



FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Dissertação

Perfil Epidemiológico e Social de Mulheres com Fístula Obstétrica atendidas em 5 US das Províncias de Cabo Delgado, Niassa, Nampula, Sofala e Inhambane-Moçambique, entre 2015 a 2017

Nome do estudante: Armando Jorge de Melo

Supervisor: Prof. Dr. Gerito Augusto

Co-Supervisor: Dr. António Bomba



FACULDADE DE MEDICINA

CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Perfil Social e Epidemiológico de Mulheres com Fístula Obstétrica atendidas em 5 US das Províncias de Cabo Delgado, Niassa, Nampula, Sofala e Inhambane-Moçambique, entre o 2015 a 2017

O Candidato

Armando Jorge de Melo

Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, sob orientação do Prof. Doutor Gerito Augusto e Doutor António Bomba (*in memorium*)

Maputo, Maio de 2025

Declaração da originalidade do trabalho

Armando Jorge de Melo, estudante do curso de Mestrado em Saúde Pública, matriculado sob o número 20104911 com a entidade nº77001-22549292980, declaro por minha honra e categoricamente, que esta Dissertação de Mestrado, nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau académico num outro âmbito e que ele constitui o resultado do meu labor individual. Esta reflecte um estudo original e nunca foi apresentada em nenhuma academia na sua íntegra ou parte desta para a obtenção de qualquer grau académico.

Declaro, também, que este trabalho foi escrito por mim e que toda ajuda que recebi durante o trabalho de investigação e na produção deste relatório tem os devidos agradecimentos e reconhecimento em página própria.

Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública da Universidade Eduardo Mondlane com o Tema:

Perfil Social e Epidemiológico de Mulheres com Fístula Obstétrica (FVV/FRV) atendidas em US das Províncias de Cabo Delgado, Niassa, Nampula, Sofala e Inhambane-Moçambique (Janeiro de 2015 – Outubro de 2017).

Assinatura do Autor

Armando Jorge de Melo

Dedicatória

Aos meus Pais, Jorge Francelino de Melo e Mariamo Ganí, *in memorium* pela educação, coragem e espírito de sacrifício que tiveram para a minha formação e constituem exemplo da vida.

À minha esposa, Beatriz José Elias de Melo;

Aos meus filhos, Lara, Gisela, Mariamo e Gerson de Jesus;

E aos meus irmãos

Por toda a paciência, amor e carinho prestados durante a minha formação.

Agradecimentos

Os meus primeiros agradecimentos vão ao Senhor DEUS pelo Dom da Vida e da humanidade.

Agradeço aos meus Pais, “*in memorium*” por me terem colocado neste mundo.

Agradeço à família, de modo especial a minha esposa e aos meus filhos pela compressão, ajuda e suporte moral.

Às direcções dos Hospitais Central da Beira e Nampula, Hospitais Provinciais de Niassa e Cabo Delgado e ao Hospital Rural de Vilanculos, por me terem autorizado a realizar a pesquisa para este trabalho.

Ao Dr. Gerito Augusto por todo apoio e paciência dado na elaboração deste trabalho.

Ao Dr. António Bomba (*in memorium*) por todo apoio moral e coragem que sempre me dispensou para continuar a fazer este trabalho.

Ao Professor Aldo Marchesini que sempre me acarinhou e me ensinou os passos firmes para gostar e amar o acto de tratar as pacientes que sofrem desta doença.

Aos meus docentes do mestrado, pelo acompanhamento e valiosos ensinamentos transmitidos durante a minha formação.

Às dignas pacientes que sempre me deram o seu sorriso e amabilidade e aquelas lágrimas que jamais esquecerei, e que sempre que as via, estimulava-me mais para que em algum dia viessem a não ter mais lágrimas.

Agradeço a todos colegas médicos, enfermeiros, anestesistas, auxiliares dos Blocos operatórios e todo outro pessoal de apoio por tudo que fizeram por mim, para que se concretizasse este estudo.

Índice

Conteúdo	Pág.
Declaração da originalidade do trabalho	i
Dedicatória.....	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	vi
Abstract.....	vii
Lista de siglas e abreviaturas	viii
1. Motivação.....	1
2. Objectivos.....	2
2.1. Geral.....	2
2.2. Específicos	2
3. Contribuição	3
4. Problema.....	4
5. Questão de pesquisa	5
6. Revisão de literatura.....	5
6.1. Epidemiologia	8
6.2. Factores de risco das fistulas obstétricas	8
6.3. Etiologia e patogénese da fistula obstétrica	10
6.4. Tratamento	10
6.5. Situação das fístulas obstétricas em Moçambique	11
7. Enquadramento teórico ou conceptual	12
8. Metodologia	14
8.1. Desenho do estudo	14
8.2. Local de estudo.....	14
8.2.1. Hospital Central de Nampula (HCN)	14

8.2.2. Hospital Central da Beira (HCB).....	15
8.2.3. Hospital Provincial de Lichinga (HPL).....	16
8.2.4. Hospital Provincial de Pemba (HPP).....	16
8.2.5. Hospital Rural de Vilankulo	17
8.3. População de estudo	17
8.4. Critérios de inclusão	18
8.5. Critérios de exclusão	18
8.6. Amostragem e tamanho de amostra.....	18
8.7. Técnicas de recolha de dados	19
9. Análise de dados.....	19
10. Considerações éticas	20
11. Limitações do estudo.....	21
12. RESULTADOS	22
13. Discussão.....	26
14. Conclusões	29
15. Recomendações.....	30
Referências bibliográficas	31

Índice de tabelas

Tabela 1A: Análise das características sociodemográficas associadas ao diagnóstico ou não das FO nas US em estudo – Moçambique (n=542)	22
Tabela 1B: Análise das características sociodemográficas associadas ao diagnóstico ou não das FO nas US em estudo - Moçambique (n=542)	25

Resumo

A fístula obstétrica (FO) é uma complicação grave do parto obstruído e prolongado, prevalente em países subdesenvolvidos como Moçambique, onde o acesso a cuidados obstétricos de emergência é limitado. Com uma alta taxa de mortalidade materna, Moçambique carece de informações epidemiológicas sobre a fístula. Este estudo tem como objectivo avaliar o perfil social e epidemiológico das mulheres atendidas com FO entre 2015-2017 em cinco Unidades Sanitárias (US) das Províncias de Cabo Delgado, Niassa, Nampula, Sofala e Inhambane. É um estudo transversal analítico que se baseou na análise de processos clínicos das pacientes com FO, onde se fez uma estatística descritiva e teste de qui-quadrado para se verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas e a fístula obstétrica. O estudo analisou 542 mulheres, das quais 91,3% foram diagnosticadas com FO. A idade mediana foi de 26 anos, sendo 40% casadas e 81,5% viviam em zonas rurais. Quase metade das participantes (47,4%) não tinha qualquer nível de escolaridade, e 73,9% tiveram o último parto numa unidade sanitária. As variáveis que tiveram associação estatisticamente significativa para a ocorrência de FO foram a idade, zona de residência, o nível de escolaridade, assistência no parto e a ruptura uterina. O estudo revelou uma alta ocorrência de FO predominantemente em mulheres jovens, provenientes de áreas rurais, sem escolaridade e primigestas. A chegada tardia às unidades sanitárias e a falta de acompanhamento pós-parto adequado contribuíram para a ocorrência de FO, apesar da assistência por profissionais de saúde durante o parto.

Palavras-chave: Fístula obstétrica, Moçambique, factores de risco, países em desenvolvimento

Abstract

Obstetric fistula (OF) is a severe complication of obstructed and prolonged labor, prevalent in underdeveloped countries such as Mozambique, where access to emergency obstetric care is limited. With a high maternal mortality rate, Mozambique lacks epidemiological information on fistula. This study aims to assess the social and epidemiological profile of women treated for OF between 2015–2017 in five health facilities (HF) in the provinces of Cabo Delgado, Niassa, Nampula, Sofala, and Inhambane. It is an analytical cross-sectional study based on the analysis of medical records of patients with OF, using descriptive statistics and chi-square tests to verify associations between sociodemographic variables and obstetric fistula. The study analyzed 542 women, of whom 91.3% were diagnosed with OF. The median age was 26 years, with 40% married and 81.5% living in rural areas. Nearly half of the participants (47.4%) had no formal education, and 73.9% had their last delivery in a health facility. Variables that showed a statistically significant association with the occurrence of OF included age, place of residence, educational level, delivery assistance, and uterine rupture. The study revealed a relative high occurrence of OF predominantly among young women from rural areas, with no education and primiparous. Late arrival at health facilities and lack of adequate postpartum follow-up contributed to the occurrence of OF, despite delivery assistance by health professionals.

Keywords: Obstetric fistula, Mozambique, risk factors, developing countries

Lista de siglas e abreviaturas

AEU- abertura externa da uretra

FUV- Fístula Uretrovaginal

FUVV-Fístula Uretro-Vesico-Vaginal

FVC - Fístula Vesico-Cervical

FVCUV-Fístula Vesico-Cervico-;Útero-Vaginal

FVCV- Fístula Vesico-Cervico-Vaginal

FVR -Fístula Vagino Rectal

FVU- Fístula Vesico-Uterina

FVUV- Fístula Vesico-Utero-Vaginal

FVV- Fístula Vesico-Vaginal

FVV -Fístula Vesico-Vaginal (uretral)

IM-Intramuscular

IV-Intravenosa

JUV- Junção Uretro-Vesical

1. Motivação

A saúde da mulher, particularmente nos contextos de países em desenvolvimento, enfrenta desafios significativos que muitas vezes passam despercebidos pela sociedade. Entre esses desafios, destacam-se as complicações relacionadas às fístulas obstétricas, uma condição frequentemente associada a partos prolongados ou mal assistidos. Esta realidade atinge mulheres de todas as idades, mas é especialmente devastadora para jovens e adolescentes.

O relato que se segue expõe uma das principais motivações para a realização desta pesquisa

“uma jovem de 17 anos, trazida pela sua mãe e avó, depois ter ouvido pela rádio comunitária que toda a mulher que estivesse a perder urina deveria ir ao Hospital Central da Beira para ser tratada. Fazendo um grande esforço, em volta de duas capulanas, caquética e com um cheiro a urina muito forte a adolescente chegou finalmente ao Hospital. Referia que há mais ou menos três anos estava em casa dos seus pais, quando apareceu um senhor adulto que a lobolou. Daí foi viver com ele , juntamente com duas senhoras que eram esposas dele e cada uma vivia na sua casa, mas próximas uma da outra.

Vi a menina que estava com a capulana interna toda molhada e muito magra. Conversei com ela e dei-lhe coragem.

Levei-a a marquesa, onde vi nas coxas muitas borbulhas devido a urina que a queimava diariamente e a todo momento; Na observação feita verifiquei que tinha uma Fístula grande de cerca de 4 cm com exposição dos ureteres onde estes só drenavam para a sua linda capulana.

Depois da observação prometi a menina que eu iria trata-lhe e iria ficar bem e curada. Naquele dia eram 60 mulheres todas com perdas de urina, cada uma com a sua história e cada uma com o seu estrago do canal vaginal, provocado pelo parto, parto que deveria ser um direito universal mas estas e muitas outras que vieram, depois foram negadas esse direito.

Diria que esta era uma jovem cuja adolescência e a vida adulta poderiam estar totalmente destruídas no momento em que deveria ter começado, se eu e muitos outros cirurgiões de Fístulas Obstétricas não tivéssemos aparecido.”

Foi diante destas e mais histórias que o investigador decidiu dedicar-se à reabilitação dessas mulheres, devolvendo-lhes a saúde, a dignidade e a esperança. Assim sendo, sentiu a necessidade de não apenas actuar directamente no tratamento dessas mulheres, mas também de compreender mais profundamente os factores que contribuem para a ocorrência de FO. Assim, este trabalho nasceu da urgência de identificar e analisar o perfil social e epidemiológico das mulheres atendidas entre 2015 e outubro de 2017 com FO, oferecendo uma base sólida para intervenções mais eficazes.

A motivação deste trabalho busca contribuir para o análise do perfil social e epidemiológico das mulheres com FO e, a partir disso, propor estratégias concretas que envolvam diversos actores da saúde e da sociedade civil e, assim, reduzir a ocorrência de fístulas obstétricas, especialmente entre aquelas que possuem maior vulnerabilidade devido ao seu perfil clínico, epidemiológico e social.

2. Objectivos

2.1. Geral

- Analisar o perfil epidemiológico e social de mulheres com Fístula Vesico Vaginal /Fístula Recto Vaginal atendidas nos Hospitais Centrais de Nampula e Sofala: Hospitais Provinciais de Lichinga e Pemba e Hospital Rural de Vilanculos, entre os períodos de Janeiro de 2015 – Outubro de 2017.

2.2. Específicos

- Descrever as características sociais e epidemiológicas de mulheres com Fístula Vesico Vaginal e Fístula Recto Vaginal atendidas nos Hospitais Centrais de Nampula e Sofala, Hospitais Provinciais de Lichinga e Pemba e Hospital Rural de Vilanculos, correspondentes às 03 regiões do País norte, centro e sul;
- Descrever a história obstétrica de mulheres com Fístula Vesico Vaginal e Fístula Recto Vaginal atendidas nos Hospitais Centrais de Nampula e Sofala, Hospitais Provinciais de Lichinga e Pemba e Hospital Rural de Vilanculos.

- Identificar os factores sociais e epidemiológicos determinantes para a ocorrência das FO na população em estudo.

3. Contribuição

A escolha deste tema fundamenta-se em diversos factores relevantes, com uma contribuição significativa para o entendimento e enfrentamento das fístulas obstétricas (FO) em Moçambique. Primeiramente, as FO representam uma importante causa de morbilidade materna, posicionando o país entre os 20 com maior prevalência dessa condição em nível mundial. Apesar de sua relevância como problema de saúde pública, com impacto significativo na saúde sexual e reprodutiva tanto em Moçambique quanto globalmente, ainda são escassas as pesquisas que buscam analisar o perfil social e epidemiológico das mulheres afectadas por esta condição.

Outro aspecto significativo é a contribuição deste estudo para abordar a elevada prevalência de gravidez precoce e a alta taxa de fertilidade no país. Essas condições, associadas à baixa cobertura dos serviços obstétricos em áreas remotas, aumentam os riscos relacionados às FO. A análise desses factores reforça a necessidade de políticas públicas eficazes e sustentáveis voltadas à melhoria da saúde materno-infantil, com foco especial na prevenção e no tratamento das fístulas obstétricas.

Dessa forma, este trabalho tem como contribuição a ampliação do conhecimento sobre a magnitude e os determinantes sociais e epidemiológicos das FO em Moçambique. O objectivo é fortalecer as bases científicas que sustentam o desenvolvimento de intervenções e políticas públicas alinhadas às metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030. A agenda 2030 tem como uma das metas de reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 000 nados vivos (Motta e Moreira 2021). Ao trazer luz a essa problemática e propor estratégias espera-se contribuir significativamente para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das mulheres em Moçambique, promovendo maior equidade no acesso à saúde reprodutiva e obstétrica.

4. Problema

A fístula obstétrica expõe essas mulheres a uma situação de vulnerabilidade. Dados da UNFPA (2014) reportam que em Moçambique, anualmente, são notificados cerca de 2500 casos dos 50.000 a 100.000 reportados em todo o mundo e, infelizmente, no país há um número significativo de mulheres que sofrem e vivem com a doença por muitos anos.

De acordo com a literatura disponível, o risco de fístula em Moçambique é agravado pela pobreza, falta de escolaridade, que lhes limita obterá obtenção serviços para evitar ou curar a doença (Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), 2012). Apesar disso, ainda não é reconhecida como uma prioridade de saúde no país.

O serviço nacional de saúde tem enfrentado grandes desafios na construção de instalações de saúde adequadas com boa capacidade, com serviços de referenciamento, associado a falta de equipamento e técnicos especializados para lidar com a fístula nas áreas rurais, onde a maior parte destes casos são reportados (Helena Guerra n.d.).

A baixa consciência do problema da fístula a nível da comunidade, aliado à práticas culturais como casamentos e gravidezes prematuras aumentam a vulnerabilidade das mulheres à fístulas; por outro lado, as mulheres com fístulas continuam enfrentando consequências que incluem aspectos socio-económicos e desafios que afectam a sua participação em programas comunitários como outras mulheres (Helena Guerra n.d.).

As mulheres que vivem com FO são, na sua maioria, muito jovens, com baixa escolaridade, grande parte delas são adolescentes, provenientes de um contexto social de pobreza, com baixo acesso aos cuidados básicos de saúde reprodutiva, concretamente serviços de parto por profissional habilitado, e vítimas de discriminação e rejeição (Loposso et al. 2015).

Assim, e em virtude da escassez de resposta a todos os níveis, estas mulheres ficam confrontadas com enormes graus de incapacidade decorrente do agravamento da sua FO, seu estado físico e psicossocial.

Apesar deste cenário, Moçambique ainda não dispõe de um sistema de monitoria das FO, que permita um conhecimento da sua prevalência, assim como da globalidade das intervenções efectuadas e seus resultados incluindo a integração social das mulheres curadas das FO, que receberam tratamento.

Para tal, torna-se necessário o conhecimento do perfil dessas mulheres, com vista a informar os decisores políticos na definição de políticas que vão ao encontro das suas necessidades em serviços de SSR actuais e futuras.

Até a realização deste estudo, não haviam estudos recentes que falassem do perfil social e epidemiológico de mulheres com FVV e FRV atendidas nas Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde.

5. Questão de pesquisa

Qual é o perfil social e epidemiológico das mulheres com Fístula Vesico-Vaginal e Fístula Recto-Vaginal atendidas nos Hospitais Centrais de Nampula e Sofala, Hospitais Provinciais de Lichinga e Pemba, e Hospital Rural de Vilanculos entre os períodos de janeiro de 2015 a outubro de 2017?

6. Revisão de literatura

As FO constituem um problema de Saúde Pública nos países em desenvolvimento, particularmente em África e pertencem à esfera dos Direitos e de Saúde Sexual Reprodutivos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), anualmente, cerca de 20 milhões de mulheres sofrem de complicações graves durante a gravidez, resultando em aproximadamente 550.000 mortes no momento do parto. Para cada morte materna, ocorrem cerca de vinte complicações que podem incapacitar a mulher, sendo a FO uma das formas de incapacidade das mais severas (Loposso et al. 2015; Tsega Dejen et al. 2022)

A FO afecta pelo menos 2 milhões de raparigas e mulheres nos países em desenvolvimento, ocorrendo em cada ano cerca de 100.000 novos casos (Egziabher et al. 2015; Wall 2012)

Estudos feitos noutros países tais como Nigéria e Índia, respectivamente (Bulndi et al., 2023; Swain et al., 2020) com características sociais, culturais e económicas semelhantes a Moçambique demonstram que cerca de 70% das mulheres com FO se

situam abaixo dos trinta anos de idade; nalguns casos estas percentagens cobrem faixas etárias em torno dos 14/15 anos de idade.

As Fístulas Vesico-Vaginais (FVV) correspondem a uma comunicação entre a bexiga e a vagina que resulta da necrose dos tecidos envolventes. Este tipo de fístulas foi inicialmente descrito no antigo Egipto. No entanto, a sua associação com o trabalho de parto prolongado só foi descrita 1000 anos a.c. pelo médico Perso-Árabe Avicenna, no seu texto *Al Kanoun* (Browning e Syed 2020)). Apenas no século XIX, J. Marion Sims descreveu a técnica cirúrgica de reparação de fístulas vesico-vaginais. Desde então, a técnica tem evoluído até aos nossos dias (Cowgill et al., 2015; L. L. Wall et al., 2004),

A reparação das fístulas vesico-vaginais é quase sempre cirúrgica, visto que a abordagem conservadora (drenagem vesical prolongada, por exemplo) falha na maioria dos casos. As fístulas vesico-vaginais podem ocorrer de forma congénita, embora a maioria seja secundária ao trabalho de parto prolongado, cirurgia, radiação, neoplasia e outras causas (Browning and Syed 2020; Wilkinson and Chipungu 2020).

Nos países em vias de desenvolvimento, onde a maioria da população não tem acesso a cuidados obstétricos, a principal causa de fístulas vesico vaginais é o trabalho de parto obstruído e prolongado.

A pressão exercida pelo feto nas paredes da vagina, bexiga e uretra proximal, leva muitas vezes, à necrose dos tecidos. Esta necrose pode levar a um conjunto de complicações que vão desde as fístulas vesico-vaginais, estenose vaginal, atresia rectal, infertilidade secundária, incompetência do esfíncter anal, ou mesmo à osteíte púbica (Arrowsmith, 2007; Muleta, 2006).

Durante o trabalho de parto normal, a base da bexiga, a parede anterior da vagina e a uretra, são comprimidas entre a cabeça do feto e a porção posterior da sínfise púbica. Se esta compressão durar pouco tempo não existe qualquer risco, no entanto, se esta compressão for prolongada, os tecidos ficam desvitalizados devido à isquemia. Este facto deve-se a uma incompatibilidade feto-pélvica (Arrowsmith, 2007; Muleta, 2006).

Em muitos casos, as parturientes são jovens, malnutridas, com atrasos no desenvolvimento ósseo, portanto com pélvis pequenas e não preparadas para um parto eutócico. (Budu et al., 2022; Bulndi et al., 2023; Rane et al., 2020). Outras causas menos frequentes são complicações da cesariana, nomeadamente a incisão accidental da parede posterior da bexiga. A utilização de fórceps, pode também provocar lesões nos órgãos pélvicos, conduzindo à formação de fístulas.

Outrossim, a prática de cirurgias tradicionais, como por exemplo a mutilação genital feminina, bem como a gravidez precoce logo após a menarca aumentam o risco fistulas vesiculo-vaginais (Bulndi et al., 2023).

Em alguns países em vias de desenvolvimento, as mulheres no período pós-operatório de cirurgias pélvicas, muitas vezes são obrigadas a deslocarem-se longas horas a pé ou em transportes totalmente lotados durante longas horas, sem possibilidade de urinar, aumentando assim o risco de formação de fístulas. A falta de formação contínua e atualização dos conhecimentos de muitos técnicos de cirurgia pode levar a complicações cirúrgicas, resultando em fístulas vesico-vaginais. O coito precoce, após cirurgias pélvicas, é também considerado um factor que agrava o risco de fístulas (Amodu et al., 2017; Rane et al., 2020).

Nos países mais desenvolvidos o principal factor contribuinte para a ocorrência da FO é a cirurgia ginecológica, com a histerectomia abdominal no topo da lista, correspondendo a 83% dos casos. A histerectomia vaginal corresponde apenas a 8% (Loposso et al., 2015)

A desvascularização dos tecidos, colocação de suturas inadvertidamente, hematomas pélvicos ou infecções pós-operatórias, podem estar na origem da necrose dos tecidos. Nas pacientes com bexiga hipo contráctil ou que urinam com pouca frequência, há um risco maior de retenção urinária pós-operatória; se esta situação não for identificada precocemente o risco de fístula aumenta, pelo que se recomenda algaliação nas primeiras 24-48h no pós-operatório (Cowgill et al., 2015; Hawkins et al., 2013).

Existem também outras causas menos frequentes nomeadamente infecções (Schistosomíase, Tuberculose), bem como a utilização de corpos estranhos como algalias ou pessários (Loposso et al., 2015)

As Fístulas Obstétricas constituem uma das complicações da gravidez e do parto das mais incapacitantes fisicamente, psicologicamente e socialmente, devido à condição de perda descontrolada e permanente de urina e/ou fezes, por via vaginal, colocando a mulher numa situação de profunda vergonha, em virtude do permanente odor desagradável que a estigmatiza (Ahmed and Tunçalp 2015).

Estas mulheres são muito jovens, pobres, com baixa escolaridade, algumas delas no início da sua adolescência, que enfrentaram um casamento e gravidez prematuros, e que por viverem em zonas rurais e peri-urbanas muito distantes de uma unidade sanitária que possa oferecer Cuidados Obstétricos de Emergência, ou por não terem tido acesso a transporte, desenvolveram um trabalho de parto arrastado; acabam sendo rejeitadas e

discriminadas pela família, amigos e comunidade e com frequência abandonadas pelo marido. (Maheu-Giroux et al., 2015; Tilahun et al., 2021; L. L. Wall et al., 2004).

6.1. Epidemiologia

Globalmente, estima-se que 2,3 milhões de mulheres vivem com fístula obstétrica (Bashah et al., 2018; Maheu-Giroux et al., 2015; Muleta, 2006; Tilahun et al., 2021). Considerando que as fístulas genito-urinárias ocorrem em todo o mundo, a maioria ocorre nos países subdesenvolvidos conforme demonstrado pelo mapa de fístula apresentado abaixo (Figura 1), nestes países estima-se que cerca de 50.000-100.000 novos casos ocorrem em cada ano (Muleta, 2006; Swain et al., 2020), onde existem poucos estudos para avaliar a sua incidência e/ou as taxas de prevalência. As informações disponíveis são baseadas em estudos de frequências hospitalares (Adler et al., 2013; Ahmed & Tunçalp, 2015; Tilahun et al., 2021).

Na África Subsaariana, as taxas de incidência são muito altas onde são reportados cerca de 33.000 novos casos por ano (Adler et al., 2013).

Nos países subdesenvolvidos as prevalências elevadas das fístulas em parte são devido a indisponibilidade dos cuidados obstétricos, as dificuldades de acesso ou de serviços de *baixa* qualidade nas poucas unidades sanitárias existentes (Adler et al., 2013; Ahmed & Tunçalp, 2015).

Em Moçambique, a situação real das fístulas e da mortalidade materna é muito preocupante, estima-se que cerca de 2.300 novos ocorrem por ano (MISAU, 2012).

6.2. Factores de risco das fístulas obstétricas

Vários factores sociais, culturais e do sistema de saúde contribuem para a prevalência da fístula obstétrica em países subdesenvolvidos (Amodu et al., 2017; Browning & Syed, 2020; Budu et al., 2022; Bulndi et al., 2023). Esses factores são limitados ao contexto e a falta de meio e profissional especializado, alguns dos factores identificados são: falta de serviços de emergência e cuidados obstétricos, casamento prematuro associado a gravidez precoce, formas graves de mutilação genital feminina, discriminação de género, pobreza, desnutrição e problemas dos serviços de saúde.

A idade materna desempenha um papel importante no desenvolvimento da fístula obstétrica e a maior frequência ocorre em pacientes com idade menor de 20 anos.

Estudo realizado na Etiópia, reportou que mais de 60% das mulheres eram primíparas quando desenvolveram fístula com uma duração média do trabalho de parto de 3 dias.

A taxa de natimortos varia de país para país com até 93% entre mulheres que sofrem de fístula na Etiópia (Andargie & Debu, 2017); em outro estudo na Etiópia, 92% das mulheres que sofriam da doença eram analfabetas (Tilahun et al., 2021). Tendências semelhantes de mulheres analfabetas foram também observadas na Nigéria com 78% das mulheres sem educação formal (Tilahun et al., 2021; L. L. Wall et al., 2004).

Acredita-se que o principal factor de risco seja a falta de acesso a serviços de emergência adequados de cuidados obstétricos. Pesquisas feitas apontaram que o trabalho de parto obstruído prolongado foi a principal causa de fístula na Nigéria, onde a maioria dos partos ocorreram em casa (Amodu et al., 2017).

O acesso a cuidados obstétricos adequados é agravado pela pobreza e a dinâmica do sistema de saúde, incluindo o custo de uma cesariana e a disponibilidade de prestadores de serviços (Amodu et al., 2017).

Os outros factores de risco, como mães jovens, primeira gravidez e práticas culturais não causam fístula em pessoas de alta renda em países onde o atendimento obstétrico de emergência está disponível, no entanto, é muito importante considerar ao direcionar os serviços para as mulheres nos países subdesenvolvidos que dificilmente obterão atendimento obstétrico de emergência atempado (Loposso et al., 2015; Tsega Dejen et al., 2022).

Esses factores aliados ao atraso na procura de cuidados maternos adequados frequentemente levam a fístulas obstétricas. Os motivos para não procurar atendimento especializado são vários e dependem de aspectos como nível educacional, nível socio-económico, cultura, bem como acessibilidade a instalações de saúde em funcionamento (Andargie & Debu, 2017; Egziabher et al., 2015; Hawkins et al., 2013).

Os atrasos na procura de profissionais para cuidados durante o trabalho de parto prolongado e obstruído agravado pela demora para realizar uma intervenção importante como a cesariana, acaba levando à formação de fístula (Chavane et al. 2018) .

Em 1994, os pesquisadores Thaddeus e Maine desenvolveram um modelo que enfatiza a importância de se mapear os factores que podem causar atrasos nas diferentes fases da procura de cuidados maternos (Thaddeus, 1994). No modelo, originalmente desenvolvido para mortalidade materna, Thaddeus e Maine dividiram o atraso na busca de atendimento especializado em três fases diferentes:

A demora da comunidade na tomada de decisão de procurar atendimento (fase um), identificação e chegada à instalação médica (fase dois) e receber cuidados adequados, apropriados e atempados (fase três). Os factores socioeconómicos e culturais influenciam na decisão de procurar atendimento.

Os sistemas de comunicação e acessibilidade às instalações de saúde contribuem para o atraso na fase um e na fase dois, embora a qualidade dos cuidados nos serviços de saúde possa causar atrasos na fase um ou na fase três. Essas três etapas não são independentes, é claro que a expectativas de demora no transporte, falta de pessoal ou baixa qualidade do atendimento fornecido afecta a decisão de procurar o atendimento médico. O terceiro atraso é o mais crucial para abordar no trabalho de melhoria da saúde materna. Melhorando as duas primeiras fases seriam inúteis sem um estabelecimento de saúde funcionando bem (Thaddeus, 1994).

6.3. Etiologia e patogénese da fistula obstétrica

O trabalho de parto obstruído, prolongado e negligenciado é a causa predominante de fístula obstétrica (Igor Vaz, 2011; Lopo et al., 2015; L. Wall, 2012). Outras causas obstétricas incluem partos destrutivos, cesárea com ou sem histerectomia e sinfisiotomia. As causas não obstétricas incluem práticas tradicionais como corte genital feminino, violência sexual especialmente em países devastados pelas guerras, anomalias congénitas como ureter ectópico, cânceres como o câncer do colo do útero, operações ginecológicas eletivas como histerectomia e radioterapia (Andargie & Debu, 2017; Maheu-Giroux et al., 2015; Tilahun et al., 2021).

6.4. Tratamento

O principal método de tratamento da fístula continua sendo a sutura cirúrgica e quando ainda são pequenas e frescas (menos de 2 cm) pode ser tratada por drenagem contínua da bexiga com um cateter uretral (Egziabher et al., 2015; Hawkins et al., 2013; L. L. Wall et al., 2004). Geralmente, existem três vias ou abordagens para a cirurgia da Fistula; transabdominal, transvaginal ou uma combinação de ambos (Hawkins et al., 2013).

Actualmente, a via trans-vaginal é o método mais comum e também o mais confortável para a paciente (Egziabher et al., 2015; Hawkins et al., 2013). Com a abordagem trans-vaginal, há a vantagem de baixa morbidade pós-operatória, recuperação pós-operatória curta, perda mínima de sangue e curto tempo de operação.

A cirurgia transabdominal é menos comum e é aplicada para fístulas complexas que precisam de vias combinadas e também para fístulas que não podem ser acessadas vaginalmente como fístula iatrogênica após cesariana e da cirurgia ginecológica (Egziabher et al., 2015; Hawkins et al., 2013).

Após o encerramento cirúrgico de uma fístula, é prática padrão que as pacientes passem pelo menos 14 dias no hospital para cuidados estritos com cateter (algália) (Egziabher et al., 2015; Hawkins et al., 2013). A prática de drenagem contínua da bexiga promove a cura, evitando a distensão da bexiga e tensão na linha de sutura, que pode resultar em falha da reparação (Arrowsmith, 2007; Rane et al., 2020).

Em Moçambique, o tratamento da fístula foi integrado na política de saúde reprodutiva em todos os níveis de atenção (Arrowsmith, 2007; Rane et al., 2020).

Poucos hospitais são capazes de realizar reparações de fístula, e a maior parte das pacientes são operadas durante as sessões de campanhas cirúrgicas que são periodicamente organizadas numa forma local ou mais abrangente, chamado por sessão nacional. (Rane et al., 2020). Todas as pacientes são tratadas de acordo com as diretrizes da OMS (Arrowsmith, 2007). As mulheres são examinadas antes do início da cirurgia para confirmar o diagnóstico e a fístula é classificada de acordo com a classificação de Waaldijk (Kees Waaldijk, 1995).

A cirurgia é conduzida e a fístula é confirmada como fechada (fechamento à prova de azul de metileno) por um corante negativo, teste realizado após a conclusão da cirurgia, e um cateter de Foley é então introduzido para drenagem contínua da bexiga durante 15 dias (Arrowsmith 2007).

6.5. Situação das fístulas obstétricas em Moçambique

Em Moçambique, à semelhança dos outros países em desenvolvimento, os principais factores determinantes para a ocorrência das FO são fundamentalmente:

Gravidez na adolescência; as grandes distâncias de casa à unidade sanitária; o estatuto da mulher no seio da família e da comunidade; a pobreza; o limitado acesso à educação, à informação e aos cuidados de maternidade segura (planeamento familiar, partos por profissional habilitado e cuidados obstétricos de emergência (MISAU), 2012).

Os achados de pesquisas, inquéritos e as estatísticas nacionais confirmam o pressuposto mencionado acima. Com efeito:

Dados do Ministério da Saúde identificaram algumas províncias e zonas do país onde se verificam elevadas taxas de FO, sendo as províncias de Niassa, Nampula, Tete, Zambézia, Manica, a zona sul da província de Sofala e Inhambane (MISAU), 2012).

A reparação das FO ocorre nas províncias de Nampula, Tete, Zambézia, Manica, Sofala e Cidade de Maputo, através de missões específicas para a reparação de FO, compostas por cirurgiões, urologistas, obstetras e técnicos de cirurgia, ou nos programas operatórios de rotina nessas unidades sanitárias.

As missões de reparação de FO referidas acima têm como objectivo tratar o maior número de mulheres que vivem com FO, treinar as equipas profissionais locais e regionais e dar maior visibilidade ao problema da FO no seio das comunidades.

Estas missões têm tido um grande impacto na vida das mulheres operadas, embora ainda existam algumas limitações no sistema de seguimento e de informação sobre o grau de recuperação destas mulheres após estas cirurgias.

7. Enquadramento teórico ou conceptual

Melhorar a saúde materna e neonatal constitui um dos principais objectivos do desenvolvimento sustentável. No entanto, em países em vias de desenvolvimento como é o caso de Moçambique, ainda existe uma elevada taxa de morbimortalidade materna e neonatal (Motta and Moreira 2021).

Estimativas Globais indicam a redução do número de mortes maternas resultantes de complicações relacionadas à gravidez de 451.000 para 289.000 de 2000 a 2015, no entanto, mais de 99% dessas mortes ocorrem em países subdesenvolvidos, onde 810 mulheres continuam a morrer todos os dias devido a complicações da gravidez e parto - principalmente por causas evitáveis ou preveníveis, para além de levarem por outro lado a situações incapacitantes como as fístulas obstétricas (Adler et al., 2013; Ahmed & Tunçalp, 2015).

Para cada morte materna, 15 a 30 mulheres sofrem de morbidades graves, entre as quais está a fístula genital, uma doença evitável (Semere & Nour, 2008). A fístula é uma comunicação anormal entre duas células epiteliais superficiais (Adler et al., 2013). Uma fístula genital é uma abertura do tracto urinário ou da parede retal conectando-se ao tracto genital, através do qual urina e / ou fezes se perdem continuamente.

Uma fístula genital é referida como fístula obstétrica se resultar do processo de trabalho de parto ou sua gestão (Semere & Nour, 2008; Swain et al., 2020). A maioria das fístulas urogenitais em países subdesenvolvidos é devida a causas obstétricas principalmente após parto obstruído, prolongado e negligenciado (Semere & Nour, 2008; Swain et al., 2020).

A fístula obstétrica (FO) é uma complicação grave que resulta na formação de uma comunicação anômala entre a vagina e a bexiga ou entre a vagina e o reto. É um problema de saúde que ocorre devido à necrose dos tecidos, provocada pela compressão prolongada da cabeça do feto contra as paredes pélvicas durante um trabalho de parto obstruído e prolongado (Budu et al. 2022).

De acordo com o Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU, 2012), a fístula obstétrica é frequentemente associada a partos não assistidos ou mal assistidos, sendo mais comum em contextos onde o acesso a cuidados obstétricos de emergência é limitado. Na maioria dos casos, o bebé morre durante o processo de parto, deixando a mulher com incontinência urinária e / ou fezes, carregando a tristeza do natimorto e, muitas vezes, abandonadas pelo marido e excluídas da sociedade (Tsega Dejen et al., 2022).

Esta condição médica caracteriza-se pela necrose dos tecidos que, eventualmente, se desprende, criando um ou mais orifícios através dos quais a urina e / ou fezes se perdem incontrolavelmente (Helena Guerra n.d.), o que provoca um odor desagradável constante, colocando a mulher numa situação de vergonha e estigmatização. Em decorrência dessa condição, muitas jovens e mulheres são rejeitadas e discriminadas pela família, amigos, comunidade, e até mesmo abandonadas pelo próprio marido (Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU, 2012).

Contudo, tal como se afirmou mais acima, na maioria dos casos, o bebé morre durante o processo de parto, deixando a mulher com incontinência urinária e / ou fezes, carregando a tristeza do natimorto, e muitas vezes abandonada pelo marido e excluídas da sociedade (Amodu et al., 2017; Browning & Syed, 2020).

Estima-se que a nível mundial, cerca de 2 a 3 milhões de mulheres principalmente na África Subsaariana e na Ásia sofrem de doenças genitais tendo a fístula obstétrica uma incidência anual entre 50.000-100.000 mulheres (Bulndi et al., 2023; Swain et al., 2020). Moçambique ocupa a vigésima posição no *ranking* mundial de mortalidade materna, com uma taxa de 490 mortes a cada 100.000 nascidos vivos (Helena Guerra, n.d.). Este índice

elevado reflete diversos desafios no sistema de saúde do país, incluindo a falta de acesso a cuidados de saúde de qualidade, insuficiência de profissionais de saúde qualificados e deficiências na infraestrutura hospitalar (Helena Guerra n.d.).

Em Moçambique há uma lacuna de informação sobre o perfil social epidemiológico e de Mulheres com Fístula Obstétrica atendidas, sendo esta patologia tão incapacitante na vida da mulher e com um grande peso na morbilidade materna.

Assim, surgiu a necessidade premente de realizar esta pesquisa com o objectivo de avaliar o perfil social e epidemiológico de mulheres com Fístula Vesico -Vaginal /Fístula Recto Vaginal atendidas nos Hospitais Centrais de Nampula e Sofala; Hospitais Provinciais de Lichinga e Pemba e Hospital Rural de Vilankulos, entre os períodos de Janeiro de 2015 – Outubro de 2017. Os resultados desta pesquisa podem informar o desenvolvimento de políticas públicas eficazes com vista a garantir a melhoria da saúde materno infantil e atingir as metas propostas pela agenda dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável 2030 que é de reduzir as morbimortalidades maternas.

8. Metodologia

8.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal analítico, com recurso à consulta de fichas-processos clínicos de pacientes atendidas nos 2 Hospitais Centrais de Nampula e Beira, 2 Hospitais Provinciais de Lichinga e Pemba e 1 Hospital Rural de Vilankulos, entre os períodos de Janeiro de 2015 a Outubro de 2017.

8.2.Local de estudo

Os dados foram recolhidos nos Hospitais Centrais de Nampula, Beira, Hospitais Provinciais de Lichinga e Pemba e Hospital Rural de Vilankulos, utilizando um instrumento de recolha de informação, previamente testado.

8.2.1. Hospital Central de Nampula (HCN)

O Hospital Central de Nampula (HCN) é uma unidade sanitária de nível quaternário localizada na cidade de Nampula, no nordeste de Moçambique. Atendendo à população da província mais populosa do país, que, de acordo com o Censo de 2017, possui 6.814.439 habitantes, o hospital presta cuidados de saúde de natureza curativa,

reabilitativa, preventiva e de ensino. Além disso, desempenha um papel fundamental na pesquisa e na formação pós-graduada em diversas especialidades médicas.

A instituição integra serviços especializados em ginecologia e obstetrícia, pediatria, cirurgia, neurocirurgia, ortopedia, oftalmologia, medicina e entre outras áreas médicas, garantindo atendimento de alta complexidade à população.

O hospital dispõe de uma capacidade instalada de 563 camas de internamento, distribuídas entre os diferentes serviços. Em relação aos recursos humanos, o HCN conta actualmente com 1.901 funcionários distribuídos por diversas categorias profissionais. Destes, aproximadamente 18,3% são enfermeiros, 17,5% pertencem ao quadro clínico e técnico, 9,2% são médicos, 13,3% actuam na área administrativa, 20,8% integram o pessoal de apoio, como agentes de serviço, e 20,8% correspondem a profissionais das áreas de manutenção, serviços gerais e regime geral.

8.2.2. Hospital Central da Beira (HCB)

O Hospital Central da Beira (HCB), localiza-se na Província de Sofala. Sofala é uma província de região Centro com a capital situada na Cidade da Beira; acabou sendo o hospital de referência desta urbe, faz parte do nível quaternário de atenção no Serviço Nacional de Saúde.

O HCB possui actualmente uma capacidade de 823 camas, contudo, conta com um total de 1020 camas, das quais 197 são adicionais e utilizadas para responder à elevada procura. Essa necessidade deve-se à ausência de um Hospital Geral capaz de atender à demanda dos Hospitais Distritais de Sofala e dos Centros de Saúde da Cidade da Beira.

Actualmente, o hospital conta com 1643 funcionários, dos quais 1582 pertencem ao Quadro e 61 estão Fora do Quadro. Entre estes, incluem-se 49 médicos estrangeiros, 4 enfermeiras estrangeiras e 1 engenheiro de electromedicina estrangeiro, que desempenham as suas funções através de parcerias de cooperação. Estes profissionais estão distribuídos pelos Serviços de Urgência e Reanimação (SUR), Hemodiálise, Departamentos de Medicina Interna, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria (incluindo o Berçário e o Serviço de Urgência Pediátrica – SUP), Cirurgia, Ortopedia e Traumatologia, bem como por outros serviços de apoio (RELATÓRIO 2024).

8.2.3. Hospital Provincial de Lichinga (HPL)

O Hospital Provincial de Lichinga (HPL) é o maior hospital da província do Niassa, localizado na cidade de Lichinga, Moçambique. É um hospital de referência na província e oferece a maior parte dos serviços de saúde existentes na província de Niassa, faz parte do nível terciário de atenção no Serviço Nacional de Saúde.

O Hospital conta actualmente com 283 camas disponíveis nos serviços de internamento, 7 no banco de socorros e 6 no recobro do bloco operatório. Importa realçar que após a conclusão das obras de requalificação entrou em funcionamento a Enfermaria de Maternidade II, Psiquiatria e pediatria II.

Durante o período em análise que foi feita trimestralmente registamos o aumento do pessoal ou funcionários que auferem na folha salarial do HPL, isto, devido as admissões realizadas ao longo do segundo trimestre. O Hospital Provincial de Lichinga conta actualmente com um universo de 1040 Funcionários e Agentes do Estado, sendo 441 do género masculino e 599 do género feminino.

8.2.4. Hospital Provincial de Pemba (HPP)

O Hospital Provincial de Pemba está situado na cidade de Pemba, capital da província de Cabo Delgado, é uma importante unidade de saúde no norte de Moçambique, servindo como hospital de referência para toda a província de Cabo Delgado, faz parte do nível terciário de atenção no serviço nacional de saúde.

O Hospital é composto por dois blocos distintos: o bloco novo, constituído por vários edifícios cuja construção foi concluída em 2010, foi projectado para atender às necessidades de expansão e modernização das instalações do hospital. O **bloco antigo e reabilitado** passou por um processo de reabilitação e, actualmente, abriga a administração do hospital, concentrando as actividades administrativas e de gestão. O HPP conta com 955 funcionários, sendo 497 do regime geral, correspondendo a 52%, e 458 do regime especial, correspondendo a 48%.

8.2.5. Hospital Rural de Vilankulo

O Hospital Rural de Vilankulo está localizado na cidade de Vilankulo, na província de Inhambane, é um hospital de referência a nível distrital, faz parte do nível secundário de atenção no Serviço Nacional de Saúde.

Entre os serviços disponibilizados estão a medicina física e reabilitação, que inclui fisioterapia e um centro ortopédico, além de especialidades como oftalmologia, psicologia e psiquiatria, estomatologia e consultas TARV. O hospital também dispõe de serviços de medicina geral, pediatria, cirurgia, ortopedia, ginecologia e obstetrícia, além de uma unidade de esterilização e um centro de Atendimento Integrado para vítimas de Violência Baseada no Gênero (VBG). Outras áreas de suporte incluem acção social, serviços pós-morte (morgue), consulta do trabalhador, bloco operatório, laboratório e análises clínicas, anatomia patológica, banco de sangue e farmácia.

A unidade conta ainda com serviços de urgência e reanimação (SUR), serviços administrativos, hotelaria hospitalar e um atendimento personalizado para melhor acolhimento dos pacientes.

O hospital dispõe de um total de 160 camas, distribuídas pelos diferentes serviços, sendo 28 destinadas à Obstetrícia, 8 à Ginecologia, 30 à Medicina, 18 à Pediatria, 6 ao Berçário, 15 à Ortopedia, 27 à Cirurgia, 14 ao SUR, 5 ao SAP e 9 em outros sectores.

Em relação aos recursos humanos, o Hospital Rural de Vilankulo conta com 269 profissionais de saúde em actividade, incluindo nove médicos, dos quais seis são clínicos gerais, dois dentistas e um cirurgião. O hospital também possui 13 enfermeiras de Saúde Materno-Infantil (SMI) de nível médio e quatro de nível superior, sendo que uma destas exerce a prática cirúrgica. Especificamente na maternidade, actuam 10 enfermeiras de nível médio e duas de nível superior.

8.3. População de estudo

Trata-se de um estudo que se baseiou em informações secundárias de processos clínicos referentes a mulheres com fístula recto- vesico-vaginal (fvv)/ fístula recto vaginal

(frv) que tinham sido atendidas nos hospitais supramencionados entre os períodos de Janeiro de 2015 – Outubro de 2017.

8.4.Critérios de inclusão

- Foram incluídas mulheres que tiveram dados completos sobre as características gestacionais, sociodemográficas e clínicas nos seus processos clínicos;
- Foram incluídos processos registados desde Janeiro de 2015 até Outubro de 2017.

8.5.Critérios de exclusão

- Foram excluídas do estudo mulheres cujos processos clínicos estavam incompletos
- Foram excluídos processos clínicos que tiveram dados rasurados ou de difícil leitura.

8.6.Amostragem e tamanho de amostra

Não foi realizado o cálculo do tamanho da amostra nem aplicada qualquer técnica de amostragem neste estudo devido à natureza dos dados utilizados e ao contexto da pesquisa. O estudo baseou-se exclusivamente em dados secundários já disponíveis nos hospitais analisados, sem a necessidade de selecção amostral porque foi incluído o universo. Todos os registos de mulheres com Fístula Vesico-Vaginal e Fístula Recto-Vaginal, que cumpriam os critérios de inclusão previamente estabelecidos, foram incluídos na análise, desde que estivessem disponíveis dentro do período de estudo definido.

Essa abordagem foi adoptada para garantir a maior abrangência possível dos dados, possibilitando uma visão mais completa e representativa da realidade das mulheres atendidas nas cinco US seleccionadas. Dessa forma, a pesquisa assumiu um carácter censitário, incluindo toda a população de mulheres afectadas e atendidas no intervalo de tempo delimitado, sem exclusões baseadas em critérios estatísticos ou limitações amostrais.

8.7. Técnicas de recolha de dados

Para a recolha de dados, foi realizado um processo sistemático que envolveu a consulta detalhada dos processos clínicos das pacientes atendidas nos hospitais mencionados no período de Janeiro de 2015 a Outubro de 2017.

Inicialmente, foi realizada uma revisão preliminar dos processos clínicos para identificar os que atendiam aos critérios de inclusão. Essa etapa envolveu a triagem minuciosa de todos os processos registados no período em análise, com atenção especial à completude e a legibilidade dos dados. Somente os processos que continham informações completas e legíveis foram selecionados para inclusão no estudo. Os casos que apresentavam dados incompletos, rasurados ou de difícil leitura foram excluídos, conforme os critérios previamente estabelecidos.

A ficha de recolha de dados utilizada foi especialmente elaborada para atender às necessidades do estudo. Durante a consulta aos processos clínicos, os dados foram transcritos manualmente para a ficha de recolha pelo investigador.

Após a recolha dos dados, foi realizado um processo de verificação cruzada para assegurar a consistência e a integridade dos dados recolhidos. Todo o procedimento foi conduzido de acordo com princípios éticos, respeitando a confidencialidade das informações das pacientes e garantindo que os dados fossem utilizados exclusivamente para fins de pesquisa.

9. Análise de dados

A análise dos dados foi realizada utilizando o programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 27. As etapas analíticas seguiram o seguinte procedimento:

1. Estatística descritiva: Inicialmente, foram aplicadas estatísticas descritivas, incluindo medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis quantitativas, a fim de descrever as características sociodemográficas, comportamentais, sociais e económicas das participantes. As características foram apresentadas em frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas e quantitativas. Os dados sobre idade, nível de escolaridade, número de gestações foram agrupados em classes para facilitar a análise. Os dados foram categorizados em dois grupos (0 – Ausência de FO e 1 – Presença de FO), de acordo com os critérios de classificação das FO.

2. Teste de independência: posteriormente, foi realizado o teste de qui-quadrado de Pearson para independência, a fim de verificar a associação entre as variáveis qualitativas em estudo e o desfecho, que neste caso é a presença ou ausência de fístulas obstétricas (0 - não e 1 - sim). Foram considerados os seguintes pressupostos: a) não mais do que 20% das células devem ter frequências esperadas inferiores a 5; b) nenhuma célula deve ter frequência esperada inferior a 1. Sempre que os pressupostos do teste de qui-quadrado não foram atendidos para a tabela de contingência de dimensão 2x2, utilizou-se o teste Exato de Fisher, quando não se utilizou o Teste de Fisher-Halton.

10. Considerações éticas

O presente estudo foi submetido à avaliação do Comité Institucional de Bioética da Universidade Eduardo Mondlane, tendo sido aprovado o protocolo e registado sob o número CIBS FM&HCM/06/2018 , em conformidade com a Declaração de Helsinque (anexo 2).

Em seguida, foram solicitadas autorizações administrativas às Direções Provinciais de Saúde de Niassa, Sofala, Cabo Delgado, Nampula e Inhambane. Na mesma senda, foram também solicitadas autorizações às direções dos Hospitais Centrais de Nampula e Beira, Hospitais Provinciais de Lichinga e Pemba, e o Hospital Rural de Vilankulo para a devida autorização para a realização do estudo, tendo sido aceite.

Por se tratar de dados secundários, não foi feito o pedido de consentimento individual a cada uma das participantes do estudo, foi, no entanto, feita a solicitação de acesso aos dados aos seus respectivos guardiões (hospitais), tendo sido assegurados o anonimato e a confidencialidade das pacientes, pois, em nenhuma circunstância foram recolhidos os nomes das participantes.

Os questionários foram registados apenas com o Número de Identificação da Participante (NIP), garantindo que não fosse possível associá-los a nenhuma mulher em específico. Por outro lado, os dados foram tratados de forma global e não individualizado.

A identificação das participantes elegíveis para o estudo foi realizada durante as consultas aos processos clínicos das mulheres que satisfaziam os critérios de inclusão. A coleta dos dados foi realizada exclusivamente pelo pesquisador principal, tendo declarado que não há conflitos de interesse na condução deste estudo.

11. Limitações do estudo

A presente pesquisa apresentou algumas limitações. Tratando-se da primeira pesquisa no país que analisou o perfil social e epidemiológico de mulheres com fístula obstétrica (FO), não há dados anteriores disponíveis para comparação. A ausência de uma base de dados histórica limita a análise de tendências e a contextualização dos resultados obtidos.

Além disso, a validade externa deste estudo é limitada, dado que os dados foram recolhidos exclusivamente em cinco Unidades Sanitárias selecionadas por conveniência, e não por amostragem aleatória. Como consequência, os resultados não podem ser generalizados nem extrapolados para a totalidade da população feminina das províncias estudadas, nem para o país como um todo.

A pesquisa utilizou dados secundários, colectados a partir de registos existentes nas unidades sanitárias e outras fontes documentais. Embora esses dados possam fornecer informações valiosas, estão sujeitos à qualidade e à precisão dos registos originais; qualquer inconsistência ou erro nos dados originais pode afectar os resultados e conclusões desta pesquisa.

Contudo, apesar destas limitações, a pesquisa oferece um subsídio técnico valioso para futuras investigações na área de saúde pública e reprodutiva no país. Os resultados obtidos podem servir como base para estudos subsequentes, ajudando a desenvolver uma compreensão mais profunda das características epidemiológicas e sociais das mulheres com FO e a informar a formulação de políticas e intervenções mais eficazes para a prevenção e tratamento dessa condição.

12. RESULTADOS

O presente estudo envolveu mulheres atendidas nas Províncias de Cabo Delgado, Niassa, Nampula, Sofala e Inhambane. Durante o período do estudo foram analisados os processos clínicos e as respectivas fichas resumo de 542 mulheres provenientes das regiões rurais e urbanas (Tabela 1).

Das 542 mulheres estudadas, 495 tinham Fístula Obstétrica que corresponde 91,3 % e 47 não tinham Fístula Obstétrica correspondendo 8,7%.

Um total de 542 processos clínicos foram revistos, no entanto destes, 91,3% (495) foram diagnosticadas com FO. A tabela 1 apresenta os resultados das características sociodemográficas, comportamentais e sociais associadas ao diagnóstico da FO.

TABELA 1A: ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASSOCIADAS AO DIAGNÓSTICO OU NÃO DAS FO NAS US EM ESTUDO – MOÇAMBIQUE (N=542)

Variáveis	Total		Presença de FO		Ausência de FO		p-value*
	N	%	N	%	N	%	
	542	100%	495	91,3	47	8,7	
Faixa etária							
[13-24]	184	33,9	167	34	17	36,2	0,03
[25-34]	149	27,5	144	29	5	10,6	
[35-44]	106	19,6	94	19	12	25,5	
>44	103	19	90	18	13	27,7	
Estado civil							
Solteira	164	30	148	30	16	34	0,23
Casada	218	40	194	39	24	51	
Divorciada	59	11	56	11	3	6	
Viúva	8	2	8	2	0	0	
Missing	93	17	89	18	4	9	
Proveniência							
Rural	442	81,5	413	83,4	29	61,7	0,02°
Urbana	100	18,5	82	16,6	18	38,3	
Nível de escolaridade							
Sem escolaridade	257	47,4	235	47,4	22	46,8	0,01µ
Primário	166	30,6	152	30,7	14	30	
Básico	70	13,9	65	13,1	5	10,6	
Secundário	48	7,9	42	8,6	6	12,6	
Superior	1	0,2	1	0,2	0	0	
Tipo de religião que professa							
Católica	172	32	156	31,5	16	34	0,20
Muçulmana	172	32	166	33,5	6	13	
Zione	52	9,5	44	9	8	17	
Outras	94	17	82	17	12	25	
Missing	52	9,5	47	9	5	11	
Local do último parto							
Unidade Sanitária	401	73,9	368	74	33	70	0,42
Outro lugar	136	25	124	25	12	26	
Missing	5	1,1	3	1	2	4	
Assistência ao parto							
Pessoal da saúde	394	72,6	359	73	35	74	<0,01
Matrona	78	14,3	70	14	8	17	
Outras	70	13,1	66	13	4	9	

* qui-quadrado de Pearson

Participaram desta pesquisa pacientes com idades compreendidas entre os 13 e 46 anos de idade, a idade mediana dos participantes foi de 26 anos (desvio padrão $\pm 2,3$). Do total de participantes, a maior parte eram casadas 40% (218), mais de dois terços 81,5% (442) eram provenientes da zona rural. Em relação ao nível de escolaridade quase metade das participantes, 47,4% (257) não tinham nenhum nível de escolaridade, quanto ao local do último parto 73,9% (401) tiveram numa Unidade sanitária e em 72,6% (394) tiveram assistência por um profissional da saúde.

Sobre o histórico de ruptura uterina, 69% (339) não tiveram ruptura; do ponto de vista social em relação ao abandono do parceiro, a maior parte 51,9% (281) ainda estavam com o seu parceiro.

As variáveis com associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para o diagnóstico da FO foram: a faixa etária, a proveniência das mulheres (rural), o nível de escolaridade, a assistência ao parto e a ruptura uterina.

TABELA 1B: ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASSOCIADAS AO DIAGNÓSTICO OU NÃO DAS FO NAS US EM ESTUDO – MOÇAMBIQUE (N=542)

Variáveis	Total		Presença de FO		Ausência de FO		p-value
	N 542	% 100%	N 495	% 91,3	N 47	% 8,7	
<i>Ruptura uterina</i>							0,03
Sim	92	17	84	17	8	17	
Não	339	69	309	62	31	66	
Missing	111	20	103	21	8	17	
<i>Abandonada pelo marido</i>							0,06
Não	281	51,9	269	54,4	12	25	
Sim	256	47,2	226	45,6	30	65	
Missing	5	0,9	0	0	5	10	
<i>Histerectomia</i>							0,71
Sim	33	6,2	31	6,3	2	4,3	
Não	23	4,2	20	4	3	6,4	
Missing	486	89,6	444	89,7	42	89,3	
<i>Menstruação depois do parto</i>							0,09
Sim	235	43,4	216	44	19	40,4	
Não	246	45,4	220	44,4	26	55,3	
Missing	61	11,2	59	12	2	4,3	
<i>Transporte utilizado para deslocar-se a US</i>							0,35
Trans. Público	177	32,6	161	32,5	16	34	
Carro próprio	17	3,1	16	3,2	1	2	
Carro alugado	31	5,7	29	6	2	4,3	
Ambulância	92	16,9	87	17,5	13	28	
A pé	86	15,8	69	14	9	19	
Maca	24	4	21	4,2	3	6,4	
Bicicleta/Maca tradicional	5	1	4	0,8	1	2	
Carroça	1	0,9	1	0,2	0	0	
Outros	109	20	107	21,6	2	4,3	
<i>Número de partos</i>							0,23
1			182	37	18	38,3	
2			80	16,1	5	11	
3			48	9,7	4	8,5	
4			34	6	1	2	
5			31	6,3	8	17	
>6			120	24,9	11	23,2	

*teste de qui-quadrado de Pearson para independência; ° teste exacto de Fisher; µ teste exacto de Fisher-Halton

13. Discussão

No conhecimento do autor, este é o primeiro estudo realizado em Moçambique a determinar o perfil social e epidemiológico de mulheres com FO e a explorar os prováveis factores que estão associados com a ocorrência das FO.

O Governo de Moçambique e parceiros, nos últimos anos, intensificaram acções locais com vista a redução da ocorrência das FO. Estas acções incluem o treino de parteiras tradicionais nas comunidades; a expansão da rede de saúde para zonas mais remotas; a criação de estratégias de evacuação de mulheres em trabalho de parto complicado para unidades sanitárias mais próximas com bloco operatório; a formação e alocação de técnicos superiores em cirurgia em todas as sedes distritais do país (Boene et al., 2020).

A análise do perfil social epidemiológico de mulheres com FO pode ser utilizado como uma excelente ferramenta para estabelecer políticas públicas concretas na redução das FO no país, bem como a efetividade das estratégias de redução das FO já em curso.

Numa era em que existe uma disponibilidade maior dos serviços de saúde, existe ainda, nos hospitais em estudo, uma proporção considerável de mulheres que foram diagnosticados com FO 91,3% (495).

O local de proveniência das gestantes foi um factor associado de maneira estatisticamente significativa para a ocorrência das FO. Fazendo uma análise comparativa das 495 mulheres com Fístula Obstétrica, 83.4%(413) eram provenientes da zona rural contra 16.6%(82) que eram da origem urbana.

Os achados desta pesquisa coadunam com os encontrados na pesquisa realizada por (Andargie & Debu, 2017), das 3.178 mulheres entrevistadas, das que foram diagnosticadas com FO, 21,2% eram residentes nas zonas rurais e 5,4% eram residentes nas zonas urbanas.

Embora as proporções sejam diferentes com a nossa pesquisa é evidente, que residir em zonas rurais é considerado um factor de risco para a ocorrência das FO devido a diversos factores, dentre eles estão a dificuldade em aceder a Unidades Sanitárias (US) com serviços genico-obstétricos completos, maior distância entre as casas e as US, o que contribui para a ocorrência de partos arrastados.

Por outro lado, Moçambique é um dos países com elevada prevalência de casamentos prematuros, sobretudo nas zonas rurais. Este factor pode representar também uma explicação para a ocorrência em maiores proporções das FO nas zonas rurais quando comparado com as zonas urbanas.

A faixa etária constituiu uma das variáveis com associação estatisticamente significativa ($p=0,03$) para a ocorrência de FO. Das 542 mulheres estudadas, 91.3% tinham FO e 8.7% não tinham FO. No grupo de mulheres com FO, a faixa etária de maior prevalência foi a dos 13 aos 24 anos de idade 34% (167 mulheres). Os resultados encontrados nesta pesquisa são similares ao que foram encontrados no estudo realizado por Bulndi et al., 2023, onde houve a maior proporção de FO em mulheres com idades entre os 11 e 20 anos com 73% nos casos de FO.

Nesta pesquisa, identificou-se que o nível de escolaridade é uma variável com associação estatisticamente significativa para a ocorrência de fístula obstétrica (FO) ($P=0,01$). A ocorrência de FO foi significativamente maior entre mulheres sem nenhum nível de escolaridade, atingindo 47,4% (235 mulheres), em comparação com apenas 0,2% (1 mulher) entre aquelas com nível superior. Um estudo similar realizado no Níger também encontrou resultados similares, com 75% das mulheres com fístula sem nenhum nível de escolaridade (Heller, 2017).

A escolaridade pode influenciar a ocorrência de FO de várias maneiras; mulheres com maior nível de escolaridade têm melhor acesso a informações sobre saúde e maior autonomia para tomar decisões informadas, o que facilita a busca por cuidados médicos atempados e adequados. Além disso, a educação contribui para a redução de casamentos precoces e gravidez na adolescência, que já foram identificados em pesquisas anteriores como factores de risco para a FO (Heller, 2017; Tsega Dejen et al., 2022).

Esses resultados sugerem que, à medida que a idade aumenta, a frequência de FO diminui. Esse fenómeno pode estar associado ao facto de que a estrutura ósteo - muscular das mulheres mais velhas já está bem formada, proporcionando maior resistência óssea e muscular.

Muitos estudos demonstram que, mulheres em idade mais avançada tendem a ter um maior discernimento e atenção em relação à sua saúde. Elas são mais propensas a buscar consultas pré-natais de forma autónoma, facilitando a detecção precoce da ocorrência de

FO. Isso permite um melhor acompanhamento da gravidez e, se algum factor de risco for identificado, a sua transferência atempada para cuidados médicos especializados. Consequentemente, os profissionais de saúde podem tomar decisões mais informadas e adequadas para o parto dessas gestantes.

A análise feita não encontrou associação estatisticamente significativa entre o abandono pelo parceiro e a ocorrência de fístula obstétrica (FO) neste estudo ($p=0,06$). Este resultado está alinhado com descobertas semelhantes de um estudo conduzido na Etiópia (Tilahun et al., 2021) que também não encontrou tal associação. No entanto, é notável que cerca de metade das mulheres diagnosticadas com FO em ambos os estudos tenham experimentado o abandono por parte de seus maridos. Em nossa pesquisa, 46% (226 mulheres) relataram terem sido abandonadas por seus parceiros.

O abandono dos maridos pode ser atribuído a vários factores complexos. O estigma social associado à incontinência urinária e/ou fecal resultante da FO pode levar à rejeição. A falta de compreensão por parte dos maridos sobre a condição médica e o medo de complicações podem afastar os maridos.

Por outro lado, as pressões sociais e familiares para que o homem se case novamente com uma mulher saudável, adicionado à tensão emocional vivida no casamento por causa das dificuldades que podem advir de manter relações sexuais sem odor de urina, podem também constituir factores contribuintes. Questões económicas, onde a mulher não pode contribuir para o sustento da família devido à sua condição, e normas culturais que desvalorizam a saúde das mulheres, perpetuam essa vulnerabilidade ao abandono, sobretudo em contextos de sociedades machistas como as que caracterizam Moçambique.

A maioria das mulheres com fístula obstétrica (FO) relatou que o parto foi assistido por um profissional de saúde. No entanto, muitas enfrentaram atrasos significativos para chegar ao atendimento médico especializado. Esses atrasos, combinados com a prolongação do trabalho de parto, resultaram em complicações graves.

Embora a presença de profissionais de saúde seja crucial, o manejo adequado de partos prolongados frequentemente requer intervenções especializadas que nem sempre estão disponíveis em áreas de difícil acesso.

Nesta pesquisa, observou-se que a maior parte das mulheres que desenvolveram fístula obstétrica (FO) eram primigestas, com 37% (182) das mulheres afetadas. A alta

incidência de FO entre primigestas pode ser explicada por vários fatores. Primeiramente, a imaturidade física, especialmente em adolescentes, pode resultar em uma pelve inadequadamente desenvolvida, aumentando o risco de obstrução durante o parto.

A falta de experiência obstétrica também contribui para o risco de obstrução durante o parto, pois as primigestas podem não reconhecer sinais de complicações a tempo, resultando em atrasos na busca por assistência médica. Partos prolongados são mais comuns entre primigestas, devido ao preparo inadequado do corpo para o nascimento, levando à necrose dos tecidos pélvicos e ao desenvolvimento de fístulas. Além disso, o acesso limitado a cuidados de saúde especializados em áreas rurais ou de baixo desenvolvimento agrava o risco.

Estudos similares feitos no Niger, Etiópia e Nigéria encontraram resultados comparáveis, com 35%, 48% e 42%, respectivamente das mulheres com FO primigestas (Andargie & Debu, 2017; Heller, 2017; L. L. Wall et al., 2004). As razões apontadas no estudo do Níger, como a imaturidade física, partos prolongados e a falta de acesso a cuidados obstétricos adequados, refletem os mesmos desafios identificados nesta pesquisa (Heller, 2017).

14. Conclusões

Nesta pesquisa, foi analisado o perfil social e epidemiológico de mulheres com FO atendidas em cinco US das províncias de Cabo Delgado, Niassa, Nampula, Sofala e Inhambane. Os resultados desta pesquisa apontam para uma proporção elevada de ocorrência de FO, apesar da existência de programas de redução da ocorrência da FO.

Esta pesquisa revelou que a Fístula Obstétrica (FO) é um problema significativo de saúde pública em Moçambique, afectando principalmente mulheres de áreas rurais com dificuldades de acesso a cuidados obstétricos adequados. A análise do perfil social e epidemiológico das mulheres com FO demonstrou que factores como baixa escolaridade, casamentos prematuros e assistência inadequada ao parto estão fortemente associados à sua ocorrência.

A história obstétrica das mulheres afectadas indicou que a maioria era primigesta, o que reforça a importância do acompanhamento pré-natal adequado para prevenir complicações durante o parto. Além disso, a presença de profissionais de saúde, embora

essencial, não tem sido suficiente para evitar partos prolongados, o que destaca a necessidade de intervenções especializadas em unidades de saúde de difícil acesso.

O impacto social da FO também foi evidente, com muitas mulheres enfrentando estigma e abandono conjugal. Embora a associação estatística entre abandono e FO não tenha sido comprovada, a vulnerabilidade dessas mulheres reforça a necessidade de suporte psicológico e reintegração social.

15. Recomendações

Com base nos resultados deste estudo, as seguintes recomendações são encaminhadas:

1. Fortalecer a capacitação de profissionais de saúde para o manejo adequado de partos prolongados e complicações obstétricas, especialmente em áreas rurais.
2. Expandir programas de educação feminina e conscientização sobre saúde materna, visando a redução de casamentos prematuros e gravidez na adolescência.
3. Melhorar a infraestrutura e logística de transporte para facilitar o acesso oportuno das gestantes a unidades de saúde equipadas.
4. Implementar políticas públicas de suporte psicológico e reintegração social para mulheres afetadas pela FO, reduzindo o estigma e o abandono conjugal.

Referências bibliográficas

- Adler, A. J., Ronsmans, C., Calvert, C., & Filippi, V. (2013). Estimating the prevalence of obstetric fistula: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-246>
- Ahmed, S., & Tunçalp, Ö. (2015). Burden of obstetric fistula: From measurement to action. In *The Lancet Global Health* (Vol. 3, Issue 5, pp. e243–e244). Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70105-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70105-1)
- Amodu, O. C., Salami, B., & Richter, S. (2017). Obstetric fistula and sociocultural practices in Hausa community of Northern Nigeria. In *Women and Birth* (Vol. 30, Issue 5, pp. e258–e263). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.02.009>
- Andargie, A. A., & Debu, A. (2017). Determinants of obstetric fistula in Ethiopia. *African Health Sciences*, 17(3), 671–680. <https://doi.org/10.4314/ahs.v17i3.9>
- Arrowsmith, S. D. (2007). The classification of obstetric vesico-vaginal fistulas. A call for an evidence-based approach. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.06.018>
- Bashah, D. T., Worku, A. G., & Mengistu, M. Y. (2018). Consequences of obstetric fistula in sub Sahara African countries, from patients' perspective: A systematic review of qualitative studies. *BMC Women's Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0605-1>
- Boene, H., Mocumbi, S., Högberg, U., Hanson, C., Valá, A., Bergström, A., Sevene, E., & Munguambe, K. (2020). Obstetric fistula in southern Mozambique: A qualitative study on women's experiences of care pregnancy, delivery and post-partum. *Reproductive Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0860-0>
- Browning, A., & Syed, S. (2020). Where we currently stand on obstetric fistula treatment and prevention. In *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (Vol. 148, Issue S1, pp. 1–2). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13030>
- Budu, E., Ahinkorah, B. O., Okyere, J., Seidu, A. A., Aboagye, R. G., & Yaya, S. (2022). Awareness of obstetric fistula and its associated factors among women of reproductive age in sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine and Health*, 50(1). <https://doi.org/10.1186/s41182-022-00443-2>

- Bulndi, L. B., Ireson, D., Adama, E., & Bayes, S. (2023). Women's views on obstetric fistula risk factors and prevention in north-central Nigeria: an interpretive descriptive study. *BMJ Open*, 13(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066923>
- Chavane, Leonardo Antonio, Patricia Bailey, Osvaldo Loquiha, Martinho Dgedge, Marc Aerts, and Marleen Temmerman. 2018. "Maternal Death and Delays in Accessing Emergency Obstetric Care in Mozambique." *BMC Pregnancy and Childbirth* 18(1):1–8. doi: 10.1186/s12884-018-1699-z
- Cowgill, K. D., Bishop, J., Norgaard, A. K., Rubens, C. E., & Gravett, M. G. (2015). Obstetric fistula in low-resource countries: An under-valued and under-studied problem - systematic review of its incidence, prevalence, and association with stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0592-2>
- Egziabher, T. G., Eugene, N., Ben, K., & Fredrick, K. (2015). Obstetric fistula management and predictors of successful closure among women attending a public tertiary hospital in Rwanda: A retrospective review of records. *BMC Research Notes*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1771-y>
- Hawkins, L., Spitzer, R. F., Christoffersen-Deb, A., Leah, J., & Mabeya, H. (2013). Characteristics and surgical success of patients presenting for repair of obstetric fistula in western Kenya. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 120(2), 178–182. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.08.014>
- Helena Guerra, L. (n.d.). *Uma análise sócio antropológica da Fístula Obstétrica em Moçambique*.
- Heller, A. (2017). *Demographic profile and treatment outcomes of 100 women with obstetric fistula in Niger*. POG in Press. http://ir.uiowa.edu/pog_in_press/.
- Igor Vaz. (2011). *A Fístula Obstétrica e a situação em Moçambique*. <https://www.wlsa.org.mz/artigo/a-fistula-obstetrica-e-a-situacao-em-mocambique/>
- Kees Waaldijk. (1995). *classification of VVV kees waaldijk babbar ruga fistula hospital*.
- Loposso, M. N., Ndundu, J., De Win, G., Ost, D., Punga, A. M., & De Ridder, D. (2015). Obstetric fistula in a district hospital in DR Congo: Fistula still occur despite access to caesarean section. *Neurourology and Urodynamics*, 34(5), 434–437. <https://doi.org/10.1002/nau.22601>
- Maheu-Giroux, M., Filippi, V., Samadoulougou, S., Castro, M. C., Maulet, N., Meda, N., & Kirakoya-Samadoulougou, F. (2015). Prevalence of symptoms of vaginal fistula in 19 sub-saharan africa countries: A meta-analysis of national household survey data. *The Lancet Global Health*, 3(5), e271–e278. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70348-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70348-1)
- Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). (2012). *Unidos Vamos Eliminar a Fístula Obstétrica em Moçambique pelo Fim da Fístula Campanha Ministério da Saúde*.
- Motta, Caio Tavares, and Marcelo Rasga Moreira. 2021. *Will Brazil Comply with the Sdg 3.1 of the 2030 Agenda? An Analysis of Maternal Mortality, from 1996 to 2018*. *Ciencia e Saude Coletiva* 26(10):4397–4409. doi: 10.1590/1413-812320212610.10752021.
- Muleta, M. (2006). Obstetric Fistula in Developing Countries: A Review Article. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 28(11), 962–966. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)32305-2](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32305-2)

- Rane, A., Browning, A., Majinge, P., & Pope, R. (2020). Challenges in the field of obstetric fistula. In *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (Vol. 148, Issue S1, pp. 6–8). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13032>
- Semere, L., & Nour, N. M. (2008). Obstetric Fistula: Living With Incontinence and Shame. In *REVIEWS IN OBSTETRICS & GYNECOLOGY* (Vol. 1, Issue 4). <http://www.fistulafoundation.org/pdf/UIDW.pdf>.
- Swain, D., Parida, S. P., Jena, S. K., Das, M., & Das, H. (2020). Prevalence and risk factors of obstetric fistula: Implementation of a need-based preventive action plan in a South-eastern rural community of India. *BMC Women's Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00906-w>
- Thaddeus, S. M. D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091–1110.
- Tilahun, T., Sura, B., & Merdassa, E. (2021). Determinants of obstetric fistula in South-western Ethiopia. *International Urogynecology Journal*, 32(9), 2505–2510. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04690-5>
- Tsega Dejen, M., Assebe Yadeta, T., Gedefaw Azeze, G., Demis Bizuneh, A., Tiruye, G., & Semahegn, A. (2022). Knowledge of obstetric fistula and its associated factors among women of reproductive age in Northwestern Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-022-02001-8>
- Wall, L. (2012). Preventing Obstetric Fistulas in Low-Resource Countries. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 67, 111–121. <https://doi.org/10.1097/OGX.0b013e3182438788>
- Wall, L. L., Karshima, J. A., Kirschner, C., Arrowsmith, S. D., & Polan, M. L. (2004). The obstetric vesicovaginal fistula: Characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(4), 1011–1016. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.02.007>
- Wilkinson, J. P., and E. Chipungu. 2020. “Between Scylla and Charybdis: Delivery in the Setting of Obstructed Labour.” *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 127(6):708.

ANEXOS

