



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE**

DIRECÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE E BEM-ESTAR

RELATÓRIO SOBRE

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DE FÍSTULAS OBSTÉTRICAS, NO PERÍODO DE
2012 A 2020**

PROGRAMA DE SISTEMAS DE SAÚDE

PROGRAMA DE SISTEMAS DE SAÚDE





MINISTÉRIO DA SAÚDE

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE

RELATÓRIO SOBRE
AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FÍSTULAS
OBSTÉTRICAS, NO PERÍODO DE 2012 A 2020

PROGRAMA DE SISTEMAS DE SAÚDE



Redacção

Ausenda Domingos, UNICEF
Elídio Muamine, INS
Germano Pires, INS
Janet Dulá, INS
Laurentino Cumbi, INS
Maria Isabel Cambe, INS
Nelmo Jordão, INS
Regina Amado, INS
Sérgio Chicumbe, INS

Revisão

Ausenda Domingos, UNICEF
Armando Melo, MISAU
Janet Dulá, INS
Sérgio Chicumbe, INS
Regina Amado, INS

Edição e Formatação

Laurentino Cumbi, INS
Nelmo Jordão, INS

Layout

Janet Dulá, INS
Regina Amado, INS
Nelmo Jordão, INS
Ausenda Domingos, UNICEF

Afiliação

Programa de Políticas e Sistemas de Saúde, Instituto Nacional de Saúde
Programa Nacional de Fístulas Obstétricas, Ministério da Saúde
Fundo das Nações Unidas para a População

Índice

Índice de Tabelas	iii
Tabela de Gráficos	iii
Agradecimentos.....	iv
Abreviaturas	
Sumário.....	i
1. Introdução	5
2. Justificativa	9
3. Objectivos	9
4. Metodologia.....	10
4.1. Desenho de Estudo.....	10
4.2. Breve descrição dos locais de recolha de dados.....	10
4.3. Base de Dados	12
4.4. Controle e Monitoria de Qualidade.....	12
5. Arquivo.....	12
6. Limitações do Estudo e Estratégias de Mitigação	12
7. Considerações Éticas	13
CAPÍTULO 1	14
I. Utentes, Atendimento obstétrico rural de referência e Fístula Obstétrica	14
1. Metodologia do estudo quantitativo	14
1.1 Locais do estudo	14
1.2 Recolha de dados quantitativos.....	15
1.3 Abordagem quantitativa e suas variáveis	16
1.4 Análisesg	17
2. Resultados	17
2.1 <i>Caracterização de perfil de parturientes nos hospitais de primeira referência da Zambézia.</i>	17
2.2 <i>Caracterização das mulheres ligadas aos serviços de saúde por causa de Fístula Obstétrica nas províncias de Zambézia e Nampula</i>	19
2.3 <i>Análise de tendência dos serviços de saúde por FO</i>	20
3. Discussão	27
4. Limitações	28
5. Conclusão	29
6. Referências bibliográficas	31
CAPÍTULO 2.....	32
II. Custo unitário da reparação de Fístula Obstétrica.....	32

1.	Metodologia.....	32
1.1	Área de estudo	32
1.2	Colecta de dados.....	33
1.3	Método de custeamento	33
1.3.1	Pessoal	34
1.3.2	Medicamentos e consumíveis	35
1.3.3	Bens de capital	36
2.	Resultados	37
3.	Discussão.....	39
4.	Limitações	42
5.	Conclusão	42
6.	Recomendações	43
7.	Referências Bibliográficas.....	44
	CAPÍTULO 3	46
III.	Experiências Comunitárias e de Provedores em Relação a FO	46
1.	Metodologia.....	46
1.1	Locais de recolha de dados	46
1.2	Instrumentos de recolha de dados	47
1.3	Formação da equipa de campo.....	48
1.4	Elegibilidade dos participantes	48
2.	Resultados	48
2.1	Perfil das Mulheres Sobreviventes de FO	49
2.2	Conhecimento da Comunidade sobre a FO.....	52
2.3	Informação e Comunicação para Saúde	53
2.4	Prevenção da FO	54
2.5	Inserção Social das Mulheres sobreviventes das FO	55
2.6	Mecanismos de Mitigação da FO.....	57
2.7	Sistema de Referenciamento das Mulheres Sobreviventes de FO	58
3.	Discussão.....	59
4.	Conclusão	65
5.	Recomendações	66
6.	Referências Bibliográficas	68

Índice de Tabelas

Tabela 1: : Estimativa de casos de FO para o período 2007 a 2020.	7
Tabela 2:Hospitais existentes, por localidade estudada.....	15
Tabela 3:Variáveis do estudo	16
Tabela 4: Número de Hospitais que operam FO em Moçambique	22
Tabela 5:Número de profissionais de saúde formados no tratamento da FO no País – 2019 a 2020 (Fonte: DNAM-MISAU).....	23
Tabela 6: Hospitais por tipo de fístulas obstétricas reparadas em 2019.....	32
Tabela 7: Custo médio de reparação de FO por hospital na província de Zambézia (custos directos médicos).....	37
Tabela 8: Custo médio de reparação de FO por hospital na província de Nampula (custos directos médicos).....	38
Tabela 9: Custo médio de reparação de FO nos 8 hospitais das 2 províncias incluindo ambos custos directos médicos e custos directos não-médicos.	38
Tabela 10: Distribuição de número de entrevistas por província (n =28)	47

Índice de Figuras

Figura 1: Percentagem de mulheres que procuraram por rotina os serviços de reparação das fístulas por província.....	24
Figura 2: Percentagem de mulheres que procuraram os serviços de reparação de fístulas por campanha por província	24
Figura 3: Tendência de casos de mulheres que procuraram serviços de saúde por causa de FO,2021-2020	25
Figura 4: Cirurgias realizadas por rotina por província	26
Figura 5: Cirurgias realizadas por campanha por província	26
Figura 6: Percentagem de cirurgias realizadas por campanha e rotina.....	27
Figura 7: Representação gráfica da ocupação das Mulheres Sobreviventes de FO (N=28)	50
Figura 8: Representação do Nível Académico das mulheres sobreviventes de FO (N=28)	51

Agradecimentos

Agradecimentos

O Instituto Nacional de Saúde (INS) e o Fundo das Nações Unidas para (FNUAP) agradecem a todos os que tornaram possível a colheita de dados da avaliação da Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das FO dos anos 2012 a 2020 que é a base da presente avaliação. Um especial agradecimento a Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM) pelas recomendações valiosas e de detalhe sobre o relatório. Agradecemos igualmente a todos que directa ou indirectamente tornaram possível a realização do presente relatório e a todos colaboradores que garantiram a realização da presente pesquisa com vista a orientar e contribuir na definição de políticas de saúde para melhoria da saúde da mulher.

Abreviaturas

APE	Agente Polivalente Elementar
CIBS-INS	Comitê Institucional de Bioética para a Saúde do INS
COEm	Cuidados Obstétricos de Emergência
DNAM	Departamento Nacional de Assistência Médica do MISAU
DNSP	Direção Nacional de Saúde Pública
FNUAP	Fundo de População das Nações Unidas
FO	Fístula obstétrica
FOC	Fístula Obstétrica Complexa
FOS	Fístula Obstétrica Simples
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INS	Instituto Nacional de Saúde
MIF	Mulheres em idade fértil
MISAU	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
MZN	Metical moçambicano
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ODS	Objectivos do Desenvolvimento Sustentável
ONG	Organização Não Governamental
PT	Parteira Tradicional
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMPI	Saúde Materna, perinatal e Infantil
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
TPA	Trabalho de parto arrastado
US	Unidade Sanitária
USD	Dólar Americano

PREFÁCIO

O Governo de Moçambique reconhece que a saúde e bem-estar materno e infantil têm a sua base acente nos serviços pré e pós-natais de qualidade, com destaque ao parto institucional. Neste sentido, o governo e parceiros têm envidado esforços para alavancar a qualidade de prestação desses serviços no sector público. Todavia, a saúde da mulher, sobretudo nas zonas rurais, tem sido minada por uma enfermidade de impacto quádruplo (físico, mental, social e económico), como é o caso da **Fístula Obstétrica (FO)**.

Em 2012, o governo e o Fundo das Nações Unidas para População (FNUAP), lançaram o Programa Nacional de Prevenção e Tratamento de FO em Moçambique, no período de 2012–2020. Este programa teve um impacto de grande magnitude social. Contudo, dados recentes indicam uma incidência anual de mais de 2,000 FO, o que implica necessidade de intervenções mais abrangentes.

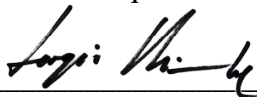
O presente documento, é um relatório da avaliação da estratégia nacional e prevenção e tratamento de fístulas obstétricas (ENPTFO), 2012–2020. Esta avaliação foi feita em US seleccionadas nas províncias de Nampula, Zambézia e Cidade de Maputo, por uma equipa multidisciplinar composta por membros da Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM-MISAU), Instituto Nacional de Saúde (INS), e Fundo das Nações Unidas para as População (FNUAP), para permitir a tomada de decisão baseada em evidências.

Diante da necessidade de se implementar um novo programa de FO, este documento servirá de base. Os resultados são apresentados em três componentes nomeadamente: **Quantitativo** (avaliação do volume dos progressos tangíveis – formação, mulheres reparadas, partos institucionais realizados, etc.); **Económico** (onde se estimou o custo de reparação da FO); e **Qualitativo** (percepção e experiências vividas pelas sobreviventes de FO e suas famílias, bem como, os provedores de saúde).

Estou, portanto, convicto de que, todas as partes interessadas usarão este documento para melhorarem a qualidade de intervenção e alcançarem a cobertura universal da FO em Moçambique.

Marracuene, 24 de Agosto de 2022

O Director Nacional de Pesquisa em Saúde e Bem-Estar



Sérgio Chicumbe, MD, MPH & TM, PhD
(Médico de Clínica Geral)

Sumário

Introdução: Fístulas Obstétricas (FO) consistem numa comunicação entre a vagina, a bexiga e/ou recto resultante da necrose dos tecidos por compressão da cabeça do feto numa circunstância de trabalho de parto arrastado. Acabar com a incidência de FO é fundamental para o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3,5,10 e 16. A eliminação da FO pressupõe melhoria fundamental da saúde materna e neonatal. Para o alcance destes objectivos, o Ministério da Saúde de Moçambique implementou uma Estratégia e Plano Nacional para o Rastreio e Tratamento das FO no período de 2012-2020.

Objectivo: A presente avaliação teve como objectivos (i) analisar o processo de implantação da estratégia de luta contra a FO; (ii) analisar os custos para reparação da FO e (iii) explorar a percepção e conhecimentos relacionados à FO pela comunidade e pelos provedores de saúde nas províncias de Maputo, Zambézia e Nampula, cerca de 8 anos após implantação da estratégia.

Metodologia: Trata-se de um estudo avaliativo, que se cingiu na avaliação do efeito e implantação da intervenção após 8 anos da implementação do programa, usando uma abordagem mista (qualitativa e quantitativa), para aferir o efeito da intervenção composta de actividades de prevenção e tratamento das FO, e melhoria de ajustamento social das mulheres que passaram pelo problema. Por último, estima-se os custos de plastia a FO na perspectiva do provedor. A estimativa de custos foi com base em colecta de dados retrospectivos de 2019. Foram usadas duas abordagens: de ingredientes e de alocamento (*Step-down*). Os custos foram classificados em (i) recorrentes e de (ii) capital. Os custos recorrentes incluíram todos os recursos necessários para tratar uma paciente com FO (pessoal, intervenção e “*overhead*”). Os custos com o “pessoal” (tempo gasto com os cuidados do paciente) e de “intervenção” (fármacos e consumíveis usados), foram obtidos por entrevista a peritos – especialistas dos cuidados de saúde específicos. Os *overhead* (gastos gerais) foram fornecidos pelo sector de contabilidade e finanças. Os custos de capital incluíram a amortização de todos os bens (cuja vida útil é maior que 1 ano) usados para o tratamento de FO. O *Step-down* foi usado para alocar os *overhead* de forma passo-a-passo para os centros de custos finais de interesse (bloco operatório e enfermaria de cirurgia).

Provedores de cuidados de saúde, mulheres sobreviventes de FO e líderes comunitários foram entrevistados para falarem sobre o panorama de factores, dinâmicas e efeitos associados a FO e acesso aos cuidados de reparação.

Resultados: Durante o período de vigência da Estratégia, foram realizadas acções no sentido de formar novos profissionais e capacitar ainda mais os já existentes, contudo, o número de profissionais para fazer face ao problema ainda parece ser insuficiente ou os serviços não estão a ser usados de forma integrada nas Unidades Sanitárias (US). A maior parte das cirurgias ocorre em campanhas, fazendo aumentar ainda mais a espera pelo tratamento. De todas as mulheres que procuraram os serviços e que tiveram o diagnóstico confirmado de FO apenas metade é que foi operada. Quando a cirurgia ocorre, o índice de sucesso, considerando-se as que são seguidas, é de cerca de 94%, o que consideramos ser um óptimo percentual tendo em consideração a gravidade do problema.

O custo unitário médio de reparação da fistula obstétrica simples (FOS) e da complexa (FOC) é de 14.959,00 MZN (USD 243) e 21.143,00 MZN (USD 344) por pessoa operada, respectivamente. O custo médio unitário total de reparação da FOS ou FOC (seja ela vesico ou recto vaginal) é de 16.459,00 MZN (USD 268). Os resultados mostram ainda que entre os 3 itens de custos recorrentes (pessoal, medicamentos e consumíveis), o item pessoal (isto é, o custo do tempo gasto pelo pessoal directamente envolvido – clínicos de cirurgia de fístulas, anestesistas, instrumentistas, enfermeiros, circulantes e maqueiros) é o item que mais consumiu nos hospitais de referência provincial (HG Quelimane, HC Nampula), enquanto que, os consumíveis (exemplo: equipamento de protecção individual, fios de sutura, lâminas, seringas, etc.) são o item de custo de maior expressividade nos hospitais distritais e rurais. O primeiro caso, é justificado pela presença de especialistas/profissionais qualificados naqueles hospitais e pelo tempo gasto visto que, maioritariamente, as fistulas reparadas nesses hospitais de referência provincial são as complexas, no entanto morosas.

Diante do exposto, percebe-se que ainda precisa de se avançar no sentido de integrar a oferta de tratamento à rotina das unidades, aliado a um sistema de informação sincronizado ao dia a dia das unidades, com a informação sendo disponibilizada em tempo real. Também é necessário manter o treinamento dos cirurgiões existentes, e recrutar mais para que se consiga fazer face à procura.

Com respeito ao conhecimento das FO e à necessidade de sua prevenção, é necessário que se perceba em que medida a mensagem está a ser passada com clareza para a sociedade moçambicana. Os líderes comunitários são aliados importantes nesta missão e precisam ser ouvidos com vista a não entrar em choque, com tradições locais. Os custos de reparação das FO não são apenas

financeiros e económicos, mas também emocionais, desgastantes não apenas para a mulher, como também para suas famílias e profissionais de saúde.

Palavras-chave: Saúde da mulher, Fístulas Obstétricas, Estratégia Nacional, Avaliação, Moçambique.

1. Introdução

A Assembleia Geral das Nações Unidas convocou, em Dezembro de 2018, os países a trabalharem para a erradicação da Fístula Obstétrica (FO) até o ano de 2030 (1). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) 50.000 a 100.000 mulheres por ano são acometidas por FO. A FO ocorre com maior frequência entre mulheres pobres e pertencentes a culturas onde o status de mulher e sua auto-estima depende quase completamente do casamento e de sua capacidade de procriar (2).

A FO consiste numa comunicação entre a vagina e a bexiga e/ou recto resultante da necrose dos tecidos por compressão da cabeça do feto, numa circunstância de trabalho de parto arrastado. A FO manifesta-se sobretudo por incontinência urinária e/ou fecal. É uma condição que pode ser prevenida por uma atenção obstétrica atempada e de qualidade. Na actualidade a FO é quase inexistente nos países de alta renda (3). A FO continua infelizmente a ser uma importante causa de morbilidade em mulheres de países de baixa renda.

Sabe-se que os países da África Subsaariana são os que têm a mais elevada prevalência de FO, ao lado dos países do Sudeste Asiático (4). Pouco se sabe a respeito de sua real prevalência em Moçambique. Um estudo realizado no Sul de Moçambique, cujo objectivo foi estimar a incidência de FO em mulheres residentes naquela região, indicou a ocorrência de 1.1 casos de fístula a cada 1.000 gravidezes recentes (95% CI 2.16–0.14) (5). A prevalência estimada de FO em países da África Subsaariana é de 1,57 por 1.000 mulheres. Em qualquer dos dois contextos há limitação dos dados pelo facto de o problema ocorrer maioritariamente em mulheres que vivem em zonas remotas, com menos acesso à assistência obstétrica por profissional habilitado (4).

As mulheres que vivem com FO são jovens, têm baixa escolaridade, são provenientes de um contexto social de pobreza, e devido ao seu problema sofrem discriminação e rejeição (4,6). Estudos feitos noutros países com características sociais, culturais e económicas semelhantes a Moçambique, demonstram que cerca de 70% das mulheres com FO tem idade abaixo dos trinta anos. Nalguns casos a elevada frequência de FO atinge meninas, nas faixas etárias em torno dos 14 a 15 anos de idade (7).

Muitas destas mulheres convivem durante anos com o problema decorrente da FO. Essa vivência, se deve em parte às dificuldades relacionadas ao status da mulher dentro da sociedade. As mulheres

são dependentes da decisão de terceiros para que possam buscar a assistência médica necessária. Além disso, as desfavoráveis condições socioeconómicas não permitem gastos financeiros necessários aos deslocamentos a uma unidade sanitária. A falta de informação adequada sobre a possibilidade de correcção de FO é outro factor a tomar em conta (8).

Do lado dos serviços de saúde, também ocorrem barreiras para mitigação da FO. Mulheres que conseguem aceder aos serviços, esbarram na fragilidade do sistema de saúde, que não favorece o diagnóstico e tratamento atempado de FO. Assim sendo, o problema das FO tem sua existência assente na iniquidade social que afecta as mulheres, sobretudo nos países de baixa renda (4).

A FO pode ser evitada postergando-se a idade da primeira gestação, interrompendo-se práticas tradicionais danosas e por melhorar acesso atempado a uma assistência obstétrica de qualidade. De acordo com este panorama, os esforços realizados para se atingir os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, 4 e 5, têm impacto na redução da prevalência das FO, como também os esforços relacionados aos ODS 1, 8 e 10 (8,9).

Consciente da magnitude e problemática que a FO constitui, foi criado em 2012 o Programa de Prevenção e Tratamento de FO em Moçambique, tendo como objectivo reduzir a incidência e prevalência das FO através de actividades de advocacia, prevenção, tratamento e reintegração social/reabilitação física e psicológica das mulheres que vivem com FO (7). A estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento de Fístula Obstétrica foi válida até o ano de 2020 e teve extensão até ao ano 2021, quando houve a necessidade de avaliação dos resultados com vista a fomentar a discussão a respeito de possíveis modificações para melhorar a eficácia do mesmo com evidências do terreno.

Segundo o documento do Programa de Prevenção e Tratamento de FO, a estimativa de incidência de FO para o período de 2012 a 2020, considerando-se a taxa de partos esperados de 4,5% e de novos casos de FO de 0,2% leva-nos a um total de casos novos de FO estimados em cerca de 21.500 casos. A tabela 1 mostra a projecção para o período de 2007 a 2020 (7).

Segundo este mesmo documento, para os anos de 2010 e 2011 e, portanto, antes da vigência da Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das FO a percentagem de mulheres tratadas, considerando-se apenas a incidência de novos casos, foi de 7,9% (159 cirurgias) e 20,9% (434 cirurgias), respectivamente (7).

Tabela 1: Estimativa de casos de FO para o período 2007 a 2020.

Ano	População	Partos esperados	Novos casos de FO
2007	20 632 434	928460	1857
2008	21 207 929	954357	1909
2009	21 802 866	981129	1962
2010	22 416 881	1008760	2018
2011	23 049 621	1037233	2074
2012	23 700 715	1066532	2133
2013	24 366 112	1096475	2193
2014	25 041 922	1126886	2254
2015	25 727 911	1157756	2316
2016	27 830 000	1252350	2505
2017	27 864 265	1253892	2508
2018	28 585 720	1286357	2573
2019	29 318 301	1319324	2639
2020	30 066 648	1352999	2706

Em 2021, levou-se a cabo a avaliação da Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento de Fístulas Obstétricas, considerando o período de 2012 a 2020. As perguntas avaliativas e objectivos da avaliação são descritas abaixo.

Panorama da atenção à saúde da mulher em Moçambique

Segundo projecção de dados do censo de 2017, Moçambique tinha em 2021, uma população de 30.832.244 habitantes, sendo a mediana de idade de 17,6 anos (10). A esperança de vida ao nascer é de 62,1 anos, sendo, 65 para as mulheres e 59,1 para os homens. A população é maioritariamente rural, com 61,7% a viver em zonas rurais. Em Moçambique, as mulheres representam cerca de 52% da população, sendo as Mulheres em Idade Fértil (MIF) 24% do total da população. A população jovem entre os 15 e 24 anos corresponde a 20% da população total do país e a população com idade inferior aos 17 anos corresponde a 53% da população global de Moçambique (5%) (11). A taxa de fertilidade é de 4,89 filhos por mulher (12,13).

A assistência à saúde da mulher tem recebido especial atenção por parte dos governos em Moçambique. O pacote de consultas pré-natal, atendimento ao parto e consultas pós-parto seguem em geral as recomendações mais recentes da Organização Mundial da Saúde, implantadas na vasta rede de cuidados de saúde primários e secundários. O número de partos institucionais passou de 63% em 2011 para 87,1% em 2020 e segundo anuário estatístico do INE, houve um total de 1.150.089 partos institucionalizados em 2020, o que corresponde a uma taxa de cobertura de 85%. As províncias de Nampula e Zambézia foram as que registaram mais partos em números absolutos

em 2020, sendo que Nampula (238.210) teve taxa de cobertura de 85,6% e Zambézia (215.632) com 86,1%(10).

Estão identificadas algumas províncias e zonas do país onde se verificam elevadas taxas de FO, tais como Niassa, Nampula, Tete, Zambézia, Manica, a zona sul da província de Sofala e Inhambane. Em 2011, os registos de tratamento de FO indicavam o seguinte volume de reparações efectuadas: 166 em Nampula; 61 na Zambézia; 155 em Sofala e 52 na cidade de Maputo, totalizando 434 FO reparada. No entanto, tomando em conta que o sistema de informação em relação a esta actividade ainda está incipiente, é provável que haja uma sub-notificação dos casos tratados (7). Dados mais recentes a respeito da Estratégia de Prevenção e Tratamento das FO não foram encontrados para livre acesso quando da redacção deste documento e serão actualizados após os trabalhos da presente avaliação.

Panorama do Custeamento das Fístulas Obstétricas

As fístulas obstétricas (FO) representam uma sobrecarga significativa nos sistemas de saúde nos países de baixa renda, incluindo Moçambique. Embora a preocupação em reparar as FO nesses países fosse generalizada, até o momento, pouco se documentou sobre os seus custos. Os encargos económicos da FO incluem: a perda da capacidade de trabalho das doentes e da força de trabalho futura da sociedade devido às elevadas taxas de nado-morto e à subsequente infertilidade (14). Por outro lado, as escassas fontes disponíveis revelaram que a reparação da fístula custa entre USD 380 (15) e USD 400 (14).

Em Moçambique, um estudo de coorte envolvendo 4.358 mulheres de idades compreendidas entre 12-49 anos, vivendo nas zonas rurais da região sul (Maputo e Gaza), que deram à luz ano antes do início do estudo (2016), revelou que 1 em cada 1.000 mulheres sofre de FO (5). No período em que esteve em vigor a estratégia nacional das FO (2012-2020), avultadas somas foram alocadas para campanhas de rectificação desta condição. Embora diversos orçamentos durante os 8 anos tivessem sido executados, não existe literatura/documentação sobre o custo unitário para reparar uma fístula em Moçambique. Assim sendo, esta avaliação inclui o objectivo de estimar o custo unitário médio para a cirurgia de rectificação das FO. Espera-se que os resultados sirvam para informar os tomadores de decisões sobre saúde pública, e contribuir para uma melhor alocação de recursos necessários para suportar as actividades de atenção clínica à FO.

Perguntas exploradas

1 - Como tem sido implementada a Estratégia de Prevenção e Tratamento das FO em Moçambique?

2 - Quais são os resultados obtidos desde o início da sua implementação (2012) à actualidade (2020)?

2. Justificativa

A FO é uma situação que causa estigma e incapacita as mulheres em idade muito jovem e é consequência de iniquidades em saúde, como a pobreza e o estatuto da mulher no seio da família e da comunidade (6). Os ODS 4 e 5 não serão alcançados se o país não conseguir resolver este problema que assola uma boa parcela de sua população. Por isso, em época de redesenho da próxima fase da Estratégia de Prevenção e Tratamento das FO, é necessário que se proceda à sua avaliação de modo a se compreender o real alcance das medidas tomadas e formas de facilitar sua implementação.

3. Objectivos

Os objectivos desta avaliação concernente à Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento de Fistulas Obstétricas são:

- ✓ Descrever o perfil de cuidados obstétricos em hospitais distritais seleccionados considerando o papel destes na prevenção e mitigação de situações clínicas precedentes a incidência de FO;
- ✓ Descrever a tendência de casos sujeitos à atendimento clínico-cirúrgico por FO em províncias seleccionadas para casos de estudo;
- ✓ Caracterizar as sobreviventes de fistulas obstétricas sócio demograficamente nas províncias seleccionadas para caso-estudo;
- ✓ Estimar o custo unitário médio de tratamento/correção cirúrgica da FO;
- ✓ Compreender as barreiras e facilitadores da implementação da estratégia nas perspectivas dos provedores, líderes comunitários e mulheres sobreviventes de FO.

4. Metodologia

4.1. Desenho de Estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, que se cingiu na avaliação situacional e implantação da intervenção de prevenção e tratamento de FO, após 8 anos da implementação do programa, usando uma abordagem múltipla (qualitativa, quantitativa e econômica).

Assim, a análise da intervenção no que diz respeito às acções necessárias para a redução da incidência e prevalência das FO, foi realizada através do recurso à abordagem quantitativa, através de análise dos registos nas unidades sanitárias, de dados secundários e sistemas de informação.

Com vista a compreender os desafios sob o ponto de vista dos provedores e das mulheres operadas à FO, recorreu-se a abordagem qualitativa que consistiu em dois momentos: (i) revisão de documentos do programa e a (ii) entrevistas com informantes-chave e autoridades da saúde e de outras áreas da governação multidisciplinar que participam activamente em prol da causa de FO (tais líderes comunitários, mulheres que passaram pela cirurgia de reparação de FO, cirurgiões e técnicos de cirurgia).

Para aferir os custos médios per capita para tratar uma mulher com FO, uma estimativa de custo foi levada a cabo na perspectiva do provedor, com colecta de dados retrospectivos. Os custos foram classificados em (i) *custos recorrentes* que incluíram, os custos com pessoal, nomeadamente tempo gasto pelos provedores directamente envolvidos nos cuidados do paciente, os custos de intervenção (fármacos e consumíveis usados) e os “overhead” (energia, água, etc.); e (ii) *custos de capital* que incluíram edifícios, equipamento médico e não-médico e mobiliário. O resultado final é apresentado como custo unitário médio que foi composto pelos custos directos (recursos e intervenção) e custos directos não-médicos (overheads e custos de capital).

Os detalhes da metodologia, resultados e conclusões, são apresentados em 3 capítulos, nomeadamente: (1) Quantitativo; (2) Qualitativo; (3) Custeamento.

4.2. Breve descrição dos locais de recolha de dados

Os locais para a recolha de dados foram seleccionados por propósito de abranger áreas de maior actividades relacionadas com o programa. As províncias seleccionadas tiveram em conta a necessidade de se ter representatividade regional, diversidade em relação às características de

contexto, crenças e cultura e também para se ter uma amostra diversificada em relação ao nível de atenção. Foram seleccionadas as províncias de Maputo, Zambézia e Nampula para: (i) o levantamento de dados dos livros de registo em US de referência na reparação das FO; (ii) entrevistas em profundidade com os provedores, líderes comunitários e mulheres sobreviventes; e para (iii) o levantamento de informação para a análise econômica.

Cidade de Maputo

Maputo é a capital e a maior cidade de Moçambique. É também o principal centro financeiro, corporativo e mercantil do país. Localiza-se na margem ocidental da baía de Maputo, no extremo sul do país, perto da fronteira com a África do Sul e da fronteira com o Essuatíni e, por conseguinte, da tripla fronteira com os três países.

A cidade constitui administrativamente um município com um governo eleito e possui desde 1.980, o estatuto de província. O município tem uma área de cerca de 300 km² e uma população de 1 088 449 (11). A área de grande Maputo – metropolitana, que inclui o município da Matola e os distritos de Boane e Marracuene, tem uma população de 3 158 465 habitantes. As US de melhor referência para tratamento da FO na zona Sul de Moçambique, estariam localizadas na cidade de Maputo. Programaticamente, a concentração de mulheres sobreviventes de FO na zona Sul seria primariamente feita numa US desta cidade.

Província de Zambézia

A província de Zambézia é uma província situada na região centro de Moçambique. A sua capital é a cidade de Quelimane, localizada a cerca de 1.600 quilómetros a norte de Maputo, a capital do país. Com uma área de 105.008 km² e uma população de 5 110 787 habitantes em 2017, é uma das províncias mais populosas de Moçambique, está dividida em 22 distritos, e possui, desde 2013, seis municípios: Alto Molocué, Gurué, Maganja da Costa, Milange, Mocuba e Quelimane (11).

Província de Nampula

A província de Nampula é situa-se a norte de Moçambique. A província de Nampula é conhecida como a *Capital do Norte*. A Cidade de Nampula é a capital da província do mesmo nome, localizada a cerca de 2.150 km a norte da cidade de Maputo, a capital do país. Com uma área de 81.606 km² e uma população de 6 102 867 habitantes em 2017, é a província mais populosa. Ela

está dividida em 23 distritos e possui, desde 2013, sete (7) municípios, nomeadamente: Angoche, Ilha de Moçambique, Malema, Monapo, Nacala Porto, Nampula e Ribaué.

4.3. Base de Dados

Todos os dados extraídos dos registos, sistemas de informação e recolhidos como dados primários foram introduzidos eletronicamente. Primeiramente, cada ficheiro foi salvo e protegido com um código do domínio do investigador principal e do coordenador do estudo. Cada um dos investigadores envolvidos no processo de análise de dados, posteriormente receberam os ficheiros enviados segundo o regulamento de tratamento de dados confidenciais do Instituto Nacional de Saúde (INS). Os dados colhidos foram introduzidos no software da Microsoft Office Word e Microsoft Excel, versão 2019. Para a garantia da confidencialidade apenas os investigadores envolvidos na análise de dados da avaliação tiveram acesso a base de dados, a qual foi protegida por senha de acesso.

4.4. Controle e Monitoria de Qualidade

A recolha de dados foi realizada em horas previamente acordadas entre os entrevistadores e os informantes. No final de cada dia de recolha de dados, reuniões virtuais entre os pesquisadores foram realizadas, para preenchimento/resolução de lacunas/barreiras, foram feitas também diariamente, algumas pré-análises com vista a controlar e manter a qualidade dos dados. Para os dados quantitativos, foram também usadas as técnicas de dupla introdução e verificação, como um dos métodos recomendados de controle de qualidade.

5. Arquivo

Os documentos relacionados com a avaliação estão arquivados em locais de acesso restrito, ao qual somente o pessoal competente e delegado para trabalhar no estudo terá acesso aos mesmos. Todos os documentos serão arquivados por um período de 5 anos.

6. Limitações do Estudo e Estratégias de Mitigação

O estudo teve como limitação o facto de não poder ser realizado em todo o território de Moçambique, dado ao constrangimento de limitação financeira. Além disto, a pandemia da COVID-19 restringiu as deslocções – sendo causa de menor contacto interpessoal (medida

imposta pelo governo como forma de limitar a disseminação da doença). Outro constrangimento que se coloca a avaliação é o facto de no momento da recolha de dados, ter havido regiões de Moçambique que não ofereciam segurança para a equipa, não sendo aconselhável o envio de profissionais.

Adicionalmente, o acesso a arquivos administrativos, a falta de instrumentos padronizados (que colham todas variáveis importantes sobre as FO) e a falta de acesso aos dados digitalizados do programa de FO foram uma limitação à avaliação.

Para análise de custos, pelo facto de serem usados dados retrospectivos, estes podem sofrer alguma incerteza. No entanto, como norma de análise de custos, a análise de sensibilidade foi feita para proporcionar diferentes cenários dos custos encontrados. Outra importante limitação no custeamento foi relacionada a não disponibilidade imediata de informações financeira anuais dos hospitais da província de Nampula. Estes estavam disponíveis ao nível dos serviços distritais e não das US. Contudo, os distritos não foram capazes de organizá-los a tempo. Uma vez que o tempo de permanência na província para a recolha de dados e de análise dos mesmos para a entrega do relatório era curto, não foi possível segui-los para inclusão.

7. Considerações Éticas

Os documentos regulatórios para a recolha de dados foram obtidos a partir do Comitê Institucional de Bioética para a Saúde do Instituto Nacional de Saúde (CIBS-INS) sob o número de referência Ref.: 27/CIBS-INS/2021 e do gabinete do Ministro da Saúde sob a Nota nº 238/GMS/920/2021. Todos os participantes entrevistados foram devidamente informados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A avaliação foi financiada com fundos da FNUAP.

CAPÍTULO 1

I. Utentes, Atendimento obstétrico rural de referência e Fístula Obstétrica

1. Metodologia do estudo quantitativo

Realizou-se um estudo quantitativo retrospectivo, de corte transversal, sendo realizada uma análise de tendência de atendimentos por FO entre 2012 e 2020, período este de vigência da Estratégia de Prevenção e Tratamento das FO. Dados do sistema de informação de FO foram acedidos para caracterização das sobreviventes de FO registadas. Dados recentes relacionados as caracterizações de atendimento obstétrico de referência da Zambézia foram acedidos e analisados.

1.1 Locais do estudo

Na componente de caracterização da tendência temporal de atendimentos a FO, o estudo foi realizado nas províncias de Nampula, Zambézia e Maputo. Os locais foram escolhidos por conveniência, representam o Norte, Centro e Sul do país e têm Hospitais Centrais que são modelos de referência para o tratamento de FO. Além disso, as províncias de Nampula e Zambézia são as mais populosas do país e estão entre as que têm maior número de casos de FO (9). Segundo o documento da Estratégia, o tratamento de FO é realizado onde haja capacidade cirúrgica e pessoal treinado, ficando as FO de maior gravidade a cargo dos Hospitais Centrais, sendo que estes também realizam as cirurgias de menor complexidade. Em cada local escolhido para o estudo, os hospitais quaternários foram todos avaliados, sendo que nos outros níveis de atenção foram escolhidos pelo menos um hospital urbano e um rural.

Assim, os hospitais incluídos no estudo são: Hospital Central de Nampula (HC Nampula), Hospital Rural de Angoche (HR Angoche), Hospital Distrital de Namapa (HD Namapa), Hospital Distrital de Monapo (HD Monapo), Hospital Distrital de Mocuba (HD Mocuba), Hospital Geral de Quelimane (HG Quelimane), Hospital Distrital de Milange (HD Milange), Hospital Rural de Morrumbala (HR Morrumbala), Hospital Central de Maputo (HC Maputo) e Hospital Militar de Maputo (HM Maputo). A tabela 2 mostra os hospitais existentes por localidade.

Tabela 2: Hospitais existentes, por localidade estudada.

Província	Unidade sanitária	Nível de atenção	Localização
Nampula n=3	HC Nampula	Quaternário	Urbano
	HD Nacala Porto	Secundário	Urbano
	HR Monapo	Secundário	Urbano
	HR Namapa	Secundário	Urbano
	HR Angoche	Secundário	Urbano
	HR Ribaué	Secundário	Rural
	HG Marere	Secundário	Urbano
Zambézia n=4	HG Quelimane	Secundário	Urbano
	HC Quelimane	Quaternário	Urbano
	HR Gurue	Secundário	Urbano
	HR Mocuba	Secundário	Urbano
	HR Alto Molocue	Secundário	Urbano
	HR Milange	Secundário	Rural
	CS Morrumbala	Primário	Rural
Maputo Cidade n=2	HC Maputo	Quaternário	Urbano
	HMilitar Maputo	Secundário	Urbano

Os dados secundários extraídos do sistema de informação sobre FO, são relativos às províncias de Zambézia e Nampula. Os dados secundários relativos a atendimento obstétrico de referência são apenas os colhidos em hospitais rurais e distritais da província de Zambézia, sendo que os dados de atendimento obstétrico de hospitais de Nampula não estão disponíveis. Doutro lado, os dados de custo usados para a análise do custo de reparação da FO, foram colhidos nas US das províncias de Zambézia e Nampula.

1.2 Recolha de dados quantitativos

A componente quantitativa relativa a tendência de atendimentos a FO, baseou-se na colecta de dados retrospectivos de variáveis de interesse. A recolha dos dados ocorreu no período de 13 de Julho a 04 de Agosto de 2021. Foram usados livros de registo das US e processos clínicos das mulheres operadas, como fonte de informação para extrair dados referentes às mulheres operadas com FO para o período de Janeiro de 2012 a Dezembro de 2020, a fim de responderem às variáveis descritas na tabela 3. Um formulário permitiu estruturar a extracção de dados dos livros e processos clínicos, e depois os mesmos formulários foram digitalizados. Os dados foram colectados por enfermeiras de Saúde Materno Infantil com experiência de serviço nas maternidades das US com serviços de cirurgia, tendo sido padronizadas sobre o processo de recolha de dados. Após a introdução dos dados nos “*tablets*”, estes eram enviados diariamente para um servidor central do INS, o que facilitava a monitoria e controle dos dados.

Os dados do sistema de informação sobre FO são digitalizados nas US que operam FO, de forma prospectiva, pelo pessoal clínico e de estatística sanitária das mesmas unidades sanitárias.

Os dados obtidos do Instituto Nacional de Saúde relativos a atendimento obstétrico de referência em hospitais rurais e distritais da província da Zambézia, foram colectados por enfermeiras de Saúde Materno Infantil, treinadas em auditoria retrospectiva de uma amostra aleatória de processos clínicos. Os dados extraídos de forma estruturada foram digitalizados com recurso a Tablets. Também foram extraídos dados de documentos do Ministério da Saúde de Moçambique para variáveis relacionadas aos partos e o local de sua realização.

1.3 Abordagem quantitativa e suas variáveis

As perguntas avaliativas foram determinadas tendo em conta o modelo lógico para avaliação, sendo que o processo que levou à escolha das mesmas, bem como as perguntas escolhidas pode ser verificado no Anexo 1. Os dados quantitativos foram primariamente extraídos dos documentos administrativos, os livros de registo das US estudadas, dos processos clínicos das mulheres, bases de dados do Ministério da Saúde e sistema de informação sobre FO. As variáveis estudadas dizem respeito a oferta de tratamento à FO, como também à prevenção das mesmas, que está assente em uma assistência obstétrica acessível às mulheres e com a qualidade necessária. As variáveis estão descritas na tabela 3. Sempre que possível, na caracterização individual, considerou-se variáveis sócio demográficas das mulheres, incluindo por exemplo idade, estado marital, carga obstétrica e situações de risco similares, a utilização de serviços de saúde.

Tabela 3: Variáveis do estudo

Varável	Tipo
Número de cirurgiões treinados	Quantitativa discreta
Número de técnicos de cirurgia treinados	Quantitativa discreta
US que oferecem o serviço de reparação de FO	Qualitativa nominal
US que induzem reintegração social ao tratamento	Qualitativa nominal
Partograma utilizado adequadamente	Qualitativa nominal binária
Uteente recebe método contraceptivo após a cirurgia de reparação de FO	Qualitativa nominal binária
Número de mulheres que procuram os serviços de reparação de FO/ mês	Quantitativa discreta
Número de cirurgias realizadas/ mês/ US	Quantitativa discreta
Número de cirurgias de sucesso	Quantitativa discreta
Número de partos institucionalizados	Quantitativa discreta
Número de trabalhos de parto obstruídos	Quantitativa discreta
Número de partos com rotura uterina e/ou histerectomia obstétrica	Quantitativa discreta
Custo unitário no tratamento das FO	Quantitativa
Valor disponibilizado para o tratamento de FO/ mês	Quantitativa

1.4 Análise

Finalizada a recolha dos dados quantitativos, foi feita a limpeza e análise dos dados, usando-se o Microsoft Excel e *Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS V.25 (IBM® SPSS®). Na fase da pré-análise, foi feita a verificação da coerência e consistência dos dados e as variáveis encontradas com problemas eram imediatamente solucionadas a partir da fonte de recolha dos dados e da base de dados bruta. Foram calculados frequências e cruzamento de variáveis, para se responder aos objectivos previamente traçados.

2. Resultados

2.1 Caracterização de perfil de parturientes nos hospitais de primeira referência da Zambézia.

A avaliação recorre a dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Saúde e pela representação em Moçambique da Organização Mundial da Saúde, sobre o perfil de parturientes nos hospitais de primeira referência rurais e distritais na província da Zambézia. Os dados em referência foram recolhidos no ano 2021, contudo, a província de Nampula não foi abrangida por tal recolha de dados. A recolha dos dados baseou-se na auditoria retrospectiva e baseada em critérios aos processos clínicos quase-aleatoriamente seleccionados nos hospitais de interesse. A amostragem quase aleatória consistiu em incluir processos clínicos de todos os meses, de vários anos retrospectivos, em cada hospital, seguido de selecção aleatória simples da primeira ou segunda quinzena de cada mês, e de seguida, amostragem aleatória de metade de processos clínicos de partos registados na quinzena seleccionada. Com esta abordagem, cerca de $\frac{1}{4}$ de processos clínicos de cada mês foram aleatoriamente seleccionados para auditoria clínica. Estes dados e outros constam de um relatório específico produzido pelas retro mencionadas entidades.

Nesta avaliação entende-se que caracterizar o perfil de parturientes nos hospitais rurais e distritais da Zambézia permitirá aferir e descrever os riscos de ocorrência de fístulas obstétricas, porquanto tais hospitais são de primeira referência para uma vasta rede de centros de saúde em distritos circunvizinhos, e respectivas comunidades, em relação distrito de localização de um dado hospital.

Os hospitais distritais e rurais são os que detém capacidade cirúrgica para prover cuidados obstétricos de emergência completos, servindo uma rede de centros de saúde. Por causa desta função, os hospitais rurais e distritais acrescem capacidade aos centros de saúde mais comunitários,

e são os da linha da frente para mitigação de riscos de fístula obstétrica decorrente de trabalho de parto arrastado ou obstruído, desde que uma determinada parturiente deu entrada oportuna na rede dos serviços de saúde formais.

Foram auditados 2.561 processos clínicos de parturientes dos Hospitais Distrital de Alto Molocué (n=505, 19.7%), Gurué (n= 653, 25.6%), Milange (n= 682, 26.6%) e Mocuba (n= 719, 28.1%). Dos 2.244 processos clínicos com informação sobre gestações prévias, a proporção de processos clínicos de parturientes primigestas é 29.5% (149), 26.4% (173), 28.7% (196) e 33.1% (238) respectivamente nos Hospitais Distritais (HD) de Alto Molocue, Gurué, Milange e Mocuba.

Casos obstétricos com altura uterina superior pode ser tido como indicador sindrômico para um dos importantes factores de Alto Risco Obstétrico (na ausência de melhor e mais preciso indicador). Dentre outras condições obstétricas relativamente mais raras, a altura uterina superior pode mais frequentemente indicar a situação de gravidez múltipla ou então macrossomia fetal. Nesta avaliação prestou-se atenção a este indicador de aproximação à macrossomia fetal. A macrossomia fetal propicia ocorrência de trabalho de parto obstruído. Por vias de prolongado trabalho de parto, a ocorrência de fístula obstétrica resultaria de manejo inadequado do referido arrastamento/obstrução de trabalho de parto. Dos processos clínicos auditados, a altura uterina superior a 36cm na altura de parto foi verificada em 124 [24.6%], 149 [22.7%], 204 [29.9%], e 180 [25%] dos casos atendidos no periparto respectivamente nos HD de Alto Molocué, Gurué, Milange e Mocuba.

Além do retro-descrito indicador de aproximação, que abarca, mas não é exclusivo, da situação de macrossomia, a avaliação considerou o diagnóstico sindrômico de parto distócico. Verificou-se nos HD da província da Zambézia, respectivamente Alto Molocué, Gurué, Milange e Mocuba, as seguintes frequências absolutas e proporções de partos distócicos: 230 [45.5 %], 318 [48.5%], 316 [46.3%], e 348 [48.4%]. Entretanto, as frequências de casos obstétricos admitidos já com diagnóstico de parto arrastado são relativamente baixas: Alto Molocué 9 [1.8%], Gurué 17 [2.6%], Milange 4 [0.6%], e Mocuba 5 [0.7%]. A desproporção céfalo-pélvica foi diagnóstico de alta, nos mesmos hospitais, nas seguintes frequências: Alto Molocué 24 [4.8%], Gurué 34 [5.2%], Milange 89 [13%], e Mocuba 87 [12.1%]. As proporções de mulheres que foram admitidas para aqueles

hospitais na situação de terem tido uma cesariana anterior é: Alto Molocué 12 [2.4%], Gurué 32 [4.9%], Milange 30 [4.4%], e Mocuba 45 [6.3%].

2.2 Caracterização das mulheres ligadas aos serviços de saúde por causa de Fístula Obstétrica nas províncias de Zambézia e Nampula

É sabido que as mulheres que vivem com FO podem enfrentar dificuldades em aceder aos serviços de saúde. Como operacionalização da estratégia de luta contra a FO, o pilar relacionado com o tratamento de casos, desenhou estratégias de divulgação da condição, mobilização das afectadas para acederem aos serviços de saúde, identificação e registo das afectadas, incorporação em programa de cirurgia, seguimento pós-operatório em consultas múltiplas e reintegração socioeconómica. A operacionalização das actividades foi associada com a implementação de um sistema de monitoria e avaliação, incluindo sistemas electrónicos de registos de dados.

A avaliação da estratégia recorreu ao sistema electrónico de informação e registo das sobreviventes de fístulas, para analisar o perfil das mulheres afectadas. Importa realçar que o alcance do sistema de informação retro citada é limitado na sua abrangência geográfica e temporal. Coincidente com a estratégia desta avaliação, o sistema de informação teve maior implementação nas províncias de Zambézia e Nampula, mesmo que ainda com cariz experimental, carecendo de expansão pelas restantes províncias e de garantias de completude e qualidade. Mesmo assim, o conteúdo dos dados digitalizados são considerados úteis para a presente análise de perfil das sobreviventes com fístula.

O sistema foi desenhado para informar apenas algumas limitadas necessidades de informação programáticas, não necessariamente para efeitos de avaliação externa, pelo que o perfil das sobreviventes é contingente às poucas variáveis existentes no sistema de informação. As variáveis do sistema de informação electrónico incluem: a mulher ter ou não alguma vez convivido maritalmente; estado actual de coabitação; província em que deu a luz na gravidez relacionada a incidência da fístula; se o parto incidente teve transferência entre unidades sanitárias; o tipo de parto; ter ou não tido ruptura uterina e sido sujeita a histerectomia; o grau de perda de urina para casos de fístula vesicovaginal; tipo de fístula (simples ou complexa); resultado da plastia à fístula (sucesso ou não); categoria do profissional de saúde que realizou a plastia à fístula e carácter de actividade social. A análise foi restrita aos dados das províncias de Zambézia e Nampula (n=326 mulheres).

De acordo com os dados disponíveis, a média de idade de mulheres sobreviventes de fístula obstétrica, na altura em que foram registadas para plastia à fístula, foi 31.6 anos (DP 12.5 anos) em Nampula, sendo 30.2 anos a média na Zambézia (DP 11.3 anos). Quer em Nampula como na Zambézia, a moda de partos tidos pelas sobreviventes de FO foi de 1, sendo a média de 4 partos (DP 3 partos, mínimo 0 e máximo 13). Cerca de 64% das mulheres sobreviventes de fístula obstétricas teriam tido convivência marital prévia ou actual. Entretanto, apenas duas (0.6%) das 326 mulheres registadas mantinham-se em coabitação marital actual. Cerca de 15% (48) mulheres tiveram registo de estarem engajadas em actividades com renda.

Para metade das mulheres (50.4%, 129), o parto incidente à fístula teve transferência entre unidades sanitárias. Entre os casos de Nampula, a proporção de partos assistidos por profissional de saúde foi 89.9% (133) e na Zambézia foi 94.2% (130). Em pouco mais de metade dos casos (52,5%, 171) registou-se parto distócico. A ruptura uterina é reconhecida e registada em 11% (36), porém, há que notar o desconhecimento da ocorrência ou não de ruptura uterina em cerca de 17% (54) das mulheres. A histerectomia teria sido feita em 84% das mulheres com ruptura uterina.

A “grande” perda de urina, prévia à cirurgia, foi a classificação atribuída à maior parte dos casos registados (85%, 278). A fístula simples foi predominante entre os casos analisados (75%, 206), mas cerca de ¼ (25%) de casos eram fístulas complexas. O sucesso correctivo de fístula foi registado em 94% dos casos (257), sendo que médicos especialistas operaram 64% desses casos e os restantes foram cirurgias efectuadas por outros técnicos de saúde. Não foi possível se distinguir entre primeira intervenção cirúrgica ou cirurgia subsequente. Também não foi possível identificar o desfecho dos casos, a saber se FO reparada com sucesso ou não. O registo do carácter de actividade para reintegração social das sobreviventes inclui, na maioria, as actividades classificáveis como sócio-religiosas (81%,168), seguido de actividades comerciais (15%, 31).

2.3 Análise de tendência dos serviços de saúde por FO

As análises dos livros de registo das unidades de saúde seleccionadas para a presente avaliação, realizada para os anos de 2012 a 2020, mostraram que as acções de divulgação da Estratégia de Prevenção e Tratamento de FO foram, durante este período, por meio de intervenções em meios de comunicação de massa como cadeias de televisão e rádio, além de acções junto às comunidades como palestras, campanhas porta a porta. Apenas o Hospital Central de Maputo restringiu as

acções de divulgação aos utentes que procuravam os seus serviços. Este facto se deverá a situação de Maputo concentrar cirurgia a FO de mulheres provenientes de outras divisões administrativas remotas, sendo lógico que acções de divulgação fossem priorizadas naquelas zonas de origem de casos de FO.

Ao avaliarmos os documentos existentes, inclusive um estudo realizado pelo UNFPA em 2018, com respeito à Estratégia de Prevenção e Tratamento das FO em Moçambique, percebe-se que ainda não se conseguiu sistematizar os procedimentos necessários desde o diagnóstico até o tratamento e o processo de reintegração social da mulher com FO, de forma que todo este percurso faça parte da rotina das US (9).

Para a componente de identificação e seguimento de casos, de 1.186 casos de FO registadas nas US de CSP, apenas 4% foram transferidos para US de referência. Constatou-se também que os procedimentos para a identificação e cirurgia de FO eram deficitários e não padronizados, e que a maior parte das cirurgias de FO são feitas em campanhas, e que as cirurgias de FO não estão incorporadas na rotina (1). Verificou-se também a existência de ruptura de reservas de materiais básicos para o manejo correcto de casos de FO nas US que realizam as cirurgias.

No que toca à reintegração social para as sobreviventes de FO, verificou-se que apenas 8,2 % das US têm integração com o Ministério do Género, Criança e Acção Social para este serviço (8). As actividades de reintegração social dos casos não estão sistematizadas e poucos casos se beneficiam desta intervenção. O número de mulheres que vivem com FO registadas nos serviços de saúde está a aumentar significativamente pois diariamente surgem novos casos, e os casos já existentes ainda não foram todos devidamente tratados.

As US que oferecem os serviços de reparação das FO, segundo o documento da Estratégia de Prevenção e Tratamento de FO (7), “todas as US que tenham componente cirúrgica no seu programa de trabalho devem criar as condições de reparação de FO nos seus programas operatórios”. Contudo, actualmente nota-se que nem todas as US estão a fazer cirurgias de reparação de FO, por falta de técnicos de saúde especializados para executar as cirurgias de FO. Porém as que estão a executar o processo, procuram implementar a abordagem holística de tratamento das mulheres que têm FO. O tratamento holístico segue um modelo que consiste em proceder a cirurgia, fazer o acompanhamento pós-cirurgia e prestar apoio psicossocial.

De acordo com documentos do Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), temos na tabela 4 os hospitais que operam FO em Moçambique, por província.

Tabela 4: Número de Hospitais que operam FO em Moçambique

PROVÍNCIA	HOSPITAL	TOTAL
NIASSA	Hospital Provincial	1
C.DELGADO	Hospital Provincial	1
NAMPULA	Hospital Central, Hospital Rural de: Monapo, Namapa, Angoche e Ribáue	5
ZAMBEZIA	Hospital Central, Hospital Geral, Hospital Distrital de Mocuba, Milange e Gurúe	5
TETE	Hospital Provincial, Hospital Rural de Ulóngue e Hospital distrital de Zóbue	3
MANICA	Hospital Provincial, Hospital Rural de Catandica e Hospital Distrital de Espungabera	3
SOFALA	Hospital Central, Hospital Rural de Muchungué e Caia	3
INHAMBANE	Hospital Rural de Vilanculos, Massinga, Chicuque e Zavala	4
GAZA	Hospital Provincial	1
MAPUTO	Hospital Central e Hospital Militar	2
TOTAL		28

Fonte: DNAM-MISAU

De acordo com o SARA (19), os Cuidados Obstétricos de Emergência Compreensivos (COEC), ou COEmC, são idealmente oferecidos nos hospitais de nível distrital ou superiores a esse e consistem na disponibilidade de todos os cuidados obstétricos de emergência básicos, conjugados com a disponibilidade e provisão de cesariana e transfusão sanguínea. Contudo, como se pode ver na tabela 4, apenas 28 hospitais oferecem o serviço de tratamento de FO.

Alguns indicadores têm como fonte os relatórios anuais do UNFPA, do projecto, contudo não é possível cruzar as informações de monitoria contidas nesses relatórios com os relatórios a nível do SNS (MISAU, DSP, SDSMAS) uma vez que estes últimos não estão disponíveis, existindo apenas dados “soltos” e individualizados sobre os tratamentos realizados.

Em relação aos Recursos Humanos, dados do MISAU para os anos 2019 a 2020 mostram que houve aumento do número de cirurgiões e técnicos de cirurgia que realizam a reparação das FO (DNAM-MISAU). Houve um aumento em termos de qualidade e quantidade de Recursos Humanos para tratamento da FO, todavia, o número parece estar aquém das necessidades existentes. Isso significa, que parece ainda haver muito poucos profissionais de saúde, para muitos casos de FO, no entanto, este é um aspecto que necessita de maior atenção, pois o investimento no treinamento dos profissionais tem sido feito durante o período de vigência da estratégia. A título de exemplo, a FNUAP tem dado desde o início da implementação da estratégia, apoio para a

realização de formação em serviços e em campanhas tanto sob o ponto de vista de prevenção e rastreio (ESMI), bem como no tratamento e técnicas de cirurgia (técnicos de cirurgia e cirurgiões).

Tabela 5: Número de profissionais de saúde formados no tratamento da FO no País – 2019 a 2020

Características	Profissionais de Saúde				
	Médico	Lic. Cirurgia	Instrumentistas	Anestesistas	Profissionais de saúde que operam FO
Província					
Niassa	3	2	4	4	1
Cabo Delgado	0	4	4	4	2
Nampula	2	7	6	6	5
Zambézia	4	5	8	8	6
Sofala	8	3	6	6	4
Manica	0	3	4	4	3
Tete	0	4	4	4	2
Inhambane	0	4	4	4	2
Gaza	1	2	4	4	1
Maputo	6	S/A	S/A	S/A	6
TOTAL	24	33	44	44	32

Fonte: DNAM-MISAU

A continuidade dos trabalhos relacionados ao tratamento das FO existentes, depende de permanente treinamento dos profissionais para que se mantenha e até mesmo aumente o número de profissionais capacitados no reparo das FO. Ao avaliarmos os livros de registo das US, vemos que na província da Zambézia dois hospitais nomeadamente, o HD Mocuba e o HG Quelimane tiveram plano de treinamento dos profissionais que tratam as FO durante todo o período da Estratégia. Na província de Nampula, apenas o HC Nampula teve plano de treinamento dos profissionais a partir do ano 2013 e o HD Monapo a partir do ano 2016. Não conseguimos dados relacionados ao treinamento para os hospitais avaliados em Maputo. Entretanto, dados do MISAU indicam que em Maputo há 06 profissionais que operam FO, vide tabela 5.

Os hospitais que mantiveram em seus quadros profissionais treinados no tratamento das FO durante todo o período de 2012 a 2020 foram o HC Nampula, o HG Quelimane e o HC Maputo. O HR de Morrumbala não teve profissionais treinados para este fim em seus quadros. Não tivemos acesso a informações que nos permitissem quantificar o número de profissionais médicos ou técnicos capacitados para a realização de cirurgias de reparação de FO. Também não tivemos acesso ao número de horas de trabalho dedicados, por estes profissionais, para o trabalho específico das FO.

Apenas o HG Quelimane teve constantes reuniões para tratar do assunto relacionado a FO. As informações relativas às outras US estudadas não nos foram disponibilizadas para a maioria dos

anos estudados. As reuniões são importantes como forma de promover intercâmbio de conhecimentos entre os membros da equipa e até mesmo para estimular a autoavaliação, propiciando melhor qualidade na assistência. No período de 2012 a 2020, 3.348 mulheres procuraram os serviços por FO, sendo que a procura de rotina foi de 2.430 mulheres (72,6%) e em campanhas foi de 918 mulheres (27,4%). Tanto na rotina como em campanha, o maior pico de procura verificou-se em 2018, o que pode ser verificado nas figuras 1 e 2.

Figura 1: Percentagem de mulheres que procuraram por rotina os serviços de reparação das fístulas por província

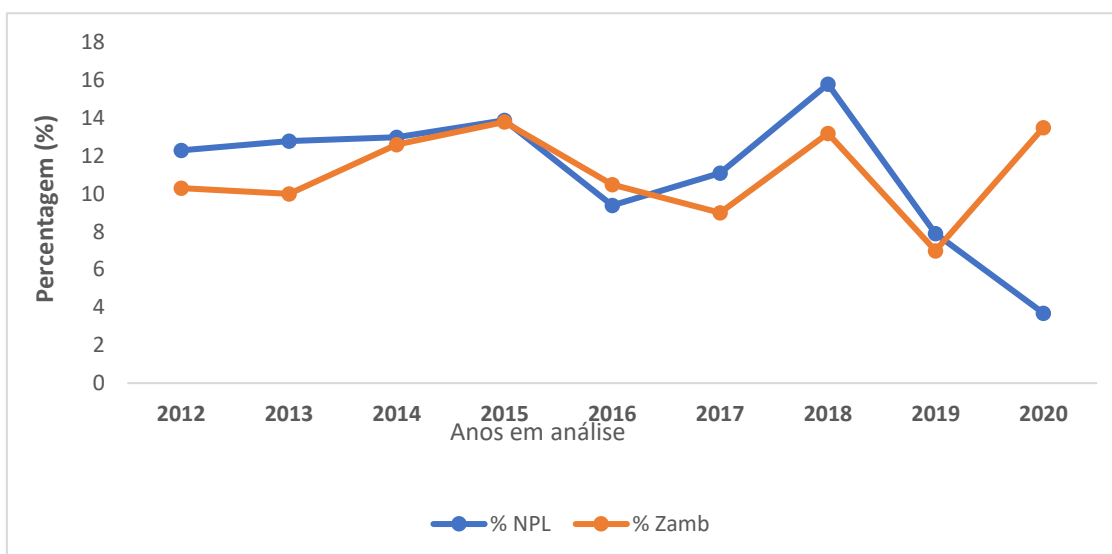
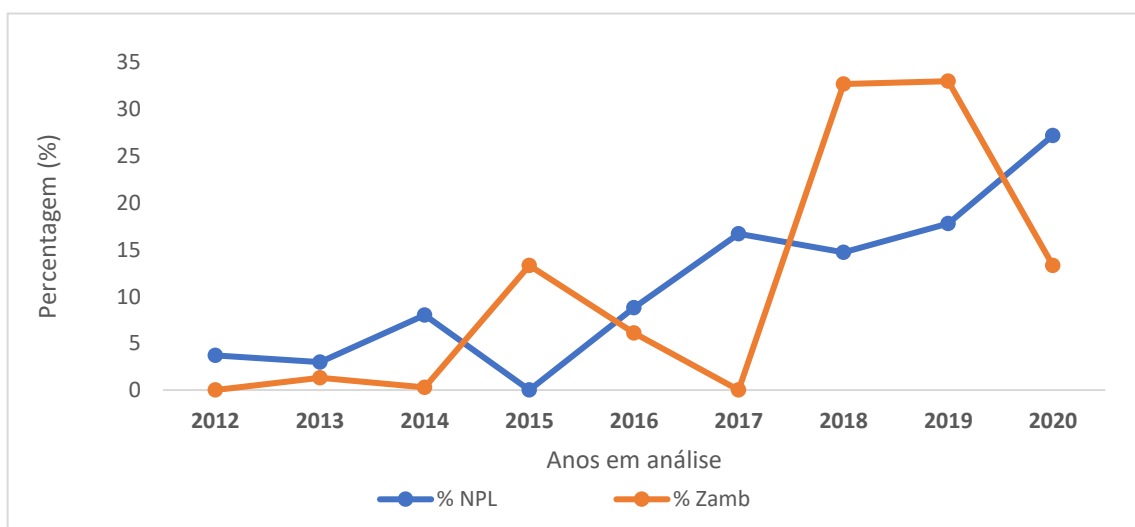
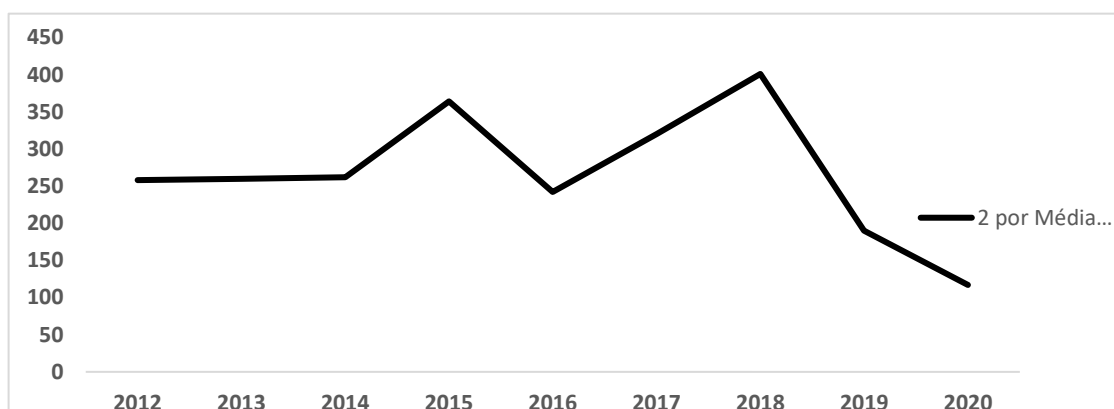


Figura 2: Percentagem de mulheres que procuraram os serviços de reparação de fístulas por campanha por província



De forma agregada verifica-se que, para o ano 2012 nas províncias analisadas, 258 mulheres procuraram pelos serviços de saúde por causa das FO, 260 em 2013, 262 em 2014, 364 em 2015, 242 em 2016, 320 em 2017, 401 em 2018, 190 em 2019 e 117 em 2020, notando-se uma redução da procura nos anos 2019 e 2020. vide a figura 3 abaixo.

Figura 3: Tendência de casos de mulheres que procuraram serviços de saúde por causa de FO, 2012-2020



Quando avaliado o número de cirurgias realizadas, verificou-se que foram realizadas 798 (23.8%) cirurgias de rotina, do total de mulheres que procuraram os serviços e 888 (26,5%) cirurgias em campanhas, do total de mulheres que procuraram os serviços. Assim, apenas 50,4% das mulheres diagnosticadas foram operadas. Por províncias, verificou-se que a província da Zambézia realizou mais cirurgias por rotina enquanto Nampula realizou mais por campanhas, visto nas figuras 4 e 5. De modo geral, as cirurgias em campanha excederam as realizadas rotineiramente.

Figura 4: Cirurgias realizadas por rotina por província

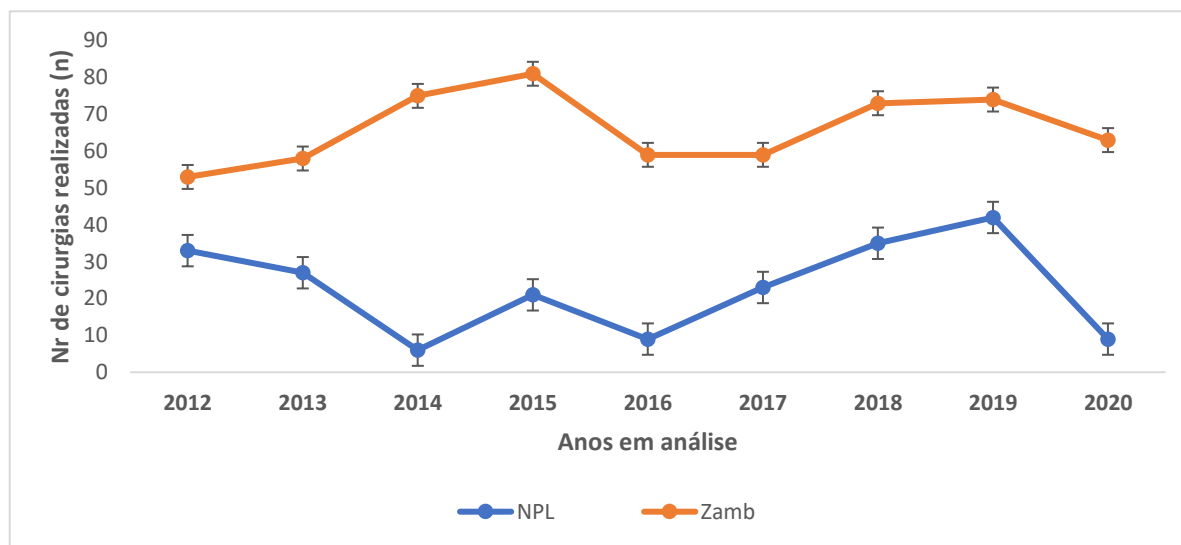
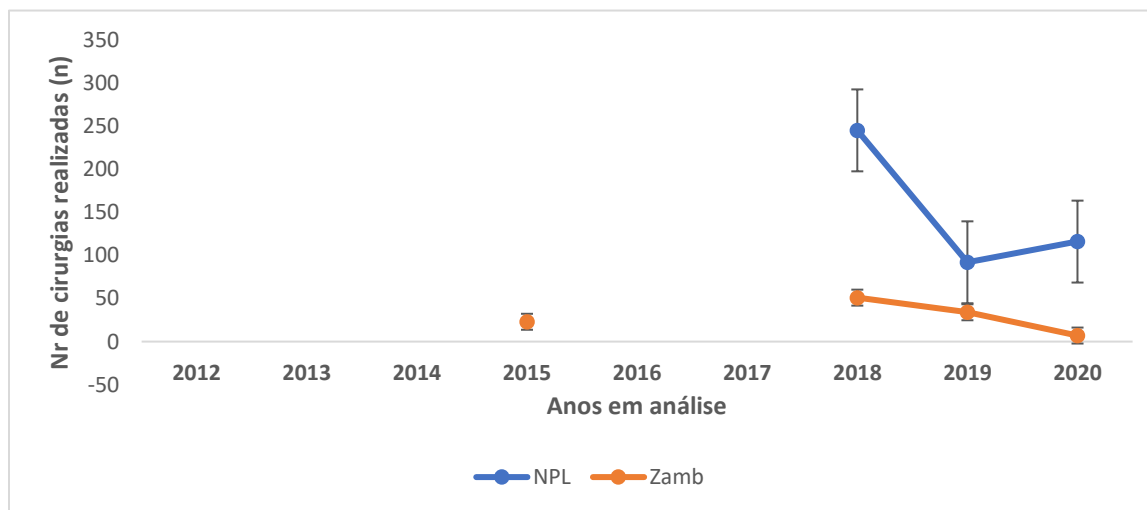
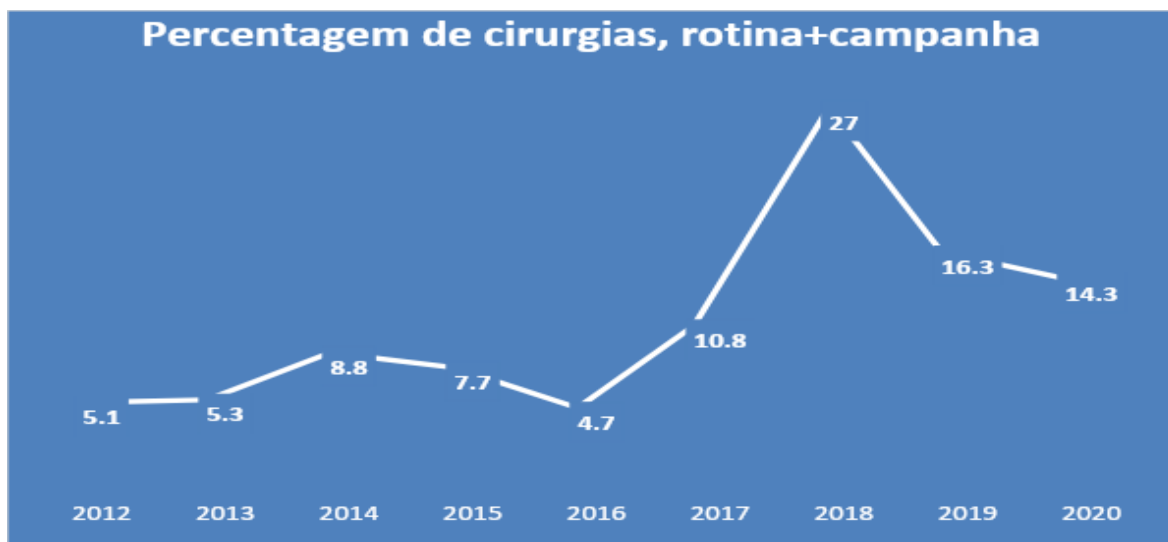


Figura 5: Cirurgias realizadas por campanha por província



Houve durante o período em análise, aumento do número de cirurgias realizadas (número de cirurgias realizadas = 1686) (rotina + campanhas), como se pode verificar no gráfico abaixo (figura 6). Não houve informação suficiente para que se distinguisse entre a gravidade da FO, se simples ou complexa, nem sobre se é o primeiro procedimento cirúrgico ou subsequente, com vistas à reparação.

Figura 6: Percentagem de cirurgias realizadas por campanha e rotina

3. Discussão

Resultados da análise mostraram que o mecanismo de divulgação das informações relacionadas com a estratégia da FO nas comunidades, foi maioritariamente por via de rádio, televisão ou palestras comunitárias. Esta via é mais rápida para fazer chegar a informação, sobretudo nas zonas rurais. No entanto, é nas zonas rurais onde temos grande parte da população sem acesso a todos os meios de comunicação. Assim sendo, nas zonas rurais, as palestras apoiadas pelos líderes comunitários, tem sido uma importante via de consciencialização das acções de promoção da saúde, daí a opção desta via. As rádios comunitárias, também desempenham um importante papel no seio das comunidades, fazendo chegar as mensagens pertinentes de saúde, uma vez que nem toda a população moçambicana tem televisão.

Os dados mostraram que duas US da província de Zambézia e uma de Nampula, é que tinham sistematizado o plano de treinamento dos seus profissionais. O treinamento dos profissionais que já trabalham com FO e de novos profissionais é importante para a sustentabilidade do serviço e para a melhoria da qualidade da assistência, com maior eficácia nos resultados almejados pelo maior comprometimento dos profissionais. O treinamento de profissionais de saúde no reparo da FO é uma prioridade, sendo que os programas devem incluir o acompanhamento, mentoria, avaliação periódica, assim como, esforços para a retenção desses profissionais. Os grupos específicos que devem ser treinados são do nível médio (técnicos de cirurgia) e do nível superior

(pós-graduados de cirurgia e de ginecologia & obstetrícia) e, o treinamento destes deverá acontecer idealmente na sua formação inicial e também durante o exercício da sua actividade nas US (formação em serviço). O treinamento de mais profissionais de saúde vai possibilitar mudar o modo de “campanhas de cirurgia de FO” para a integração da programação da cirurgia da FO na rotina (10), para além de aumentar a percentagem de mulheres tratadas.

Quando analisada a percentagem de mulheres que procuram os serviços de FO por rotina e por campanha por província, foi constatado que a província de Nampula teve uma procura crescente dos serviços desde 2015 a 2020. Este facto pode ser entendido, pelo facto de ter havido maior sensibilização comunitária em relação às mulheres com este problema, para se dirigirem às unidades sanitárias. Numa comunidade onde prevalecem muitos hábitos culturais e as mulheres são quase totalmente dependentes dos seus parceiros como é o caso dos participantes desta pesquisa, há uma necessidade de se fazer sempre um trabalho de base multisectorial, para fazer compreender as visadas, a urgência e necessidade de se dirigirem às unidades sanitárias.

De uma forma geral, a província de Zambézia realizou mais cirurgias que a província de Nampula no período em análise. Porém, do universo das mulheres diagnosticadas nas duas províncias, apenas metade é operada. Para as que foram operadas há dificuldades em se manter o seguimento de forma efectiva para que se saiba se aquelas mulheres operadas estão ou não totalmente curadas, pela dificuldade de articulação entre as US e a resposta local em saúde.

Embora do universo das mulheres diagnosticadas nas duas províncias no período em análise apenas metade é que tenha se beneficiado da intervenção, o ano 2018 foi ano em que mais cirurgias de reparação foram feitas. Este facto pode ser explicado possivelmente para além da demanda das mulheres, pode ter contado também o critério de elegibilidade para serem intervencionadas, uma vez que nem todas as mulheres diagnosticadas são elegíveis logo a primeira para a cirurgia.

4. Limitações

- Falta de uma base de dados nas US e a nível do ministério sobre as mulheres acometidas por Fístulas Obstétricas, sendo os dados inseridos no momento que a mulher passa pela US e não apenas no momento da cirurgia, portanto que a base de dados seja actualizada no momento da procura pelos serviços;

- Ausência de sincronia de número de partos e suas características com factores sócio-demográficos das mulheres para melhor correlação;
- Falta de informação relevante e muita burocracia para aceder à informação das US de Maputo.

5. Conclusão

- O número de cirurgias realizadas ao longo dos anos em análise, mostrou ser variável, com uma tendência crescente entre 2016-2018, no entanto, continuou insuficiente para fazer face ao número de mulheres que têm procurado as unidades sanitárias;
- Das US amostradas, apenas três da província de Zambézia é que fazem de forma mais satisfatória a integração com o Ministério de Género e Acção Social para encaminhar as mulheres aos serviços de integração social;
- Do total das mulheres diagnosticadas durante o período em análise, apenas metade foi operada;
- Verificou-se, em geral, maior procura das mulheres às US por rotina em comparação com o período em campanha;
- Em geral, nas US estudadas houve maior número de cirurgias por campanha do que rotineiramente, pese embora a base de dados não classifique a gravidade das fístulas obstétricas;
- Em todas US amostradas, nenhuma faz um seguimento das mulheres após as cirurgias.

NOTAS DE DESTAQUE: Houve durante a vigência da estratégia aumento do número de cirurgias, entretanto, o mesmo ainda foi insuficiente para fazer face à demanda conhecida. Deve ainda haver mulheres com o problema e que ainda não recorreram às US. As acções de prevenção são tão ou mais importantes que a oferta de tratamento. As iniquidades existentes no acesso aos Serviços de Saúde em Moçambique devem ser combatidas.

6. Recomendações

- ❖ Criação de um sistema de informação para a fistula obstétrica;
- ❖ Elaboração de protocolos de referenciamento e diagnóstico;
- ❖ Criação de ficha de registo para todos os pacientes operados (com informação sociodemográfica, ginecológica e da cirurgia FO); **(incluir na nova Estratégia da FO)**
- ❖ Criação de caderneta/ficha para as sobreviventes (com informação de seguimento) e incluir o pilar “reintegração social”; **(incluir na nova Estratégia da FO)**
- ❖ Elaborar documento com critérios “claros” de selecção para cirurgia; **(incluir na nova estratégia da FO)**
- ❖ Realizar pesquisas de implementação que informem acções e modulação ao longo dos anos de vigência da nova estratégia;
- ❖ Realizar pesquisa de prevalência das FO e perfil das mulheres;
- ❖ Realizar pesquisa de incidência.

7. Referências bibliográficas

1. Browning A, Syed S. Where we currently stand on obstetric fistula treatment and prevention. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;148(S1):1–2.
2. Obstetric fistula [Internet]. [citado 12 de Agosto de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula>
3. Obstructed Labor and the Vesico-Vaginal Fistula [Internet]. Medscape. [citado 11 de Agosto de 2021]. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/455965>
4. Adler AJ, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. Estimating the prevalence of obstetric fistula: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. Dezembro de 2013;13(1):246.
5. the CLIP working group, Mocumbi S, Hanson C, Högberg U, Boene H, von Dadelszen P, et al. Obstetric fistulae in southern Mozambique: incidence, obstetric characteristics and treatment. *Reprod Health*. Dezembro de 2017;14(1):147.
6. fistula_meeting02_eng.pdf [Internet]. [citado 11 de Setembro de 2021]. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fistula_meeting02_eng.pdf
7. Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento de Fístula Obstétrica [Internet]. UNFPA Mozambique. 2016 [citado 12 de Agosto de 2021]. Disponível em: <https://mozambique.unfpa.org/pt/publications/estrat%C3%A9gia-nacional-de-preven%C3%A7%C3%A3o-e-tratamento-de-f%C3%ADstula-obst%C3%A9trica>
8. Intensifying efforts to end obstetric fistula [Internet]. [citado 1 de Julho de 2021]. Disponível em: <https://www.unfpa.org/resources/intensifying-efforts-end-obstetric-fistula>
9. World Bank Group - International Development, Poverty, & Sustainability [Internet]. World Bank. [citado 3 de Novembro de 2019]. Disponível em: <https://www.worldbank.org/>
10. População Moçambicana para 2021 — Instituto Nacional de Estatística [Internet]. [citado 29 de Outubro de 2021]. Disponível em: <http://www.ine.gov.mz/noticias/populacao-mocambicana-para-2021>
11. Censo 2017 Brochura dos Resultados Definitivos do IV RGPH - Nacional.pdf — Instituto Nacional de Estatística [Internet]. [citado 4 de Novembro de 2020]. Disponível em: <http://www.ine.gov.mz/iv-rgph-2017/mocambique/censo-2017-brochura-dos-resultados-definitivos-do-iv-rgph-nacional.pdf/view>
12. Mozambique [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2015 [citado 28 de Setembro de 2021]. Disponível em: <http://www.healthdata.org/mozambique>
13. Mozambique Fertility Rate 1950-2020 [Internet]. [citado 17 de Abril de 2020]. Disponível em: <https://www.macrotrends.net/countries/MOZ/mozambique/fertility-rate>

CAPÍTULO 2

II. Custo unitário da reparação de Fistula Obstétrica

1. Metodologia

1.1 Área de estudo

Esta análise de custos buscou (i) Identificar os itens de custo usados para a cirurgia de retificação das fístulas obstétricas simples e complexas; (ii) Quantificar os itens identificados; (iii) Valorar os itens quantificados; e (iv) Estimar o custo unitário médio para a cirurgia de retificação das fístulas obstétricas simples (FOS) e complexas (FOC).

A análise foi levada a cabo em 8 hospitais na região central e norte do país, nas províncias de Zambézia (*HG Quelimane, HD Mocuba, HD Milange e HR Morrumbala*) e Nampula (*HC Nampula, HD Namapa, HD Monapo e HR Angoche*). Nestes hospitais, a reparação de fístulas obstétricas (FO) é feita geralmente por campanhas. Todavia, nem todos os hospitais em análise reparam FOC, sendo que estas são transferidas para os hospitais mais especializados (tabela 1). A escolha destes hospitais para esta análise de custos, deveu-se ao facto de serem as que reparam FO ao nível dessas províncias.

Tabela 6: Hospitais por tipo de fístulas obstétricas reparadas em 2019.

Características		Tipo de Fístulas reparadas		Produções anuais
Província	Nome da US	FOS	FOC	
Zambézia	HG Quelimane	✓	✓	36
	HD Mocuba	✓	✓	68
	HD Milange	✓		42
	HR Morrumbala	✓	✓	0
Nampula	HC Nampula	✓	✓	95
	HD Namapa	✓		27
	HD Monapo	✓		1
	HR Angoche	✓		11

1.2 Colecta de dados

Explicamos a seguir as etapas de recolhas de dados nos hospitais em análise. Os gastos gerais anuais do exercício financeiro de 2019 (01 de Janeiro – 31 de Dezembro de 2019) foram colectadas nos sectores de Contabilidade e Finanças dos hospitais em análise, usando planilhas impressas (em papel A4) e pré-desenhadas para os efeitos. Dados sobre as produções anuais/desempenho dos hospitais no geral e dos sectores de interesse (bloco operatório e enfermaria de cirurgia), especificamente, foram obtidos nos Núcleos de Estatística e Planificação (NEP). Essas planilhas eram entregues aos responsáveis dos respectivos sectores durante as reuniões de apresentação dos objectivos do estudo com os elencos de administração. Dados colhidos incluíram gastos gerais, desempenho dos hospitais (produções anuais), activos/bens de capital¹ dos sectores de interesse, salários mensais incluindo subsídios do pessoal directamente envolvido, medicamentos e consumíveis usados. A média cambial de 2019 foi fornecida pelo Departamento de Mercados e Gestão de Reservas do Banco de Moçambique e a de 2015 foi obtida no sítio electrónico do mesmo banco (1). A excepção da colecta desses dados foi para os hospitais da província de Nampula, onde os dados sobre os gastos gerais e desempenhos anuais dos hospitais não foram obtidos na totalidade.

1.3 Método de custeamento

A avaliação do custo foi retrospectiva (2019) e conduzida na perspectiva do provedor. Estimou-se o custo de reparação da fístula obstétrica simples (FOS) e da fístula obstétrica complexa (FOC), usando as abordagens de ingredientes (2–4) e de alocação (Step-down) (5,6). Devido ao tipo de perspectiva usada para estimar o custo, itens como os custos de viagem dos pacientes, a perda da produtividade do mercado de trabalho e outros custos sociais não foram tidos em conta. Neste estudo, o custo unitário médio para a cirurgia de retificação da FO foi definido como o somatório de todas as componentes de custo individual (7,8) incluindo os gastos gerais (overhead) e os custos de capital (7).

Os custos foram classificados em recorrentes e de capital. Os primeiros, são alguns denominados custos directos médicos e os segundos custos indirectos médicos (9). Contudo, os *custos*

¹*Activos de capital* são bens que têm uma vida economicamente útil superior a um ano e que não são primariamente adquiridos para revenda (6).

recorrentes incluíram o tempo gasto (em minutos) pelo pessoal directamente envolvido nos cuidados do paciente e o número de unidades de medicamentos e consumíveis usados durante a intervenção. Os gastos gerais (overhead) foram alocados para os centros de custos finais de interesse (bloco operatório e enfermaria de cirurgia) através de *Step-down* e posteriormente divididos pelo número de pacientes atendidos naquele ano. Os *custos de capital* incluíram os custos anuais de depreciação² dos bens com vida útil maior que 1 ano. Estes custos foram partilhados pelo número de pacientes atendidos nos respectivos sectores (bloco operatório e enfermaria de cirurgia) naquele ano. Pesembora, em Moçambique, a maior parte das FO sejam, até ao momento, retificadas em campanhas, é de interesse estimar o custo de reparação por rotina.

1.3.1 Pessoal

Para se estimar o custo do pessoal envolvido nos cuidados do paciente usando a abordagem de ingredientes, identificou-se primeiro o salário do pessoal, as horas de trabalho por dia e os minutos gastos em cada procedimento/actividade (9). Para tal, profissionais com larga experiência na reparação de fístulas foram inquiridos sobre a composição das equipas (pessoal directamente envolvido) e o tempo gasto “em minutos” para cada tipo de fístula, incluindo outras actividades complementares, como por exemplo, a limpeza da sala antes e depois da operação, a esterilização de equipamentos depois da cirurgia, exames auxiliares, cuidados na enfermaria e outros detalhados nos formulários em anexo.

O salário mensal de cada técnico envolvido, incluindo todos os benefícios, foi dividido pelos dias de trabalho do mês para se obter o salário diário; o salário diário foi dividido pelo número de horas de trabalho por dia e finalmente o salário por hora foi dividido por 60 minutos, para se obter o salário por minuto. Geralmente, os profissionais envolvidos nos cuidados directos do paciente com FO são: os clínicos de cirurgia de fístulas, instrumentistas, anestesistas, enfermeiros, agentes de serviços e maqueiros. Profissionais que prestam serviços auxiliares, nomeadamente: técnicos de laboratórios e de radiologia também foram identificados. O custo do esforço destes foi estimado de forma similar. Nos 8 hospitais, o tempo necessário para retificar uma fístula simples foi

² **Depreciação:** refere-se ao valor do bem de capital que é usado em um ano. A abordagem mais simples da depreciação é assumir que os serviços de um bem de capital são divididos igualmente pelos anos de vida útil do tal bem de capital. Exemplo, se um bem de capital (veículo) comprado para um projecto, tem uma vida útil estimada em 5 anos e o seu custo de aquisição for de US\$100.000, então, a depreciação anual deste bem será de US\$20.000 (13).

estimado entre 60 a 120 minutos (1 a 2 horas). A fístula complexa foi estimada em 180 minutos no mínimo (3 horas), chegando a alcançar 420 minutos (7 horas) em situações mais complexas.

1.3.2 Medicamentos e consumíveis

Por outro lado, os fármacos e consumíveis usados foram detalhados pelos profissionais. Cada técnico (clínicos de cirurgia de fístulas, anestesista, instrumentista e enfermeiro) descreveu os itens por si geralmente usados e as respectivas quantidades para a intervenção completa. No acto de descrição, os provedores eram solicitados a descrever o nome completo do medicamento e a dosagem, por exemplo, Paracetamol 500mg comprimido, 8/8h, 9 dias. A utilização de fármacos, consumíveis e sobretudo do tempo não se baseou nas designações fistula vesico vaginal e recto vaginal, mas sim, fístulas simples e fístulas complexas.

Para os bens contabilizáveis por unidade, o número de unidades usadas foi multiplicado pelo preço de cada unidade. Para bens cujo preço não estava disponível por unidades, o preço do pacote/frasco/embalagem foi dividido pelo número de unidades contidas no interior. Para os bens cujas unidades não são consumidas por um paciente, o preço destes foi dividido pelo número de pacientes necessários para consumirem a unidade (exemplo, Adrenalina 1mg/ml, 1ml ampola – usado para 3 pacientes). A lista de preço de consumíveis e dos equipamentos médicos foi fornecida pelo Centro de Abastecimento. Na ausência de preços da lista de medicamentos da Central de Medicamentos e Artigos Médicos de Moçambique (CMAM), estes eram extraídos do Catálogo de Produtos do Fundo de População das Nações Unidas (10) e da Guia Internacional de Preços de Produtos Médicos da Organização Mundial de Saúde de 2015 (11). O preço do mobiliário de escritório e outros, foi adquirido no mercado local. No caso dos medicamentos achados na lista de 2015, o preço dos mesmos foi inflacionado para 2019, usando a fórmula da taxa de inflação abaixo.

$$\frac{B - A}{A} \times 100$$

Consideremos, “**B**” o câmbio do ano em análise (2019) e o “**A**” o câmbio do ano base (2015). A média cambial do dólar face ao metical em 2019 ($1 USD = 61,47MZN$) foi subtraída pela média cambial de 2015 ($1 USD = 44,95 MZN$) e se achou uma diferença. A diferença foi dividida pelo câmbio de 2015 para se obter um número decimal que quando multiplicado por 100% resultou na taxa de inflação. A taxa de inflação achada, quando multiplicada pelo preço de qualquer

medicamento do ano base (2015), resultou no preço estimado (inflacionado) daquele bem no ano em análise (2019).

1.3.3 Bens de capital

Equipamento médico e não-médico, mobiliários e edifícios

Os equipamentos médicos usados para rectificação de fístulas, equipamentos não-médicos (exemplo: ar condicionados, geleiras não médicas), mobiliários e edifícios foram identificados e custeados. Os anos de vida útil de cada bem foram combinados com a taxa de desconto/inflação de 3% (4,6,12) para se obter o factor de anualização. O custo de reposição do bem (preço do bem), foi dividido pelo factor de anualização para se obter a amortização anual (depreciação) (13) que posteriormente foi alocado ao respectivo centro de custo.

$$\text{Depreciação} = \frac{\text{Custo de reposição}}{\text{Factor de anualização}}$$

Nesta análise, o equipamento médico como mesas operatórias/marquesas, aparelhos de anestesia, monitores cardíacos, autoclaves, bem como, mobiliários (armários, mesas de escritório) são considerados ter uma vida útil de 10 anos. Equipamentos médicos como oxímetros de pulso e kit de fístulas são considerados durar 5 anos (12). A vida útil dos edifícios foi estimada em 30 anos (6). Os veículos (ambulâncias) embora jogassem um papel importante no transporte de pacientes com FO, seu custo não foi incluído uma vez que uma ambulância (por exemplo) era usada para todas as US do distrito, dificultando deste modo a estimativa da sua contribuição.

O custo de todos os bens de capital foi alocado através da técnica de Step-down dos centros de custo de administração (também denominados de gastos gerais) para aos departamentos de interesse (centros de custos finais – bloco operatório e enfermaria de cirurgia) e o custo acumulado dos departamentos foi dividido pela produção anual daquele departamento (5,6). Posteriormente, o custo alocado (custos directos não médicos) e o custo directo médico foram adicionados para se obter o custo unitário médio de reparação da fístula.

1.3.4 Gastos gerais (overheads)

Os custos incorridos para manter a unidade sanitária em funcionamento (água, luz, telefone e outros custos como a manutenção de veículos, combustíveis, custos de hotelaria-alimentação,

limpeza, materiais de escritório, etc.), foram alocados usando a técnica do Step-down. Outros custos gerais não directamente ligados aos cuidados do paciente, tais como, salários do pessoal de administração e outros sectores incluindo os de entrega (bloco operatório e enfermaria de cirurgia) e serviços auxiliares (laboratórios e radiologia), foram excluídos para não superestimar o custo final. Isto é, todos os custos com edifícios, equipamentos e pessoal que não prestassem trabalho directo ao paciente no momento da cirurgia, não foram considerados.

2. Resultados

A presente análise estimou o custo unitário médio de retificação de fístula obstétrica simples (FOS) e complexa (FOC). O custo unitário médio de reparação da FOS foi obtido através do somatório dos custos de todas as FOS dividido pelo número de hospitais que reparam a mesma. O mesmo procedimento foi aplicado para as FOC. Os nossos resultados mostram que o custo médio unitário de reparação da FOS e FOC é de 14.959,00 MZN (USD 243) e 21.143,00 MZN (USD 344) por pessoa operada, respectivamente. O custo médio unitário total de reparação da FO seja simples ou complexa é 16.459,00 MZN (USD 268) (tabela 4). As tabelas 2 e 3, apresentam de forma detalhada os itens de “custo directo médico” por tipo de FO reparada e por hospital para a província de Zambézia e Nampula, respectivamente.

Os nossos resultados indicam ainda que dentre os 3 itens de custos, os consumíveis são o item com mais gastos (sobretudo, na reparação de FOS), onde chegam a ser responsáveis por mais de 40% dos gastos em cirurgias de reparação de fístulas. Todavia, cenários contrários verificam-se no Hospital Rural de Morrumbala onde os fármacos acumularam cerca 75% do custo directo médico (14.508,28 MZN) (USD 236) e nos Hospitais Geral de Quelimane e Central de Nampula, onde o item “pessoal” consumiu cerca de 70% do custo em ambos hospitais sobretudo para as FOC.

Tabela 7: Custo médio de reparação de FO por hospital na província de Zambézia (custos directos médicos).

Descrição dos Itens	Zambézia							
	HG Quelimane		HD Mocuba		HD Milange		HR Morrumbala	
	Tipo de Fístula		Tipo de Fístula		Tipo de Fístula		Tipo de Fístula	
	FOS	FOC ¹	FOS	FOC ²	FOS	FOC	FOS	FOC
Pessoal	3 357,57	18 108,78	3 917,05	6 828,11	3 340,53	-	1 442,12	2 273,95
Medicamentos	852,95	1 506,83	1 017,57	2 197,53	290,51	-	14 508,28	14 508,28

Consumíveis	8 088,48	8 588,84	4 723,47	11 484,54	3 180,24	-	2 061,16	2 061,16
Subtotal	8 941,43	10 095,67	5 741,05	13 682,07	3 470,74	-	16 569,43	16 569,43
Custo Total	12 299,00	28 204,45	9 658,10	20 510,18	6 811,27	-	18 011,55	18 843,38
Custo Médio	20 251,72		15 084,14		6 811,27		18 427,47	

¹ Em caso de complicações os medicamentos e consumíveis podem chegar a 10,231.19MZN

² Via aparatomia o Custo da MDO foi 9739.17MZN e Medicamentos e Consumíveis foi 14124.35MZN

Tabela 8: Custo médio de reparação de FO por hospital na província de Nampula (custos directos médicos).

Descrição dos Itens	Nampula							
	HC Nampula		HD Namapa		HD Monapo		HR Angoche	
	Tipo de Fistula		Tipo de Fistula		Tipo de Fistula		Tipo de Fistula	
	FOS	FOC	FOS	FOC	FOS	FOC	FOS	FOC
Pessoal	2 954,66	8 266,85	1 337,00	-	854,78	-	2 063,67	-
Medicamentos	411,83	355,04	963,82	-	963,82	-	4 009,43	-
Consumíveis	5 850,04	4 275,43	9 062,11	-	5 809,24	-	5 665,36	-
Subtotal	6 261,87	4 630,48	10 025,93	-	6 773,06	-	9 674,79	-
Custo Total	9 216,53	12 897,32	11 362,93	-	7 627,84	-	11 738,46	-
Custo Médio	11 056,93		11 362,93		7 627,84		11 738,46	

Por outro lado, os gastos gerais (overhead), contribuíram de forma significativa no custo unitário médio do Hospital Geral de Quelimane. Enquanto que em HD Mocuba, HD Milange e HR Morrumbala eles contribuíram em 15%, 35% e 18% no custo unitário médio, no HG Quelimane estes custos contribuíram em 48%. No HD Mocuba, os custos directos não médicos tiveram a menor contribuição. O custo unitário médio derivado do somatório dos custos directos não-médicos (overhead e custos de capital) e os custos directos médicos (pessoal, medicamentos, consumíveis), é apresentado na tabela 4.

Tabela 9: Custo médio de reparação de FO nos 8 hospitais das 2 províncias incluindo ambos custos directos médicos e custos directos não-médicos.

Nome do Hospital	Custo Directo não Médico		Custo Directo Médico		Custo Unitário Médio p/Hospital	
	MZN	USD	MZN	USD	MZN	USD
	HG Quelimane	18 938	308	20 252	329	39 190
HD Mocuba	2 638	43	15 084	245	17 722	288
HD Milange	3 635	59	6 811	111	10 446	170

HR Morrumbala	4 101	67	18 427	300	22 528	366
HC Nampula	-	-	11 057	180	11 057	180
HD Namapa	-	-	11 363	185	11 363	185
HD Monapo	-	-	7 628	124	7 628	124
HR Angoche	-	-	11 738	191	11 738	191
CUSTO MÉDIO TOTAL					16 459	268

A tabela 4 mostra os custos médios unitários de reparação da FO nos 8 hospitais do país. Apenas os custos de retificação da FO dos 4 hospitais da província de Zambézia, são compostos por ambos custos directos médicos e directos não médicos. O HG Quelimane registou o maior custo de reparação da FO com enfoque a FOC 47.142,00 MZN (USD 767), sendo que o custo médio unitário foi estimado em 39.190,00 MZN (USD 638). Adicionalmente, o custo do pessoal e os custos directos não-médicos tiveram um papel fundamental neste custo, sendo de 18.108,78 MZN (USD 295) e 18.938,00 MZN (USD 308), respectivamente. O elevado custo do pessoal neste hospital deriva da combinação de vários factores, dentre eles, a especialização do pessoal afecto ao bloco operatório, a composição da equipa para reparação da FOC (por exemplo, 2 clínicos de cirurgia de fistula, 2 instrumentistas) e o tempo gasto para realizar a cirurgia (240 minutos – 4h) a média.

3. Discussão

O presente estudo estimou o custo de retificação da FOS e FOC. Para o nosso conhecimento, este é o primeiro estudo na série a fornecer estes resultados em Moçambique. Os custos directos médicos (*tempo gasto pelo pessoal directamente envolvido, medicamentos e consumíveis*) e os custos directos não médicos (*overhead e custos de capital*) (7) foram considerados na estimativa deste custo. O custo unitário médio de reparação da FOS e FOC é de USD 243 e USD 344 por pessoa operada, respectivamente. O custo unitário médio independentemente do tipo de fistula é de USD 268.

O resultado deste estudo é 29% relativamente baixo comparado com o estudo de Uganda USD 378,04 (8) e ainda mais quando comparado com a estimativa da UNFPA, USD 400 (14). Contudo, importa-nos debruçar a composição dos achados de Uganda. Os custos unitários de reparação de FO nos hospitais da província da Zambézia, incluíram ambos custos (directos médicos e directos

não-médicos), com excepção dos hospitais da província de Nampula, que incluíram apenas os custos directos médicos (tabela 4). Isso influenciou na redução do custo final quando os custos unitários por cada hospital foram somados e divididos pelo respectivo número de hospitais.

Segundo, nem todos os gastos gerais foram incluídos nos hospitais da província de Zambézia; tendo sido excluídos aqueles que não estavam directamente ligados aos cuidados do paciente para não superestimar o custo final (*vide subtítulo – Gastos gerais*). Por último, o número médio de dias de internamento declarados nos 8 hospitais é de 16 dias, 2 dias antes da cirurgia (onde ocorre o diagnóstico – verificação da localização e da dimensão da fístula e a planificação para a cirurgia) e 14 dias depois (para garantir que as pacientes saiam do hospital com as algalias removidas), visto que após a alta a chance de retorno ao hospital é remota devido a falta de transporte uma vez que a maior parte delas vive nas zonas recônditas (muito distante das unidades sanitárias).

Por outro lado, o resultado do estudo de Uganda excluiu os custos de capital relacionados com edifícios, mas incluiu os custos indirectos como os custos aliados ao transporte e a perda de produtividade pelos dias de internamento. Enquanto que nos hospitais de Moçambique o internamento de pacientes com FO é estimado em 16 dias, em Uganda o internamento é estimado em 28 dias, quase o dobro, o que implica mais custos com o (i) pessoal (por exemplo, em Moçambique estimaríamos entre 10-15 minutos/dia de visita de um enfermeiro durante 14 dias e 5 minutos/dia do clínico de cirurgia durante os primeiros 5 dias de internamento); (ii) materiais de proteção individual, outros consumíveis e medicamentos; (iii) serviços de hotelaria; (iv) material de higiene e limpeza, entre outros. Adicionalmente, no estudo de Uganda não está explícito quanto do valor final é atribuído a perda de produtividade como consequência dos 28 dias de internamento.

Em Paquistão, usando o salário mínimo para trabalhadores domésticos, um estudo atribuiu a mulheres incapacitadas de trabalhar devido a parto por cesariana ou vaginal, uma perda de produtividade mensal de USD 45 (15). Em Moçambique, o Inquérito sobre Orçamento Familiar (IOF) 2019/20, revelou que agregados familiares rurais chegam a produzir uma renda de 2.337,00 MZN (USD 38) por venda de produtos produzidos por eles próprios, sendo que os produtos agrícolas e os precários contribuem por 72.8% e 6.7%, respectivamente (16). Se assumirmos este valor como a perda de produtividade das mulheres internadas por FO nos hospitais em análise, o nosso custo unitário médio passaria de USD 268 para USD 306. Este valor excluiria ainda outros

custos directos médicos como pessoal e medicamentos (por exemplo) se entendêssemos os dias de internamento para 28 dias, pois assumimos que a diferença de dias teria um custo notório. Este exemplo, é apenas ilustrativo para demonstrar os itens que quando adicionados ao nosso resultado ele se aproxima ao de Uganda.

Em Moçambique, a Avaliação das Necessidades em Saúde Materna e Neonatal no período 2006-2007 revelou que 42.9% das US tinham recebido mulheres com incontinência urinária/fecal, 3.7% das US reportou reparar FO, enquanto que 38.3% referiam as doentes para uma US de nível superior (17). A fonte acrescenta que em 2011, foram reparadas 434 FO. Recentemente, foi reportado que mais de 2,000 fístulas são registadas por ano (18). Todavia, até agora, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) funciona de forma deficiente no que tange a reparação de FO. Há escassez de especialistas e os centros de reparação de referência continuam reparando maioritariamente em campanhas do que em rotina.

Contudo, a reparação das FO não só é minada pela capacidade institucional, mas também, por outros factores adjacentes já mencionados em Moçambique como além-fronteiras, nomeadamente: a pobreza, falta de transporte, falta de informação, pouco costume de procura de serviços de saúde (17,19). Adicionalmente, outras fontes argumentam que fora da distância como barreira de atendimentos obstétricos, factores climáticos como inundações e altas temperaturas também são um obstáculo na procura de atendimento pré-natal e obstétrico para aquelas que vivem em regiões mais afastadas dos centros de saúde (20). Assim sendo, para mitigar a incidência da FO o governo terá que investir em estratégias combinadas, que passam por aproximar os serviços de saúde materno-infantil as comunidades, fortalecer as instalações já existentes, divulgar massivamente a informação sobre as FO para garantir consciencialização, especializar provedores para prestação de cesarianas. Doutro lado, para a reparação da FO o Governo teria que formar e especializar mais clínicos de cirurgia, aumentar o número de centros de reparação e apetrecha-los por forma a reduzir os custos associados ao transporte dos pacientes e sobretudo, considerar o pagamento de incentivos ao pessoal (8), pois as cirurgias de reparação de FO levam muitas horas, sobretudo, fístulas complexas.

Enquanto investimentos de longo prazo como os mencionados acima não acontecem, a FO tem que ser reparada pois ela tem um catastrófico impacto socioeconómico, não só na vida da mulher

portadora, mas também, na mão-de-obra presente e futura (8,14). Nossos resultados, mostram que o custo unitário médio para a reparação de FO (USD 268), situa-se abaixo do PIB per capita (USD 564,64). Sem descurar que a prevenção é melhor que a plastia, os resultados mostram níveis de custos de reparação da fístula exequíveis para mobilização de fundos por parte do governo. Para os 2,000 casos reportados anualmente (18), o Governo precisaria em média de UDS 536,000 anualmente só para reparação de FO.

4. Limitações

Este estudo foi levado a cabo em 8 hospitais, nomeadamente: HG Quelimane, HD Mocuba, HD Milange, HR Morrumbala, HC Nampula, HD Namapa, HD Monapo e HR Angoche. O estudo não incluiu gastos gerais (overhead) de 4 dos hospitais acima, devido a indisponibilidade imediata destes dados financeiros, levando o resultado final a ser reduzido. Embora nossa estimativa de custos tenha sido realizada em 8 hospitais, não podemos generalizar o resultado para outros centros de reparação de FO a nível nacional (exemplo, para o Hospital Central de Maputo, onde supostamente, os serviços são relativamente mais completos). O nosso resultado é uma estimativa apenas para cirurgias de rotina, sendo que, quando se tratar de cirurgias por campanha o mesmo fica afectado, podendo aumentar devido ao aumento do número de profissionais envolvidos, seus graus de especialização, custos com a logística das equipas (transporte, alimentação e alojamento), combustível para veículos que buscam e devolvem as pacientes, entre outros.

5. Conclusão

Sem descurar que a prevenção é melhor que a plastia, os resultados mostram níveis de custos de reparação da fístula exequíveis para mobilização de fundos. Para os supostos 2,000 casos reportados anualmente, o governo precisaria em média de UDS 536,000 anualmente. Contudo, a minimização deste custo deriva da mitigação da incidência da FO. Para tal, o governo precisa divulgar massivamente sobre a prevenção, tratamento e reabilitação das FO. Para “prevenção” – deve incrementar a consciencialização e aproximar serviços de saúde materno-infantil de qualidade as comunidades; para “tratamento” – deve capacitar/especializar, incentivar (financeiramente) os recursos humanos, aumentar e apetrechar os blocos operatórios. Este trabalho deverá ser sectorial “saúde em todas as políticas”, e alinhado com outros ministérios como o Ministério da Educação (acesso a educação das mulheres e comunidades), Ministério do Género (reabilitação e integração social),

Ministério das finanças (investimento e alocação de verbas), Ministério dos Transportes (acesso a transporte principalmente nas zonas rurais) e Ministério do Trabalho, dada a alta incidência e prevalência com tendência crescente no país.

6. Recomendações

O facto de se reparar mais fistulas em campanhas do que em rotina, ocasiona a subutilização dos especialistas nos períodos de rotina, uma vez que ao invés de repararem fistulas, envolvem-se em outras actividades devido a fraca demanda dos serviços de FO. Há, no entanto, necessidade de estimular a demanda pelos serviços de rotina para garantir que as mulheres não abrangidas durante as campanhas, sejam abrangidas de forma ininterrupta para, em contrapartida, os custos financeiro e económico de se ter especialistas alocados aos centros de reparação, sejam compensados.

7. Referências Bibliográficas

1. BdM. Relatório Anual 2015 volume 24 [Internet]. Vol. 20. 2016. 1–164 p. Available from: https://www.bancomoc.mz/fm_pgTab1.aspx?id=106&bs=1
2. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, Second Edition. *Am J Prev Med.* 1998;14(3):243.
3. Weissman E, Sentumbwe O, Mbonye A, Kayaga E. Uganda safe motherhood programme costing study. *Vasa* [Internet]. 1999;1–68. Available from: <http://extranet.who.int/iris/handle/10665/65984>
4. Vlassoff M, Singh S, Onda T. The cost of post-abortion care in developing countries: A comparative analysis of four studies. *Health Policy Plan.* 2016;31(8):1020–30.
5. Conteh L, Walker D. Cost and unit cost calculations using step-down accounting. *Health Policy Plan.* 2004;19(2):127–35.
6. Shepard DS, Hodgkin D, Anthony YE. Analysis of hospital costs: a manual for managers. Vol. 82, *Journal of the American Medical Association.* World Health Organization - Geneva; 2000.
7. Vlassoff M, Musange SF, Kalisa IR, Ngabo F, Sayinzoga F, Singh S, et al. The health system cost of post-abortion care in Rwanda. *Health Policy Plan.* 2015;30(2):223–33.
8. Epiu I, Alia G, Mukisa J, Tavrow P, Lamorde M, Kuznik A. Estimating the cost and cost-effectiveness for obstetric fistula repair in hospitals in Uganda: A low income country. *Health Policy Plan.* 2018;33(9):999–1008.
9. Hendriks ME, Kundu P, Boers AC, Bolarinwa OA, te Pas MJ, Akande TM, et al. Step-by-step guideline for disease-specific costing studies in low- and middle-income countries: A mixed methodology. *Glob Health Action.* 2014;7(1).
10. UNFPA. Product Catalogue - UnfpaProcurement [Internet]. [cited 2021 Oct 8]. Available from: <https://www.unfpa procurement.org/products>
11. MSH. International Medical Products Price Guide. *Manag Sci Heal* [Internet]. 2016;443. Available from: <https://www.msh.org/sites/default/files/msh-2015-international-medical-products-price-guide.pdf>
12. Okiria JC, Kamara R. Cost of Providing Health Care Services in the Private Not for Profit Health Sector in Uganda: A Case Study of Nyenga Hospital (FY 2012/2013). *Int J Sci Res.* 2016;5(6):1333–8.
13. Walker D, Kumaranayake L. How to do (or not to do) . . . Allowing for differential timing in cost analyses : discounting and annualization. 2002;17(1):112–8.
14. Polan ML, Sleemi A BM, M L, MA M. Obstetric Fistula. *Childbirth Trauma* [Internet].

- 2016 Jan 8 [cited 2021 Oct 12];231–47. Available from: <http://europepmc.org/books/NBK333495>
15. Khan A, Zaman S. Costs of vaginal delivery and Caesarean section at a tertiary level public hospital in Islamabad, Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10.
 16. INE. Instituto Nacional de Estatística - Inquérito sobre Orçamento Familiar – IOF 2019/201 [Internet]. 2021. Available from: <http://www.ine.gov.mz/operacoes-estatisticas/inqueritos/inquerito-sobre-orcamento-familiar/iof-2019-20/inquerito-sobre-orcamento-familiar-iof-2019-20/view>
 17. MISAU. Fístula obstétrica 2012. 2012.
 18. Portal do Governo M. Moçambique: Mais de dois mil casos de fístulas obstétricas por ano / Notícias / Imprensa / Início - Portal do Governo de Moçambique [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 14]. Available from: <https://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Imprensa/Noticias/Mocambique-Mais-de-dois-mil-casos-de-fistulas-obstetricas-por-ano>
 19. Swain D, Parida SP, Jena SK, Das M, Das H. Obstetric fistula: A challenge to public health. *Indian J Public Health*. 2019 Jan 1;63(1):73–8.
 20. Inácio RS, Corradi-Perini C, Gomes M. Saúde materna em Moçambique. *Rev Iberoam Bioética*. 2021;(15):01–10.

CAPÍTULO 3

III. Experiências Comunitárias e de Provedores em Relação a FO

1. Metodologia

Foi uma abordagem qualitativa que consistiu na revisão de documentos do programa de FO e a colecta de dados no período compreendido entre os meses de Julho e Agosto de 2021, onde foram realizadas entrevistas em profundidade a mulheres que passaram pela cirurgia de reparação de FO, aos profissionais da saúde do serviço nacional de dados e aos líderes comunitários.

Para a recolha de dados, foi usada uma combinação de métodos qualitativos de avaliação etnográfica e fenomenológica, na medida em que se fez uma descrição profunda do objecto de estudo, através de entrevistas em profundidade com informantes-chave (EIC). Em todos os locais seleccionados onde o estudo teve lugar, foram administradas um total de 61 Entrevistas Individuais com Informantes-chave, discriminadas da seguinte forma: (i) 21 profissionais de saúde, (ii) 28 mulheres sobreviventes de FO e (iii) 12 líderes comunitários das comunidades onde as sobreviventes de FO residem. As entrevistas foram anotadas, gravadas, transcritas e analisadas usando a técnica de análise temática de conteúdo.

1.1 Locais de recolha de dados

A colecta de dados decorreu na cidade de Maputo, concretamente no Hospital Central de Maputo (HCM) e Hospital Militar de Maputo (HMM) por serem os locais de referência para a cirurgia da FO. Na província da Zambézia, na cidade de Quelimane e nos distritos de Morrumbala, Milange e Mocuba. Província de Nampula, concretamente na cidade de Nampula – Hospital Central de Nampula (HCN) e nos distritos de Angoche e Eráti.

Tabela 10: Distribuição de número de entrevistas por província (n =28)

Província	Distrito	Unidade sanitária	Características			Total de Entrevistas
			Profissionais de Saúde	Mulheres	Líderes Comunitários	
Nampula	Nampula	HC Nampula	2	5	NA	7
	Monapo	HR Monapo	2	2	2	6
	Erati	HR Namapa	3	1	1	5
	Angoche	HR Angoche	2	4	1	7
Zambézia	Quelimane	HG Quelimane	3	2	2	7
	Morrumbala	HD Morrumbala	2	3	2	7
	Mocuba	HD Mocuba	2	4	2	8
	Milange	HD Milange	2	4	2	8
Maputo Cidade	KaMpfumo	HC Maputo	2	3	0	5
		H.M Maputo	1	0	0	1
Total	9	10	21	28	12	61

Legenda: NA-Não aplicável, porque trata-se de líderes comunitários. No contexto de grandes cidades, como Maputo, Nampula e Quelimane não existem líderes comunitários na circunscrição onde estão localizados os Hospitais de referência para cirurgias de reparação de FO.

1.2 Instrumentos de recolha de dados

Usou-se guião de entrevista individual para os informantes-chave com objectivo de obter informações sobre as características sócio demográficas das mulheres, avaliar o impacto do ambiente político e social, através da Informação, Educação Comunicação (IEC) e Advocacia, para a redução da prevalência das FO; assim como avaliar a capacidade do sector de saúde na prevenção e rastreio de FO e verificar a provisão de serviços de integração social para as sobreviventes de fístulas obstétricas.

As informações recolhidas através das EIC foram de natureza exploratória e focaram-se sobre: (i) Experiências das mulheres que passaram pela cirurgia das fístulas obstétricas, seus locais de habitação e trabalho; (ii) Avaliação das possíveis barreiras na integração social das mesmas; e (iii) Identificação dos problemas e provisão do Ministério da saúde na capacidade de resposta a provisão de serviços de reparação das fístulas obstétricas.

1.3 Formação da equipa de campo

Antes da implementação do estudo, todos os membros da equipa de recolha de dados, beneficiaram de uma formação que teve duração de uma semana. Neste treinamento, foram ministrados conteúdos que incluíram visão geral sobre o estudo, aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos e procedimentos operacionais padronizados para colecta de dados qualitativos. A formação incluiu aspectos teóricos e práticos com a simulação dos procedimentos do estudo, tendo sido facilitada pelos investigadores da pesquisa. As equipas foram supervisionadas a nível central e provincial pelos investigadores do estudo.

1.4 Elegibilidade dos participantes

Fizeram parte da categoria de informante-chave, os profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde, mulheres que passaram pela cirurgia das fístulas obstétricas e líderes comunitários. Foram elegíveis menores emancipados e indivíduos com mais de 18 anos de idade, que aceitaram participar no estudo, mediante um consentimento informado. Em todos locais o grupo de informantes-chave incluiu 3 mulheres que passaram pela reparação de FO, 2 profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde às mulheres com FO e 2 líderes comunitários dos locais onde as mulheres com FO residem. Este número de entrevistados incorporados em todos os locais, foi com vista a permitir a exploração profunda dos temas, através de informantes com conhecimento de causa e também as informantes que sofrem deste problema.

2. Resultados

Este capítulo irá apresentar os principais resultados obtidos ao longo do trabalho de campo, realizado nos locais do estudo (Nampula, Zambézia e Maputo). O mesmo irá ilustrar a triangulação de informação baseada em entrevistas feitas a três grupos importantes de informantes, nomeadamente: (i) as **Sobreviventes de FO** – que são as pessoas afectadas pelo problema; (ii) os **Profissionais de Saúde** – que são os principais implementadores das directrizes do MISAU; e (iii) os **Líderes Comunitários** – que são os indivíduos influentes e vivem nas comunidades com mulheres com FO.

Para melhor ilustração do capítulo dos resultados, o mesmo incluirá alguns extractos de depoimentos dos intervenientes do estudo. Nestes moldes, os principais tópicos explorados e que

serão abordados ao longo do capítulo, estão todos interligados aos pilares da actual Estratégia Nacional de FO. Sendo assim o relatório, descreve o seguinte:

- Perfil das mulheres sobreviventes de FO que consiste na faixa etária, nível de escolaridade, estado marital e localização de residência. Ao longo dos resultados, também será descrita a forma como a FO é percebida na comunidade, a questão da prevenção, da inserção social das mulheres com FO e por fim a questão do referenciamento.

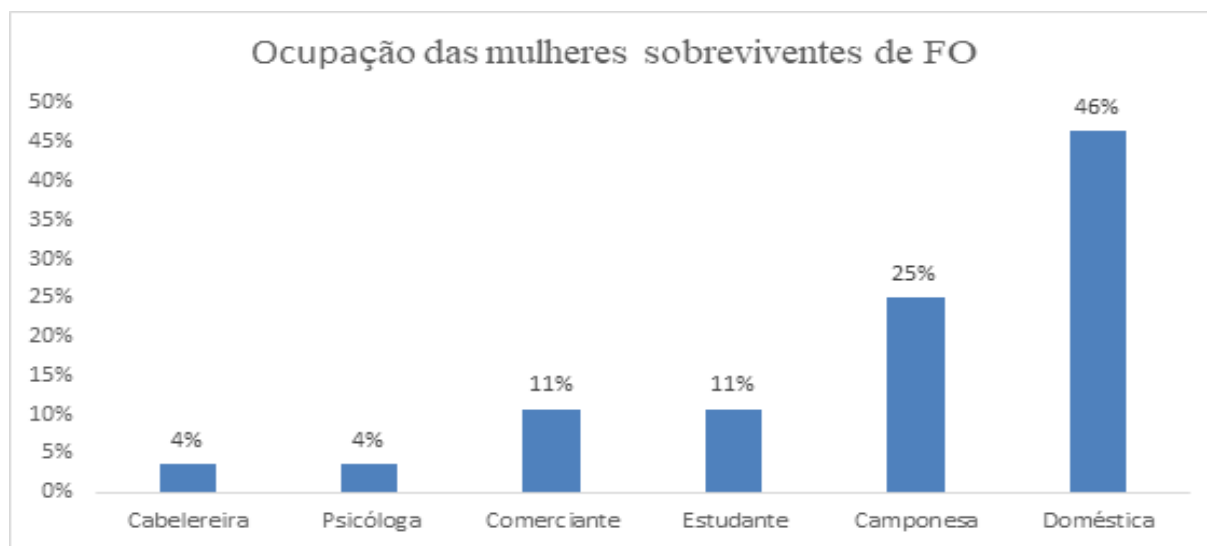
Para melhor compreensão, importa referenciar que os pilares da Estratégia da FO:

1. **Advocacia:** Informação a todos os estratos da sociedade, desde o nível familiar, comunitário, profissional, político e sociedade civil em geral sobre a existência das FO, e mobilização de acções preventivas e de suporte ao programa e às sobreviventes. Por outro lado, advogar para a mobilização de mais recursos para a implementação da Estratégia;
2. **Prevenção:** prevenção de novos casos de FO, através do aumento do acesso das mulheres e raparigas à informação e cuidados de saúde sexual reprodutiva;
3. **Tratamento:** aumento do acesso das mulheres que vivem com FO ao tratamento correcto e integrado;
4. **Reintegração Social:** integração das mulheres que foram tratadas às FO, no seio das suas famílias, comunidade e na sociedade, sob o ponto de vista emocional e social, através do desenvolvimento de actividades produtivas, entre outras.

2.1 Perfil das Mulheres Sobreviventes de FO

A presente descrição das mulheres sobreviventes da FO, relaciona-se ao primeiro pilar da Estratégia de FO. Iniciando pelo perfil social das participantes do estudo, de uma forma geral, tem a seguinte caracterização: A maior parte das mulheres sobreviventes de FO desempenha actividades domésticas, apesar de haver um número considerável que se considera camponesa porque vive essencialmente do que produz com a agricultura. Também existe um grupo considerável de mulheres sobreviventes de FO, que tem como principal actividade de subsistência a venda de produtos alimentares, e uma percentagem insignificante trabalhando em empregos formais.

Figura 7: Representação gráfica da ocupação das Mulheres Sobreviventes de FO (N=28)



Em relação a faixa etária das mulheres sobreviventes de FO, é importante salientar que quase todas têm em comum o facto de serem muito jovens, na faixa etária entre 18 e 30 anos. Do mesmo modo, que maior parte delas começou a vida sexual e a procriar na faixa etária dos 13 aos 18 anos de idade, tendo por isso, a maioria das participantes ter contraído a FO em tenra idade, *"...A maior parte das mulheres que operamos estão na faixa etária dos 18 aos 30 anos, são praticamente muito pequenas para passar por esse sofrimento todo..."*³

Embora quase todas as entrevistadas tenham contraído a FO em tenra idade, a procura de cuidados de saúde para o tratamento, não foi imediata. Apesar das mesmas terem constatado a anomalia, imediatamente após a alta hospitalar, seguidamente ao parto, que culminou com a contracção da FO. De acordo com as participantes do estudo, quase todas levaram um tempo de aproximadamente um ano no mínimo a tentar perceber a doença, aceitar a situação e procurar os serviços de saúde *"...Eu levei muito tempo sem saber o que estava acontecer comigo, só via que me sujava toda sem sentir, nem nada..."*⁴.

*"...Eu vivi com esse problema sem saber que era fístula. Descobri na US quando ia fazer planeamento..."*⁵

É importante frisar que a maior parte das participantes, cerca de 95%, reportou que por timidez, acanhamento e falta de conhecimento em relação à doença, a ida a US não foi o primeiro local na

³ Entrevista com Profissional de Saúde, Nampula, Cidade 20.07.2021

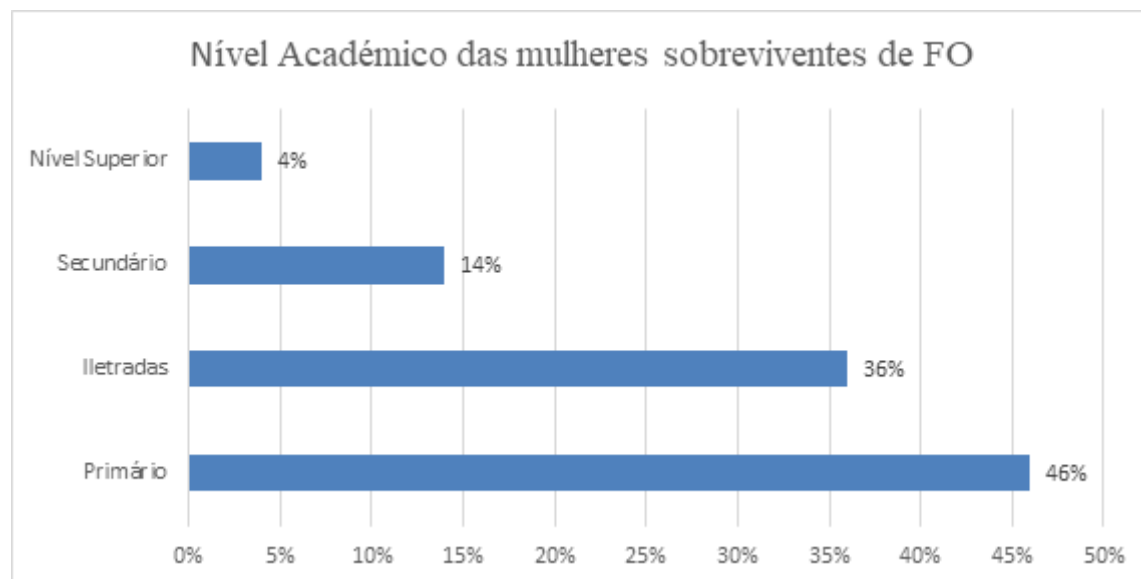
⁴ Entrevista com mulher com FO, Nampula, Erati 26.07.2021

⁵ Entrevista com mulher com FO, Zambézia, Quelimane 22.07.2021

busca de cuidados saúde, “...Eu tinha muito medo, pensava que era coisa de tradição por isso primeiramente eu ia ao curandeiro, Ahhhhh, fui muito ao curandeiro eu...”⁶. Inicialmente, procuraram tratamento na medicina tradicional e só após não sentirem resultados satisfatórios, e terem ouvido sobre as campanhas de cirurgia de FO é que se dirigiram para US mais próxima para o tratamento. “...Eu sofria muito, ia nos curandeiros tentar tratar, mas fui ao hospital por conselho de minha amiga que ouviu que estavam operar isso no hospital...”⁷.

No que concerne à educação escolar das mulheres participantes do estudo, constatou-se que quase todas têm um nível de instrução primário, o que significa que sabem ler e escrever. Todavia, existe um número insignificante de participantes que não tem nenhuma instrução educacional e apenas uma das participantes tem o nível instrução superior.

Figura 8: Representação do Nível Académico das mulheres sobreviventes de FO (N=28)



Relativamente ao estado marital das participantes, importa referir que embora haja algumas participantes actualmente a viverem maritalmente, quase todas foram abandonadas pelos maridos que tinham quando contraíram FO, e a maior parte das mulheres sobreviventes entrevistadas

⁶ Entrevista com mulher com FO, Nampula, Angoche 22.07.2021

⁷ Entrevista com mulher com FO, Nampula, Angoche 22.07.2021

encontra-se actualmente solteira, ou separadas por conta da FO "...Eu era casada, mas depois de apanhar essa doença, meu marido me deixou, saiu de casa e não voltou até data hoje..."⁸.

"... Agora sou casada, e estou bem com meu actual marido. Mas, quando a doença começou fui abandonada pelo meu primeiro marido..."⁹,

"... Tenho marido, e vivo com ele. Conheci meu marido quando estava à procura de tratamento para FO. Ele me aceitou assim e estou bem com ele..."¹⁰

Quanto à localização de residência das entrevistadas em relação a US, foi possível constatar que quase todas viviam distante da US quando contraíram FO (mínimo de 95 Km) – percurso comprovado por via de quilometragem do carro, durante o trabalho de campo. E aliado ao factor distância geográfica, tinham o desafio das vias de acesso deficitárias e falta de poder de decisão para se deslocar a US, que complicava ainda mais o acesso das mulheres aos cuidados de saúde, "... Quando as dores começaram queria ir ao hospital e pedi para me levarem, mas não me levaram porque minha sogra estava na machamba e meu marido queria esperar a mãe. Assim levei muito tempo com dores, a casa era muito longe, e tudo se estragou assim..."¹¹.

2.2 Conhecimento da Comunidade sobre a FO

O aspecto de conhecimento da comunidade sobre FO relaciona-se ao primeiro pilar da Estratégia de FO, e refere-se a forma como FO é vista e compreendida no panorama social da comunidade, pode-se afirmar que do ponto de vista das mulheres sobreviventes de FO, assim como dos líderes comunitários, a mesma é vista como uma doença secreta, estranha, de vergonha e considerada um tabu. Secreta e estranha porque quanto as pessoas que a têm (as sobreviventes de FO), bem como os familiares, têm receio de se abrir e falar, se sentem constrangidas e acanhadas em comentar sobre o assunto, pela forma como a mesma se manifesta, principalmente por causa do cheiro nauseabundo que se faz sentir por causa da doença, e pelo facto da mulher não ter capacidade de controlar a saída de excretas, "...Sofria calada com vergonha e medo de contar às pessoas o meu sofrimento de cheirar mal..."¹²

"...haaaa a fístula é uma doença mais estranhada, mais desprezada. É uma doença de muito segredo, a partir das mães e a partir dos maridos..."¹³

⁸ Entrevista com mulher com FO Nampula, Cidade 23.07.2021

⁹ Entrevista com mulher com FO Maputo, Cidade 17.07.2021

¹⁰ Entrevista com mulher com FO, Maputo, Cidade 16.07.2021

¹¹ Entrevista com mulher com FO, Maputo, Cidade 16.07.2021

¹² Entrevista com mulher com FO, Zambézia, Milange 29.07.2021

¹³ Entrevista com Líder Comunitário, Nampula, Angoche 27.07.2021

"Me sentia mal, passei mal, era humilhada, na igreja não ia, toda hora ficava em casa, não tinha como receber visita, nem no falecimento não podia ir, porque onde eu estava as pessoas falavam..."¹⁴

A questão de FO como tabu, ou doença numa abordagem restrita, não é um caso apenas arrolado como ponto de vista das mulheres com FO, do líder comunitário, ou do profissional de saúde, mas, é um sentimento genérico. Estes aspectos, dificultam a propagação do conhecimento sobre a doença fazendo assim com que a doença fique pouco conhecida, e apenas num círculo fechado, dificultando deste modo a procura de cuidados de saúde para tratamento ou cura. A primeira impressão de todas as mulheres com FO, foi sentimento de desespero, sentimento de desnoiteio, tristeza, melancolia e não saber o que fazer, como fazer diante da nova realidade em que se depararam, *"...eu quando vi que tinha essa doença, quase parece que fiquei maluca com tristeza. Já não sabia como podia viver com esse problema no meu corpo..."¹⁵*.

Foi possível constatar pelas entrevistas, que os aspectos negativos de caracterização da doença ao nível social e comunitário, faz com que maior parte das mulheres com FO participantes do estudo, se sintam triste, humilhada, amargurada, estigmatizada, e desmotivada para vida *"...eu fico triste, como se não fosse nada no mundo, porque mesmo as pessoas próximas em algum momento afastam-se e outras pessoas divertem-se com essa minha doença..."¹⁶*.

"...Eu me sentia mal, apanhava humilhação, quando passasse as pessoas me ofendiam diziam passa longe de nós porque você está a cheirar, era normal encontrar um grupo de pessoas sentadas logo que me vissem começavam a rir-se da minha doença..."¹⁷.

2.3 Informação e Comunicação para Saúde

A questão sobre Informação e comunicação para saúde, relaciona-se com o primeiro pilar da Estratégia de FO. Neste contexto, falaremos das mensagens que podem ser transmitidas na relação entre os técnicos de saúde e os utentes, na transmissão de mensagens sobre riscos, na educação dos utentes para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, nas relações interpessoais e na qualidade de atendimento dos utentes, neste caso concreto com as mulheres sobreviventes FO.

¹⁴ Entrevista com Mulher com FO, Zambézia, Mocuba, 30.07.2021

¹⁵ Entrevista com Mulher com FO, Nampula, Erati, 26.06.2021

¹⁶ Entrevista com Mulher com FO, Nampula, Angoche, 28.07.2021

¹⁷ Entrevista com Mulher com FO, Nampula, Angoche, 28.07.2021

Segundo as mulheres sobreviventes de FO, a informação recebida nas US, muitas vezes não era clara e nem objectiva, dificultando assim a percepção e conhecimento real do estado de saúde das mulheres com FO. Sendo assim, muitas mulheres afirmaram que após a alta hospitalar, não tinham conhecimento do seu estado debilitado, e da dimensão do problema. *"... eu quando saí do hospital não sabia que tinha FO, ninguém me disse nada no hospital, só fiquei admirada, quando comecei a ver sujidade a sair de mim sem controlo. Não sabia o que era, nem o nome da doença..."*¹⁸

Estes problemas de comunicação entre o pessoal de saúde e as Mulheres com FO, de algum modo acaba criando medo, e reticência na forma de olhar para os serviços de saúde.

De acordo com o relato das mulheres com FO, essa forma reticente de olhar para vida, deve-se ao facto de as mesmas sentirem um desconforto físico, que cria limitações de várias ordens, e impacta de forma negativa em todos os aspectos das suas vidas, por não poderem ter uma vida sexual activa e normal, assim como não poderem conviver normalmente com todas as pessoas,

*"...depois de se fazer a operação eu quando tento realizar relações sexuais, o sexo do homem com quem está no acto comigo não encontra o espaço, o orifício para a penetração na minha vagina, ela está suturada, o sexo do homem já não passa..."*¹⁹

2.4 Prevenção da FO

A questão da prevenção da FO, relaciona-se ao segundo pilar da Estratégia de FO. Quanto às acções de prevenção contra FO, os participantes do estudo afirmaram numa forma unânime, que apesar de todos vivenciarem a situação dramática das mulheres, sentem que pouco se faz ao nível das US, ao nível da comunidade, e da sociedade no geral para prevenção. De uma forma geral, os participantes afirmaram haver pouca divulgação, poucas campanhas de sensibilização sobre FO. A maior parte das mulheres entrevistadas, afirmou que só ficou a saber da existência da doença, depois de contrair a FO e ser diagnosticada, pelos sintomas da doença, *"... Eu nunca tinha ouvido falar de FO antes de apanhar. Não se fala o que a pessoa deve fazer para não apanhar esse problema"*²⁰.

*"... Nunca ouvi falar de FO antes de eu ter a doença. Mesmo agora, só costumo ouvir falar no hospital quando vou ao tratamento..."*²¹

¹⁸ Entrevista com Mulher FO, Nampula, Cidade, 23.07.2021

¹⁹ Entrevista com Mulher com FO, Nampula Cidade, 23.07.2021

²⁰ Entrevista com Mulher com FO, Nampula Cidade, 23.07.2021

²¹ Entrevista com Mulher com FO, Zambézia, Milange, 29.07.2021

Contudo, questionados os líderes comunitários e os profissionais de saúde sobre o que fazem para prevenção da FO, os mesmos reportaram e reconheceram que embora de uma forma insuficiente, fazem palestras nas US. Especificamente, em relação aos líderes comunitários, foi possível constatar que a maior parte dos mesmos não sabia o que fazer para prevenir a doença, porque pouco sabem sobre FO. Contudo, os poucos líderes comunitários que sabiam sobre FO, afirmaram categoricamente, fazerem palestras nas suas comunidades, e nos locais de aglomeração de pessoas, independentemente do sexo, com vista a sensibilizar as pessoas a evitar relações sexuais e casamentos precoces, que originam gravidez, partos e até FO em tenra idade *"...Eu como líder faço palestras nas mesquitas e na comunidade para falar de FO, porque é um problema das nossas filhas..."*²²

2.5 Inserção Social das Mulheres sobreviventes das FO

O aspecto da inserção social das mulheres sobreviventes de FO, relaciona-se ao Quarto pilar da Estratégia de FO. Relativamente à questão da inserção social das mulheres sobreviventes, e apoio psicossocial foi possível constatar que a forma como as mesmas se sentem tratadas, e acolhidas no meio familiar e social, influencia a sua inserção e recuperação psicológica. Muitas entrevistadas, afirmaram categoricamente que o fardo da doença lhes consumia física e psicologicamente, e mesmo assim nunca receberam nenhum apoio social, nenhum suporte psicológico, *"... Nunca recebi nenhum apoio, nem consolo...sempre sofria sozinha no meu canto com essa doença..."*²³

*"...Afectou-me psicologicamente, perdi auto estima, até pensar em suicidar-me, mas nunca recebi nenhum apoio..."*²⁴

No contexto da inserção social, a maior parte das entrevistadas, reportou que apesar de haver alguns familiares, parceiros conjugais e grupo de amigos a discriminar e abandonar as mulheres sobrevivente de FO, outros nem por isso. Duma forma geral, a família directa, os amigos, principalmente aqueles que sempre suportaram nos momentos críticos, antes da cirurgia são as pessoas citadas, como aquelas que sempre apoiaram psicologicamente numa forma incondicional *"...Desde que minha doença começou, meu marido sempre ficou comigo...Mesmo minha mãe e meu pai, sempre me ajudaram..."*²⁵ Todavia, existem também, aqueles parceiros (esposos) que preferem abandonar a mulher, *"...Fui muito desprezada, humilhada e aquele que era meu marido me deixou, foi ficar com outra mulher*

²² Entrevista com Líder Comunitário, Nampula, Angoche, 27.07.2021

²³ Entrevista com Mulher com FO, Nampula, Erati, 26.06.2021

²⁴ Entrevista com Mulher com FO, Nampula, cidade, 30.07.2021

²⁵ Entrevista com mulher com FO, Zambézia, Milange, 29.07.2021

boa..", "...A minha família isolou-me no momento, sofri discriminação, atribuíam-me nomes. mas as minhas amigas visitavam-me e apoiavam-me...." ²⁶.

Na lógica de inserção social, os profissionais de saúde, são citados como de importância vital, e principais protagonistas que se destacam com a sua empatia, total disponibilidade, e abertura no apoio psicossocial e inserção das mulheres sobreviventes de FO. Pela maneira como ajudam, e sempre assistiram incansavelmente no tratamento físico e mental das mulheres com FO, "... As pessoas do hospital sempre ajudaram, sempre me deram força até agora que já fui operada e estou a me sentir bem..." ²⁷

"...Não tenho palavras para agradecer as pessoas do hospital que sempre me ajudaram com meu problema, e me operaram sem me estranhar..." ²⁸

Para o caso da província da Zambézia, diferentemente de Nampula e Maputo, constatou-se que através do Ministério do Género, Criança e Acção Social (MGCAS), concretamente pelas Direcções Distritais do Género, Criança e Acção Social (DDGCAS), as mulheres com FO, para além do apoio psicossocial, recebem um apoio em produtos básicos alimentares de primeira necessidade no valor de 25-30 mil meticais, como (arroz, farinha, sabão, óleo, açúcar) para venderem, com vista a criarem uma forma independente de subsistência. É importante mencionar, que esse mecanismo de inserção social por via de ajuda em produtos alimentares é uma política do Governo através do Ministério de Género, Criança e Acção Social ao preconizado na estratégia actual de FO com apoio do Fundo das Nações Unidas para a População.

De acordo com as participantes do estudo, a ajuda financeira e os produtos alimentares recebidos para venda com vista a ganhar uma fonte autónoma de subsistência, tem sido um enorme catalisador para melhoria da inserção social das mulheres sobreviventes em todos aspectos "...eu recebi apoio de 25 mil meticais, com essas pessoas da acção social para começar negócio, e ter minha independência financeira..." ²⁹

Pois, a saúde física e mental melhora com as cirurgias de recuperação, e a autoestima e sensação de utilidade, melhora ao desempenharem uma actividade relevante, rentável com benefício prático

²⁶ Entrevista com mulher com FO, Maputo, Cidade, 16.07.2021

²⁷ Entrevista com mulher com FO, Zambézia, Mocuba, 30. 07.21

²⁸ Entrevista com mulher com FO, Zambézia, Milange, 31.07.2021

²⁹ Entrevista com Mulher com FO Zambézia, Mocuba, 30.07.2021

e imediato, *"...O apoio em dinheiro que recebi me ajudou muito, e agora que faço meu negócio já me sinto outra pessoa, até tudo na minha vida ficou melhor..."*³⁰

*"Já recebi apoio não em dinheiro, mas alimentos como arroz, óleo, bolachas, nick nack, açúcar e fósforo..."*³¹

2.6 Mecanismos de Mitigação da FO

O aspecto da mitigação de FO está relacionado ao segundo pilar da Estratégia de FO. No que concerne a proposta de mecanismo de mitigação de FO, foi unânime de participantes do estudo, tanto os profissionais de saúde, líderes comunitários assim como das mulheres sobreviventes de FO, mencionaram que a solução passa por abordar o problema de FO associado a casamentos prematuros, pois segundo os participantes, a solução passa por evitar gravidez prematura é a necessidade de consciencialização de ir a US assim que a mulher estiver grávida, *"...para melhor acompanhamento devemos falar nas palestras para evitar casamentos prematuros, porque quando menina que ainda é criança fica grávida é que dá esse problema de FO. . ."*³²

De acordo com os participantes, a questão da mitigação, também passa por aumentar a quantidade e a qualidade de recursos humanos (RH) especializados na área de FO, pois apesar dos hospitais possuírem condições para realizar as cirurgias de reparação, existem muito poucos profissionais de saúde a trabalharem nesta área, e dos poucos que trabalham na área, nem todos tem a perícia desejada para fazer cirurgias de sucesso *"...Nos temos material suficiente, só que nem todos operam, temos falta de pessoal que sabe operar bem FO, porque é um problema delicado..."*³³

Aliado a questão da mitigação, houve relatos de falta de material médico cirúrgico e falta de motivação dos profissionais de saúde em realizar cirurgias de FO, pelo facto das mesmas serem melindrosas, delicadas, exigirem muito tempo e dedicação do profissional, sem incentivo monetário, e com o agravante de nem sempre surtirem os resultados desejados, *"...Há falta de material, e às vezes os médicos tem que trazer seu material para cirurgia..."*³⁴ *"...Ninguém gosta de operar fístula, é sempre uma operação delicada..."*³⁵

³⁰ Entrevista com Mulher com FO, Zambézia, Milange, 31.07.2021

³¹ Entrevista com Mulher com FO Zambézia, Mocuba, 30.07.2021

³² Entrevista com Líder Comunitário, Nampula, Angoche, 27.07.2021

³³ Entrevista com Profissional de Saúde, Nampula, Cidade, 20.07.2021

³⁴ Entrevista com Profissionais de Saúde, Zambézia, Milange, 29.07.2021

³⁵ Entrevista com Profissional de Saúde, Zambézia, Quelimane, 21.07.2021

Os profissionais de saúde olham para a carga de trabalho resultante das cirurgias de FO como uma actividade dissociada da rotina quotidiana, por isso considerada como um fardo psicológico frustrante, e adicional, a sua rotina habitual descrita por elevada carga de trabalho aliada a falta de condições de trabalho (material médico cirúrgico) e incentivos monetários "... *Se pelo menos pagassem pelas cirurgias de FO, acho que as pessoas podiam ganhar motivação. Mas, assim, sem nada, ninguém quer, ninguém gosta de operar FO. Só vai operar FO aquele que sente pena, e tem empatia...*" ³⁶

Ligado a melhoria da qualidade de RH na mitigação da FO há necessidade de sensibilização de todo pessoal que trabalha no atendimento de Saúde Materno (SMI) e Maternidades, para melhorar a qualidade de serviços prestados, pois há relatos de Mulheres que assumem ter contraído FO por conta do mau atendimento na sala de parto, "... *Eu acho que fiquei rasgada porque sofri muito no dia do parto sem ajuda. Eu chorei, pedi muito ajuda as enfermeiras, e elas só riam, riam e me ignoraram até eu perder forças, e rasgar tudo...*" ³⁷

Ainda relacionado ao aspecto da mitigação de FO, o outro elemento importante mencionado, apesar de transversal, é a necessidade de melhoria das vias de acesso às US periféricas, "...*A maior parte dos casos que aparecem e operamos aqui, vem do campo, de muito longe, são aquelas mulheres que tem problema de via de acesso para chegar ao hospital, e quando chegam já está praticamente tudo estragado...*" ³⁸ "...*muitas mulheres têm dificuldades de falta de transporte, para vir ao hospital....*

"O outro desafio para manutenção das mulheres com FO é a dificuldade de mobilidade das vítimas por causa das distâncias para US, falta de capacidade financeira das vítimas para se locomoverem a US, e o acanhamento das vítimas causado pela estigmatização ..." ³⁹

Aliás, estes aspectos acima expostos constituem desafios para a manutenção e seguimento das mulheres sobreviventes de FO.

2.7 Sistema de Referenciamento das Mulheres Sobreviventes de FO

Relativamente ao sistema de referenciamento das mulheres sobreviventes de FO, nos Hospitais Distritais muitas vezes o referenciamento é feito pelos Agentes Polivalentes Elementares (APEs), pelas famílias das sobreviventes de FO, e pelos anúncios das campanhas de cirurgia de FO nas rádios comuniretárias. Em relação aos Hospitais Centrais, as Mulheres são transferidas de outras

³⁶ Entrevista com Profissional de Saúde, Nampula, Cidade, 20.07.2021

³⁷ Entrevista com mulher com FO, Nampula, Cidade, 21.07.2021

³⁸ Entrevista com Profissional de Saúde, Nampula, Cidade, 20.07.2021

³⁹ Entrevista com Profissional de Saúde, Zambézia, Morrumbala, 26.07.2021

US periféricas que não fazem cirurgias, "... Algumas mulheres vêm transferidas dos centros de saúde, outras ouvem na rádio comunitária e aparecem para serem operadas quando há campanhas..."⁴⁰

Apesar de haver várias US a fazerem cirurgias de FO, constatou-se que não existem instalados Comité de Gestão de FO em nenhuma unidade sanitária, e nenhum comité hospitalar para gestão de FO. Do mesmo modo, não existem livros de registo especificamente para FO, dificultando assim o devido seguimento das mulheres."... Se houvesse comité de gestão de FO, acho que seria melhor e os profissionais iriam se dedicar mais e melhor, a isso... ...assim como falta de livro de registo só para FO é um verdadeiro desafio..."⁴¹

Os aspectos acima mencionados retratam a forma como os profissionais da área de Saúde Materna Infantil (SMI), olham para os diferentes serviços prestados, de uma forma verticalizada, e não complementar. Esta forma verticalizada de perceber o sistema de cuidados de saúde Materna, acaba fazendo com que os aspectos ligados ao tratamento da FO fiquem negligenciados.

3. Discussão

Neste capítulo, iremos discutir os principais aspectos apresentados no resultado, tendo em conta o objectivo geral da pesquisa que consistia em avaliar o impacto do ambiente político e social, através da Informação, Educação e Comunicação (IEC) e advocacia, para a redução da prevalência das fístulas obstétricas.

No que diz respeito ao perfil das mulheres sobreviventes de FO, o presente estudo confirmou que maior parte das mulheres participantes no estudo, contraiu a FO em tenra idade, como consequência de trabalho de parto arrastado, deficiente acesso nos cuidados de saúde, e porque nesta fase tenra, o corpo feminino, ainda não completou sua maturidade física, uma obstrução durante o trabalho de parto é mais comum. Em Moçambique, à semelhança de outros países com características demográficas, sociais, culturais e económicas similares, evidenciaram que cerca de 70% das mulheres com FO se situam abaixo dos trinta anos de idade. E em alguns casos estas percentagens cobrem faixas etárias em torno dos 14 a 15 anos de idade (4).

⁴⁰Entrevista com Profissional de Saúde, Zambézia, Morrumbala 26.07.2021

⁴¹Entrevista com Profissional de Saúde, Nampula, Cidade 20.07.2021

No que concerne a relação de nível de escolaridade ou educação, foi possível constatar no contexto da actual pesquisa, que a maior parte das mulheres sobreviventes de FO tem apenas o nível primário de escolaridade, e provém de famílias humildes socialmente, e com fraca capacidade financeira. Este aspecto remete-nos à reflexão sobre a influência da educação, associada a estrutura familiar em todos aspectos, influenciar o início da procriação, e por sua vez, pode contribuir para o maior risco de exposição a FO. Principalmente nas áreas rurais, onde as crianças contribuem para a economia doméstica desde a tenra idade, por isso o trabalho familiar tem sido tradicionalmente fundamental para a economia rural, esperando-se que as crianças disponibilizem seu contributo para o efeito. Assim, pode-se considerar que a estrutura familiar pode desenvolver ou travar a alfabetização.

Estes factos nos ajudam a perceber que quanto menor é o nível de escolaridade, menor é a capacidade de perceber e escolher a melhor fase para o início da procriação. Similarmente, outro estudo concluiu que existe uma relação parcialmente mecânica entre a taxa de alfabetização, taxa de fecundidade e taxa de exposição ao risco de contrair problema obstétrico (13). Por outro lado, refere-se que uma idade precoce no primeiro relacionamento marital e no nascimento de filhos é comum entre mulheres com baixo nível de educação, e em contrapartida a exposição a fecundidade diminui com o nível de educação (12).

A questão do estado marital ou casamento definido no presente contexto, como qualquer tipo de coabitação conjugal. A semelhança dos achados doutros estudos, como é o caso do Nepal (60%), Níger (76%) e Índia (50%), em que a maioria das raparigas contraíram FO precocemente (12), esta pesquisa constatou que em Moçambique, 78% das mulheres casaram e continuam a casar antes dos 18 anos. Consta que, embora se trate de um fenómeno complexo, e que deve ser entendido sob efeito de determinantes muito variadas, tem alguma relação com o início do período da exposição à concepção, e por sua vez a exposição ao risco de contrair FO. A questão da exposição ao casamento em tenra idade, e das consequências nefastas do acto, é particularmente relevante em sociedades onde valorizam a mulher em função do casamento e procriação, colocando a mulher numa situação desprivilegiada.

Os factores que levam a execução e manutenção de casamentos precoces, incluem a pobreza, o desejo por parte dos pais de assegurar que as relações sexuais ocorram dentro do casamento, a falta de oportunidade de educação ou emprego, a noção de que o principal valor das raparigas está

ligado ao facto de serem esposas e mães e os sistemas onde existe a compensação matrimonial. Assim, as raparigas que engravidam em tenra idade, podem ser alvo por parte das famílias e comunidades, de uma grande pressão no sentido de se casarem (12). De forma similar, entende-se que apesar de não existirem dados oficiais do número de mulheres sobreviventes por FO (14), em Moçambique, estima-se que sejam milhares. Trata-se de um grave problema de saúde pública com consequências enormes do ponto de vista económico, social e cultural.

As zonas de elevadas taxas de aparecimento de fístulas são Zambézia e Nampula. A elevada prevalência de fístulas nestas zonas prende-se, não só, com a baixa cobertura assistencial ao parto nas zonas rurais destas províncias, mas também, com uma maior incidência de factores de natureza cultural, como por exemplo, os casamentos prematuros com partos numa idade muito precoce. A acrescentar aos factores institucionais e culturais, o baixo estatuto socioeconómico e a pobreza absoluta, tornam o país altamente vulnerável à ocorrência de fístulas vesico-vaginais. Por isso, o argumento segundo o qual a diminuição da fecundidade e procriação, pode ser obtida pelo aumento da idade no casamento. Uma idade elevada na altura do casamento, reduz o período provável de exposição à procriação, havendo deste modo, uma associação positiva entre o início da maternidade numa idade precoce e número total de filhos (14).

Referente a localização da residência em relação a US, foi possível constatar que quase todas participantes, viviam distantes da US no momento do parto que culminou com a FO. E que a falta de condições financeiras, as precárias vias de acesso, e atendimento deficiente na US, caracterizado por um lado pela demora no atendimento, e por outro lado pela falta de empatia do pessoal de saúde afecto a sala de parto, foram outros aspectos mencionados pelas Mulheres com FO.

No que concerne ao conhecimento e atitudes da comunidade sobre a FO, a mesma é consensualmente definida como uma torneira aberta que se manifesta por incontinência urinária, resultante da destruição do canal vaginal, causando disfunção que tem causas explicáveis cientificamente, e pode ser tratada e curada. Contudo, ao nível comunitário, apesar de conhecerem os contornos da manifestação da FO, consideram-na um tabu porque tanto as mulheres, bem como os familiares das mulheres com FO e a comunidade em geral, têm receio de abordar o assunto. E se o abordam, fazem-no com reservas deixando as mulheres numa situação de embaraço, desconforto e discriminação.

Outro aspecto relacionado ao conhecimento e atitudes da comunidade, tem a ver com o facto de olharem para o processo de tratamento e cura de FO com receio e muito medo por envolver cirurgia. O facto de se falar do termo cirurgia ou operação no processo de tratamento, remete as mulheres com FO e as famílias das mesmas num estado de tensão e medo constante, constituindo assim uma barreira e inibição fazendo com que muitas vezes, as mulheres com FO evitem ir a procura de cuidados de saúde na US.

A percepção da comunidade sobre a cura de FO, remete-os incontornavelmente a pensarem no perigo da morte. Por isso, aquilo que deveria ser visto como uma solução para o problema de FO, acaba sendo mais um obstáculo para as mulheres sobreviventes de FO.

Ainda relacionado ao conhecimento e percepção das mulheres sobreviventes de FO, as mesmas se sentem excluídas e diminuídas pela comunidade, porque muitas vezes são rejeitadas e abandonadas pelos parceiros e pelos familiares que deveriam cuida-las. Contudo, na óptica dos líderes comunitários, as mulheres com FO se auto excluem pela sua condição. O facto é que as mulheres sobreviventes de FO se caracterizam como isoladas, abandonadas, deprimidas e discriminadas, de tal forma que, isso contribui de maneira significativamente negativa na sua qualidade de saúde mental.

No que concerne a prevenção da FO, foi possível constatar pelos depoimentos dos participantes de forma consensual que há vários níveis de responsabilidades, nomeadamente: Responsabilidade individual, responsabilidade da parte da comunidade, responsabilidade da parte do governo ou provedores de saúde.

- **Da parte individual:** A rapariga deve tomar consciência que não deve iniciar a actividade sexual, não deve entrar para o casamento, não deve iniciar a procriação em tenra idade. E caso fique grávida em tenra idade, deve imediatamente procurar os serviços de saúde para o devido acompanhamento.
- **Da parte da comunidade:** evitar forçar casamentos prematuros, e consciencializar a rapariga sobre os problemas que advêm da gravidez prematura, os pais e família em geral devem incentivar e investir na educação da rapariga, assim como das adolescentes sobre os riscos da maternidade precoce. Pois as mulheres que vivem em uniões forçadas, para além de verem os direitos violados, sofrem severas consequências relativamente ao seu

bem-estar físico, psicológico, emocional, de saúde reprodutiva, nas oportunidades de progressão educacional e na vida como adultas.

- **Da parte dos gestores e dos provedores de saúde:** disseminando informação certa para o uso dos serviços de saúde e oferecendo todos os serviços de saúde da mulher, acima de tudo, da área obstétrica.
- **Da parte do governo:** criar condições de fácil acesso às US, contribuindo para a eliminação da pobreza extrema e no cumprimento dos direitos humanos sobre as mulheres. Para reverter o cenário, o governo deveria também intensificar campanhas de sensibilização a todos níveis e contextos, especialmente nas escolas, para dotar as raparigas de conhecimento e capacidade de escolha e decisão. Portanto, o governo deveria adoptar políticas da protecção da rapariga, trabalhar activamente na criação de uma rede integrada de atendimento à saúde da mulher, que proporcione acesso atempado aos procedimentos obstétricos de emergência quando necessários e também possibilite o tratamento das FO integrado à rotina de assistência das unidades.

Relacionado a questão da mitigação, foi possível constatar o lado das mulheres e das comunidades que devem olhar para FO como um problema prevenível, tratável e curável sem medos nem tabus seguindo as orientações de saúde. E por outro lado, a necessidade dos profissionais de saúde, olharem e assumirem questões ligadas a FO, como parte de actividade ligada ao quotidiano de quem trabalha directamente com saúde da mulher na maternidade, e não olharem a FO como um fardo adicional, dissociado dos problemas gineco-obstétricos.

No que concerne às condições de trabalho dos profissionais de saúde, foi possível constatar que as equipas do MISAU envolvidas nas campanhas de cirurgia de reparação das FO, ainda se deparam com a falta de material médico-cirúrgico, transporte das pacientes e todos problemas de um sistema de saúde fragmentado. Esses elementos acima descritos, contribuem por um lado para frustração dos profissionais de saúde, e por outro lado, para degradação da qualidade de vida das mulheres com FO, mortes prematuras, conduzindo de uma forma geral a violação dos direitos humanos e especificamente, dos direitos da saúde reprodutiva das mulheres.

Referenciando a questão ligada a inserção social e apoio psicossocial das mulheres com FO, foi possível constatar que apesar de algumas famílias discriminarem as mulheres com FO, de uma forma geral o seio familiar tem sido o primeiro e melhor local de apoio às mulheres sobreviventes de FO, por ser o local onde recebem carinho e suporte para o dia a dia. Embora muitas mulheres sobreviventes reclamem de falta de apoio consistente das instituições do governo, todos os participantes do estudo, de uma forma consensual confirmaram que as US através do seu pessoal, são figuras muito mencionadas, como as que desempenham um papel relevante e imprescindível no apoio a mulheres sobreviventes de FO, porque para além de prestarem assistência médica, para o tratamento e cura da FO, também oferecem suporte psicológico.

A DD de Acção Social, também é um órgão de importância fundamental no apoio psicossocial das mulheres com FO, principalmente na província da Zambézia, na medida em que oferece apoio financeiro para geração de rendimento e sobrevivência, assim como oferecem ajuda psicológica para recuperação do estado emocional e da energia produtiva para o próprio desenvolvimento da rapariga.

Na lógica de inserção social, também há a referenciar as ONG de base comunitária, que por iniciativa própria e sem uma justificação plausível aparente, preferem prestar a ajuda monetária, para as mulheres reiniciarem as suas vidas e ganharem fonte financeira de subsistência, contudo, é importante referenciar que este tipo de apoio difere do preconizado na estratégia e do que o Estado Moçambicano faz.

No que diz respeito à questão de referenciamento das mulheres com FO, foi possível constatar que não existe um sistema linear e pré-estabelecido de referenciamento das mesmas. Algumas são referenciadas pelos agentes polivalentes elementares (APEs), outras são referenciadas de US menores e sem capacidade para cirurgia de FO para US de referência de cirurgia de FO. Do mesmo modo, um número considerável chega a US de referência para cirurgia por via da mobilização feita nas rádios comunitárias, pelos líderes comunitários e pelas organizações de base comunitárias que actuam nas zonas rurais e recônditas. Por exemplo, no Distrito de Mocuba, na província da Zambézia, existe a Associação de Mulheres Unidas nos Direitos de Combate às FO (AMUDHF), apoiadas pela Comunidade Santo Egídio e pelo Núcleo das Associações Femininas da Zambézia (NAFEZA) que recebe fundos da UNFPA para a identificação e referenciamento das pacientes com FO para o tratamento e reparação.

Uma vez que se constatou não existir uma estrutura rígida e verticalizada como um Comité de Gestão da FO ao nível dos hospitais, para melhorar o sistema de referenciamento, gestão e monitoria dos casos os profissionais de saúde sugerem que se crie Comités de Gestão de FO em todas US.

4. Conclusão

Em Moçambique o problema da FO não é recente, mas a história do tratamento é recente. As mulheres que vivem com FO são muito jovens, com baixa escolaridade, grande parte delas adolescentes, provenientes de um contexto social de pobreza, com fraco acesso aos cuidados básicos de saúde reprodutiva, desconhecem métodos anticonceptivos, concretamente de maternidade segura. Muitas vezes elas são vítimas de discriminação e rejeição provocando assim, depressão e sensação de abandono. A discriminação que afecta directamente as mulheres com FO, afecta a sua participação completa na sociedade. As relações desiguais entre homens e mulheres, limitam frequentemente o controle das mulheres sobre a sua actividade sexual, sobre a decisão de quando engravidar e conseqüentemente da exposição ao risco de contrair FO.

A FO é uma doença que tem tratamento e cura, mas muito pouco difundida, por isso muito poucas pessoas sabem sobre a mesma. É preciso desmistificar a doença falando, dando a conhecer de modo a evitar mais sofrimento para as mulheres sobreviventes de FO, discriminação e exclusão social. Há necessidade de olhar para FO duma forma holística, criando serviços integrados de apoio às mulheres com FO porque para a sua prevenção, tratamento e inserção social, há necessidade de envolvimento de outras áreas transversais como educação, acção social e área da Justiça.

Embora haja esforços com vista a melhorar a situação das mulheres com FO a todos os níveis, muito pouca advocacia tem sido feita em prol da prevenção e tratamento da FO. Apesar de haver um apoio financeiro às mulheres na província da Zambézia para reintegração social das mulheres com FO, há necessidade de se estender esse apoio para todo país, pois isso iria contribuir significativamente para diminuir o nível de vulnerabilidade das mulheres com FO.

Embora o MGCAS seja o responsável primário pela área de reintegração social que também inclui o apoio psicossocial as mulheres com FO a todos níveis, há necessidade de explorar e racionalizar os aspectos positivos da confiança que as mulheres com FO e familiares tem nos hospitais que são

a principal porta da entrada. Em relação aos serviços de FO, constatou-se melhorias ao nível das US. Há mais e melhores recursos financeiros e humanos para tratar FO. Portanto, apesar de haver uma evolução positiva, há ainda muito por melhorar porque anualmente continua-se a registar muitos casos de FO para poucas oportunidades de cirurgias de reparação, e as mesmas não são suficientes para mitigar e eliminar os casos recentes e antigos.

5. Recomendações

- Aumentar advocacia sobre FO a todos níveis (incluindo ao nível comunitário) com vista a evitar o aumento de casos de FO; trabalhar na redução dos casamentos prematuros, reforçar a comunicação acerca da necessidade de cuidados pré-natais e de parto em unidades de saúde;
- Melhorar a qualidade e o número de RH e serviços para as mulheres desde a consulta pré-natal, serviços de maternidade e de pós-parto, por forma a prevenir o surgimento desta condição e/ou a promover o diagnóstico e tratamento oportuno;
- Investir na educação e advocacia das raparigas na comunidade;
- Criar comité de gestão da FO com vista a melhorar o seguimento e monitoria das mulheres tratadas e das que necessitam de tratamento;
- Criar mecanismos de incentivar os RH que trabalham com FO;
- Reforçar o apoio psicossocial pois a maior parte das mulheres com FO se sente deprimida;
- Integrar o acompanhamento destas mulheres no pacote dos agentes comunitários;
- Necessidade de contínua avaliação da implementação da estratégia de FO para que os resultados obtidos possam informar ao programa e parceiros sobre as necessidades de ajustes durante o processo de implementação e implantação do programa;
- Há necessidade de aumentar através da formação em trabalho e formação inicial o número de profissionais especializados no tratamento de FO;
- Existe necessidade de apoio integrado entre o sector de saúde, sector de educação e sector da justiça;
- É importante e urgente a colaboração e coordenação entre especialistas cirurgiões e Gineco-Obstetras com vista a operarem FO;

- Necessidade de melhoria de notificação e monitoria da informação relacionada com FO, através da criação ou inclusão de indicadores de interesse num sistema de informação oficial;
- Há que se ter em conta, na elaboração da nova estratégia, o guião global de FO lançado em 2021 – “**Guiding principles for clinical management and programme development**”, sendo este um documento orientador para a adoção de boas práticas de gestão de um programa de FO.

6. Referências Bibliográficas

1. A Fístula Obstétrica e a situação em Moçambique [Internet]. WLSA Moçambique. 2011 [citado 18 de Outubro de 2020]. Disponível em: <https://www.wlsa.org.mz/artigo/a-fistula-obstetrica-e-a-situacao-em-mocambique/>
2. Miller S, Lester F, Webster M, Cowan B. Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy. *J Midwifery Women's Health*. 2005;50(4):286–94.
3. Unite Nation. Intensifying efforts to end obstetric fistula within a generation Report of the Secretary-General. General Assembly, USA, July 2018, 18 p. [Internet]. [citado 18 de Outubro de 2020]. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resourcepdf/SG_Report_Fistula_2018_FINAL.pdf
4. Ministério da Saúde. ESTRATÉGIA NACIONAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FÍSTULA OBSTÉTRICA. 2012, 36p. [Internet]. [citado 18 de Outubro de 2020]. Disponível em: https://mozambique.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/LIVRO ESTRATEGIA_06_12_12.pdf
5. Censo 2017 Brochura dos Resultados Definitivos do IV RGPH - Nacional.pdf — Instituto Nacional de Estatística [Internet]. [citado 4 de Novembro de 2020]. Disponível em: <http://www.ine.gov.mz/iv-rgph-2017/mocambique/censo-2017-brochura-dos-resultadosdefinitivos-do-iv-rgph-nacional.pdf/view>
6. Guerra L. Uma análise sócio antropológica da Fístula Obstétrica em Moçambique. 30ª Reunião brasileira de antropologia. Brasil, 2016.
7. Revised-evaluation-criteria-dec-2019.pdf [Internet]. [citado 4 de Novembro de 2020]. Disponível em: <https://www.oecd.org/dac/evaluation/revised-evaluation-criteria-dec-2019.pdf>
8. John W. Creswell-Research Design_ Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches-SAGE Publications, Inc (2013).pdf. 44
9. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approach. 4th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2014. 273
10. Obaid, T. A. (2003). The State of World Population 2003. Making 1 billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights. New York: UNFPA.
11. Todd, E. (1999). A Diversidade do Mundo: Família e Modernidade. Lisboa: Instituto Piaget.
12. Lorimer, F. (1969). Culture and Human Fertility. New York: Greenwood Press.