ser algo sobre esta lesão pode falar à vontade.

Obrigada pelo tempo dispensado.

Guião de entrevista 2. Profissionais da saúde.

Saudações! Esta entrevista decorre no âmbito do Trabalho do Fim do Curso (TFC), pela Universidade Eduardo Mondlane para a obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia e, tem por objectivo compreender as Percepções e Práticas sobre a prevenção e tratamento da Fístula Obstétrica entre jovens na cidade de Maputo. A informação por si fornecida muito é importante, será utilizada apenas para o propósito desta pesquisa e será tratada de forma confidencial, bem como a não identificação como forma de respeitar o anonimato. A entrevista durará mais ou menos 30 a 45 minutos.

Perfil do agente da saúde.

1. Nível académico_____
2. Profissão_____
3. Cargo que ocupa_____
4. Especialidade_____
5. Em que momento os profissionais de saúde disseminam a informação sobre a FO com as pacientes?
6. Como é que o assunto sobre a FO é disseminado entre as pacientes?
7. Quais são os meios ou formas de comunicação que usam para disseminar a informação sobre a FO?
8. Na sua opinião, acha que a disseminação a fístula contribui para a percepção do risco da FO entre o grupo alvo? Se sim como?
9. Como as pacientes reagem a informação de que contraíram uma fístula obstétrica?
10. Na sua opinião, o que representa/significa uma mulher contrair a FO?
11. Em que momento são feitas as recomendações dos cuidados de saúde a paciente com fístula obstétrica? Antes, durante ou depois da cirurgia.
12. O tratamento ministrado nas pacientes, apresenta algum risco? Se sim qual?
13. Após a aprendizagem e recomendações sobre o risco da FO percebe-se alguma mudança de comportamento nas jovens? Explique como?
14. Na sua opinião, quais os factores que concorrem para o surgimento de uma fístula obstétrica?

15. Na sua percepção quais os factores que levam a incidência e prevalência da FO em particular, entre as mulheres jovens?
16. No seu entender o que se pode fazer para evitar a FO em mulheres jovens /adolescentes no estado de gravidez, e aquelas que ainda não estão grávidas?
17. Que métodos e técnicas de prevenção podem ser usados pelas mulheres jovens/adolescentes grávidas, que possam evitar que corra risco de surgir uma fístula obstétrica?
18. Em que momento, em enquanto tempo, as pacientes com FO podem ser submetidas ao tratamento? E que tipo de tratamento?
19. Na sua opinião as pacientes cumprem com as recomendações dadas pelos profissionais de saúde depois do tratamento?
20. Quais são as práticas de saúde que as jovens devem adoptar após o tratamento cirúrgico?
21. Em quanto tempo após o tratamento elas podem manter relações sexuais?
22. Posteriormente ao tratamento existe algum risco de voltar a contrair a FO? Se sim em que circunstâncias isso pode ocorrer?
23. Como profissionais de saúde que preocupações têm ou tiveram com os pacientes que entram para o tratamento numa época da covid 19?
24. As pacientes demostram algumas preocupações em relação a covid 19 se sim quais?

Esta conversa esta chegar ao fim, antes de encerrar, gostarias de acrescentar algo que talvez deixamos de fora, que achas pertinente sobre essa temática, ou acrescentar algo sobre qualquer outro aspecto que acha importante partilhar connosco?

Obrigada pelo tempo dispensado.