



**Artigo original**

## **VULNERABILIDADE E IMPACTOS DO ADOECIMENTO: experiências de mulheres com Fístula Obstétrica em Moçambique**

**Lúcia Helena Guerra**

*Centro de Ciências da Saúde e Instituto de Estudos da África da Universidade Federal de Pernambuco (IEAf-UFPE), Brasil*

**RESUMO:** O presente artigo tem por objetivo refletir sobre os impactos da vulnerabilidade, imersos na experiência de adoecimento, no contexto da Fístula Obstétrica em Moçambique. Através das narrativas de mulheres que convivem com a doença, buscamos identificar os sentidos e as estratégias construídas para enfrentar os inúmeros obstáculos, não apenas econômicos, mas também sociais e morais. Existem questões transversais que perpassam de modo mais ou menos marcado as suas experiências. Estigma, risco, incerteza, vergonha e maternidade foram alguns dos tópicos recorrentes nas falas, tanto das pacientes, como dos profissionais de saúde, anunciando um amplo campo de sentidos a ser investigado. Os resultados também enfocam aspectos marcantes dos impactos físicos com a perda contínua de urina e as estratégias cotidianas para enfrentar e esconder a doença. As categorias vulnerabilidade e gênero são à base deste trabalho, uma vez que a construção social do conceito de gênero em Moçambique está baseada na submissão das mulheres. Isso, então, acaba influenciando a vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV, à carência no uso de métodos contraceptivos e à falta de poder de decisão em relação à maternidade segura. A busca de uma intersecção demonstra que a componente da vulnerabilidade possui reflexos na constituição do microsistema da Fístula Obstétrica, o que reafirma a importância de se visualizar estas mulheres como constructo do ambiente onde transcorre sua existência. Desta forma, entendemos que uma abordagem etnográfica que leve a sério as especificidades dessas questões pode contribuir para a maneira de pensar a saúde e a doença em Moçambique.

**Palavras-chave:** Adoecimento, Fístula Obstétrica; Moçambique, vulnerabilidade.

## **VULNERABILITY AND IMPACTS OF SICKNESS: Experiences of women with Obstetric Fistula in Mozambique**

**ABSTRACT:** This paper aims to reflect about the impacts of vulnerability, immersed in the experience of illness, in a very specific context, which is the Obstetric Fistula in Mozambique. Through the narratives of women who live with the disease, we sought to identify the meanings and strategies built to face the numerous obstacles, not only economic, but also social and moral. There are cross-cutting issues which markedly permeate their experiences. Stigma, risk, uncertainty, shame, motherhood were some of the recurring topics in the speeches of both patients and health professionals, announcing a broad field of meanings to be investigated. The results also focus on striking aspects of the physical impacts of continual urine loss and daily strategies to address and hide the disease. The vulnerability and gender categories are the basis of this work. Since the social construction of the concept of gender in Mozambique is based on women's submission, which ultimately influences women's vulnerability to HIV infection, lack of contraceptive methods and lack of decision-making regarding safe motherhood. The search for an intersection demonstrates that the vulnerability component has reflexes in the constitution of the Obstetric Fistula microsystem, which reaffirms the importance of viewing these women as a construct of the environment where their existence occurs. Thus, we understand that an approach that takes seriously the specifics of these issues can contribute to the way of thinking about health and disease in Mozambique.

**Keywords:** Sickness, Obstetric Fistula; Mozambique, vulnerability.

Correspondência para: (correspondence to:) [luciaguerra.ufpe@gmail.com](mailto:luciaguerra.ufpe@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

Este artigo aborda a temática das Fístulas Obstétricas, especificamente a vulnerabilidade e os impactos do adoecimento na vida das mulheres. A investigação situa-se no contexto urbano de Moçambique, concretamente nas cidades da Beira, Nampula e Maputo, no período correspondente aos meses de maio a dezembro de 2015<sup>1</sup>.

A Fístula Obstétrica é uma ruptura no canal vaginal que causa incontinência urinária e/ou fecal e leva, por consequência, à exclusão social das mulheres acometidas pela doença. Partos prolongados e obstruídos são a causa da maioria dos casos, especialmente em locais remotos, onde o acesso aos cuidados obstétricos é precário.

Para Frank (1995), a pessoa adoecida é uma contadora de histórias. Durante a pesquisa de campo encontramos narrativas cheias de dor, sofrimento, mas, principalmente, de esperança. Aqui, daremos destaque às suas trajetórias, únicas e não generalizáveis. Que não devem ser entendidas como uma representação homogênea, mas, ao contrário, evidenciam a multiplicidade de problemas de desigualdades sociais, de classe e de género, existentes no país. Desse modo, as falas das pacientes nos apontam alguns elementos a partir dos quais podemos pensar como o lugar da mulher é talhado na sociedade moçambicana.

Ceguei ao meu primeiro dia na pesquisa de campo no Hospital Central de Maputo toda equipada com caneta, caderno de anotações, gravador, máquina fotográfica, todos os apetrechos que me delegavam o cargo de “pesquisadora”, mas minhas certezas e convicções caíram por terra ao entrevistar a Paciente 1, uma jovem mulher de 26 anos, proveniente da província de Inhambane. Ela contou-me, sem me olhar nos olhos, que ficou grávida aos quinze anos e que só procurou a Unidade de Saúde para ter seu filho três dias após iniciado o trabalho de parto. Contudo, lá não havia médico para realizar uma cesariana. Como consequência

desse atraso, a criança nasceu morta e a paciente desenvolveu Fístula Obstétrica. Apesar da perda constante de urina pela vagina, só procurou ajuda cinco anos depois do parto, tendo sido transferida para o Hospital Central de Maputo (HCM), referência no tratamento da doença no país. Naquele mesmo ano, realizou sua primeira cirurgia. Três anos depois, foi realizada a segunda, mas, como consequência, os médicos fecharam sua vagina, o que lhe impede de manter relações sexuais. Disse que o motivo de ter retornado ao hospital foi porque se casou, mas o marido é violento e não aceita o fato de ela não poder manter relações sexuais vaginais, sob a ameaça de expulsá-la de casa, obrigando-a a fazer sexo anal. Por esta razão, procurou o Serviço de Urologia do HCM, para que os médicos fizessem uma cirurgia de vaginoplastia, e, assim, ela pudesse voltar a ter uma vida sexual mais agradável, confortável e prazerosa.

Quando conversamos sobre o caso dessa paciente, o profissional de saúde me explicou que o “fechamento” da vagina foi uma forma de salvar sua vida. Enquanto falava, foi interrompido pela paciente. Que afirmou que, se fosse para viver desta forma, preferia ter morrido na cirurgia. Fiquei impactada com a colocação daquela mulher. Foi, então, naquele momento que o médico disse uma frase que mexe comigo até hoje: na cultura moçambicana, uma mulher que não pode fazer sexo com o marido e nem lhe dar filhos é mais insignificante do que um cachorro. Com efeito, não parecia lhe restarem muitas opções. Só então pude entender o porquê do desespero e do olhar de tristeza daquela mulher.

Por meio dessa narrativa, são apresentadas questões que pretendemos tratar ao longo deste trabalho e que têm a ver, por um lado, com a problemática da Fístula Obstétrica e, por outro, com as consequências em relação não apenas aos inúmeros impactos físicos e sociais provocados pela doença, mas ao

próprio papel e lugar da mulher na sociedade moçambicana.

Para Osório (2006), no caso de Moçambique, é clara a relação entre sexualidade e reprodução, sendo a maternidade o que dá utilidade social ao corpo feminino. Ainda, segundo a autora, o silêncio sobre a sexualidade revela, na realidade, um ruído ensurdecido sobre a dominação de gênero no país. Nesse sentido, utilizamos gênero como categoria analítica que nos permite perceber relações de poder e de desigualdade entre homens e mulheres. Para além das características sociais e culturais prescritas (EARLE e LETHERBY, 2003), o gênero também identifica as características socialmente construídas que definem e associam as relações de poder, compreendendo poder como a capacidade de levar alguém a fazer algo ou a comportar-se de certo modo, independentemente da sua vontade (WEBER, 1922). A construção social do conceito de gênero em Moçambique está baseada na submissão feminina. Isso, então, acaba influenciando a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV/SIDA, à carência no uso de métodos contraceptivos e à falta de poder de decisão em relação à maternidade segura.

Este artigo tem por objetivo explorar os impactos da vulnerabilidade, imersos na experiência do adoecimento, no contexto da Fístula Obstétrica em Moçambique. Importa citar que neste texto apresentamos as narrativas de mulheres que convivem com a doença, buscando identificar os sentidos e as estratégias construídas pelas nossas interlocutoras para enfrentar os inúmeros obstáculos, não apenas económicos, mas também sociais e morais.

## **METODOLOGIA E CONTEXTO DA PESQUISA**

O estudo foi realizado em três contextos, nomeadamente: nas cidades da Beira, Maputo e Nampula. As três cidades estão localizadas, respectivamente nas regiões

centro, sul e norte de Moçambique. A escolha pelos locais deve-se ao fato de nestas cidades estarem localizados (na época) <sup>2</sup> os três hospitais centrais de Moçambique (Hospital Central de Maputo – HCM, Hospital Central da Beira – HCB e Hospital Central de Nampula – HCN).

Utilizamos a combinação de quatro técnicas: observação participante, conversas informais (narrativas coletadas durante o período de internação), entrevistas individuais semiestruturadas (pacientes e profissionais de saúde) e aplicação de questionário. Cada um destes métodos serviu a objetivos específicos e possibilitou a triangulação dos dados.

Para realizar a etnografia, estabelecemos residência na cidade de Maputo e, a partir da capital, realizamos viagens para outras províncias do país, totalizando cerca de oito meses de trabalho de campo. No âmbito da investigação, também foi aplicado um inquérito que contava com quarenta perguntas organizadas em blocos de assuntos ou temas orientadores da pesquisa. No total, foram aplicados 162 questionário<sup>3</sup>. Também entrevistamos vinte pacientes e quatro profissionais de saúde. O material foi gravado em áudio e transcrito integralmente.

Os estudos que vêm sendo desenvolvidos pela antropologia da saúde têm problematizado a diferença entre as representações dos profissionais de saúde e dos pacientes (LOPES, 2015), buscando esclarecer a dinâmica da racionalidade biomédica em contraste com as dimensões holistas da representação ou vivência dos eventos saúde/doença (DUARTE, 2003). Essa linha de trabalho, que estamos seguindo, compreende as relações que se estabelecem nas instituições de assistência à saúde a partir do confronto entre modelos individualistas e holista. Desejávamos ir além dos dados quantitativos; a ideia era entender mais sobre a doença a partir da vivência destas mulheres. Sendo assim, foi possível interagir com as minhas

interlocutoras em todos os momentos da pesquisa, principalmente graças ao apoio dos médicos que compõem o “Programa de Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas em Moçambique”.

A morfologia social dos hospitais está arranjada em torno das enfermarias, que são coabitadas por pessoas que partilham de doenças do trato urinário, agrupadas em conjuntos separados por sexo. Assim, as enfermarias do Serviço de Urologia, com frequência, possuem pacientes de Fístula Obstétrica, que são oriundas, principalmente, de distritos distantes e que dividem o espaço com pacientes que possuem outras enfermidades. A sociabilidade entre os pacientes se dá através da participação nas atividades (crochê, trançado os cabelos), circulação e consumo de alimentos, troca de apoio mútuo e de serviços (lavagem de roupas ou venda de créditos de celular). Isso é especialmente relevante, pois, é nesse espaço de convivência que conseguimos nos aproximar das pacientes sem a interferência dos profissionais de saúde.

De acordo com Timbane e Berlinck (2019), Moçambique conta com cerca de vinte línguas, de origem Bantu, espalhadas pelas suas onze províncias, e, apesar de o português ter o estatuto de língua oficial, segundo a constituição moçambicana, não é a língua materna falada pela maioria da população. Quando iniciei minha pesquisa em Maputo, percebi que a questão linguística seria a minha maior dificuldade no campo. Para me auxiliar nas entrevistas contratei um intérprete, um jovem moçambicano estudante de Ciências Sociais, mas a experiência não foi exitosa. As pacientes ficaram retraídas e sem querer falar de aspectos tão íntimos na sua presença. Por esse motivo, optei por abrir mão do tradutor e contar com a ajuda de enfermeiras, serventes e de outras pacientes para aqueles casos em que foram necessários participação de intérpretes nas entrevistas.

No que diz respeito à minha pesquisa em Moçambique, o fato de eu ser “mulungo”<sup>4</sup> me levava naturalmente a um distanciamento do campo de trabalho. A utilização do espaço hospitalar para a pesquisa me exigiu, igualmente uma constante relativização de meu olhar em relação à análise antropológica. Nesse contexto, no início das conversas eu era apresentada com o *status* de “Doutora”, o que por vezes causava uma confusão, pois, as pacientes pensavam que eu fosse médica. Por outro lado, o fato de me posicionar ao lado do médico e não participar ativamente da consulta e só observar, fez com que muitas vezes eu fosse percebida como estudante. Essa inferioridade hierárquica de certa forma favorecia o contacto na medida em que atenuava as barreiras sociais, habitualmente existentes entre médico e paciente, uma vez que elas se sentiam mais à vontade em me contar questões normalmente não ditas. Assim, quando o médico se retirava da enfermaria, surgiam questões do tipo: “Vou poder ter filhos?”, “Quando vou poder fazer sexo novamente?”. Da mesma forma, as pacientes solicitavam meu auxílio quando o médico explicava coisas que elas não assimilavam, fosse pela dificuldade de compreender alguns termos técnicos ou pela vergonha de abordar determinados assuntos com um homem.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Sobre a Fístula Obstétrica

A Fístula Vesico Vaginal – FVV foi descrita pela primeira vez no século XI como uma ruptura associada ao trabalho de parto arrastado, pelo médico persa Ibn Sina, no seu tratado de medicina. Somente em 1579 essa ruptura, atribuída ao trabalho de parto, foi intitulada como Fístula Obstétrica, pelo médico Luiz de Mercado, no seu tratado de ginecologia<sup>5</sup>.

De acordo com Dr. Aldo Marchesini, médico italiano pioneiro no tratamento da doença em Moçambique, a Fístula

Obstétrica é um orifício que comunica a bexiga com a vagina, ou reto com a vagina, resultante da desvascularização dos tecidos, devido a complicações no trabalho de parto sem a devida assistência. Durante o trabalho de parto arrastado ou obstruído, os tecidos moles da pélvis são comprimidos entre a cabeça do bebê e o osso pélvico da mãe (UNFPA, 2012). O encravamento da cabeça do feto comprimindo a bexiga e a vagina, contra o púbis durante um longo período acaba provocando uma isquemia prolongada que evolui para necrose dos tecidos (AMALIQUE, 2008) e, depois de sete a dez dias, estes tecidos são eliminados, criando-se uma comunicação entre esses órgãos e a vagina.

Segundo Hamerski *et al.* (2006), a etiologia da FVV é variada e pode ser dividida entre fístulas congênitas ou adquiridas, sendo esta dividida entre Fístulas Obstétricas (objeto desta pesquisa), cirúrgicas, pós-irradiação, câncer ou outra doença associada. Em países desenvolvidos, como Estados Unidos e Inglaterra, 70% dos casos de fístula adquiridas são resultantes de cirurgias pélvicas. Já em países em desenvolvimento, como é o caso de Moçambique, 90% das fístulas são causados pelo trabalho de parto obstruído (MILLER *et al.*, 2005).

As Fístulas Vesicos Vaginais variam de tamanho e grau de complexidade (fistulas simples ou complexas), podendo ser um pequeno orifício de 1 cm, por onde a mulher perde urina constantemente até a destruição extensa da bexiga, vagina, reto, períneo, esfínteres, com compromisso vascular e neurológico da região pélvica (VAZ, 2011). A fístula é tratável em diversas partes do mundo, incluindo Moçambique, através de uma cirurgia reconstrutiva (Fistoloplastia). São necessárias cerca de duas a três semanas de cuidados pós-operatórios para garantir resultados satisfatórios. Se a cirurgia for bem-sucedida, a mulher poderá retornar à sua vida normalmente. Inclusive, poderá ter relações sexuais e engravidar, desde que o parto seja feito por cesariana, de forma a prevenir o reaparecimento da

fístula.

Atualmente, as fístulas constituem um dos grandes problemas ginecológicos na África, tanto pela complexidade do seu tratamento, como pelos transtornos físicos e emocionais que acarretam. No nível fisiológico, estas mulheres ficam incapacitadas de desenvolver as atividades do dia a dia, pois, como mencionamos anteriormente, o principal sintoma físico da doença é a perda contínua de urina (em alguns casos, fezes) pela vagina. Se não for logo tratada, a fístula pode se transformar num problema de saúde crônico (UNFPA, 2012), incluindo a irritação cutânea da vulva e períneo, dor durante a relação sexual e infecções do trato vaginal ou urinário de repetição.

Outra consequência da fístula é a exclusão social e o abandono familiar a que estas mulheres são frequentemente submetidas, podendo gerar um quadro depressivo, culminando muitas vezes no suicídio (BROWNING *et al.*, 2007). Pois, como bem coloca Amalique (2008), devido ao odor fétido de urina que exala, esta mulher é colocada num “isolamento voluntário”. A maioria é pobre e não tem dinheiro para adquirir absorventes ou fraldas descartáveis. Tendo de utilizar faixas de tecido dobradas como absorvente da urina, que têm de ser constantemente trocadas, lavadas e reutilizadas. No entanto, em muitos casos, essas mulheres não têm recursos para comprar sabão nem ao menos possuem água corrente em casa. Dessa forma, a incapacidade de controlar a urina ameaça sua autoestima, elas veem sua reputação pessoal estigmatizada e desvalorizada nas interações sociais. A vida social ativa, as celebrações com amigos, os convívios familiares e os casamentos, por vezes, acabam.

Não existe um número exato da prevalência da doença, refletindo como a Fístula Obstétrica tem sido sistematicamente negligenciada. Sua incidência, segundo estimativas do Fundo de População das Nações Unidas, é de 50.000 a 100.000

novos casos, anualmente, em todo o mundo (HAMERSKI *et al.*, 2006). Temos, portanto, uma expressiva população feminina que convive com Fístula Obstétrica, e, ao que parece, em grande medida, ela é invisibilizada. Essa invisibilidade se estende às Ciências Sociais. Até o momento, existe apenas uma pesquisa voltada especificamente para entender a questão das Fístulas Obstétricas pela perspectiva antropológica<sup>6</sup>. Apesar de a doença ser bastante estudada do ponto de vista fisiológico e terapêutico por profissionais da área da saúde, seria necessário contribuir para o seu quadro social, especialmente porque a fístula atinge, principalmente, mulheres pobres que não têm acesso ao parto seguro. Essa pesquisa teve, portanto, o intuito de conhecer mais de perto o cotidiano dessas mulheres e os desafios que elas enfrentam para lidar com a doença, assim como conhecer as formas de cuidados, os itinerários terapêuticos e o tratamento. Em particular, analisar como se dá a construção social da vulnerabilidade para Fístula Obstétrica de mulheres em Moçambique, uma categoria bastante central nas trajetórias e experiências das entrevistadas, na medida em que ajuda a explicar várias facetas do seu cotidiano.

Após análise e interpretação do material empírico, surgiram três categorias temáticas: “Vulnerabilidade feminina para desenvolver Fístula Obstétrica”, “Ruptura e isolamento: os impactos do adoecimento nas relações sociais” e “Busca pelo diagnóstico e tratamento”. O conteúdo êmico de cada uma delas será mostrado a seguir.

### **Vulnerabilidade feminina para desenvolver Fístula Obstétrica**

O conceito de vulnerabilidade vem sendo utilizado em vários contextos desde os anos 1990 e tomando conotações bem distintas, mas principalmente para reflexão e construção de ações voltadas para SIDA. De acordo com Ayres (1996), o termo

“vulnerabilidade” se origina da advocacia internacional pelos direitos universais do homem e significa o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco, ou a proteção de uma determinada enfermidade, condição ou dano. O vocábulo focaliza, originalmente, grupos e indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção e garantia de seus direitos de cidadania. O seu caráter não probabilístico permite que o conceito de vulnerabilidade seja aplicável a qualquer condição interessante para saúde coletiva, neste caso à propensão das mulheres ao desenvolvimento da Fístula Obstétrica.

No âmbito da antropologia da saúde, o conceito de vulnerabilidade é utilizado nos estudos sobre o enfrentamento das doenças crônicas ou de longa duração. Sua conceituação é expressa no esforço da produção por diferentes graus de suscetibilidade de indivíduos (ou coletivos) a infecções, doenças ou morte. Neste sentido, a vulnerabilidade da mulher a uma doença específica decorre da diversidade de circunstâncias enfrentadas no cotidiano pela população feminina, sendo resultante de várias características dos contextos políticos, económicos e socioculturais, que aumentam ou diminuem o risco individual (SILVA e VARGENS, 2009).

Segundo a teoria da determinação social, o processo de saúde-doença envolve os aspectos biológicos, mas também sociais, porque, apesar de ter lastro biológico, a natureza humana revela-se a partir da vida em sociedade. Conforme argumenta Rosa Fonseca (2005), todo processo de organização social é determinado por assimetrias de gênero, em que cada grupo social cria padrões de dominação, manifestados através de condições negativas (riscos de adoecer ou morrer) ou positivas (possibilidades de sobrevivência). Em Moçambique as desigualdades de gênero e normas nocivas de relacionamento promovem o sexo inseguro e o acesso reduzido das mulheres aos serviços de

saúde sexual e reprodutiva contribuindo para a vulnerabilidade relacionada as DST's, HIV e a Fístula Obstétrica (MAÚNGUE, 2020).

Por estas razões, é essencial a análise da situação da Fístula Obstétrica em Moçambique numa perspectiva de género, já que ele se interliga com a temática da vulnerabilidade, sexualidade e maternidade. A situação da mulher moçambicana é parte da realidade da mulher na África Austral, onde os costumes característicos constituídos ao nível familiar e cultural determinam a socialização de homens e mulheres. Essa desigualdade entre os sexos tem produzido, historicamente, concepções de fragilidade, dependência e submissão, que dão aos homens direitos de tutela sobre as mulheres (ESTAVELA e SEIDL, 2015). Tanto nas formas alargadas das famílias, nas monogâmicas ou poligâmicas, nas zonas rurais ou urbanas, mesmo nos sistemas de linhagem matrilinear as mulheres ocupam posições subalternas (LOURENÇO e TYRRELL, 2009). Sendo possível afirmar que as relações entre homens e mulheres é baseada na demarcação de papéis distintos, que favorecem os homens, lhes dando oportunidades desiguais em relação às mulheres, ampliando suas vulnerabilidades diante das doenças (ESTAVELA e SEIDL, 2015). Deste modo, Conceição Osório (2004) constatou incapacidade da mulher em ser sujeito da sua própria sexualidade e reprodução, permanecendo o controle masculino sobre os corpos femininos, seja qual for o grupo etário, o estado civil ou o contexto social. A sua prevalência se deve a fatores como a limitação do acesso à educação, violência doméstica e muitas outras formas de discriminação de cunho sociocultural que, segundo Lourenço e Tyrrel (2009), privilegiam o caráter machista, do homem moçambicano, concebido, socioculturalmente como um fenómeno normal.

As pesquisas académicas são unânimes em reconhecer que as mulheres, no contexto do

continente africano, enfrentam maior vulnerabilidade a desenvolver a Fístula Obstétrica. As vulnerabilidades – já expressas neste artigo – são aquelas consideradas como determinantes da feminização. Nessa perspectiva, Passador (2011) aponta os aspectos socioculturais como catalisadores da disseminação das doenças em Moçambique. Que por vezes são atribuídas a credices e feitiços, o que acaba por desencadear processos especulativos sobre o que ou quem causou a doença. Neste contexto as enfermidades são comumente atribuídas às ações das mulheres e relacionadas em grande medida a sua sexualidade, corpo e fluidos (PASSADOR, 2011). Como a exemplo da associação entre o trabalho de parto complicado e a infidelidade feminina, que acaba ocasionando atraso em levar a mulher ao hospital, pois, só quando ela confessar a suposta infidelidade é que será conduzida a maternidade (WLSA, 2011).

Esta negação da mulher como sujeito do seu próprio destino tem, ao nível da sua saúde reprodutiva e sexual, consequências gravíssimas (OSÓRIO, 2004). Assim, ao lado das assimetrias de género, acreditamos que os imperativos socioculturais, como casamento prematuro, poligamia, onipotência masculina, entre outros, são elementos que aumentam a vulnerabilidade das pessoas do sexo feminino, impactando na apropriação de medidas preventivas em relação à Fístula Obstétrica.

### **Ruptura e isolamento: os impactos do adoecimento nas relações sociais**

Retomando os resultados da pesquisa, a primeira questão que se coloca é que a perda incontrolável da urina altera toda a socialização familiar destas mulheres e acompanha o sofrimento associado ao medo de ser “devolvida” pelo marido, de perder os filhos e da rejeição social. Considerando a impossibilidade de encontrar generalizações, tomamos como “casamento” todas as relações em que homem e mulher coabitam (casamento religioso, tradicional, lobolo ou união de fato). Conforme podemos perceber na fala

das mulheres entrevistadas por Muchanga (2011):

As fezes começaram a sair da vagina, momentos depois do segundo parto. Fiquei muito doente. O corpo aquecia, as pernas doíam. Chegou uma altura que perdi a mobilidade. Meu marido não cuidava de mim. Arranjou outra mulher mais nova e tirou-me as crianças (paciente com Fístula Obstétrica, 22 anos).

Quando comecei a urinar descontroladamente, o meu namorado deixou-me e arranjou outra. Tinha amigos, mas já não tenho. Todos me fogem. Apontam-me dedos na rua e dizem: 'É aquela que faz xixi na cama, não é mulher, não é nada'. Raras vezes saio do quintal de casa (paciente com Fístula Obstétrica, 25 anos).

É perceptível, nos discursos sobre a Fístula Obstétrica, a “devolução” das mulheres às suas famílias de origem, pelos maridos, após o desenvolvimento da doença. Minha opção pelos termos “devolvida” e “abandonada”, (em vez de separada ou divorciada) reflete o intuito de compreender não apenas condições sociais externas, mas o modo específico pelos quais as mulheres se situam frente a estas situações, conferindo-lhes sentido. A princípio, pensamos tratar-se de um fenómeno relacionado à fístula, mas, ao analisar as relações maritais em Moçambique podemos concluir que esta é uma questão bem mais ampla.

Conforme vimos anteriormente, a perda incontável de urina é o primeiro sintoma físico perceptível e que acaba mudando a apresentação corporal e a rotina dessas mulheres, sobretudo em relação ao casamento. A presença de uma doença como a Fístula Obstétrica pode afetar de forma significativa a sexualidade feminina, uma vez que causa desordem do desejo e excitação sexual, provocadas pelas dores durante a relação sexual, vergonha e tristeza pessoal. Existem poucas pesquisas que

tratem da sexualidade das pacientes com Fístula Obstétrica, entre as quais destacamos uma pesquisa realizada no Malawi por Yeakey *et al.* (2009) e que aponta para os impactos na capacidade de fazer sexo devido à baixa estima, dores ou disfunção sexual. Para algumas interlocutoras, a fístula não interferiu na vida sexual, mas para outras, era necessária programação antes do ato sexual. Também foi possível verificar que a doença alterou ou, em muitos casos, anulou a vida sexual dessas mulheres. Segundo a tradição moçambicana, cabe ao marido a iniciativa para o ato sexual, porque é ele que necessita de relações sexuais frequentes. Compete à mulher procurar satisfazê-lo (OSÓRIO e MACUÁCUA, 2013). Sobre as relações sexuais após o desenvolvimento da fístula, F.M. (50 anos – Maputo) declara:

Fazíamos um pouco, mas a maneira do homem. O homem é o homem, achava que eu não fazia o suficiente. [...] às vezes saía xixi, dependia do dia [...] quando fazia, sentia dor, então ele não me obrigava a forçar. (F.M, paciente com Fístula Obstétrica, 50 anos, em entrevista).

Ainda de acordo com Yeakey *et al.* (2009), mesmo nos casos que a relação sexual continuou, apesar da fístula, as mulheres sentiam que a doença afectou seus relacionamentos. Algumas delas optaram por abster-se do sexo. Este é o caso de G.P. (30 anos – Inhambane), que se casou aos 15 anos e foi abandonada pelo marido após desenvolver a doença. Desde então, mantém, relações sexuais esporádicas<sup>7</sup> com namorados. Por acreditar que o sexo esteja agravando sua doença, decidiu pela abstinência:

O problema é que tenho medo, porque isso aí, estou a prevenir, porque ao fazer, senão vai piorar muito o xixi, já tem medo de namorar toda hora, assim. (...) E completa: Acho que já está a provocar essa bexiga. Porque fica saindo xixi

sempre. Já tenho medo de fazer o sexo (G.P., paciente com Fístula Obstétrica, 30 anos, em entrevista)

A doença também resulta em mudanças no corpo. Com o desenvolvimento da fístula, o corpo fica, em alguns casos, impossibilitado de gerar um bebê ou de continuar menstruando, então uma série de medos e dúvidas surgem em torno da vivência da sexualidade. De acordo com Loforte (2003), a mulher tem a função de “reprodutora”. Então, quando contrai o matrimônio, ela deve, antes de tudo, reproduzir, o que determina o estrito controle exercido pelo coletivo em relação à sua sexualidade de modo a assegurar o aumento de efetivos (LOFORTE, 2003). Quando a criança nasce, essa mulher torna-se efetivamente mãe. Entretanto, quando a criança morre, a mulher não cumpre seu “destino social”, surgindo o sentimento de fracasso (FAÉ e ZINANI, 2011). Além das cobranças usuais que vão pesar socialmente sobre ela, aliadas ao seu próprio sentimento de frustração, virão outras específicas, que envolverão culpas, responsabilidades, críticas e acusações. Nesse sentido, saber-se mãe de um filho morto<sup>8</sup> e portadora de uma doença tida como incurável representa uma mudança de identidade social.

A falta de controle da urina, as dores durante sexo, as feridas na pele, o odor que exalam e outros sintomas da Fístula podem marcar profundamente a identidade social dessas mulheres, constituindo um estigma. De acordo com Goffman (1975), o estigma é a evidência de um atributo considerado socialmente diferente das expectativas normativas que se tem para aquela categoria. Tal atributo não seria apenas diferente, mas malvisto, o que levaria o grupo a segregar aquele indivíduo, reduzindo-o a uma pessoa “estragada e diminuída” (GOFFMAN, 1975). A partir de uma revisão sistemática sobre a Fístula Obstétrica, Ahmed e Holtz (2007) afirmam que as mulheres que vivem com a doença são referidas na literatura programática e

acadêmica como “*dead women walking*” ou “*the wretched of the Earth*”, reduzindo suas vidas aos aspectos negativos causados pela doença. Com receio de serem rotuladas, as mulheres escondem a doença, como podemos perceber na fala de R.A.G (34 anos – Sofala):

[Entrevistadora] Onde você mora, as pessoas sabem que você tem essa doença?

(R.A.G.) as pessoas da minha casa sabem. Mas os vizinhos não.

[Entrevistadora] e na igreja?

(R.A.G.) ah, na igreja também não sabem, não falei, escondi. Porque é impossível também falar de xixi.

[Entrevistadora] Escondeu? Por quê?

(R.A.G.) É que de quando em quando podem ser dito coisas, as pessoas gostam muito de falar.

Dessa forma, a manipulação da informação social ou ocultação da doença constitui, na perspectiva de Goffman (1975), uma estratégia de preservação da identidade pessoal. No entanto, é geradora de tensão no exibir ou ocultar, revelar ou não a existência da fístula. Incontinente e sem dinheiro para comprar fraldas descartáveis, é notório o uso da capulana, tecido símbolo da mulher moçambicana, para esconder a utilização dos pensos e dos sacos coletores de urina.

Às vezes, eu costumo usar, costumo levar penso, levar duas calcinhas dobrar e levar plástico assim né. Para não molhar roupa. Agora se fosse, costuma molhar, quando o penso molhar muito já molha a roupa. É, para não ser descoberto (R.A.G., paciente com Fístula Obstétrica, 34 anos, em entrevista – Sofala).

A posição da mulher com Fístula Obstétrica, vista como estigmatizada, parece estar presente não só na concepção delas, como também na visão dos médicos

e enfermeiras que lidam com a doença. Estes profissionais de saúde a definem como uma condição limitante que:

Em toda patologia há sempre uma rejeição, mas nestas pior ainda, porque é uma questão que se nota. [...] quando você levanta, tenta perceber ‘será que molhei ou não?’, se vê. [...] estas precisam dum certo carinho, porque é uma coisa muito exposta, porque você perde amizade, que nem de todos até, começa até na própria família, do próprio marido. [...] então pensa que toda gente, em algum momento, se não é higiênica, há aquela situação que tem sempre, além de molhar, aquele odor (Enfermeira – Hospital Central da Beira).

Tinha senhoras que perderam o lar, perderam o marido, perderam família. É lamentável aquelas que não conseguimos operar, a gente olha e diz não temos como operar, porque tem outras mesmo que a bexiga já está completamente destruída (Médico - Hospital Rural de Vilankulos).

Diversos estudos que abordam as relações sociais das mulheres com fistula indicam um nível acentuado de isolamento entre os membros que compartilham dessa condição. Yeakey *et al.* (2009) destacam que a ocorrência do isolamento, que não se limita a maridos e parceiros, abrangendo família, amigos e igreja. Elas são forçadas a viver no ostracismo, a comer ou dormir sozinhas, separadas do restante da família (MILLER *et al.*, 2005). Para contextualizar, remetemos à descrição do caso da paciente M.C. (24 anos – Inhambane).

Em 2007, ficou grávida, tinha apenas 16 anos. Após três dias de trabalho de parto, o bebê nasceu morto e a doença lhe acometeu. Órfã de mãe, morava com a tia, mas depois da fistula, passou a morar em casa do pai. Fazia xixi o tempo

todo, molhando a cama, o sofá ou qualquer outro lugar em que se sentasse. Foi quando sua madrasta lhe pôs para fora de casa. O pai construiu uma palhoça, para que a filha não ficasse desabrigada. M.C. que é evangélica, adepta da Assembleia de Deus, sobrevivia da ajuda financeira dada pelo pastor da sua igreja. Passou a viver isolada da família e já não frequentava mais os cultos<sup>9</sup> (Notas de campo).

Outro medo relatado pelas mulheres em nosso estudo era o de ser apontada na rua como a “mulher do xixi”. Dessa forma, elas mesmas acabavam se isolando da comunidade, se privando de ter uma vida social. A paciente F.P.M. (30 anos – Maputo) recebeu o diagnóstico de Fístula Obstétrica no HCM, cerca de oito meses após o parto do quinto filho. Falando sobre o isolamento, diz que agora só fica dentro de casa, tem medo de fazer xixi e molhar a roupa na rua. E completa:

Meus vizinhos viram. Agora quando chamam: ‘vamos na igreja?’, eu digo que não. Não consigo ir na igreja. Quando estou sentada, mas quando levanta saí. Aí nunca mais fui (F.P.M., paciente com Fístula Obstétrica, 30 anos, em entrevista).

De acordo com pesquisa realizada por Donnelly *et al.* (2015) na Etiópia, era comum que as mulheres se privassem de alimentos e bebidas em encontros sociais e eventos comunitários, porque temiam que iriam lhes provocar xixi. Em nossa pesquisa, era praticamente uma unanimidade o relato de não ingerir líquidos para diminuir a quantidade de vezes que urinam. Entre o primeiro parto e a última cirurgia realizada, A.F. (29 anos – Maputo) conviveu com a doença por mais de uma década. Conta que o xixi sai “pouco, pouco”, mas quando toma “muita água ou muito chá”, molha muito o penso. Então, como estratégia, “já para não molhar, não

bebo água. Porque se beber, vou me molhar”.

As perspectivas das pacientes vivendo com fístula indicam que a doença limita sua capacidade de cumprir seus papéis conjugais. Sendo gerada, para além do abandono e do divórcio, uma condição de tristeza (YEAKEY *et al.*, 2009). A doença acaba interferindo na vida destas mulheres de tal forma que o termo tristeza (empregado como falta da alegria, animo, disposição e outras emoções de insatisfação) esteve bastante presente na revisão de literatura realizada a respeito da Fístula Obstétrica. Algumas mulheres pesquisadas tentam, na medida do possível, manter suas vidas normais, cuidando dos filhos, da *machamba*,<sup>10</sup> indo à igreja, mas nada disso é suficiente para apagar os sentimentos de tristeza e isolamento infligidos pela Fístula Obstétrica.

Diversos autores têm estudado a depressão como uma condição associada, que muitas vezes acompanham as mulheres com Fístula Obstétrica, entres os quais destacamos Browning *et al.*(2007), Weston *et al.* (2011) e Zeleke *et al.* (2013). Estes estudos foram realizados na Etiópia, país que é referência no tratamento da doença. Não localizei nenhuma pesquisa, dentro dessa perspectiva, que tivesse sido realizada nos países lusófonos. De acordo com pesquisa realizada por Zeleke *et al.* (2013), cerca de 97% das mulheres com Fístula Obstétrica apresentaram sintomas de depressão. No estudo de Browning *et al.*(2007), a prevalência de depressão nas pacientes ao aderirem ao tratamento era de 100%, caindo para 27% após a realização da cirurgia. A consequência mais séria da depressão é o suicídio. Numa amostra no Quênia, 73% das pacientes demonstraram sintomas de depressão, destas, 17% apresentaram tendência suicida (WESTON *et al.*, 2011).

Outras, deprimidas e marginalizadas, suicidam-se. Vaz lembrou de uma paciente de 16 anos, com duas fístulas e

atrofia da perna, operada em fevereiro de 2010. Teve recaída e precisava de mais uma operação. Estava anêmica e não havia espaço na enfermaria. Deveria esperar três meses. Não aguentou e suicidou-se”. (MUCHANGA, 2011).

Vimos, ao longo deste tópico, que a Fístula Obstétrica altera a rotina de vida destas mulheres e as obriga a desenvolver estratégias para conviver com a dimensão crônica da doença, principalmente por medo de ser estigmatizada. O ato de “negar” ou “esconder” a realidade é caracterizado, em alguns casos, pelo isolamento, mas, ao manter a fístula em segredo, elas reforçam incertezas, mitos e ignorância em relação às causas e tratamentos da doença (LAVANDER *et al.*, 2016). Desse modo, a categoria “vulnerabilidade” torna-se central nesta discussão e representa a complexidade em torno da exposição da doença e o impacto que a falta de informação pode ter na busca pelo tratamento.

### Busca pelo diagnóstico e tratamento

Atualmente, os estudos sobre as mulheres que vivem com Fístula Obstétrica têm alcançado grande destaque na literatura e na prática clínica. Essas pesquisas se concentram dentro do ambiente hospitalar (YEAKEY *et al.*) devido, principalmente, à dificuldade de encontrar estas mulheres em suas comunidades. Em nossa pesquisa etnográfica, tendo como base três hospitais de referência no tratamento da Fístula Obstétrica em Moçambique, verificamos práticas circulantes nesses contextos institucionais para a compreensão de que as mulheres vão constituindo sobre sua doença, suas particularidades e sobre a própria experiência da fístula em tais circunstâncias.

Existem múltiplas barreiras que dificultam o acesso das mulheres a terapêutica, entre as quais estão a falta de consciência (delas e das famílias) sobre a enfermidade (causas e

tratamentos) e os recursos limitados dos serviços de saúde para oferecer a intervenção cirúrgica. O desconhecimento da doença ocorre em muitos níveis, desde a população, médicos tradicionais até o próprio pessoal de saúde.

De acordo com a WLSA (2011), o distrito de Búzi, na província de Sofala, reúne todas as características para ser uma “fábrica de fístulas”: lugares remotos, poucas unidades de saúde, péssimas estradas, pobreza endêmica, casamentos prematuros e partos realizados em casa. No entanto, nenhuma mulher com fístula aparecia na clínica local; foi nesse cenário que o médico responsável decidiu procurar os régulos<sup>11</sup>. Os profissionais de saúde, explicaram os sintomas e suas causas, muitas pessoas conheciam mulheres que sofriam com incontinência e isolamento pós-parto. Dessa maneira, só no primeiro dia, localizaram trinta mulheres que sofriam de fístula obstétrica. Com o apoio dos régulos, o médico passou a difundir a informação através de palestras realizadas nas comunidades.

Esse não é um caso isolado. A maior parte das mulheres que sofrem de fístula em Moçambique não sabe que tem a doença. Para exemplificar, apresentamos o caso de A.C. (42 anos – Inhambane):

A.C. ficou grávida aos 18 anos. O trabalho de parto foi realizado em casa pela mãe e pela avó, durante cerca de uma semana. Desde então, passou a urinar pela vagina. Como “*vivia no mato*”, não sabia que tinha fístula obstétrica, julgava que todas as mulheres, após os partos ficavam naquela condição. Depois de decorridos 23 anos, veio para Maputo visitar familiares, foi quando um tio resolveu trazê-la para avaliação no HCM. De acordo com o prontuário, a paciente apresentava “*FVV complexa com destruição completa da uretra e do colo vesical, com estenose vaginal*”. Naquele mesmo ano, foi

operada para reparação da fístula e reconstrução da vagina<sup>12</sup>. Voltou a procurar o serviço de urologia em 2015 com queixa de perda de urina por esforço e dores durante o ato sexual (Notas de campo).

Assim como ela, diversas mulheres sofreram com a doença durante anos antes de procurar tratamento. Pelo que pude perceber, a maioria foi por desconhecimento da doença ou aceitação da sua condição. De acordo com os dados da nossa pesquisa, as interlocutoras sofreram uma média de 5,6 anos antes de serem submetidas a intervenção cirúrgica (com intervalos 03 meses a 32 anos). Pesquisas semelhantes realizadas na Etiópia apresentaram uma duração média das fístulas de 4 anos (WESTON *et al.*, 2011) e 9,8 anos (DONNELLY *et al.*, 2015).

A perda de controle da eliminação de fezes e urina pode conduzir à alteração da identidade e autoestima, além de sentimentos de desprestígio social e incapacidade. Dado o sofrimento pelo qual passam, não é surpreendente que elas apresentem sentimentos de inadaptação. No estudo realizado por Wilson *et al.* (2015) na Tanzânia, a estratégia utilizada pelas mulheres para enfrentar a doença é negá-la. Assim, tanto a paciente A.E.D como M.M.V.S indicam uma dificuldade inicial muito grande em aceitar o diagnóstico, porque tinham uma imagem estereotipada das mulheres com fístula.

A.E.D. (33 anos – Maputo) é estudante de nutrição. Na primeira gestação, teve um trabalho de parto arrastado, durando cerca de três dias. A enfermeira realizou uma Episiotomia. Em 2014, engravidou novamente. Foi realizado um parto normal no HGM, o que agravou a situação da sua fístula reto vaginal. Durante a pesquisa estava realizando exames médicos para ser operada no HCM. (Notas de campo).

M.M.V.S (31 anos – Maputo) é formada em Gestão de Empresas e trabalha como Auxiliar Administrativo no HCM. No ano de 2010, estava grávida do seu segundo filho. O parto normal foi realizado no HCM, onde o enfermeiro precisou realizar uma Episiotomia. Depois disso a paciente teve laceração do períneo. Três anos depois, ficou grávida novamente, procurou o HCM para realizar uma cesariana, mas o médico que estava de plantão se negou. [...] Essa situação agravou a condição da paciente que ficou com uma Fístula Retal. Segundo ela as fezes eram ralas e saíam pelo menos duas vezes por dia sem controle, ela tinha de usar fraldas descartáveis (Notas de campo).

De acordo com Kleinman (1981), ao vivenciarem a enfermidade, os indivíduos utilizam diferentes modelos explicativos e recorrem a distintos setores de cuidado a saúde. Entre a lógica explicativa das causas e o fundamento terapêutico, não há uma correspondência linear. Por isso, cada doente realiza um itinerário bastante diferenciado (FIALHO, 2003). Ainda segundo Kleinman (Ibdem), esses setores são sobrepostos e interligados, sendo divididos entre: informal (família), popular (medicina tradicional) e profissional (médicos, enfermeiros e outros). As práticas populares tem se mantido nas diversas culturas e sempre foram utilizadas como primeiro recurso para minimizar ou prevenir doenças. Muitas mulheres acreditam terem sido vítimas de feitiço e procuram os médicos tradicionais para curá-las da fístula, gastando muito dinheiro ao longo dos anos, mas sem resultado, já que a fístula só pode ser fechada através de cirurgia (WLSA, 2011). Neste estudo, as mulheres inquiridas não admitiram fazer uso da medicina tradicional, provavelmente por medo ou vergonha, visto que, em outras situações (conversas informais), admitiam recorrer a curandeiros para tratarem de

outros males. Referindo-se a um mioma, a paciente fala:

Essas dores começaram ainda criança, encher muito. Tem aquela nossa tradição de dialeto, é aquela coisa de se menstruar e doer, me começaram antes, depois de eu começar a primeira menstruação. Andei, andei, andei até completar muitos anos sem saber nada de que o que eu tinha. Eu tomar medicamento tradicional, assim, encorajando pela irmã em 2003 é que já começou o tratamento de hospital. Mas foram baixar duas vezes, até conseguiram me operar (L.A., paciente com Fístula Obstétrica, 51 anos, em entrevista – Inhambane)

Cabe destacar que as Fístulas Obstétricas afectam diferentes dimensões do ser humana – física, psicológica, económica e social –, sendo agravadas quando se trata da população de mulheres jovens, que dependem de cuidados específicos e necessitam de suporte familiar efetivo na busca pelo tratamento. Observamos que, na trajetória da experiência da doença, os familiares eram os principais cuidadores<sup>13</sup>, então se tornaram os fundamentais provedores de recursos financeiros para alimentação, remédios e transporte. Comumente, as mulheres não recebem nenhum apoio da comunidade. Em muitos casos, os vizinhos nem sabem da sua condição. Outras relatam que receberam ajuda, principalmente com a doação de alimentos. Dentro desses contextos, as igrejas têm um papel fundamental. Geralmente, os pastores e parentes próximos (mães, irmãs) as incentivam a buscar tratamento nas unidades de saúde próximas às suas casas ou nos hospitais onde tiveram o parto.

Após o desenvolvimento da fístula obstétrica a paciente R.A.G (34 anos – Sofala), procurou o Centro de Saúde de Savane. Eles fizeram alguns exames e constaram que, para

além da fistula a paciente também era soropositiva. “*Eles deram comprimido e mandaram pra casa* <sup>14</sup>”. As irmãs, que moram na cidade da Beira souberam da campanha cirúrgica que ia ser realizada no HCB e a convenceram a procurar tratamento para fistula. Enviaram-lhe dinheiro para que viesse do distrito de Muanza, que fica a 130 km de distância (Notas de campo).

Vimos, ao longo da pesquisa, que diversos fatores provocam o atraso em procurar uma maternidade na altura em que iniciam as dores, mas, pelo que podemos perceber, mesmo que tardiamente, 80% das entrevistadas deram à luz em unidades hospitalares. Ao verificar que a paciente está tendo perda de urina pela vagina, os médicos já poderiam iniciar o tratamento, para evitar o surgimento da Fístula, ou seu agravamento caso já exista.

Temos casos que o diagnóstico é feito logo de imediato, por causa do trabalho de parto arrastado e nós vemos que, a mulher logo depois do parto desenvolveu a fistula, é fácil de corrigir. Só com uma simples algália, vinte e um dias, a gente manda a mulher voltar e a fistula aí já está resolvida, então muitas delas não necessitam de uma cirurgia. Então, eu acredito que é porque o sistema de referência melhorou também, a capacidade de diagnóstico melhorou, por isso temos poucos casos (Médico - Hospital Rural de Vilankulos).

Um estudo realizado por Arrowsmith *et al.* (2010) demonstrou que se o cateterismo for empregado em pacientes com fistula a menos de três meses, é possível que ela seja curada espontaneamente (15% dos casos). Ao passo que as pacientes de fistulas recentes que foram submetidas a cirurgias de reparação apresentaram um percentual de cura de 96%. A grande questão é que em muitas unidades de saúde não existe equipe médica preparada para realizar cirurgia de

reparação da Fístula Obstétrica. O alcance para diagnosticar e reparar a fistula fica limitada às campanhas cirúrgicas realizadas periodicamente. Dessa forma, a ineficiência do sistema de saúde acaba resignando as mulheres a viverem nessa condição indefinidamente (YEAKEY *et al.*, 2009).

Em maio de 2014, M.M. (23 anos – Sofala), entrou em trabalho de parto do seu terceiro filho. Assim que começaram as dores, foi logo para o Hospital Rural de Maromeu. Ficou sentindo dores por três dias, só no quarto é que foi levada para o bloco cirúrgico, onde foi realizada uma cesariana de emergência. A criança nasceu morta e ela ficou com uma fistula. Tendo sido logo transferida para o HCB, que fica a 340 km de distância. “*Quando viram que a xixi tava a sair, me enviaram logo para aqui na Beira.*” Em março de 2015, passou por uma cirurgia de reparação da fistula. Ficou internada no HCB por um período de quatro meses, agora o médico vai retirar a algália e mandá-la de volta para casa. “*O médico disse que era pra ficar com essa algália até essa ferida secar. A ferida daqui já não tem mais, fechou agora*” (Notas de campo).

Existe uma grande lacuna entre a primeira suspeita de que há algo diferente, após aquele parto, e com o seu puerpério. A qualificação dessa diferença como sendo uma Fístula Obstétrica não costuma ser rápida nem isenta de sofrimento ou dúvidas, já que, muitas vezes, a doença é confundida com incontinência urinária, ou naturalizada dentro do seio familiar como sendo a perda constante de urina algo inerente ao trabalho de parto. Esse nível de incerteza que costuma caracterizar o processo diagnóstico na direção da Fístula Obstétrica representa para as mulheres uma “prisão silenciosa”<sup>15</sup>.

É praticamente uma unanimidade entre as portadoras da Fístula Obstétrica o relato de

idas e vindas até encontrar atendimento especializado, o que é uma realidade constante, especialmente no contexto moçambicano, em que as mulheres dependem da oferta de serviços públicos. Quando são diagnosticadas com Fístula Obstétrica, geralmente as pacientes são encaminhadas para um dos hospitais que realizam esse tipo de cirurgia. Entre eles, o HCM, que trata, principalmente, dos casos de fístulas complexas que não podem ser operadas em outros locais. O Serviço de Urologia do HCM possui uma forma específica de funcionamento e de uso dos seus espaços. Foram as observações que fizemos que permitiram desvendar algumas regras de utilização e compreender as dinâmicas das relações do local.

O Serviço de Urologia funciona em dois locais distintos, no ambulatório, onde são realizadas as consultas, e numa enfermaria, onde os pacientes ficam internados. As pacientes chegam ao serviço, referenciadas por um médico, que pode ser da Unidade de Saúde ou ter sido encaminhada por outro cirurgião, por tratar-se de um caso de fístula complexa ou que envolva reparo no aparelho urinário. Diante disso, o HCM atende a pacientes de todas as regiões de Moçambique. Não é incomum perguntar onde as pessoas moram e elas se referirem a outras províncias. Em geral, são cidades onde não há condições de tratamento adequado ou de realização de cirurgias complexas. No HCM, convive-se todo o tempo com vários dialetos e com diferentes maneiras de compreender e sentir a doença. Assim, a característica que mais se destaca quando se observa a trama no Serviço de Urologia é a sua diversidade. O serviço de urologia do HCM realiza, em média, oito cirurgias por dia (o bloco cirúrgico é reservado para Urologia de uma a duas vezes por semana). Dessa forma, só são operados dois casos de Fístulas Obstétricas por semana. De acordo com médicos, em conversas informais, eles têm de priorizar outros casos mais graves, como, por exemplo, o câncer de próstata. Assim, os

casos de fístula vão se acumulando e o internamento da paciente na enfermaria do serviço de urologia não é garantia de que a cirurgia seja realizada brevemente. Conheci pacientes que estavam internadas, aguardando a cirurgia cerca de seis meses.

Nas primeiras incursões pelo hospital, as mulheres se apresentam sempre de cabeça baixa, um misto de insegurança e medo, em geral, associados à vergonha das pessoas verem seu corpo ou saberem da sua condição. Nessa etapa, a mulher vivencia uma nova situação que requer adaptação ao tipo de comida, às roupas e horários do hospital, mas, sobretudo, à ausência dos familiares, que nem sempre podem visitá-las, quer seja por motivos pessoais e financeiros, quer seja pela distância. Ainda por cima, as mulheres têm que relegar suas atividades cotidianas e os filhos aos cuidados de outras pessoas:

Minhas crianças moram comigo [...] eu deixei lá em casa de minha mãe. [...] lá na terra de lá, em Liberdade<sup>16</sup>. Eu deixei ela (referindo-se a mãe) com aquela ali, mais velha, mais aquele pequeno, com ela. O meu marido tá lá está a trabalhar.”

(Entrevistadora: Mas ele está ajudando sua mãe?)

Sim. Eu pedi muito, eu pedi foi lá em casa, que tem levar aquela mais velha, que está a estudar. Pôr a criança para ir à escola (A.F., paciente com Fístula Obstétrica, 29 anos – Maputo).

Conforme dito anteriormente, no caso da Fístula Obstétrica, a paciente passará alguns dias, às vezes, meses, internada, esperando vaga para cirurgia. Isso faz com que algumas mulheres hesitem em serem transferidas para os hospitais centrais ou simplesmente “fujam” do hospital e abandonem o tratamento, como foi o caso de V.K. (28 anos – Manica):

V.K. casou aos 18 anos e já ficou grávida cinco vezes.

Desenvolveu a fístula obstétrica na última gestação (2014), admite que nunca fez pré-natal e que ficou em casa cerca de dois dias com dores de parto. Até que (foi) levada pelo marido ao centro de saúde de Sussudenga. Como o bebé estava transverso foi transferida para o Hospital Provincial de Chimoió (cerca de 100 km de distância). O bebé morreu e ela ficou com fístula (Notas de Campo).

A paciente foi operada durante campanha cirúrgica no HCB, ainda estava com algália do pós-operatório quando fugiu da enfermaria. No caso em questão, não senti muita preocupação da parte dos profissionais de saúde, eles referenciaram que isso sempre acontece e que é só constar no prontuário médico a informação de que a paciente abandonou o tratamento. Este não foi um caso isolado. Na campanha cirúrgica realizada na Província de Inhambane, uma das pacientes fugiu durante a noite do Hospital de Massinga. Indagamos sobre o que as leva a tomar esse tipo de atitude. Segundo relato das outras enfermas, K.V. ligou para casa informando que já havia sido operada, estava em recuperação, mas o marido ordenou que ela retornasse para cuidar dos quatro filhos. Diante da insistência do marido, elas acreditaram que a mulher tinha retornado para sua casa.

De acordo com o relatório da UNFPA e Engender Health (2003), são raros os casos em que as mulheres e famílias, consequentemente, aceitam o tratamento para a Fístula Obstétrica, pois, não querem ficar afastadas da casa e dos filhos por um longo período. As pacientes temem ser transferidas para Maputo, por isso preferem aguardar a realização de uma campanha nas províncias mesmo: “Elas também, tem aquela componente de viajar, deixar crianças, não sei quantos, e preferem aguardar. Então, fazemos o registro” - (Médico - Hospital Rural de Vilankulos).

No contexto das doenças crónicas, ou de

longa duração, não é apenas a condição de enfermo, mas também a de paciente, nesse caso saber esperar. É nessa relação, segundo Lopes (2015), que se estruturam as relações com os serviços de saúde, por meio do processo de acompanhamento do quadro clínico da fístula e do resultado do tratamento. Dessa forma, estas mulheres acabam sendo inseridas num conjunto de relações concebidas pelas instituições hospitalares, onde a questão da humanização em saúde vem ganhando espaço nos debates académicos e nas políticas públicas (VIEIRA e MAFRA, 2016). O conceito de humanização surge em oposição à violência, seja ela de forma explícita ou simbólica. Em nossa tese de doutoramento, relatamos dois casos de violência explícitas (agressão e assédio) sofridas pelas pacientes de fístula obstétrica dentro do ambiente hospitalar por funcionários do hospital (anestesista e maqueiro). No entanto, existem outras formas de violência, que são até mais opressoras, agressivas e complicadas de encarar em face de sutileza com que se escondem no contexto institucional e nas relações sociais (LUZ, 1979).

De acordo com Bourdieu (1991), dentro das instituições hospitalares, a forma mais insidiosa de violência exercida pelos profissionais de saúde é a simbólica. Ela ocorre quando a autoridade impõe sua visão do mundo social e distinções entre pessoas como legítima, disfarçando as relações de poder desiguais vigentes, ao ponto de tornar-se aceitável por ambos, dominadores e dominados (GOMES *et al.*, 2008).

A história da Paciente 1, narrada na introdução deste artigo, nos parece interessante para ilustrar a forma como ocorre a violência simbólica dentro do contexto hospitalar, onde, houve uma imposição do saber médico sobre o corpo feminino. No momento de decisão pelo fechamento da vagina, sua vida afetivo-sexual foi colocada em suspenso. Por vezes, ouvimos de médicos que o fechamento da vagina seria uma saída para evitar as

recidivas nos casos de Fístula Obstétrica, reafirmando o estereótipo da mulher com fístula como um ser assexuado.

Existe uma expectativa social de que tem haver com o papel da mulher como esposa e mãe, que faz com que as pacientes busquem tratamento com duas esperanças: encerrar a fístula e voltar a engravidar (KHISA e NYAMONGO, 2012). As concepções e desejos da Paciente 1 com relação à sexualidade e à maternidade são elementos que constituem um processo sobre si mesma, mas que, a nosso ver, se relacionam diretamente com o *status* de ser mulher em Moçambique.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste artigo, tivemos a certeza de que elaborar um estudo com mulheres que convivem com Fístula Obstétrica exige do pesquisador uma atitude de seriedade e, ao mesmo tempo, sensibilidade. Buscando respeitar as singularidades e as necessidades das pesquisadas, evidenciamos nas suas expressões a situação de vulnerabilidade que se encontrava, a falta de conhecimento sobre a doença e sobre seu próprio corpo.

Para isso, foram reunidas narrativas etnográficas de pacientes e profissionais de saúde que atuam no atendimento destas mulheres em Moçambique, que por sua vez, tornaram-se interlocutores da pesquisa de doutoramento. As narrativas trazidas neste artigo, reiteram como maternidade e a vulnerabilidade se fazem presentes nas dimensões discursivas. Dessa forma, foi possível perceber o sofrimento social destas mulheres, onde a Fístula Obstétrica é parte das suas biografias. A intenção não foi tomar a doença em questão como algo que define suas identidades, mas como uma ruptura biográfica que determina um antes e um depois em suas vidas.

O estigma e o abandono são emoções experimentadas em eventos críticos de suas vidas e expressas em seus discursos que se concentram em corpos “incompletos”.

Dessa maneira, são situações sociais corporificadas em sujeitos históricos, cujos sofrimentos estão inseridos em ordens societárias que estruturam as relações.

Por meio da descrição dos principais temas e enfoques, constatamos que o abandono inicia, por vezes, ainda no período da gravidez. O processo da gestação (quando é concebida antes do casamento) é marcado pela rejeição e vergonha da família, fatores que são agravados após o desenvolvimento da fístula obstétrica. Pacientes narram, que sua condição da perda de urina era tornada pública sempre que ocorriam embates com membros da família. Refletindo, no máximo da humilhação que uma pessoa portadora de uma doença crônica, carregada de estigmas e preconceitos, pode ter, a exclusão social. São mulheres de segmentos populares, que, ao desenvolverem a doença, se viram sozinhas no mundo (contando, em alguns casos, com o apoio do seu núcleo familiar).

Estudos realizados em outros países africanos demonstram que esta não é uma característica particular de Moçambique. Segundo os dados do nosso inquérito, 70% das entrevistadas foram “devolvidas” após o aparecimento da fístula. Na Nigéria, o percentual foi de 50% (IBRAHIM, SADIG E DANIEL, 2000<sup>17</sup>), enquanto na Etiópia 2/3 das mulheres tinham sido abandonadas (MULETA *ET AL.*, 2008<sup>18</sup>). Determinantes do divórcio e da separação após o desenvolvimento da doença variam de acordo com as culturas, sendo atribuídas pelas próprias pacientes ao fato de não conseguirem manter relações sexuais, e, por consequência, não gerarem filhos (ARROWSMITH; HAMLIN; WALL, 1996<sup>19</sup>).

A ideia de fracasso, descrita por Passador (2011), põe em evidência o transcurso temporal a partir do qual as mulheres desenvolvem modos próprios de lidar com determinadas situações. As mulheres que não produzem filhos, consequentemente, descendência, são vistas como fracassadas.

Este fracasso, normalmente, é revertido no rompimento do casamento, na “devolução” da mulher às suas famílias de origem e o retorno dos bens negociados no lobolo.

Osório (2006) pontua que o abandono das mulheres provoca tanto uma tomada de consciência da opressão a que estão sujeitas, como também uma conformação com a situação de sujeição. No que diz respeito ao divórcio, a mulher simplesmente pode ser mandada embora, principalmente quando do casamento não resulta filhos (MAÚNGUE, 2020). Insistimos que a devolução da mulher após a Fístula Obstétrica não era percebida por elas, como um evento abrupto. Embora a expressão “devolvida” possa evocar em nossas mentes uma associação à coisificação da mulher, só seria correto afirmá-lo se essa noção também fosse compreendida de forma ampla pelos sujeitos da pesquisa.

Vimos que grande parte das mulheres são abandonadas pelos maridos após o desenvolvimento da doença, mas de acordo com (KHISA e NYAMONGO, 2012) alguns casamentos acabam após a cirurgia de reparação da fístula. Isto porque uma das orientações médicas no pós-cirúrgico é a abstenção sexual (de 3 a 6 meses a depender do caso) e o intervalo de no mínimo dois anos para engravidar.

Só que não é fácil convencer os maridos, eles acreditavam que assim que as esposas voltassem do hospital suas vidas retornariam a normalidade, mas não é isto que acontece. Segundo Khisa e Nyamongo (2012) os homens não entendem, se já não sai mais xixi pela vagina, porque não ter relações sexuais. Aquelas mulheres que não estavam em uma posição que pudessem negociar essas decisões viveram com medo de desenvolver fístula novamente.

De acordo com Donnelly *et al.* (2015) várias mulheres expressaram que “*não se sentem livres durante o sexo*” e outras com medo de que seus maridos não as enviassem para ter parto no hospital em caso de nova gravidez.

Diante da escassez de pesquisas que investiguem a relação entre gênero e adoecimento, e outras dimensões da vulnerabilidade feminina em Moçambique, este estudo representa uma contribuição importante ao apresentar as experiências das mulheres com Fístula Obstétrica. Para tanto, como já referido anteriormente, é necessário enfrentar o desafio de compreender como a sexualidade e a subordinação feminina são construídas no país. A esse respeito, vale mencionar, embora não haja espaço nesse artigo para aprofundar, que, conforme aponta Butler (1998), devemos pensar nos problemas que uma visão universalizante sobre estas categorias, produzidas sob a égide universalista do pensamento europeu, podem não dar conta das (sutis) distinções de poder e hierarquias encontradas nos universos culturais não ocidentais. A contestação da condição feminina leva a mudanças significativas nas percepções sobre o casamento e os dispositivos que o estruturam. Então, as consequências das mudanças na ordem familiar para a situação das mulheres são várias e, às vezes, contraditórias (OSÓRIO, 2006).

É importante frisar que as mulheres com trajetórias como as das interlocutoras, desta pesquisa, estão vivendo dias incertos em diferentes locais (igrejas, unidades de saúde, família, entre outras) e situações particulares, que localizam seus sofrimentos de forma corporificada e que, sobretudo, vulnerabilizam ainda mais essas pessoas. A partir da transcrição e dos comentários sobre a Fístula Obstétrica, procuramos demonstrar como, do ponto de vista da Antropologia, é possível reconhecer o processo de vulnerabilidade e os impactos do adoecimento sobre estas mulheres. O papel da etnografia na abordagem a questões relacionadas à saúde tem sido amplo e diversificado, desde exercícios mais aplicados da profissão, atuando junto aos serviços de saúde ou ONGs, até as perspectivas mais acadêmicas sobre o fenômeno do adoecimento. Em

qualquer dessas conjunturas, o que estamos sugerindo é que nossa contribuição enquanto “antropólogos e antropólogas da saúde” nos permitam refletir, de uma maneira comprometida com os sujeitos implicados em nossas pesquisas e considerando suas histórias, situações sociais, como o adoecimento é produzido, reconhecido e quais implicações nas diferentes esferas sociais, éticas e políticas.

## REFERÊNCIAS

- AHMED, S.; HOLTZ, S. **Social and economic consequences of obstetric fistula: Life changed forever?** International Journal of Gynecology and Obstetrics N° 99, 2007.
- AMALIQUE, A.J. **Estudo do tratamento de Fístulas Vesico-vaginais no Hospital Provincial de Quelimane.TCC (Graduação) - Curso de Licenciatura em Cirurgia, Instituto Superior de Ciências de Saúde, Maputo, 2008.**
- ARROWSMITH, S; RUMINJO, J. e LANDRY, E. **Current practices in treatment of female genital fistula: a cross sectional study.** BMC Pregnancy and Childbirth, n° 10 (73). 2010.
- AYRES, J. R. C. M.**HIV/aids, DST e abuso de drogas entre adolescentes. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas.** São Paulo: Casa de Edição, 1996.
- BROWNING, A.; FENTAHUN, W. e GOH, J.T.W. **The impact of surgical treatment on the mental health of women with obstetric fistula.** British Journal of Obstetrics and Gynecology. N° 114.1439–41. 2007.
- BURY, M. **Chronic illness as biographical disruption.** Sociology of health and illness, v. 4, n.2, pp. 167-182, 1982.
- BOURDIEU, P. **Language and Symbolic Power.** Org. by John B. Thompson. Cambridge, Mass.: Harvard University, 1991.
- BUTLER, J. **Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do pós-modernismo.** Cadernos Pagu, n. 11, p. 11-42, 1998.
- DONNELLY, K; OLIVERAS, E; TILAHUN, Y; BELACHEW, M; ASNAKE, M. **The quality of life of Ethiopian women after fistula repair: Implications on rehabilitation and social reintegration policy and programming.** Cult Health Sex. n° 17(2). P. 150-64. 2015.
- DUARTE, L.F.D. **Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.173-183, 2003.
- EARLE, S.; LETHERBY, G. **Introducing Gender, Identity and Reproduction.** In: EARLE, S.; LETHERBY, G. (Org). Gender, identity and reproduction: social perspective. New York: Palgrave Macmillan, 2003.
- ESTAVELA, A.J. e SEIDL, E.M.F. **Vulnerabilidades de gênero, práticas culturais e infecção pelo HIV em Maputo.** Psicologia & Sociedade, 27(3), p. 569-578, 2015.
- FAÉ, G. e ZINANI, C.J.A.**Maternidade em As Parceiras, de Lya Luft: Destino Cultural Feminino.** Cerrados, v. 1, p. 213-227, 2011.
- FIALHO, J. **A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde.** Cadernos de Estudos Africanos (Online), n° 4. 2003. Disponível em: <http://cea.revues.org/1567>.
- FONSECA, R.M.G.S. **Eqüidade de gênero e saúde das mulheres.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. Volume 39, n° 4, p 450-459, 2005.
- FRANK, A. **The wounded storyteller: body, illness and ethics.** Chicago/Londres, The University of Chicago Press, 1995.
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: LTC, 1975.
- GOMES, A.M.A.; NATIONS, M.K.; LUZ,

- M.T. **Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro.** Saúde soc. [online]. vol.17, n.1, p.61-72, 2008.
- HAMERSKI, M.G. et al. **Fístulas Urogenitais.** 2006. Disponível em: <http://uroginecologia.com.br/index/?q=nod e/17>
- KHISA, A.M. & NYAMONGO, I.K. **Still living with fistula: an exploratory study of the experience of women with obstetric fistula following corrective surgery in West Pokot, Kenya.** Reproductive Health Matters, nº 20(40), p.59–66, 2012.
- KLEINMAN, A. **The meaning context of illness and care: reflections on a central theme in the Anthropology of Medicine.** In: ELKANAY, E.; MENDELSON, E. (Ed.) Sciences and cultures sociology. Dordrecht: Reidel Publishing Company, 1981. p. 161-176.
- LAVANDER, T; WAKASIKA, S; MCGOWAN, L; MORAA, M; OMARI, J e KHISA, W. **Secrecy inhibits support: A grounded theory of community perspectives of women suffering from obstetric fistula, in Kenya.** Midwifery. Nº 42. P. 54-60. 2016
- LOFORTE, A.M. **Práticas culturais em relação à sexualidade e representações sobre saúde e doença.** Maputo: CEP/FLECS/UEM, 2003.
- LOPES, A.A.F. **Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes.** Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.486-500, 2015.
- LOURENCO, M.A.E.; TYRRELL, M.A.R. **Programas de saúde materno-infantil em Moçambique: marcos evolutivos e a inserção da enfermagem.** Esc. Anna Nery [online]. vol.13, n.3, pp.617-624, 2009.
- LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- MAÚNGUE, H.B. **Mulher moçambicana: cultura, tradição e questões de gênero na feminização do HIV/SIDA.** Revista Estudos Feministas, Florianópolis, nº 28(1), 2020.
- MASANA, L. **Invisible chronic illnesses inside apparently healthy bodies.** In: FAINZANG, S. e HAXAIRE, C. Of Bodies and Symptoms. Anthropological Perspectives on their Social and Medical Treatment. Tarragona: Publicacions URV. 2011.
- MILLER, S.; LESTER, F. et al. **Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy.** American College of Nurse-Midwives. Volume 50, Nº. 4, July/August 2005.
- MSELLE, L.T.; EVJEN-OLSEN, B.; MOLAND, K.M.; MVUNGI, A. e KOHI, T.W. **“Hoping for a Normal Life Again”: Reintegration After Fistula Repair in Rural Tanzania.** J Obstet Gynaecol Can 2012;34(10):927–938.
- MUCHANGA, S. **Uma tragédia que isola as mulheres.** Jornal Savana, 25 de março de 2011. Seção Saúde.
- OSÓRIO, C. **Algumas reflexões sobre a abordagem de gênero nas políticas públicas sobre o HIV/SIDA.** Boletim Outras Vozes, nº 6, 2004.
- OSÓRIO, C. **Identidades sociais/identidades sexuais: uma análise de gênero.** Boletim Outras Vozes. Nº 17. 2006.
- OSÓRIO, C.; MACUÁCUA, E. **Os ritos de iniciação no contexto actual: Ajustamentos, rupturas e confrontos construindo identidades de gênero.** WLSA Moçambique. Maputo, Julho de 2013.
- PASSADOR, L. **Guerrear, casar, pacificar, curar: O universo da "tradição" e a experiência com o HIV/AIDS no distrito de Homóine, sul de Moçambique.** 2011. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de

Campinas, Campinas, 2011.

SILVA, C.M.; VARGENS, O.M.C. **A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. Volume 43, Nº. 2, 2009.

TIMBANE, A.; BERLINCK, R. **A influência da língua portuguesa nas línguas bantu faladas em Moçambique: o caso da língua xichangana.** *Inter DISCIPLINARY Journal of Portuguese Diaspora Studies*. v. 8, p. 105 – 125, 2019.

UNFPA. **Unidos vamos eliminar a Fístula Obstétrica em Moçambique.** UNFPA e Ministério da Saúde de Moçambique (Folheto): Maputo, 2012. Disponível em: [http://countryoffice.unfpa.org/mozambique/drive/BROCHURA\\_FISTULA\\_19\\_09\\_12.pdf](http://countryoffice.unfpa.org/mozambique/drive/BROCHURA_FISTULA_19_09_12.pdf).

UNFPA AND ENGENDER HEALTH. **Obstetric Fistula – Needs assessment report: Findings from nine african countries.** United Nations Population Fund. New York, 2003. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fistula-needs-assessment.pdf>.

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

VIEIRA, L.R.V. e MAFRA, L.A.S. **Humanização hospitalar e violência simbólica: a percepção das mães em UTIs**

**Neonatais.** Tempus, actas de saúde coletiva, Brasília, 10(3), 99-114, set, 2016.

WEBER, M. **Três tipos puros de poder legítimo.** 1922. Disponível em: [http://www.lusosofia.net/textos/weber\\_3\\_tipos\\_poder\\_morao.pdf](http://www.lusosofia.net/textos/weber_3_tipos_poder_morao.pdf)

WESTON, K.; MUTISO, S.; MWANGI, J.; QURESHI, Z.; BEARD, J. e VENKAT, P. **Depression among Women with Obstetric Fistula in Kenya.** International Journal of Gynecology & Obstetrics 115, nº 1, p. 31–33, 2011.

WILSON, S.; SIKKEMAA, K.; WATT, M. e MASENGA, G. **Psychological Symptoms Among Obstetric Fistula Patients Compared to Gynecology Out patients in Tanzania.** Int J Behav Med. Nº 22(5): 605–613. 2015.

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

YEAKEY, M.P.; CHIPETA, E.; TAULO, F. e TSUI, A.O. **The lived experience of Malawian women with obstetric fistula.** Culture, Health & Sexuality, 11:5, P. 499-513. 2009.

ZELEKE, B.M.; AYELE, T.A.; WOLDETSADIK, M.A.; BISETEGN, T.A. e ADANE, A.A. **Depression among women with obstetric fistula, and pelvic organ prolapse in northwest Ethiopia.** BMC Psychiatry. 13:236. 2013.

## NOTAS

<sup>1</sup> Os dados etnográficos foram produzidos durante pesquisa de campo para elaboração da minha tese de doutorado intitulada: “Por debaixo dos panos – Um estudo etnográfico com pacientes de Fístula Obstétrica no Hospital Central de Maputo”.

<sup>2</sup> Atualmente existem quatro Hospitais Centrais no país, na época da pesquisa o Hospital Central de Quelimane ainda estava sendo construído, tendo sido inaugurado apenas em outubro de 2016.

<sup>3</sup> Em relação ao perfil, podemos afirmar, após a análise dos dados, que estas mulheres tinham entre 15 a 73 anos de idade. Em geral, não frequentaram a escola (62%). Em sua maioria, eram casadas (50%)

ou divorciadas (40%) e tiveram, em média, duas gestações (bem abaixo da mediana nacional, que é de seis gestações).

<sup>4</sup> Palavra na língua changana para se referir aos estrangeiros.

<sup>5</sup> MERCADO, L.de. De mulierum affectionibus: Libri quatuor. Quorum primus de communibus mulierum passionibus disserit. Secundus virginum & viduarum morbos ... Tertius, sterilium & praegnantium. Quartus, puerperarum, & nutricum accidentia Venetiis: Societas Veneta, 1579. Disponível em: [http://alfama.sim.ucm.es/dioscorides/consulta\\_libro.asp?ref=X53242209X](http://alfama.sim.ucm.es/dioscorides/consulta_libro.asp?ref=X53242209X)

<sup>6</sup> Guerra, Lúcia Helena. Por debaixo dos panos: Um estudo etnográfico com pacientes de Fístula

---

Obstétrica no Hospital Central de Maputo – Moçambique. Tese de Doutorado em Antropologia. Universidade Federal de Pernambuco. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/38766>.

<sup>7</sup> O resultado do seu exame para HIV deu negativo, apesar de admitir a prática sexual sem uso de preservativo.

<sup>8</sup> De acordo com nosso inquérito, em 92% dos casos a criança morre durante o trabalho de parto.

<sup>9</sup> Eu já havia retornado ao Brasil quando assisti a um vídeo produzido pela ONG Focus Fístula, que mostrava a vida de pacientes após a cirurgia. M.C. estava entre as entrevistadas. De acordo com o vídeo, ela havia voltado a morar com a tia e já está frequentando a escola.

<sup>10</sup> Local onde são plantados vegetais; herdade, quinta, horta. Designação comum para propriedade agrícola.

<sup>11</sup> Régulo foi a expressão dada na historiografia e administração colonial portuguesa aos chefes tribais e outros detentores de posições políticas.

<sup>12</sup> Atualmente, a paciente precisa fazer algaliação intermitente: o esvaziamento periódico da bexiga com pequeno cateter, que é removido depois de cada micção.

<sup>13</sup> De acordo com dados da pesquisa, os cuidadores são formados pelo núcleo familiar (45% - maridos,

34% - pais, 9% - outros parentes. Apenas 12% mora sozinha com os filhos menores, sendo elas as responsáveis por conseguir o dinheiro.

<sup>14</sup> Referindo-se à terapia antirretroviral (TARV), que é fornecida gratuitamente pelo Governo moçambicano.

<sup>15</sup> “Fístula Obstétrica: Uma Prisão Silenciosa”, título do vídeo produzido pela UNFPA Angola, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=oMgdRaSvLO0>.

<sup>16</sup> Liberdade é um bairro da cidade da Matola.

<sup>17</sup> Ibrahim, T.; SADIQ, A.U.; DANIEL, S.O. Characteristics of VVF patients as seen at the specialist hospital. *West African Journal of Medicine*. Sokoto, v. 19, p. 59–63, 2000.

<sup>18</sup> MULETA, M.; HAMLIN, C.E.; FANTAHUN, M.; KENNEDY, R.C.; TAFASSE, B. Health and social problems encountered by treated and untreated obstetric fistula patients in rural Ethiopia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, v. 30, p. 44–50, 2008.

<sup>19</sup> ARROWSMITH, S.; HAMLIN, C.E.; WALL, L.L. Obstructed labor injury complex: Obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world. *Obstetrical and Gynecological Survey*, v. 51, p. 568–74, 1996.