

Uma análise sócio antropológica da Fístula Obstétrica em Moçambique

Lúcia Helena Guerra¹

Doutoranda PPGA/UFPE

Introdução

Contextualizando a Fístula Obstétrica historicamente a ONG WLSA - *Women and Law in Southern Africa Research and Education Trust* (2011) esclarece que a mais antiga evidência da doença data de 2050 a.C. no Cairo (Egito). Onde foi encontrada, na década de 1960, a múmia de Henhenit uma das esposas do faraó Mentuhotep II. Tendo falecido aos 22 anos em decorrência de um trabalho de parto complicado, o seu corpo apresentava uma grande fístula urinária e ruptura completa do períneo. A fístula foi descrita pela primeira vez no século XI, como uma ruptura associada ao trabalho de parto prolongado, pelo médico persa Ibn Sina, no seu Tratado de Medicina (Al Qanunn fi AL-Tibb). Mas só em 1957 que esta ruptura, atribuída ao trabalho de parto, foi nomeada como Fístula Vesico Vaginal – FVV, pelo médico Luiz de Mercado no seu Tratado de Ginecologia (De mulierum affectionibus).

O leitor deve estar se perguntando, mas afinal o que é Fístula Obstétrica? Para a Organização Mundial de Saúde (OMS: 2010) a Fístula Vesico Vaginal – FVV ou Fístula Obstétrica, como é comumente chamada, é um orifício anormal que se forma na pelve genital como consequência de um trabalho de parto obstruído ou arrastado. Ainda de acordo com a OMS na Ásia e na África subsaariana mais de 02 milhões de mulheres sofrem com a doença.

O meu interesse pela temática surgiu a partir da leitura do artigo “*A fístula obstétrica e a situação em Moçambique*”² de autoria do médico urologista Dr. Igor Vaz. Que além de fonte de inspiração para o desenvolvimento da minha pesquisa de doutoramento, foi um dos meus principais interlocutores durante o trabalho de campo em Maputo. Um aspecto que me marcou em relação ao texto, foi o fato do país possuir uma alta taxa de incidência da doença, surgindo a partir daí a pretensão em realizar uma

¹Doutoranda em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco sob orientação do Prof. Dr. Russel Parry Scott. Pesquisadora vinculada ao IEAF – Instituto de Estudos Africanos e FAGES - Núcleo de Estudos da Família, Gênero e Sexualidade. E-mail: luciaguerra.ufpe@gmail.com

² Publicado na revista Outras Vozes nº 33/34 de Fev-Maio de 2011.

etnografia junto a estas mulheres em Moçambique. O que foi concretizado no ano de 2015, quando através do programa de mobilidade e com financiamento da CAPES, realizei o Doutorado Sanduíche por um período de oito meses na Universidade Eduardo Mondlane em Maputo, capital do país. Os dados que aqui apresento são resultantes desta pesquisa e representam um ponto de vista da autora, cientista social de formação e por vezes leiga~~o~~ no campo médico, portanto espero que os colegas da área da saúde desculpem a “intromissão”, mas acredito que este é um assunto que deva ser abordado por um viés transdisciplinar.

Em tempo, é bom frisar que saúde/doença/cura tem sido estudados direta ou indiretamente por antropólogos desde o final do século XIX, possibilitando por meio da descrição e da análise etnográfica um acúmulo de conhecimentos acerca das diferentes experiências de grupos sociais sobre esses fenômenos (Nakamura, 2009:27). De acordo com Ana Maria Canesqui (2007), a experiência da doença relaciona-se “*aos aspectos privados da vida cotidiana, às rupturas das rotinas, ao gerenciamento da doença e à própria vida dos adoecidos, cujos cuidados não se restringem aos serviços de saúde e ao contato com os profissionais*”. Igualmente, sustenta-se que as questões inerentes à saúde e a doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais ocorrem, uma vez que as diferenças culturais podem influenciar na maneira como cada doente assume o seu papel de enfermo (Alves: 1993).

Deste modo, abordar a dimensão sócio-antropológica da Fístula Obstétrica em Moçambique significa olhar para a mulher (con)vivendo com esta doença, buscando desvendar alguns aspectos da realidade por elas vividas, mostrando a complexidade das suas experiências e as ações e políticas públicas que vem sendo desenvolvidas pelo governo moçambicano para tentar minimizar esta sofrimento

A Fístula Obstétrica como objeto de investigação

De acordo com Maria Hamerski (2006) a etiologia da Fístula Vesico Vaginal – FVV é variada e poder ser dividida entre fístulas congênicas ou adquiridas, sendo esta última dividida entre fístulas obstétricas, cirúrgicas, pós-radiação, câncer ou outra doença associada. Em países desenvolvidos, como Estados Unidos e Inglaterra, 70% dos casos de fístulas adquiridas são resultantes de cirurgias pélvicas, já nos países em desenvolvimento (como é o caso da maioria dos países africanos) 90% das fístulas são causadas pelo trabalho de parto obstruído (Miller et al, 2005).

Neste artigo abordarei apenas os casos de fístula obstétrica³, objeto desta pesquisa. Conforme disse anteriormente é um orifício que comunica a bexiga com a vagina, ou reto com a vagina, resultante da disvascularização dos tecidos, sendo causada por complicações no trabalho de parto prolongado⁴ ou obstruído sem a devida assistência de um profissional de saúde (Jornal @ Verdade – 15/05/2009). Durante o trabalho de parto, os tecidos moles da pélvis são comprimidos entre a cabeça do bebê⁵ e o osso pélvico da mãe (UNFPA, 2012), o encravamento da cabeça do feto comprimindo a bexiga e a vagina contra o púbis durante um longo período acaba provocando uma isquemia prolongada, que evolui para necrose dos tecidos (Amalique, 2008:08) e posteriormente (sete a dez dias) estes tecidos são eliminados e cria-se uma comunicação entre esses órgãos e a vagina.

Os principais sintomas físicos da doença são a perda contínua de urina (e/ou fezes⁶) pela vagina. Se não for logo tratada a fístula pode transforma-se num problema crônico de saúde (UNFPA, 2012) desenvolvendo irritação cutânea da vulva e períneo, dor durante a relação sexual e infecções do trato vaginal ou urinário de repetição. Em alguns casos, durante o trabalho de parto, a mulher sofre danificação dos nervos das pernas, que os médicos em Moçambique chamam de síndrome do pé pendente⁷, que leva à falta de mobilidade nos membros inferiores, sendo necessário para além da cirurgia da reparação da fístula um longo tratamento de reabilitação física, mas infelizmente não é o que acontece conforme pude observar nos três casos avaliados.

Sem falarmos do sofrimento psicológico que a doença causa, e que afeta a autoestima, relacionamentos íntimos e as relações sociais. A mulher portadora da fístula é colocada num “isolamento voluntário” devido ao odor fétido de urina que exala (Amalique, 2008:13), muitas têm vergonha de ir à igreja, machamba⁸ ou ao mercado (WLSA, 2011). Devido a pobreza em que vivem não têm dinheiro para comprar fraldas descartáveis ou absorventes femininos e acabam utilizando pedaços de pano para tentar segurar a urina, estes “pensos” tem que ser constantemente trocados devido ao mau

³ Utilizo o termo Fístula Obstétrica de forma ampla, para tratar os casos de fístula vesico-vaginal (comunicação entre a bexiga e a vagina) e fístula reto-vaginal (comunicação entre o reto e a vagina).

⁴ O trabalho de parto obstruído é responsável por 8% das mortes maternas no mundo, de acordo com GJ. Hofmeyr em *Obstructed labor: using better technologies to reduce mortality Int J Gynecol Obstet* 2004; 85(Supp. 1): p.62—72.

⁵ Um parto arrastado pode durar até sete dias, porém o feto morre depois de dois ou três dias (UNFPA, 2012).

⁶ Em cerca de 10% dos casos de fístula (Miller et al, 2005).

⁷ De acordo com a UNFPA (2003) esta síndrome é desenvolvida em 20% dos casos de fístula obstétrica.

⁸ Termo na língua Machangana que significa roça. A maioria destas mulheres trabalhar com agricultura familiar de subsistência.

cheiro, mas em muitos casos esta mulher não têm recursos para comprar sabão, ou ao menos tem água corrente em casa. Como consequência da doença, são abandonadas pelos maridos e segregadas pela família, fatores que contribuem para o desenvolvimento de transtornos psicossociais, uma vez, que afetam diretamente a capacidade de autonomia desta mulher. Podendo gerar um quadro depressivo, muitas vezes culminando no suicídio (Jornal Domingo, 17/05/2015).

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

Infelizmente existem casos em que a fístula é considerada incurável⁹, são os casos de destruição total da bexiga e uretra. Como alternativa os médicos a submentem a uma cirurgia de Urostomia, a paciente terá de utilizar um saco para “guardar” a urina, o que acaba lhe proporcionando uma melhor condição de vida do que a sua perda incontrolada. Também existem os casos de destruição completa da vagina ou remoção do útero (Histerectomia total), que implicam na impossibilidade da mulher voltar a ter relações sexuais e/ou gerar filhos o que acarreta uma série de problemas para estas mulheres, relacionados principalmente com sua incapacidade de exercer sua “função” de esposa/mãe. Mas antes de adentrarmos especificamente nas questões que envolvem o problema da fístula obstétrica em Moçambique, iremos apresentar um breve panorama global sobre a doença.

A Fístula Obstétrica no mundo

De acordo com a Organização Mundial de Saúde a Fístula Obstétrica foi eliminada na Europa e nos Estados Unidos, na sequência de um esforço de saúde pública que decorreu 1935 a 1950 e que permitiu o acesso universal das mulheres aos

⁹ De acordo com o Dr. Igor Vaz (Jornal Domingo, 17/05/2015), cerca de 10% dos casos de fístula em Moçambique são incuráveis.

cuidados do parto seguro (OMS, 21 de abril de 2015). Atualmente, nos países desenvolvidos a fístula ocorrem principalmente em decorrência de gênese cirurgias pélvicas, como é o caso da histerectomia ou cesarianas (Amalique, 2008:08). As fistulas associadas, em particular, com a histerectomia total abdominal respondem por 75% de todos os casos em países desenvolvidos (Hamerski et al, 2006), bem diferente da realidade dos países em desenvolvimento¹⁰ onde as fistulas obstétricas constituem um problema de Saúde Pública. Particularmente em África, a causa mais comum é o trabalho de parto arrastado, sendo responsável por 65% a 96% dos casos de FVV (Amalique, 2008:09).

Não existe um número exato da prevalência da Fístula Obstétrica, refletindo o como a doença (e estas mulheres) tem sido sistematicamente negligenciadas. Para o médico nigeriano Babtunde Osotimehin, Chefe do Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA à persistência da Fístula Obstétrica nos países em desenvolvimento reflete o fracasso dos sistemas de saúde sexual e reprodutiva, o que ocasiona anualmente de 50.000 a 100.000 novos casos de Fístula Obstétrica em todo o mundo (Hamerski et al, 2006). Alguns provedores de saúde têm proposto que em áreas sem acesso aos serviços de emergência de cuidados obstétricos a incidência da doença pode ser de 2 a 5 casos por 1.000 partos (Velez et al, 2007:144). Estas estimativas são geralmente baseadas no controle pessoal dos cirurgiões, que repassam os dados aos grupos de defesa dos ministérios da saúde ou ONG's. Ocasionalmente subnotificações dos casos e gerando relatórios imprecisos (Miller et al, 2005), principalmente devido ao afastamento geográfico das áreas onde ocorrem a maioria dos casos da doença, fazendo com que estas estimativas sejam pouco confiáveis (Tunçalp et al, 2015).

Para tentar reparar esta lacuna o UNFPA realizou no ano de 2002 em Addis Abeba na Etiópia um fórum que reuniu várias instituições com o objetivo de elaborar um relatório de avaliação sobre a prevenção e tratamento da Fístula Obstétrica nos países afetados pela doença (Cook e Dickens, 2004). Desde 2004 algumas perguntas sobre a Fístula foram incluídas nos estudos demográficos de saúde em mais de vinte países do continente africano. Entre os anos 2008 a 2013, onze destes países relataram percentagens de mulheres que, quando entrevistadas, afirmaram que tinham ouvido falar ou relataram ter a doença. Com base nos *Demographic and health surveys* realizados de

¹⁰ Em estudo realizado no Hospital Provincial de Quelimane (Moçambique) dos 85 casos de FVV apenas 04 (4,7%) foram em decorrência de Histerectomia (Amalique, 2008:22).

2008 a 2012, Tunçalp (2015) fez um levantamento destes dados os quais reproduzimos na tabela abaixo:

País	Anos	% das mulheres com idade entre 15-49 anos	
		Ouviu falar da F.O.	Teve F.O.
Burkina Faso	2010	30,9	0,1
Camarões	2011	23,2	0,4
Congo	2011-2012	17,4	0,3
Guiné	2012	41,8	0,6
Niger	2012	44,1	0,2
Nigéria	2008	30,7	0,4
Senegal	2010-2011	22,2	0,1
Tanzânia	2010	67	0,5

Fonte: Demographic and health surveys [Internet]. Rockville: DHS Program Office; 2014.

Outra fonte importante é o *Global Fistula Map*¹¹, organizado em parceria pela *Fistula Foundation* e UNFPA. O mapa mostra o panorama dos locais e quantidade de cirurgias de reparação da fistula obstétrica realizadas no mundo. Os dados foram enviados pelas Unidades de Saúde (de 45 países) e registraram que no período de 2010-2013 foram realizadas 60.280 cirurgias de reparação da fistula obstétrica.

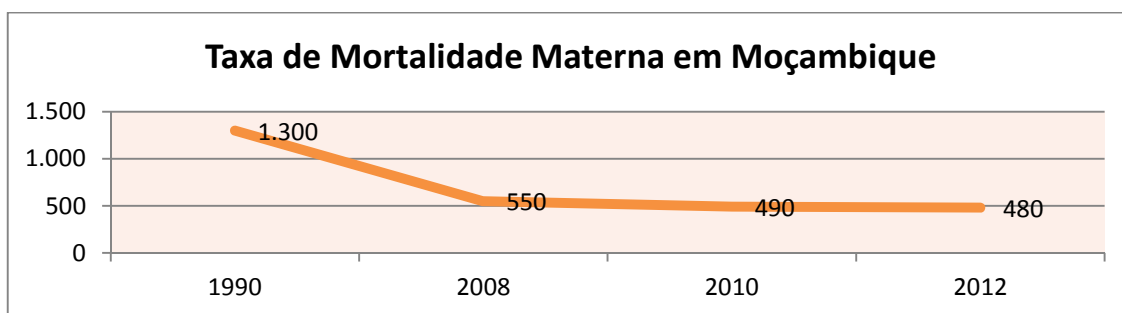
Além dos Inquéritos Demográficos de Saúde, também faz-se necessário que as unidades de saúde sejam capazes de diagnosticar as fistulas durante as visitas pós-parto, notificar e encaminhar estas pacientes para os centros de reparação de Fístula Obstétrica. Para Tunçalp et AL (2015), só será possível alocar os recursos (humanos e financeiros) necessários para tratar as fistulas, quando houver precisão nos dados sobre a doença. De acordo com a *Fistula Foundation* os custos de uma cirurgia deste tipo, incluindo os cuidados pós-operatórios e reabilitação física gira em torno de U\$ 450 e a capacidade internacional é de tratar cerca de 16.000 mulheres por ano. Este quantitativo não chega nem perto da real necessidade (50.000 a 100.000 novos casos de FO por ano), gerando um “acúmulo” de doentes que hoje afeta cerca de 02 milhões de mulheres no mundo (OMS: 2010). Em Moçambique também não sabemos precisar o número de mulheres que convivem com a doença, mas os médicos estimam que seja algo em torno de 75 a 100 mil mulheres¹² (Jornal @ Verdade – 11/10/2011).

¹¹ Disponível em: <http://www.globalfistulamap.org/>

¹² O número de cem mil seriam referentes os casos acumulados durante décadas (WLSA, 2011).

Contexto da Fístula Obstétrica em Moçambique

O nascimento de uma criança é um dos momentos mais alegres de qualquer família, mas infelizmente o parto continua a representar um grande risco, tanto para mãe como para o bebé. Em alguns países em desenvolvimento, este evento é tão frequente, que é capaz de produzir uma razão de 2.000 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, como é o caso do Sudão do Sul. De acordo com dados da *Cia World Factbook* (2015) dentre os vinte países que possuem os maiores índices de mortalidade materna, TODOS estão localizados no continente africano, Moçambique ocupa a vigésima posição neste ranking com 490 mortes maternas a cada 100.000 nascidos vivos. Levando em consideração os dados referentes à situação de mortalidade materna¹³ podemos observar no gráfico abaixo que a Moçambique melhorou visivelmente nos últimos anos, mas ainda a muito por ser feito.



Para a Organização Mundial de Saúde – OMS estima que anualmente 20 milhões de mulheres apresentem complicações agudas da gestação, destas cerca de 550.000 morrem no parto. Considerando as estatísticas da OMS, que para cada morte materna ocorrem vinte complicações incapacitantes para a mulher, podemos concluir que uma parcela significativa das mulheres no país está afetada pela Fístula Obstétrica (MISAU, 2012:06). O Ministério da Saúde estima que no ano de 2013, foram realizados aproximadamente um milhão de partos em Moçambique, dos quais surgiram pelo menos dois mil novos casos de Fístula Obstétrica (Jornal @ Verdade – 10/07/2014). Durante encontro realizado em Maputo em julho de 2014 para discutir a Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas em Moçambique, Alexandre Manguela, Ex-Ministro da Saúde de Moçambique reconheceu que ainda há um longo caminho a percorrer, e que apenas 20% das mulheres com fístula tem acesso

¹³ Esta taxa é frequentemente utilizada como indicador de saúde de um país e tem seus valores calculados com base no número de mortes por 100.000 nascidos vivos por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, parto e pós-parto.

ao tratamento (Jornal @ Verdade – 10/07/2014). Com base em projeções do Censo Geral de População, o Ministério da Saúde de Moçambique fez uma previsão dos novos casos de fístula obstétrica no país (0,2% do total de partos ocorridos), levando em consideração os partos esperados (4,5% da população total do país). Estes números podem ser bem mais agravantes se levarmos em consideração os partos realizados fora das unidades sanitárias e os casos de fístula obstétricos não notificados.

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

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

As zonas que apresentam elevadas taxas de aparecimento de fístula são as províncias de Niassa, Tete, Zambézia, Nampula, Inhambane, Manica e a zona sul da província de Sofala (MISAU, 2012:13). Para o Dr. Igor Vaz (2011) a elevada prevalência da doença nestas províncias deve-se ao fato de serem regiões rurais onde a maioria da população vive na pobreza absoluta e que possui baixa cobertura da assistência ao parto. Outro agravante está relacionado com o transporte e ao sistema de comunicação que são precários e insuficientes, fazendo com que uma mulher com parto obstruído não tenha acesso aos serviços de saúde, principalmente na região norte do país onde o terreno é montanhoso (UNFPA, 2003:42). Também devemos levar em consideração os aspectos culturais envolvidos, opinião partilhada pelo Ministério da Saúde de Moçambique - MISAU (Jornal Domingo – 05/10/2014), entre os quais destacamos o casamento prematuro e o parto em idade precoce.

De acordo com as informações colhidas no *Global Fístula Map* no período de 2010 a 2013 foram realizadas 1.429 cirurgias de reparação de FVV em Moçambique. Lembrando que o sistema de informação sobre as fístulas ainda é incipiente (MISAU, 2012:13) e que os dados são repassados pelas unidades de saúde, acreditamos que possa haver uma subnotificação dos casos tratados. Verificamos que não constam no mapa dados referentes aos hospitais Rural de Vilankulos, Provincial de Inhambane e Central

de Nampula, hospitais que vem realizando este tipo de procedimento conforme pude constatar durante a pesquisa de campo.

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

Fonte: Compilação dos dados do Global Fístula Map.

Quantidade de Cirurgias FVV realizadas em Moçambique	2010	2011	2012	2013	Total
	159	434 ¹⁴	317	357	1.267

Fonte: Ministério da Saúde de Moçambique.

Podemos perceber nas tabelas acima uma discrepância entre os dados colhidos pela UNFPA e os apresentados pelo Dr. Armando Melo¹⁵ Coordenador da Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas em Moçambique. Um dos objetivos da Estratégia Nacional é justamente estabelecer um mecanismo institucional de monitoria, avaliação e auditoria dos casos de fístula obstétrica no país.

Fatores prevalentes da Fístula Obstétrica

Para além das causas físicas já descritas responsáveis por esta patologia; trabalho de parto prolongado, lesões cirúrgicas acidentais relacionadas com a gravidez e operações invasivas para induzir o aborto ou histerectomia (Vaz, 2011). A UNFPA, juntamente com outros parceiros, entre eles a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, elencou, após a revisão de relatórios elaborados em onze¹⁶ países do continente africano, os principais fatores que contribuem para a incidência da fístula obstétrica, entre os quais destacamos:

¹⁴ Foi efetuado o seguinte volume de reparações: 166 em Nampula; 61 na Zambézia; 155 em Sofala e 52 na cidade de Maputo (MISAU, 2012:13).

¹⁵ Diretor do Hospital Militar de Maputo e responsável no MISAU pelas campanhas de tratamento da Fístula Obstétrica.

¹⁶ Benin, Chade, Quênia, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.

- **Pobreza extrema e o limitado acesso a informação e aos cuidados de maternidade segura (planejamento familiar, parto institucional e cuidados obstétricos);**

A Fístula normalmente acontece em mulheres pobres, especialmente aquelas que vivem longe das unidades sanitárias. Dentre os fatores que contribuem para a fistula, a pobreza é mais determinante, porque está associada ao casamento prematuro e à desnutrição. Além disso, a pobreza reduz as possibilidades delas se beneficiarem dos direitos e cuidados de saúde reprodutiva, entre os quais a assistência ao parto. Por serem colocadas num estatuto subalterno, as mulheres, em muitas comunidades, não têm o poder de decidir quando e onde ter filhos (UNFPA, 2012).

- **Casamento prematuro, tendo como consequência a gravidez na adolescência;**

Em Moçambique quem tem o maior risco de desenvolver a doença, são as mulheres jovens e adolescentes, loboladas aos 11/12 anos, grávidas aos 13/15 anos e que dão a luz em casa, como manda a tradição (WLSA, 2011). Segundo Afonso Paes (1982:675) o parto obstruído prolongado está relacionado à desproporção entre o tamanho do feto e a estrutura óssea destas mulheres, que é muito pequena ou imatura, talvez devido à juventude ou à desnutrição que inibi o crescimento (Cook e Dickens, 2004). A desnutrição e a baixa estatura são fatores fisiológicos que contribuem igualmente para o parto obstruído, conforme podemos verificar durante a pesquisa de campo em Moçambique, colhemos dados das pacientes e chegamos a seguinte proporção peso/altura: 45 kg e 1,40 m.

- **Elevada taxa de natalidade;**

Contudo, outros fatores diretos ou indiretos predisõem a mulher a ter um parto arrastado ou obstruído. Os riscos de complicações na gravidez e no parto são maiores se a mulher tiver tido muitas gestações. Estas distocias, que incluem hemorragia e Desproporção Céfalo Pélvica são frequentes em mulheres múltiparas e que podem também, igualmente as primigestas, desenvolver fístula durante um parto complicado, sem assistência médica (Miller et al, 2005). Lembrando que em Moçambique a taxa de natalidade é de 6.6 filhos por mulher (dados de 2011), mas durante a pesquisa muitas das entrevistadas afirmaram ter de 07 a 10 filhos.

- **Grandes distâncias entre as residências e as Unidades Sanitárias (falta de atendimento qualificado no parto e de cuidados obstétricos de emergência);**

Em países em desenvolvimento a falta de atendimento qualificado no parto e a falta de emergência nos cuidados obstétricos contribuem para altas taxas de trabalho de parto obstruído e como consequência a fistula obstétrica (Miller et al, 2005). A maioria das pacientes é proveniente de zonas rurais remotas, tendo de percorrer longas distâncias para chegar às Unidades de Saúde, que não estão preparadas para realizar uma cesariana. Chegamos ao outro impasse que é a escassez ou ausência de transporte para transferência destas pacientes aos centros médicos. O principal fator causador das FVV em Moçambique é justamente a deficiência na assistência obstétrica (Amalique, 2008:26).

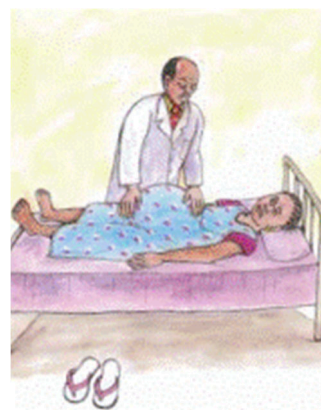
- **Aspectos culturais¹⁷;**

Os mitos comuns em relação às fistulas são que as mesmas foram causadas por culpa dos maus espíritos, de que a mulher está amaldiçoada ou que está sendo punida, por que ofendeu os deuses ou foi infiel ao marido. Conforme podemos atestar no estudo realizado pelo *Health Poverty Action* (2011) com mais de 600 líderes comunitários em Serra Leoa, onde 57% atribuíram à doença a “vontade de Deus” ou responsabilizaram a mulher, conferindo à causa da doença a infidelidade feminina. Em algumas províncias de Moçambique, o trabalho de parto complicado também está associado à infidelidade feminina. O que acaba provocando atrasos em levá-la ao hospital, pois só quando a mulher confessar a infidelidade (real ou imaginada) é que assistida (WLSA, 2011). Estas tradições fazem com que as parturientes se recusem a dar à luz nas maternidades, sobretudo quando sabem que serão assistidas por homens ou parteiras jovens que ainda não têm filhos. Para a Diretora de Saúde da Província de Tete¹⁸, Luisa Cumba a alta taxa de mortalidade materna em Moçambique está associada a falta de poder de decisão da mulher sobre sua própria vida, uma vez que a parturiente não pode tomar a iniciativa de ir para maternidade sem a autorização da sogra ou do marido.

¹⁷ A Mutilação Genital Feminina – MGF é um dos fatores que contribuem para o aumento dos casos de fistula obstétrica em África, mas não foi contemplado neste artigo, pois esta prática não faz parte do contexto moçambicano.

¹⁸ “Tete em Moçambique aposta no parto humanizado”. Página acessada em 08/12/2014: <http://www.jornalnoticias.co.mz/pls/notimz2/getxml/pt/contentx/261691>

A ONG WLSA (2011) resume os fatores da fístula ao ATRASO, atraso em tomar a decisão de ir ao hospital, atraso em chegar a Unidade de Saúde e atraso em ser atendida no hospital. Conforme podemos perceber nas ilustrações abaixo, extraídas do folheto “*A história de Fatu*” elaborado pela organização *Tearfund*¹⁹:



De acordo com o Dr. Igor Vaz (Jornal Domingo, 17/05/2015) as Fístulas Obstétricas são uma demonstração viva do desastre e desigualdade social em que vivemos. Tendo como denominador comum a pobreza, à distância e isolamento em que vivem, a falta de escolaridade, falta de acesso aos cuidados de saúde e a demora desta mulher ter acesso aos cuidados obstétricos de emergência disponíveis nos centros médicos. Podemos afirmar que a FO resulta da subordinação das mulheres dentro da sociedade, que não tem autonomia sobre seu corpo e suas escolhas, que ficam sempre a cargo do marido e da sogra, quando da ausência deste.

Para a médica Lidia Baiocchi, cirurgiã italiana radicada em Moçambique, acabar com a fístula requer vontade política, de acordo com a Constituição moçambicana as mulheres tem os mesmos direitos que os homens, mas a tradição diz o contrário (WLSA, 2011). As mulheres com fístula obstétrica representam a condição extrema de desigualdades de gênero, onde as normas culturais ditam que uma mulher que não pode ter filhos “*vale menos que um cachorro*”, frase dita por uma destas pacientes, daí o desejo persistente de casar, engravidar e ter muitos filhos.

As estratégias para enfrentamento da doença

Enquanto os médicos vem desenvolvendo esforços individuais para acabar com a FVV, os governantes não reconhecem esta condição como um problema de saúde

¹⁹ Disponível em http://tilz.tearfund.org/pt-pt/resources/publications/footsteps/footsteps_81-90/footsteps_86/fistula/

pública. Em resposta ao impacto da fístula obstétrica na vida das mulheres a UNFPA lançou em 2003 uma Campanha mundial pelo Fim da Fístula (*The Fistula End*). De acordo com Velez (2007:144) o objetivo da campanha é tornar a doença tão rara nos países em desenvolvimento como é nos países industrializados, ampliando as ações para as questões de saúde materna/reprodutiva e equidade de gênero.

A UNFPA tem apoiado financeiramente desde 2003 o tratamento cirúrgico de cerca da metade dos casos de fístula tratados nos países em desenvolvimento, foram mais de 47 mil mulheres operadas, conforme dados divulgados pela UNFPA – Moçambique (09/01/2015). A campanha pelo fim da Fístula abarca hoje mais de 50 países nos continentes africano e asiático, de forma a tratar os casos existentes, objetivando erradicar a doença nos países em desenvolvimento, prevenir o surgimento de novos casos através do acesso imediato aos cuidados obstétricos de emergência e ajudar na reintegração destas mulheres na sociedade.

Cada país realiza a Campanha em seu próprio ritmo, no caso de Moçambique a parceria do Ministério da Saúde junto com a UNFPA tem desenvolvido desde 2003 o Programa Nacional de Tratamento de Fístulas e de Formação de Técnicos de Saúde para Prevenção e Tratamento das Fístulas Vesico Vaginais – FVV. Mesmo que de forma não periódica tem sido oferecidos cursos de formação e missões de formação e tratamento em localidades do país com maior prevalência da doença (Vaz, 2011).

No ano de 2010 foi lançada nas Nações Unidas em Nova York a Estratégia Global para Saúde da Mulher e da Criança, na ocasião do governo moçambicano se comprometeu na criação de centros de tratamento para Fístula Obstétrica em todas as províncias do país (MISAU, 2012:16). Foram mapeados os locais que prestam serviços de reparação e tratamento de fístulas no país no esforço de definir e organizar uma rede de referência dos serviços de diagnóstico e reparação, integrada no Serviço Nacional de Saúde (Jornal Domingo - 05 de outubro de 2014). Sabendo que o tratamento para a doença implica em capacitação das equipes, podemos afirmar que atualmente, existem 21 Unidades Sanitárias que fazem o tratamento regular das Fístulas Obstétricas, geralmente tratando os casos de fístulas simples (baixa complexidade) e encaminhando os casos de média e alta complexidade para uma das quatro unidades de referencia para o tratamento da doença, a saber: Hospital Central de Nampula (região norte), o Hospital Central da Beira e Hospital Provincial de Quelimane (região central) e o Hospital Central de Maputo (região sul).

Ao longo dos anos a fístula obstétrica tem se tornado uma preocupação para o governo moçambicano e o grande desafio do MISAU é aumentar a capacidade do setor de saúde na prevenção e rastreio de fístulas, em paralelo com a necessidade de intensificar a promoção de maternidade segura, em particular para as mulheres e adolescentes que vivem em zonas de difícil acesso (Jornal Domingo - 05 de outubro de 2014). Desta forma o Ministério da Saúde aprovou em 2012 a “*Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas*”, que preconiza a implementação de ações multidisciplinares com a intervenção dos parceiros de cooperação, Agências das Nações Unidas e organizações não-governamentais (UNFPA, 2012). A Estratégia tem como objetivo reduzir a incidência e prevalência de fístulas através de advocacia, prevenção, tratamento e reintegração social, reabilitação física e psicológica das sobreviventes (Jornal Domingo - 05 de outubro de 2014). Tendo como grupo alvo todas as mulheres em idade reprodutiva, com enfoque especial nas jovens e adolescentes que estão sob o risco sobretudo devido ao trabalho de parto arrastado ou obstruído (Ibdem).

A Estratégia foi elaborada com base numa abordagem holística e multidisciplinar de forma a reduzir a incidência de novos casos e dos casos já existentes, além de permitir a reintegração social destas mulheres. Tendo como pilares (MISAU, 2012:17):

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

Como vimos acima um dos “pilares” da Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas em Moçambique é assegurar a reabilitação e reintegração social das pacientes tratadas, sendo previsto a elaboração um programa de reabilitação que dê resposta as suas reais necessidades, desenvolvendo um sistema de

aconselhamento e suporte psicológico, de forma a garantir que estas mulheres possam retomar uma vida normal (MISAU, 2012:21). Paralelamente a estes esforços, foi assinada em 2014, por mais de 150 países, entre eles Moçambique, uma Resolução que apela para que a comunidade internacional realize trabalhos de forma reintegrar estas mulheres na sociedade, mas também de acompanhar as que foram curadas da doença garantindo principalmente que elas recebam os cuidados obstétricos necessários nas futuras gravidezes de forma a prevenir a recorrência da fístula obstétrica (UNFPA – Mozambique, 09/01/2015).

Pelo que tivemos a oportunidade de observar durante a pesquisa de campo, podemos afirmar que isto foge da realidade moçambicana. As pacientes voltam para suas casas sem nenhum acompanhamento psicológico, assistência médica ou medicamentos. Para exemplificar vou apresentar o caso da paciente M.C. (24 anos – Inhambane), ela desenvolveu a fístula obstétrica aos 16 anos na primeira gestação e esteve internada no Hospital Central de Maputo para realizar a sua quinta cirurgia em decorrência da doença. Lhe foi receitado um antibiótico, mas o Serviço de Urologia do HCM não dispunha do remédio, então foi dada uma receita para que a paciente adquirisse o medicamento na farmácia do hospital²⁰, mas também estava em falta, me ofereci para comprar o remédio em uma farmácia privada, ela aceitou de pronto, custou cerca de 70 meticais (cerca de R\$ 7,00). Poucos dias depois da operação a paciente teve alta e lhe foi dado pelo HCM um valor financeiro para compra de uma passagem de machimbombo²¹, mas ela tinha dificuldades para andar ou ficar sentada durante muito tempo (a cirurgia foi via vaginal). Durante as visitas matinais relatei ao Chefe do Setor que M.C. era de Inhambane (cidade à 500km de Maputo), ele suspendeu a alta e a transferência para o Hospital Provincial de Inhambane foi realizada de ambulância. Falta sensibilidade dos profissionais e estrutura nas unidades de saúde, conforme preconiza a Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento das Fístulas Obstétricas em Moçambique. É necessário aumentar a capacidade dos profissionais de saúde no tratamento, mas também na prestação de cuidados integrados e holísticos (MISAU, 2012:18).

²⁰ A farmácia do Hospital Central de Maputo vende os medicamentos aos pacientes pelo preço simbólico de 10 meticais (o equivalente a aproximadamente R\$ 1,00).

²¹ São ônibus bem antigos e precários que fazem as viagens entre as cidades do país.

Não podemos pensar esta política pública de forma isolada, mas sim enquadrada dentro dos compromissos definidos pelo governo moçambicano para buscar reduzir a mortalidade materna e a desigualdade de gênero no país (MISAU, 2012:16). O final de 2015 era o prazo final para alcançar o “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, incluindo a Meta 5, que apela para a melhoria da saúde materna (UNFPA/Mozambique – 09/01/2015). Mas apesar da “Estratégia nacional” ter apresentado resultados positivos, ainda é necessário ampliar o âmbito das campanhas cirúrgicas no país, bem como melhorar o acesso das mulheres a saúde sexual e reprodutiva, principalmente aos cuidados obstétricos básicos.

A meu ver um dos grandes problemas em Moçambique é a falta de médicos preparados para realizar tal procedimento. Para o Dr. Igor Vaz (2011) o tratamento para as Fistulas Obstétricas implica em na capacitação dos profissionais de saúde, bem como a criação de equipes especializadas. Num país tão grande como Moçambique (801.590 km²) até pouco tempo atrás apenas três médicos²² eram capazes de realizar a cirurgia de reparação da fístula obstétrica no país (UNFPA, 2003 e Velez, 2007:148). A “*Avaliação nas Necessidades em Saúde Materna e Neonatal*” realizada em Moçambique no período de 2006-2007, mostra que 42,9% das Unidades Sanitárias tinham registro de pacientes com queixas de incontinência urinária/fecal, mas apenas 3,7% tinham registro de oferecer algum tratamento de reparação de Fístula Obstétrica (UNFPA, 2012), geralmente estas pacientes são referidas para uma Unidade Sanitária de nível superior ou voltam para as suas casas sem tratamento. Ressaltamos que até 2010 o país possuía apenas três grandes centros de reparação de fístula, sendo assim poucas mulheres conseguiam ser abrangidas pelo sistema nacional de saúde, tendo de percorrer longas distâncias para ter acesso ao tratamento ou esperar meses em alguns casos anos para conseguirem a cirurgia (Vaz, 2011). Mesmo esta realidade tendo melhorado um pouco ao longo dos últimos anos atualmente só existem algumas unidades de saúde que realizam cirurgias para reparação da fístula obstétrica, são eles o Hospital Central de Maputo, Hospital Central da Beira, Hospital Central de Nampula, Hospital Provincial de Quelimane, e Hospital Provincial de Lichinga no Niassa (Vaz, 2011). Em algumas províncias como Tete, Manica e Inhambane, as cirurgias de reparação da FO acontecem

²² Dr. Igor Vaz, urologista moçambicano e radicado no Hospital Central de Maputo; Dr. Aldo Marchesini, cirurgião general italiano que atual no Hospital Provincial de Quelimane e um cirurgião tanzaniano na província de Niassa (UNFPA, 2003:41).

através de missões específicas compostas por cirurgiões, urologistas, obstetras e técnicos de cirurgia, organizadas pelo Ministério da Saúde (MISAU, 2012:13).

Para buscar reverter situação das fistulas em Moçambique o MISAU pretende assegurar que cada província tenha pelo menos um serviço de tratamento integrado para o tratamento da FVV (Jornal Domingo - 05 de outubro de 2014). Mas a grande questão é como desenvolver um sistema de incentivos para que os médicos tenham interesse no tratamento das fistulas (UNFPA, 2003:42), uma doença que atinge majoritariamente a população pobre e não tem clientela nos hospitais privados, diferente do que acontece com as cirurgias plásticas, por exemplo. Observamos que tem havido pouco interesse por parte dos obstetras e ginecologistas em participar dos treinamentos oferecidos pelo MISAU para reparar as fistulas obstétricas, o mesmo acontece com os residentes, que tem de passar por cada especialidade cirúrgica, lhes é ensinado, mas nenhum teve interesse em continuar a aprender essas habilidades (UNFPA, 2003:41). No texto *Obstetric fistula needs assessment report*, é citado um episódio onde o Dr. Igor Vaz teve de se afastar por três meses para dar uma formação em Cape Town, embora outros colegas do Serviço de Urologia sejam capacitados para realizar os reparos de fistulas simples, apenas uma cirurgia foi realizada neste período, os casos que surgiram foram “deixados” para quando o colega voltasse da África do Sul (Ibidem). Caso semelhante ocorreu durante a pesquisa de campo, quando o Dr. Igor tirou férias de 30 dias, durante este período apliquei questionário com as pacientes que procuraram o Serviço de Urologia, mas as pacientes eram avaliadas e solicitado que voltassem após o fim das férias do médico. Em trinta dias apenas uma cirurgia FVV foi realizada, questionei aos médicos o porquê, já que se tratavam de casos simples para os quais pelo menos quatro deles estariam aptos a operar, a resposta foi objetiva, que já havia muito o que ser feito na Urologia (Apertos, Câncer, Fimose...) e que era melhor não pegar os casos de fistula e deixar para o colega operar na sua volta. Isso faz com que as pacientes de FVV vão se acumulando cada dia mais e sobrecarregando a enfermaria do Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo.

Durante as campanhas o MISAU fala em sensibilização a população para lidar com as mulheres com Fístula Obstétrica, mas esta sensibilização deve começar dentro das unidades de saúde. Ouvi diversos relatos de pacientes que convivem com a doença a mais de vinte anos, sem nunca terem sido tratadas, comprovando o negligenciamento do governo para os casos de fistula. Devido à alta prevalência de outras patologias como

HIV/AIDS²³, tuberculose, malária e o câncer, as fístulas obstétricas não eram encaradas de forma prioritária nas unidades de saúde, e nem percebidas a nível político, como um problema de saúde pública (Vaz, 2011). Desde 2002 o Ministério da Saúde, com suporte financeiro do FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População tem um programa Nacional para Tratamento de Fístula Obstétrica e formação de Técnicos para prevenção e tratamento da doença, durante o trabalho de campo tive a oportunidade de participar de duas destas missões, nas cidades da Beira e Nampula.

Apesar de Fístula Obstétrica representar um grave problema de saúde em Moçambique, muitas pessoas não tem conhecimento sobre a doença, para a UNFPA (2012) este desconhecimento deve-se ao fato dela afetar essencialmente as pessoas mais marginalizadas da sociedade: mulheres pobres, analfabetas e que vivem nas zonas rurais remotas do país. Acredito que a prevenção, mais do que o tratamento, é a chave para o fim da fístula. Todas as mulheres, em particular as adolescentes, devem ter acesso aos serviços de planejamento familiar e métodos contraceptivos, e no caso de gravidez precoce devem ter acesso à assistência ao parto e ao tratamento por pessoal qualificado, evitando desta forma as complicações que derivam disso, como o trabalho de parto obstruído e a fístula (UNFPA, 2012).

Referências bibliográficas

ALVES, Paulo Cesar. *Experiencing Illness: Theoretical Considerations*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9 (3): 263-271, jul/sep, 1993.

AMALIQUE, Antônio João. **Estudo do tratamento de Fístulas Vesico-vaginais no Hospital Provincial de Quelimane**. TCC (Graduação) - Curso de Licenciatura em Cirurgia, Instituto Superior de Ciências de Saúde, Maputo, 2008.

CANESQUI, Ana Maria. **Ciências Sociais e Saúde no Brasil**. Coleção Saúde em Debate. Série Linha de Frente. São Paulo: Hucitec, 2007.

COOK, R.J e DICKENS, B.M. *Obstetric fistula: the challenge to human rights*. Int J Gynaecol Obstet. 2004 Oct;87 (1):72-7.

HAMERSKI, Maria Goretti et al. **Fístulas Urogenitais**. 2006. Disponível em: <<http://uroginecologia.com.br/index/?q=node/17>>. Acesso em: 27 dez. 2015.

²³ HIV é a sigla em inglês para *Human Immunodeficiency Virus*, sendo ele o vírus causador da AIDS, também uma sigla que vem do inglês (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) e que em português quer dizer Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA, nomenclatura utilizada em Moçambique.

HEALTH POVERTY ACTION. **Connection 3** - The Fistula Issue. 2011. Disponível em: <https://healthpovertyaction.org/wpcontent/uploads/downloads/2011/Connections-3-The-Fistula-Issue-web-version.pdf>. Acesso em: 08 de março de 2016.

Jornal Domingo (Versão online)

- 05 de outubro de 2014. “O herói das Fístulas”. Disponível em: <<http://www.jornaldomingo.co.mz/index.php/reportagem/3867-o-heroi-das-fistulas>>. Acesso em 21 de fevereiro de 2016.
- 17 de maio de 2015. “HCM é referência na área de Urologia”. Disponível em: <<http://www.jornaldomingo.co.mz/index.php/reportagem/5436-hcm-e-referencia-na-area-de-urologia>>. Acesso em 16 de fevereiro de 2016.

Jornal de Notícias (Versão online)

- 07 novembro de 2014. “Fístulas Obstétricas: Pesadelo que atormenta mulheres”. Disponível em: <<http://www.jornalnoticias.co.mz/index.php/pagina-da-mulher/26239-fistulas-obstetricas-pesadelo-que-atormenta-mulheres>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2016.

Jornal @ Verdade (Versão online)

- 15 de maio de 2009. “Depois de bons resultados na região centro Mulheres com fístulas vesicovaginais serão operadas”. Disponível em: <<http://www.verdade.co.mz/nacional/2438-depois-de-bons-resultados-na-regiao-centro-mulheres-com-fistulas-vesicovaginais-serao-operadas>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2016.
- 11 de outubro de 2011. “Cerca de 75 mil mulheres podem estar a sofrer de fístula obstétrica”. Disponível em: <<http://www.verdade.co.mz/saude-e-bem-estar/22636-cerca-de-75-mil-mulheres-podem-estar-a-sofrer-de-fistula-obstetrica>>. Acesso em 03 de fevereiro de 2016.
- 10 de julho de 2014. “Mais de 2.300 mulheres podem desenvolver fístula obstétrica até 2015”. Disponível em: <<http://www.verdade.co.mz/mulher/47407-mais-de-2300-mulheres-podem-desenvolver-fistula-obstetrica-ate-2015>>. Acesso em 06 de fevereiro de 2016.

MILLER, Suellen. LESTER, Felicia et al. **Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy**. American College of Nurse-Midwives. Volume 50, No. 4, July/August 2005.

MISAU – Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional de Prevenção e Tratamento de Fístulas Obstétricas**. Kriando: Maputo, 2012.

Organização Mundial de Saúde - OMS

- 21 de abril de 2015. “End fistula. Restore Women's Dignity”. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/fistula/en/>. Acesso em 15 de fevereiro de 2016.

PAES, Afonso. **Manual de Cirurgia: Cirurgia Geral e Cirurgia Tropical**. Porto: Asa, 1982. 785 p. (Ministério da Saúde de Moçambique).

TUNÇALP, Özg. Et al. *Measuring the incidence and prevalence of obstetric fistula: approaches, needs and recommendations*. Bulletin of the World Health Organization, 2015; n° 93: pág. 60-62.

UNFPA. **Obstetric fistula needs assessment report: findings from nine African countries**. New York, NY: EngenderHealth; 2003. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fistula-needs-assessment.pdf>>. Acesso em 14 de março de 2016.

_____. **Unidos vamos eliminar a Fístula Obstétrica em Moçambique**. UNFPA e Ministério da Saúde de Moçambique (Folheto): Maputo, 2012. Disponível em: <http://countryoffice.unfpa.org/mozambique/drive/BROCHURA_FISTULA_19_09_12.pdf>. Acesso em 24 de fevereiro de 2016.

UNFPA – Mozambique

- 09 de janeiro de 2015. “Nações Unidas pedem mais esforço para acabar com a fístula obstétrica”. Disponível em: <http://countryoffice.unfpa.org/mozambique/2015/01/09/11241/nacoes_unidas_pedem_mais_esforco_para_acabar_com_a_fistula_obstetrica/>. Acesso em 12 de fevereiro de 2016.

VAZ, Igor. **A Fístula Obstétrica e a situação em Moçambique**. Revista Outras Vozes, n° 33-34, Fevereiro-Maio de 2011.

VELEZ, Allyson et al. **The Campaign to End Fistula: What have we learned? Findings of facility and community needs assessments**. International Journal of Gynecology and Obstetrics, N° 99, PÁG. 143–150, 2007.

WLSA. **Omitidas: Mulheres com Fístula Obstétrica em Moçambique**. WLSA (Brochura): Maputo, 2011. Disponível em: <<http://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2014/03/Brochura-Fistula.pdf>>. Acesso em 24 de fevereiro de 2016.