


A educação comunitária para a saúde como estratégia de prevenção da mortalidade materna nos centros de saúde da cidade de Nampula

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.025-024>

Francois Kisumbule Biombe

Doutor em Ciências de Educação, Universidade Lúrio (UNILURIO);
E-mail: kisumbule@gmail.com

Alice Albertina Nhamposse

Doutora em Ciências de Educação, Universidade católica de Moçambique (UCM-Maputo).
E-mail: anhamposse@ucm.ac.mz

Silvia Rosa Nascimento

Doutora em Ciências de Educação, Universidade católica de Moçambique (UCM-Tete).

E-mail: snascimento@ucm.ac.m

Ausentina Olga Simoco Laissonne Biombe

Mestre em Saúde Pública, FHI/ projeto Alcançar-Nampula;
E-mail: ausentina@hotmail.com

Bampende Melissa Kisumbule

Licenciada em Medicina Geral, Universidade Alberto Chipande (UNIAC-Pemba).
E-mail: melissafransua0@gmail.com

RESUMO

O estudo debruça-se sobre a educação comunitária para a saúde como estratégia de prevenção da mortalidade materna. Tem como o objectivo geral: de compreender o decurso da educação comunitária para a saúde como estratégia de prevenção da mortalidade materna nos centros de saúde da cidade de Nampula. De modo específico descreveu-se as características demográficas das gestantes; identificou-se as estratégias e conteúdos de educação para prevenção da mortalidade materna nos centros de saúde; Caracterizou-se as atitudes e comportamentos manifestados pelas mulheres durante o período pré-natal, na sequência da educação comunitária para a saúde sobre a prevenção de mortalidade materna nos centros de saúde da cidade de Nampula; Identificou-se também factores que influenciam na educação comunitária para a prevenção de mortalidade materna nos centros de saúde da cidade de Nampula. A questão de pesquisa que orientou o estudo procurou perceber como decorrem as actividades de educação comunitária para a saúde, sobre a prevenção da mortalidade materna nos Centros da cidade de Nampula. Tratou-se de um estudo quali-quantitativo, descritivo, exploratório realizado na cidade de Nampula, nos Centros de Saúde Y, Z e Hospital Geral X. Participaram no estudo 391 pessoas, sendo 18 enfermeiras e 373 mulheres gestantes. Para colectar os dados recorreu-se ao questionário, à entrevista semi-estruturada e à observação. Os resultados mostram que a educação comunitária para a saúde sobre a prevenção de mortalidade materna nas Unidades Sanitárias da cidade de Nampula, decorre por três métodos: Aconselhamento individual/ Educação Centrada na Pessoa, método clínico centrado na doença/ consulta clínica e Palestras colectivas. A estratégia que as enfermeiras mais usam nas consultas pré-natais é Educação Centrada na Pessoa/método clínico centrado na pessoa.

Palavras-chave: Educação, Saúde, Morte Materna, Estratégia.



1 INTRODUÇÃO

A prevenção da mortalidade materna no contexto da educação comunitária está directamente vinculada à estratégia concebida e organizada para nortear este processo. Sendo assim, este trabalho tem como tema “Educação comunitária para a saúde como estratégia de prevenção da mortalidade materna nos centros de saúde da cidade de Nampula”.

Toda a educação é uma política de valores que configuram certa visão de uma determinada área de saber, a fim de dar suporte aos vários aspectos, sejam eles económicos, sociais, científicos ou tecnológicos, impostos por um mundo globalizado.

No âmbito da Agenda 2025, a visão estratégica, no que concerne ao desenvolvimento do capital humano, está orientada para uma formação integral do homem moçambicano assente em quatro pilares: Saber Ser, Saber Conhecer, Saber Fazer, Saber viver juntos e com os outros (Agenda, 2025).

As opções estratégicas, em relação à educação, destacam a massificação da educação básica, o fortalecimento da educação secundária, a expansão da alfabetização e educação de adultos, a formação técnico-profissional, a educação virada para a ciência e tecnologia e a introdução patriótica, moral, ética e cívica, investigação científica, e inovação, a todos os níveis do sistema da educação.

Para Andrade (2016), a saúde é objectivo básico e maior da educação e é fundamental para o presente e o futuro da nação. E nada é mais importante e nada deveria interferir com o tempo que o professor deve dedicar à saúde. O mesmo autor afirma ainda que os países em desenvolvimento dependem da actuação educacional das escolas e colégios, nesse campo, para ter um modo de vida salutar e sobreviver com prosperidade económica, estabilidade política e padrão mais alto de vida.

É evidente que a educação para a saúde deve ser considerada como um dos aspectos do processo educacional global – do qual faz parte – e embora tenha objectivos específicos, não se acha de forma alguma dele desvinculado, nem constitui um departamento estanque.

Nesta perspectiva, o estudo tem por objectivo Compreender o decurso da educação comunitária para a saúde como estratégia de prevenção da mortalidade materna, levadas a cabo pelos centros de saúde na cidade de Nampula, tendo em conta a educação e a saúde como campos de maior valor humano, social e económico.

A relação entre a educação e a saúde possui muitas afinidades no campo das políticas públicas e favorece maior proximidade com os hábitos e costumes da comunidade, no que respeita à aceitação de programas de saúde pública (Alves, 2017).

Nesta ordem de ideias, sublinha-se como principal foco da Educação para a Saúde (EpS) as atitudes, comportamentos, padrões ou hábitos observáveis na comunidade relacionados com a saúde (Alves, 2017).

Estratégia de prevenção de saúde é o nome dado à promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Nogueira et al. (2015) dizem que as acções de promoção e protecção da saúde são

fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objectiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver da comunidade.

A promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças suplementam o acesso à capacitação da comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controlo de doenças, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual.

A prevenção orienta-se às acções de detecção, controlo e enfraquecimento dos factores de risco de doenças, sendo o seu foco a perturbação e os mecanismos para atacá-la (Nogueira et al., 2015).

Conforme Moreira (2013), o atendimento pré-natal é o processo de acompanhamento da gestante desde a concepção até ao início do trabalho de parto. O principal objectivo do atendimento pré-natal é a monitorização da gravidez, de modo a reduzir os riscos que contribuem para a morbi-mortalidade materna e perinatal.

O processo de gestação é complexo, dinâmico e multidimensional para a mulher e para a sua família, devido às características clínicas, sociais e culturais. As transformações ocorridas no período da gestação podem expor a mulher, com mais frequência, a consequências graves que são as causas específicas de morbi-mortalidade materna.

2 OBJECTIVOS DO ESTUDO

O objectivo geral: "Compreender o decurso da educação comunitária para a saúde como estratégia de prevenção da mortalidade materna nos centros de saúde da cidade de Nampula", e para a sua concretização traçaram-se os seguintes objectivos específicos:

- Descrever as características demográficas das gestantes nos centros de saúde da cidade de Nampula.
- Identificar as estratégias e conteúdos de educação para prevenção da mortalidade materna nos centros de saúde da cidade de Nampula.
- Caracterizar as atitudes e comportamentos manifestados pelas mulheres durante o período pré-natal, na sequência da educação comunitária para a saúde sobre a prevenção de mortalidade materna nos centros de saúde da cidade de Nampula.
- Verificar se a Educação Comunitária para a Saúde é uma estratégia para a prevenção da mortalidade materna nos CS da cidade de Nampula.

Para melhor compreender-se a realidade, elencam-se assim uma série de questões que operacionalizam este problema para as quais procura-se construir conhecimento sobre o problema em estudo:



- Quais são as estratégias de aconselhamento desenvolvidas pelas enfermeiras de saúde materna e infantil no procedimento de educação comunitária para a saúde sobre a prevenção de mortalidade materna nas Unidades Sanitárias da cidade de Nampula?
- Que conteúdos são desenvolvidas pelas ESMI no procedimento de educação comunitária para a saúde sobre a prevenção de mortalidade materna nas Unidades Sanitárias da cidade de Nampula?
- Que Atitudes/Comportamento manifestam as mulheres durante o pré-natal na sequência da educação comunitária para a saúde sobre a prevenção de mortalidade materna nas Unidades Sanitárias da cidade de Nampula?
- Como a Educação Comunitária para a Saúde é uma estratégia para a prevenção da mortalidade materna nos CS da cidade de Nampula?

3 RAZÕES QUE JUSTIFICAM O ESTUDO

A razão da realização desta pesquisa prende-se ao facto de a Educação e a Saúde serem campos de grande valor humano, social e económico, áreas que mais precisam de investimento e em que a inovação tecnológica pode trazer benefícios significativos e ainda inesperados.

O interesse pelo tema, Educação comunitária para a saúde como estratégia de prevenção da mortalidade materna nos CS da cidade de Nampula, surge pelo facto de o pesquisador ser um medico Gineco Obstetra, na sequência das inquietações sobre os comportamentos da população feminina, concretamente das gestantes, parturientes e mães, em decorrência do mau acompanhamento do processo pré-natal.

A pertinência do estudo está no facto de as gestantes precisarem de ter conhecimento e ter acesso a melhor informação sobre o período pré-natal, para melhor enfrentarem as diversas dificuldades, os varios obstáculos, limitações e frustrações que surgem durante a gestação.

As inquietações referentes à mortalidade materna surgem em consequência do acompanhamento e início do processo pré-natal e a observação de dificuldades enfrentadas por profissionais de saúde em atender e resolver complicações, culminando na morte de gestantes e parturientes.

É uma pesquisa relevante porque se espera colher informação valiosa sobre as experiências e percepções das gestantes e das enfermeiras de saúde materna e infantil, sobre a importância do cumprimento do acompanhamento pré-natal.

3.1 METODOLOGIA TIPO DE ESTUDO

O presente estudo (Interpretativo) desenvolveu-se numa perspectiva dual – utilizando técnicas qualitativas e quantitativas.

3.2 UNIVERSO DO ESTUDO

Nesta pesquisa, a população em estudo são mulheres gestantes e enfermeiras de saúde materno e infantil.

O universo da pesquisa quantitativa foi obtido pela soma das mulheres que fizeram consulta pré-natal (CPN) e consulta de crianças saudáveis (CCS) nos últimos três meses nos centros de saúde em estudo.

Conforme a análise de dados da CPN e CCS (Dezembro 2021, Janeiro e Fevereiro de 2022) levada a cabo pela Direcção Provincial de Saúde de Nampula (DPS, 2022), 2.145 mulheres marcaram consulta pré-natal no Centro de Saúde Y, 2.578 no Centro de Saúde Z, 810 no Hospital Geral X e 18 enfermeiras de saúde materna infantil. O somatório corresponde a 5.551 participantes, constituindo o universo desta pesquisa.

3.3 AMOSTRA

Segundo Santos (2003), a amostra é um subconjunto representativo da população em estudo, que deve ter as mesmas características gerais da população da qual foi extraída. Quando essa amostra é rigorosamente seleccionada, os resultados obtidos tendem a aproximar-se bastante dos auferidos se todos os elementos do universo fossem pesquisados (Oliveira, 2001). Entretanto, a representatividade da amostra depende do seu tamanho e da forma como é colhida, visando obter uma amostra significativa e que de facto represente toda a população (Gil, 1999). Amostragem quantitativa deste estudo será aplicada para as mulheres gestantes do universo.

Segundo Estanislau e Sanches (2017), nas pesquisas em que o universo é muito grande, como é o caso deste estudo com 5.533 gestantes, é necessário calcular em primeiro lugar a primeira aproximação da amostra. O pesquisador decidiu usar um intervalo de confiança da amostra igual a 95% para que a margem de erro máxima de estimativa (E_0) seja de 0,05%.

Equação 1 – primeira aproximação da mostra:

$$n_0 = \frac{1}{E_0}$$

Fonte: Estanislau e Sanches (2017, p. 41).

Onde:

n_0 - Primeira aproximação da mostra

E_0 - Erro máxima de estimativa

Logo, a Primeira aproximação da mostra foi calculada da seguinte forma:

$$n_0 = \frac{1}{E^2} \frac{1}{0,05^2} = \frac{1}{0,0025} = 400 \text{ gestantes}$$



Equação 2 - Cálculo da amostra:

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$$

Fonte: Estanislau e Sanches (2017, p. 41).

Onde:

N - Universo

n – Tamanho da amostra

n_0 – Primeira aproximação da amostra

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0} = \frac{5533 \cdot 400}{5533 + 400} = \frac{2213200}{5933} = 373 \text{ Gestante (amostra)}$$

Neste estudo, optou-se pela amostragem probabilística porque confere maior confiabilidade aos resultados obtidos, na medida em que cada elemento da população possui a mesma probabilidade, previamente conhecida e diferente de zero, de ser incluído na amostra.

A amostragem estratificada consiste em especificar quantos elementos da amostra serão retirados em cada extracto. Neste caso, os extractos desta pesquisa são os Centros de Saúde Z com 2.578 gestantes que marcaram consulta pré-natal nos últimos três meses, centro de saúde Y com 2.145 gestantes e Hospital Geral X com 810 gestantes.

A determinação proporcional das gestantes a entrevistar em cada Centro de Saúde (extracto) calculou-se através da seguinte expressão:

Equação 3 - Total de gestantes a entrevistar em cada centro de saúde (extracto)

$$\frac{nh}{Nh} = \frac{n}{N}$$

Fonte: Estanislau e Sanches (2017, p.41).

Onde:

nh: Total de gestantes a entrevistar em cada centro de saúde.

Nh: População do estrato (Centro de Saúde: Y (2.145), Z (2.578) e Hospital Geral X (810))

n: Tamanho da amostra = 373

N: População total = 5.533

Logo, o número de gestantes a entrevistar em cada Centro de Saúde é:

- Centro de Saúde Z $\frac{nh}{Nh} = \frac{n}{N} \rightarrow \frac{nh}{2578} = \frac{373}{5533} = 173$ gestantes
- Centro de Saúde Y $\frac{nh}{Nh} = \frac{n}{N} \rightarrow \frac{nh}{2145} = \frac{373}{5533} = 145$ gestantes
- Hospital Geral X $\frac{nh}{Nh} = \frac{n}{N} \rightarrow \frac{nh}{810} = \frac{373}{5533} = 55$ gestantes

A selecção dos elementos em cada extracto foi aleatória simples. Para realizar uma selecção aleatória simples, recomenda-se fazer uma lista dos elementos da amostra, atribuindo aleatoriamente um número a cada um desses elementos, desconhecendo a quem pertence esse número na amostra.

Entretanto, o pesquisador sorteou números de forma aleatória às gestantes, através da distribuição de termos de consentimento informado (TCI) devidamente numerados, desconhecendo a quem pertencem esses números, ou seja, a que nome da gestante está associado este número. Neste processo, as gestantes foram informadas para memorizarem os seus números, os quais lhes deram a possibilidade de serem seleccionadas para participar no estudo. Lembrando que a amostra calculada corresponde a 373 gestantes, cada gestante foi seleccionada de acordo com a posição do seu número sorteado.

3.4 TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS

Para este estudo foram usadas como técnicas de recolha de dados o questionário, a entrevista e a observação.

O inquérito por questionário é frequentemente empregado em estudos de grande escala, pois permite obter dados de um número significativo de sujeitos em relação a um determinado fenómeno social. A quantificação dos dados obtidos possibilita inferências e generalizações.

Por outro lado, o inquérito por entrevista é comumente associado a estudos interpretativos e a pesquisas de natureza qualitativa, devido ao seu carácter descritivo e detalhado. Essa técnica proporciona uma análise mais aprofundada dos dados e informações coletados.

As técnicas de recolha de dados são definidas como procedimentos rigorosos e bem definidos, adaptados ao tipo de problema e aos fenómenos em estudo. Elas têm como objetivo viabilizar a investigação, possibilitando a verificação empírica das opções metodológicas adotadas.

3.5 FORMAS DE APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados foram analisados baseando-se na análise estatística descritiva que é um conjunto de técnicas destinadas a resumir dados que auxiliam a descrever características de interesse num determinado estudo

Segundo Piana (2009), a estatística descritiva é um conjunto de técnicas que permite, de forma sistemática, organizar, descrever, analisar e interpretar dados oriundos de estudos ou experiências, realizados em qualquer área do conhecimento.

A estatística descritiva é o conjunto das técnicas e das regras que resumem a informação recolhida sobre uma amostra ou uma população e isso sem distorção nem perda de informação.

Por isso, neste estudo, através do Software SPSS, foi criada uma base de dados com as variáveis de interesse, com vista a obter dados estatísticos descritivos (frequências).

Os dados foram apresentados em resumo de textos e quadros processados em Microsoft Word. Finalmente, todos os dados foram comparados com a literatura, isto é, com outros estudos com tema semelhante realizados em outras regiões do mundo ou dentro do país.

Critérios de inclusão:

- Gestantes atendidas nos Centros de Saúde Y e Z, e no Hospital Geral X da cidade de Nampula;
- Gestantes que aceitaram participar no estudo;
- Gestantes lucidas;
- Enfermeira de saúde materna e infantil interpelada durante as actividades nos centros de saúde Y e Z, e Hospital Geral X.

Critérios de exclusão:

Gestantes que não aceitaram participar no estudo;

- Gestantes que apresentaram alguma incapacidade para estabelecer uma conversa (Surdas, Mudas ou Embriagadas);
- Enfermeiras que se mostraram indisponíveis em participar na pesquisa.

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O trabalho tomou todas as devidas considerações e formalidades referentes a questões éticas, conforme estipula a Declaração de Helsínquia (2013) da Associação Médica Mundial. Iniciou-se com a solicitação de permissão para realizar o estudo através de uma credencial e pela apresentação do respectivo protocolo às direcções das instituições em que o estudo decorreu. No que respeita a protecção das participantes, foi salvaguardada a sua identidade, mantendo-a confidencial e as informações que foram fornecidas por elas foram usadas apenas para fins académicos.

Devemos referir que este é um trabalho académico, de tal forma que a preservação da fidelidade e confidencialidade em relação aos resultados foi rigorosamente observada. Respeitou todos os princípios de bioética nomeadamente: princípio de autonomia, de beneficência, de não maleficência e princípio de justiça. A participação foi voluntária mediante assinatura do TCI com possibilidade da participante abandonar a qualquer momento sem nenhuma consequência por parte de qualquer interveniente do estudo (Silva & Menezes, 2005). Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade, no âmbito da recolha de dados, omitindo informações sobre os dados de identificação pessoal dos participantes. Os questionários foram guardados num local fechado e serão destruídos após cinco anos, porque para além de garantir que qualquer dúvida sobre os dados do estudo que surja neste período se possa recorrer às entrevistas para dar resposta, garantindo também à participante o conhecimento sobre por quanto tempo os dados serão conservados.

Os dados das participantes foram codificados usando a letra G para designar gestante. Para diferenciar uma participante da outra acrescentou-se a cada letra um índice numérico árabe por participante, como por exemplo (G1, G2, G3, ...Gn). Contudo a ordem numérica do índice não significará a ordem da entrevista, mas sim diferenças entre participantes.

Os riscos desta pesquisa foram mínimos uma vez que não houve nenhum procedimento invasivo durante o estudo. Os participantes por exemplo responderam questões sensíveis como por exemplo questões de gestão de gravidez.

Além disso, aspectos relacionados com as entrevistas poderão despende algum tempo, em que poderia estar a descansar ou a praticar outra actividade mais importante da sua vida, ou recordar-lhe algum evento passado que possa-lhe causar algum medo, ameaça ou vergonha durante a gestação. Isto pode lhe causar alguma tenção psicológica por participar neste estudo ou lembrar algum episódio passado que possa lhe causar choro.

4.1 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Quadro 1: Principais Categorias estudadas

Categoria	Subcategoria
Características demográficas da população	Idade
	Situação conjugal
	Nível de escolaridade
	Número de filhos
Estratégias de aconselhamento usadas pelas ESMI no procedimento de educação comunitária para a saúde sobre a prevenção de mortalidade materna nas Unidades Sanitárias da cidade de Nampula	Método clínico centrado na doença/ consulta clínica
	Aconselhamento individual/ Educação Centrada na Pessoa
	Palestras colectivas
Conteúdos desenvolvidos pelas ESMI no procedimento de educação comunitária para a saúde sobre a prevenção de mortalidade materna nas Unidades Sanitárias da cidade de Nampula	Fazer sempre Planeamento Familiar e Começar o CPN antes de 1 mês
	Vacinar junto o bebé e prevenir ITS
	Fazer parto e aborto no hospital, não consumir drogas e álcool
Atitudes/Comportamento manifestadas pela população durante o pré-natal na sequência da educação comunitária para a saúde sobre a prevenção de mortalidade materna nas Unidades Sanitárias da cidade de Nampula	Uso de método de planeamento familiar
	Início de CPN
	Número de consultas feitas nesta gravidez
	Vacinar junto o bebé
	Consumo de álcool, cigarro ou outra droga no dia anterior
Verificar se a Educação Comunitária para a Saúde é uma estratégia aplicada para a prevenção da mortalidade materna nos CS da cidade de Nampula.	Forma de tendimento, aconselhamento e palestra das ESMI no CPN

Fonte: Biombe, 2023

4.1.1 Idade da mulher verso Nº filhos

Tabela 1: Idade da mulher verso N° filhos

		Quantos filhos têm				Total
		Primigesta	1 filho	2-3 filhos	4-8 filhos	
Idade da mulher	< de 18 anos	12	10	42	0	64
		3,2%	2,7%	11,3%	0,0%	17,2%
	19- 35 anos	9	59	109	51	228
		2,4%	15,8%	29,2%	13,7%	61,1%
	36 ou mais anos	2	27	47	5	81
		0,5%	7,2%	12,6%	1,3%	21,7%
Total		23	93	198	56	373
		6,2%	25,7%	53,1%	15%	100,0%

Fonte: Biombe, 2023

Na tabela 2 observa-se Mulheres gestantes primigestas 23(6,2%), Mulheres gestantes com 1 filho 93 (24,9%), Mulheres gestantes com 2-3 filhos 198 (53,1%) e Mulheres gestantes com 4-8 filhos 59 (15,8%).

Sublinha-se observações de 64 mulheres gestantes menores de 18 anos correspondentes a 17,2%: Mulheres gestantes primigestas 12 (3,2%), Mulheres gestantes com 1 filhos 10(2,7%); e Mulheres gestantes com 2-3 filhos 42(11,3%).

De entre as participantes maiores de 18 anos destacam-se as que estão na faixa etária de 19-25 anos, mulheres gestantes num total de 228 (61,1%), das quais: 9 (2,4%) são primigestas, 59(15,8%) têm um 1filho, 109(29,2%) têm 2-3 filhos e 51(13,7%) têm 4-8 filhos.

4.1.2 Situação conjugal e Nível de escolaridade

Tabela 2: Situação conjugal e Nível de escolaridade

Situação conjugal		Total	Nível de escolaridade			Total
Casada	Solteira		Nível primário	Nível secundário	Nível superior	
304(81%)	69(19%)	373(100%)	241(64,6%)	121 (32,4%)	11 (2,9%)	373(100%)

Fonte: Biombe, 2023

De maneira geral, a literatura mundial tem considerado a gravidez na adolescência um problema de saúde pública e desafio social, entretanto, a discussão sobre as suas repercussões no Sistema de Educação e de Saúde ainda vem ocorrendo de forma incipiente e desconectada das ações institucionalizadas (Molina & Romero, 1985; Duarte, 1998).

Em Moçambique, as raparigas casadas precocemente enfrentam uma grande variedade de consequências sociais e sanitárias, incluindo taxas elevadas de mortalidade materna, complicações durante a gravidez e o parto e um maior risco de infecção pelo HIV e fistula obstétrica.

Das 373 mulheres que participaram no estudo, correspondentes a 100% do estudo, 304, correspondentes a 81%, são casadas e 69, correspondentes a 19%, são solteiras.

Como se pode observar na tabela 3 cerca de 19% das mulheres que participaram no estudo são solteiras o que pode influenciar na adesão ao CPN.

Conteúdos e estratégias de aconselhamento usadas pelas ESMI no procedimento de educação comunitária para a saúde sobre a prevenção de mortalidade materna nas Unidades Sanitárias da cidade de Nampula.

4.2 RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO SOBRE CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO

Tabela 3 Conteúdos e estratégias de aconselhamento usadas pelas ESMI no procedimento de educação comunitaria para saúde sobre a prevenção de mortalidade materna nas Unidades Sanitarias da cidade de Nampula

		Qual das formas abaixo indicadas as ESMI usam para fazer aconselhamentos às mulheres grávidas e mães?			Total
		Método clínico centrado na doença/ consulta clínica	Aconselhamento individual/ Educação Centrada na Pessoa	Palestras colectivas	
Que conselhos as ESMI dão para prevenção da sua saúde e da do bebé?	Fazer sempre Planeamento Familiar e Começar o CPN antes de 3 mês	78 20,9%	107 28,7%	21 5,6%	206 55,2%
	Vacinar junto o bebé e prevenir ITS	26 7,0%	32 8,6%	11 2,9%	69 18,5%
	Fazer parto e aborto no hospital, não consumir drogas e álcool.	22 5,9%	58 15,5%	18 4,8%	98 26,3%
	Total	126 33,8%	197 52,8%	50 13,4%	373 100,0%

Fonte: Biombe, 2023

A tabela 3 mostra que as estratégias usadas para o aconselhamento/educação de mulheres gestantes são, nomeadamente: Palestras colectivas, 50 (13,4%), Educação Centrada na Pessoa, 197 (52,8%) e Método clínico centrado na doença, 126 (33,8%).

A partir dos dados do questionário, realizado com as gestantes, sobre os conteúdos e estratégias de educação utilizados pelas Enfermeiras de Saúde Materno-Infantil nas Unidades Sanitárias da cidade de Nampula, pôde-se observar o seguinte:

Em relação às estratégias de aconselhamento/educação, três abordagens foram mencionadas pelas participantes. A estratégia mais mencionada foi a Educação Centrada na Pessoa, escolhida por 197 participantes (52,8%). Essa abordagem enfatiza a importância de compreender as necessidades individuais das gestantes, adaptando o aconselhamento de acordo com as suas circunstâncias específicas. A segunda estratégia mencionada foi o método clínico centrado na doença, com 126 participantes (33,8%). Essa abordagem concentra-se, principalmente, na identificação e tratamento de doenças e condições de saúde. Por fim, foram mencionadas as Palestras Colectivas por 50 participantes (13,4%), sugerindo a realização de sessões informativas para grupos de gestantes.

Quanto aos conteúdos abordados nas sessões de aconselhamento/educação, observou-se uma diversidade de respostas entre as participantes. O conteúdo mais mencionado foi o planeamento familiar e a importância de iniciar o Cuidado Pré-Natal (CPN) antes de um mês, com 206 participantes

(52,2%). Isso destaca a relevância de orientar as gestantes sobre a importância de buscar cuidados precoces durante a gravidez e planejar a família de acordo com as suas necessidades e desejos. Outros conteúdos mencionados incluem a importância de vacinar o bebê e prevenir Infecções Sexualmente Transmissíveis (ITS), mencionado por 69 participantes (18,5%). Além disso, destacaram-se as orientações sobre a realização do parto e do aborto em ambiente hospitalar, bem como a importância de não consumir drogas e álcool durante a gestação, mencionado por 98 participantes (26,3%).

Estes resultados indicam que as ESMI estão a adoptar estratégias de educação centradas nas necessidades individuais das gestantes, enfocando aspectos como o planeamento familiar, o início precoce do CPN, a prevenção de ITS, a segurança do parto e a importância de evitar o consumo de substâncias prejudiciais à saúde. Essas abordagens são fundamentais para a prevenção da mortalidade materna e contribuem para a promoção da saúde materno-infantil na cidade de Nampula.

Relativamente aos conteúdos, como se pode notar, as respostas das participantes foram diversas de entre as quais se destacam: planeamento familiar e iniciar o CPN antes de três mês 206(52,2%), vacinar junto o bebê e prevenir ITS, 69 (18,5%), Fazer parto e aborto no hospital, não consumir drogas e álcool, 98 (26,3%), como mostra a tabela 4.

4.3 RESPOSTAS DAS ENTREVISTAS SOBRE CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO REALIZADAS COM AS ENFERMEIRAS

As enfermeiras mencionaram os conteúdos e estratégias que usam para aconselhar as gestantes.

*[...]Aconselhamos as mães a começar a consulta pré-natal antes de 1 mês [...]Fazer sempre Planeamento Familiar [...]Prevenir Infecções sexualmente transmissíveis [...];[...]estes conselho tem sido por meio de Palestras colectivas[...];[...]Aconselhamento individual[...];[...]aconselhamento conforme a enfermidade do paciente[...]. **E 1***

*[...] Por meio de Palestras colectivas e de forma individual [...] aconselhamos as gestantes para começar a consulta muito cedo para evitar diversas situações que possam vir a acontecer durante a gravidez [...]; [...] também durante o pré-natal fazemos palestra sobre principais sintomas do parto para evitar fazer parto em casa. [...];**E2***

*[...]na consulta pré-natal damos palestras sobre a importância de vacinar junto o bebe [...], importância de fazer parto ou aborto no hospital [...]; [...]efeitos do álcool na gravidez e varias outros aspecto [...]. Também tem aspectos que nos aconselhamos de forma individual e de acordo a doença [...]**E3***

*[...]Heee.....durante a consulta pré-natal por meio de palestras explicamos diversos aspectos para as gestantes assim como mães de bebe como por exemplo a importância do leite materno[...]; [...] período necessário para amamentar o bebe[...],[...]explicar as mães a importância de Planeamento Familiar[...];[...]importância da vacinação do bebe e de fazer parto no hospital[...]**E4***

[...] Para prevenir a mortalidade materna aconselhamos as gestantes e mães a fazer parto e aborto no hospital[...];[...]/fazer a consulta pré-natal mais cedo possível [...]não consumir bebidas alcoólicas durante a gestação e amamentação[...]; fazemos palestras sobre a importância do planeamento familiar[...];[...];Em algumas situações aconselhamos de forma individual [...]E5

[...]Frequentemente aconselhamos as mães a aderirem ao planeamento familiar[...]; [...]prevenirem doenças sexualmente transmissíveis[...];[...]/vacinar junto o bebe[...]E6

[...]As principais estratégias que nós desenvolvemos para aconselhar pacientes são Palestras colectivas[...];[...]/Aconselhamento individual[...];[...]/aconselhamento conforme a enfermidade do paciente[.../ E1

Ao fazer juízo dos depoimentos apresentados pelas enfermeiras constata-se que nas consultas pré-natais as mulheres, de facto, são educadas para a prevenção de diversas enfermidades que possam colocar em perigo a sua saúde.

Com base nas entrevistas realizadas com as enfermeiras, podemos observar que elas mencionaram os conteúdos e estratégias que utilizam para aconselhar as gestantes.

Atitudes/Comportamento manifestados pelas gestantes durante o pré-natal na sequência da educação comunitária para a saúde sobre a prevenção de mortalidade materna nas Unidades Sanitárias da cidade de Nampula

4.4 RESPOSTAS DE QUESTIONARIO REALIZADAS COM GESTANTES SOBRE ATITUDES/COMPORTAMENTO

Tabela 4: Comportamento/Atitudes das Participantes durante a pré-natal

Conteúdo	Respostas	Frequência	Percentagem
Início de CPN	Antes de 3 meses	67	18,0
	Com 3 meses	93	24,9
	Depois de 3 meses	213	57,1
Nº de consultas já fez nesta gravidez	1-3 Consultas	278	74,5
	4 ou mais consultas	95	25,5
Vacinou	Sim	254	68,1
	Não	119	31,9
Faz planeamento familiar	Sim	268	71,8
	Não	105	28,2
Experiência de fazer parto ou aborto em casa	Sim	105	28,2
	Não	268	71,8
Consumiu álcool, ou outra droga no mês corrente	Sim, álcool	82	22,0
	Sim, cigarro	13	3,5
	Não	278	74,5

Fonte: Biombe, 2023

Em relação ao CPN, 67 (18%) disseram que o começaram antes de 3 meses, 93 (24,9%) afirmaram que começaram com 3 meses e, 213 (57,1%), que constituem a maioria, começaram depois de 3 meses.



A tabela 5 mostra os dados das gestantes sobre diferentes atitudes e comportamentos em relação ao cuidado pré-natal (CPN).

Início do CPN antes de 3 meses: Cerca de 18% das participantes relataram ter iniciado o CPN antes de completar três meses de gestação. Essas mulheres demonstraram um comportamento positivo ao buscar o cuidado pré-natal precocemente, o que é importante para o acompanhamento adequado da saúde materno-infantil desde as fases iniciais da gravidez.

Início do CPN com 3 meses: Aproximadamente 24,9% das gestantes afirmaram ter iniciado o CPN exatamente aos três meses de gestação. Embora tenham cumprido o prazo mínimo recomendado, é importante ressaltar que quanto mais cedo iniciar o CPN, melhores são as oportunidades de detecção precoce de problemas e implementação de medidas preventivas.

Início do CPN após 3 meses: A maioria das participantes, correspondendo a 57,1% do grupo, relatou ter iniciado o CPN depois de completar três meses de gestação. Esse atraso no início do cuidado pré-natal pode ter diversas razões, como falta de acesso aos serviços de saúde, falta de conhecimento sobre a importância do CPN ou outras barreiras socioeconômicas.

Relativamente ao Nº de consultas feitas na gestação corrente 278 (74,5%), que constituem a maioria, fizeram 1-3 Consultas e 95 (25,5%) fizeram 4 ou mais consultas.

Consultas de 1-3: A maioria das participantes, representando 74,5%, realizou de 1 a 3 consultas durante a gestação atual. Esse número de consultas está abaixo do recomendado pelas diretrizes de saúde, que geralmente indicam um mínimo de 4 consultas pré-natais para uma gestação saudável. Essa proporção sugere uma possível falta de adesão ao acompanhamento pré-natal adequado, o que pode impactar negativamente a saúde materno-infantil.

Consultas de 4 ou mais: Aproximadamente 25,5% das gestantes fizeram 4 ou mais consultas durante a gestação atual. Essas mulheres demonstraram um comportamento positivo ao buscar um maior número de consultas pré-natais, o que pode indicar uma maior consciência da importância do cuidado pré-natal e um melhor acompanhamento da saúde durante a gravidez.

É importante ressaltar que o acompanhamento pré-natal regular é crucial para monitorar o desenvolvimento fetal, identificar possíveis complicações e receber orientações adequadas sobre cuidados de saúde durante a gestação.

Ainda na tabela 4, 264 (68,1%) participantes vacinaram e 119 (31,9%) não vacinaram; 268 (71,8%) fizeram planejamento familiar e 105 (28,2%) não fazem; 105 (28,2%) têm experiência de fazer parto ou aborto em casa e 268 (71,8%) não têm; 82 (22%) consomem álcool, 13 (3,5%) são fumantes e 278 (74,5%) não têm vício de fumar nem de beber.

A interpretação dos dados apresentados revela informações sobre comportamentos relacionados ao planejamento familiar, práticas de parto ou aborto em casa, consumo de álcool e tabagismo.

4.5 RESPOSTAS DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM ENFERMEIRAS SOBRE ATITUDES/COMPORTAMENTO

As enfermeiras relataram as atitudes das gestantes durante o pré-natal como mostram as declarações:

[...]a maioria das gestantes começam a consulta pré-natal depois de 3 meses [...] heee.....algumas gestantes não completam o numero de consultas previstas [...]abandonam planeamento familiar alegando que lhes faz mal [...] E 1

[...]temos tido gestantes mesmo depois de aconselhados não completam o numero de consultas previstas[...];[...]fazem parto em casa [...]E 2

[...]relativamente aos comportamentos de gestantes e mães vejo que alguma não seguem as nossas recomendações, aparecem com lazeres indicação que no dia anterior consumiu álcool[...];[...]outras são irresponsáveis começam tardiamente a consulta pré-natal [...]E3[...]

[...]na verdade temos tido pacientes com atraso de 2 a 3 meses[...];[...]as vezes não sabem quantos meses tem [...];[...]basta marcar uma consulta embora tardia já não volta mais porque tem medo d ser prevenida o que compromete a qualidade do nosso trabalho [...]E 4

[...]Temos notado vários aspectos negativos em gestantes e mães[...];[...] embora sejam poucos casos [...];[...]há primigestas que fazem aborto em casa só vem ao hospital depois de tudo estar complicado[...];[...]outras consomem álcool na gestação[...];[...]apesar de tudo, pelo contrario existem mulheres que cumprem com todas orientações [...]E5

[...]eu como ESMI conforme o que tenho assistido no dia a dia posso afirmar que durante as consultas pré-natais as mulheres se comportam bem apesar de algumas mulheres não cumprirem com as recomendações como por exemplo não completam o numero de consultas previstas[...];[...]abandonam planeamento familiar[...]E6

Das entrevistas realizadas com as enfermeiras revelam informações sobre as atitudes e comportamentos das gestantes durante o pré-natal onde apurou-se o seguinte:

Início tardio das consultas pré-natais: De acordo com as enfermeiras entrevistadas, há uma tendência de muitas gestantes começarem as consultas pré-natais após os três meses iniciais da gestação. Isso indica um atraso no acesso aos cuidados pré-natais, o que pode resultar em uma menor supervisão médica durante esse período crítico.

Falta de aderência ao número de consultas previstas: As enfermeiras relataram que algumas gestantes não completam o número de consultas pré-natais recomendadas. Isso pode ser preocupante, pois as consultas regulares são importantes para monitorar a saúde da gestante e do feto, além de fornecer orientações e cuidados adequados.

Comportamentos de risco: Algumas enfermeiras mencionaram casos em que gestantes relataram consumir álcool durante a gravidez, bem como a prática de parto em casa, o que pode



representar riscos para a saúde materna e infantil. Esses comportamentos podem ser prejudiciais e requerem intervenção e orientação adequadas.

Desinformação e falta de comprometimento: Algumas enfermeiras observaram que algumas gestantes demonstram falta de conhecimento sobre a duração da gestação e não seguem as orientações fornecidas durante as consultas pré-natais. Além disso, mencionaram que algumas mulheres têm receio de serem repreendidas e, por medo, acabam não retornando às consultas subsequentes, comprometendo assim a continuidade dos cuidados e a qualidade do atendimento.

Variação nos comportamentos: Embora tenham sido observados comportamentos negativos, as enfermeiras também destacaram que há mulheres que cumprem todas as orientações e demonstram comprometimento com o pré-natal. Esses casos positivos mostram que algumas gestantes estão seguindo as recomendações e se engajando ativamente nos cuidados pré-natais.

Em geral, os dados das entrevistas com as enfermeiras indicam a existência de desafios e comportamentos preocupantes por parte de algumas gestantes e mães durante o pré-natal. Esses desafios incluem o início tardio das consultas, falta de aderência ao número de consultas recomendadas e práticas de risco. Esses resultados destacam a importância de intensificar os esforços de educação e conscientização durante as consultas pré-natais, visando promover uma melhor adesão aos cuidados e comportamentos saudáveis, garantindo assim a saúde materno-infantil.

Como se pode notar 57,1% das participantes afirmaram que começaram depois de 3 meses. Conforme E1[...] *a maioria das gestantes começam a consulta pré-natal depois de 3 meses [...]*. Esta Atitudes/Comportamento prejudica às normas de organização do CPN para evitar possíveis complicações.

Verificação da educação Comunitária para a Saúde como uma estratégia aplicada para a prevenção da mortalidade materna nos CS da cidade de Nampula.

4.6 RESPOSTAS DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM GESTANTES E MÃES SOBRE EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA PARA A SAÚDE COMO UMA ESTRATÉGIA APLICADA PARA A PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NOS CS DA CIDADE DE NAMPULA.

Tabela5:Aplicação da educação comunitaria para a prevenção de mortalidade materna nos centros de saúde da cidade de Nampula

Conteúdo	Respostas	Frequência	Percentagem
Como considera o Atendimento das ESMI no CPN	Considero que há Falta de acolhimento, o atendimento é demorado, lento, falta de material para o atendimento	99	26,5%
	Considero bom atendimento	131	35,1%
	Tenho muito medo das ESMI pelas más atitudes, fraca sensibilidade e afectividade com as gestantes e parturientes	143	38,3%

Fonte: Biombe, 2023

Como se pode notar na tabela 5, 99 participantes, correspondentes a 26,5%, consideram que há falta de acolhimento, o atendimento é demorado, lento. Ainda, 131 participantes, correspondentes a 35,1%, afirmam que há bom atendimento e, 143 participantes, correspondentes a 38,3%, disseram que têm muito medo das ESMI pelas más atitudes, fraca sensibilidade e afectividade com as gestantes e parturientes.

Os dados do estudo realizado com gestantes sobre a educação comunitária para a saúde como estratégia de prevenção da mortalidade materna nos centros de saúde de Nampula revela o seguinte:

Influência dos fatores morais, éticos e deontológicos: Os participantes destacaram que esses fatores têm uma influência significativa no processo de educação comunitária para a prevenção da mortalidade materna. Isso indica a importância de abordar esses aspectos ao desenvolver estratégias de educação e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados às gestantes e parturientes.

Percepção do atendimento: Uma parte significativa dos participantes (26,5%) relatou que há falta de acolhimento nos centros de saúde, com atendimento demorado e lento. Isso pode ter um impacto negativo na experiência das gestantes e parturientes, afetando a eficácia da educação comunitária para a saúde.

Atitudes das ESMI: Uma proporção considerável dos participantes (38,3%) expressou medo em relação às ESMI (Enfermeiras e Parteiras Tradicionais), citando más atitudes, falta de sensibilidade e afetividade. Essas percepções negativas podem criar barreiras na comunicação e no engajamento das gestantes e parturientes, dificultando a eficácia da educação comunitária para a saúde.

Percepção de bom atendimento: Por outro lado, 35,1% dos participantes relataram que recebem um bom atendimento nos centros de saúde. Essa percepção positiva pode indicar que algumas gestantes e mães têm uma experiência satisfatória no processo de educação comunitária para a saúde, o que pode contribuir para a prevenção da mortalidade materna.

Em resumo, os dados revelam uma variedade de percepções sobre a educação comunitária para a saúde nos centros de saúde de Nampula. A presença de fatores morais, éticos e deontológicos, bem como o acolhimento e o atendimento oferecidos pelas ESMI, desempenham um papel importante na eficácia dessa estratégia de prevenção da mortalidade materna. É fundamental abordar as preocupações

levantadas pelos participantes, buscando melhorar o acolhimento, o atendimento e a sensibilidade das equipes de saúde para promover uma experiência positiva e eficaz de educação comunitária para a saúde.

4.7 RESPOSTAS DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM ENFERMEIRAS SOBRE EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA PARA A SAÚDE COMO UMA ESTRATÉGIA APLICADA PARA A PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NOS CS DA CIDADE DE NAMPULA

Relativamente a aplicação da estratégia educação Comunitária para a Saúde para a prevenção da mortalidade materna nos CS da cidade de Nampula, as respostas das enfermeiras foram diversas, como se pode notar nas declarações abaixo apresentadas:

*[...]são vários factores [...];[...]na verdade o centro está sem sonar para auscultar BCF do bebê para ouvir o feto [...]. Nós ficamos mais de mês sem o papel pardo, que enrola o material para ser esterilizado. [...]; [...] Nosso trabalho fica prejudicado, várias vezes desmarcamos o procedimento de um paciente para outro dia a espera do material [...]. [...] Muitas vezes o paciente fica constrangido com a falta de material[...] para além de falta de material de trabalho como cartazes, vacinas e testes de sífilis [...];[...]há problemas de ignorância das mulheres nas orientações que damos [...]***E1**

*[...]durante o aconselhamento das mulheres enfrento dificuldades como por exemplo insuficiência de vacinas contra tétano, hepatite[...];[...]embora existam mulheres que negam vacinar junto o bebe [...];[...]insuficiência de medicamentos [...];[...]há problemas de ignorância das mulheres nas orientações que damos [...]***E2**

*[...]embora existam mulheres que negam vacinar junto o bebe durante as minhas actividades enfrento dificuldades como por exemplo insuficiência de vacinas contra tétano, hepatite[...]; [...]insuficiência de medicamentos [...];[...]há problemas de ignorância das mulheres nas orientações que damos [...]***E3**

*[...]eu tenho tido muita dificuldade[...]; [...] principalmente por falta de matéria de trabalho como por exemplo insuficiência de cartazes de pré-eclampsia, cartazes de sepses e testes de sífilis [...]***E4**

*[...]temos enfrentados diversos problemas[...];[...]os mais frequente estão relacionados com a própria cultura das mulheres[...]; existem gestantes e com muita dificuldade de seguir as nossas orientações[...]devido a sua escolaridade e os hábitos da própria comunidade[...]***E5**

*[...]temos enfrentados problemas relacionados com assuntos familiares [...];[...]influencias negativas do cônjuge que não aceita a mulher fazer o planeamento familiar[...];[...]fazendo com que as mulheres desobedeçam as instruções sobre o planeamento[...]como resultado temos tido casos de Intervalos de parto menores que 2 anos [...]***E6**

Das entrevistas realizadas com enfermeiras sobre a educação comunitária para a saúde como estratégia aplicada para a prevenção da mortalidade materna nos Centros de Saúde de Nampula revela o seguinte:

Limitações de recursos e materiais: As enfermeiras apontaram várias dificuldades relacionadas à falta de recursos e materiais essenciais para o seu trabalho. Isso inclui a ausência de equipamentos como sonares para auscultar os batimentos cardíacos fetais, falta de materiais para esterilização e a insuficiência de cartazes, vacinas e testes para realizar as orientações de saúde adequadas. Essas limitações afetam negativamente a qualidade do atendimento e podem dificultar a eficácia da estratégia de educação comunitária para a saúde.

Dificuldades na aplicação das orientações: As enfermeiras mencionaram a ocorrência de problemas relacionados à falta de adesão e compreensão por parte das mulheres em relação às orientações dadas. Isso inclui a recusa em vacinar os bebês, falta de conhecimento sobre os cuidados necessários e dificuldades de seguir as instruções devido a questões culturais, escolaridade e influência do cônjuge. Esses obstáculos podem comprometer os resultados da educação comunitária para a saúde e a prevenção da mortalidade materna.

Necessidade de mais recursos educacionais: As enfermeiras relataram a escassez de materiais educativos, como cartazes informativos sobre pré-eclâmpsia e sepses, que são essenciais para a disseminação de informações importantes às gestantes e mães. A falta desses recursos pode dificultar a compreensão e a adoção de práticas saudáveis.

Desafios relacionados a problemas familiares e influências externas: Algumas enfermeiras mencionaram desafios associados a questões familiares e influências negativas, como a resistência dos cônjuges em relação ao planejamento familiar. Isso pode levar as mulheres a desobedecerem às orientações médicas, resultando em intervalos de parto menores que o recomendado, o que pode aumentar os riscos para a saúde materna.

As entrevistas revelam uma série de desafios enfrentados pelas enfermeiras na implementação da educação comunitária para a saúde como estratégia de prevenção da mortalidade materna. As limitações de recursos, a falta de adesão e compreensão por parte das mulheres, a escassez de materiais educativos e as influências externas negativas são obstáculos que precisam ser abordados para melhorar a eficácia dessa estratégia e garantir um cuidado de qualidade às gestantes e mães na cidade de Nampula.

5 DADOS DA OBSERVAÇÃO DO PESQUISADOR

Nesta investigação foram observados alguns materiais necessários no procedimento de educação comunitária para a prevenção de mortalidade materna. Entretanto, constatou-se que em todas as unidades sanitárias onde decorreu a recolha de dados não existem Fluxograma de Hemorragia,



Fluxograma de Pré-eclâmpsia, Fluxograma de Sépsis. Além disso, até ao momento que decorreu a recolha de dados não havia testes de sífilis, testes de HIV, Vacinas contra tétano e hepatite.

Observou-se ficha de gestante de CPN, cartões de vacinas das mães do bebe tendo constatados varias irregularidades como: início tardio da CPN 2 a 3 meses depois da concepção, Vacinas incompletas junto o bebe, mães sem cartão de planeamento familiar, intervalos curtos de nascimentos, gestantes menores de 18 anos, mães menores de 18 anos com 2 a 3 filhos.

Existem várias estratégias que podem ajudar a evitar um quadro de hemorragia ou mesmo reduzir as suas complicações. Isso pode começar no pré-natal.

É importante tratar adequadamente a anemia nas gestantes e utilização de fluxograma.

6 CONCLUSÕES

Assim, conclui que:

1. Quanto ao objectivo geral "Compreender o decurso da educação comunitária para a saúde como estratégia de prevenção da mortalidade materna nos centros de saúde da cidade de Nampula" que a principal estratégia de aconselhamento desenvolvida pelas ESMI no procedimento de educação comunitária para a saúde sobre a prevenção de mortalidade materna nas Unidades Sanitárias da cidade de Nampula é o método de Educação Centrada na Pessoa/método clínico centrado na pessoa, pois, a maioria das enfermeiras de saúde materna e infantil usa este método.

É uma estratégia eficiente, pois, ajuda as enfermeiras de saúde materna e infantil a entenderem as gestantes e não apenas limitar-se à doença. Esta estratégia também contempla as características relativas aos conteúdos das consultas, incluindo a atenção às orientações prestadas às mães, além da singularidade de cada paciente, com o acolhimento, a satisfação e a manutenção do vínculo profissional de saúde - paciente.

Similarmente conclui-se que existem enfermeiras de saúde materna e infantil que recorrem ao Método clínico centrado na doença/ consulta clínica e palestras colectivas focalizando somente os aspectos biológicos. Apesar de serem acções de prevenção e de cuidados à saúde visando aconselhar, corrigir o comportamento numa dimensão sócio-sanitária, inclusiva e solidária para a melhoria da qualidade de vida, não atinge as metas desejadas.

2. Quanto ao objectivo específico "Descrever as características demográficas das gestantes nos centros de saúde (CS) da cidade de Nampula.":

conclui-se que as mulheres solteiras apresentam risco três vezes maior para a não realização de consulta pré-natal, quando comparadas às casadas. Uma hipótese para esse achado pode estar relacionada ao apoio do parceiro durante a gestação, o que favorece a adesão à consulta pré-natal e, inversamente, a falta de contacto com o pai do bebé contribui tanto para a não procura por atendimento quanto para a realização de menor número de consultas na gestação.

Para que a gestante se sinta mais confiante e segura no período de gestação, há a necessidade de que a figura paterna esteja a acompanhar todo o processo.

3. Quanto ao objectivo específico “Identificar as estratégias e conteúdos de educação para a prevenção da mortalidade materna nos centros de saúde (CS) da cidade de Nampula”:

Conclui-se que o propósito da Educação Centrada na Pessoa/método clínico centrado na pessoa é a formação de hábitos e atitudes/comportamentos saudáveis que é o princípio da criação de valores. Os valores representam convicções básicas, um modo específico de conduta que contém um elemento de julgamento, baseado naquilo que o indivíduo acredita ser correcto, bom ou desejável. Os valores são importantes no estudo do comportamento da comunidade porque estabelecem a base para a compreensão das atitudes e da motivação, além de influenciarem nas percepções.

4. Quanto ao objectivo específico "Caracterizar as atitudes e comportamentos manifestados pelas mulheres durante o período pré-natal, na sequência da educação comunitária para a saúde sobre a prevenção de mortalidade materna nos centros de saúde da cidade de Nampula":

Estas gestantes mostram atitudes que constituem problemas pré-natais relevantes, com maior destaque para a idade gestacional precoce e tardia, multiparidade, e espaços curtos entre os nascimentos.

São problemas que contribuem para a mortalidade materna: Início tardio de consulta pré-natal; Número de consultas inferiores a 3; Não fazer o planeamento familiar; Não vacinar junto com o bebé; Fazer parto ou aborto em casa; e Consumo de álcool, ou outra droga durante a gravidez.

5. Quanto ao objectivo específico “Verificar se a Educação Comunitária para a Saúde é uma estratégia para a prevenção da mortalidade materna nos CS da cidade de Nampula”: conclui-se que para corrigir este problema deve dar-se importância às acções educativas durante o pré-natal, ao acreditar que o propósito da educação comunitária para a saúde sobre a prevenção de mortalidade materna, que ocorre nas Unidades Sanitárias da cidade de Nampula é a formação de hábitos, e atitudes/comportamentos que é o princípio da criação de valores.

7 SUGESTÕES

Após concluir o estudo, algumas questões emergiram, podendo constituir o desenvolvimento de investigações futuras e a implicação em intervenções no âmbito da educação comunitária para a saúde.

Quanto à educação para a saúde, sugere-se que:

- Deva haver um esforço por parte das enfermeiras de saúde materna e infantil para que a educação para a saúde seja uma ferramenta para promover comportamentos saudáveis, prevenir doenças e promover o bem-estar nas comunidades e se torne uma constante. Pois, as mulheres gestantes necessitam de acompanhamento e orientação.



- Seja urgente desenvolver reflexões entre as enfermeiras de saúde materna e infantil e as mulheres gestantes sobre a relação entre educação e mudança de comportamento. O ambiente social e familiar em que decorre são fundamentais, se quisermos que as mulheres gestantes se consciencializem e interiorizem aspectos importantes para uma existência saudável e dos benefícios que esta traz, terão que usar a principal estratégia de aconselhamento no procedimento de educação comunitária para a saúde sobre a prevenção de mortalidade materna nas Unidades Sanitárias da cidade de Nampula, que é o método de Educação Centrada na Pessoa/método clínico centrado na pessoa.

- Seja fundamental que a metodologia e as estratégias utilizadas pelas enfermeiras de saúde materna e infantil sejam clarificadas e partilhadas com as mulheres gestantes e com a comunidade porque é importante e indispensável que estas favoreçam a participação activa das mulheres gestantes na construção do seu conhecimento e promovam a reflexão constante sobre as práticas, a reflexão sobre as realidades vividas e presenciadas e a reflexão sobre a mobilização dos seus saberes. É essencial a prática reflexiva.

Deixa-se como sugestão a realização de um estudo que replicasse este, mais abrangente e realizado em mais centros de saúde isto é, extensível a mais participantes e que permitisse estabelecer comparações. Talvez fossem revelados aspectos interessantes, que se pudessem generalizar, assim como uma futura investigação que se debruce apenas sobre a motivação em educação comunitária para a saúde e a respectiva aplicação na redução da mortalidade materna.



REFERÊNCIAS

- Alves.R. D. (2017). Dificuldades enfrentadas por adolescentes no período gestacional. 16 (2).
- Alves, V. S.; Franco, A. L. S.(2003). Estratégias comunicacionais do médico de Saúde da Família para Educação em Saúde no contexto clínico. 8(1).
- Alves, V. S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. 9(16).
- Barbosa at al. (2016). O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. Rev Med Minas Gerais. 26 (8). 219-S221
- Camarneiro A. P. (2011). Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação. Tese. Doutorado Em Psicologia. Especialidade de Psicologia Clínica
- Candeias, N. (2019). *Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev Saúde Pública. 31(2).*
- Costa. M.F.(2021). Contribuições da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde no Brasil para prevenção da mortalidade materna: Revisão integrativa de 2015 a 2019. 10(3).10-11
- Costa G. N. (2021). Mortalidade perinatal, determinantes biológicos, de atenção à saúde materno infantil e socioeconômicos. Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Ciências.
- Diniz. N. C.(2010). Gravidez na adolescência: um desafio social. 20 Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção
- Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.18
- Gadotti, M. (2012). *Educação Popular, Educação Social, Educação Comunitária: conceitos e práticas diversas, cimentadas por uma causa comum. 1998.*
- Gordinho, C.C.F. (2013). Consumo de álcool e atitudes sobre a gravidez e a maternidade nas grávidas utentes da unidade local de saúde de Matosinhos. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa.
- Kuroiwa AY, et al. (2018). A Relação Médico-Paciente e os Aspectos envolvidos na adesão ao tratamento. Revista Interdisciplinar Pensamento Científico, 2018; 4(1).
- Kamitsuru. H,T H. (2015) Diagnósticos de Enfermagem da Nanda. Porto Alegre: Artmed. 21-30
- Laudano, T. (2012). *Pré-Natal na Redução dda Morbi-Mortalidade Materno-Neonatal: uma visão geral sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).*
- Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, et al(1986;). The patient-centred clinical method: 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Fam Pract. 3(1).24–3



Mansur A J (2010). Diagnóstico. Tratamento. 15(2):74-6.

Mendes et al. I A C.(2007). Diagnóstico e prognóstico graves: dificuldades para comunicar ao paciente e à família. Ribeirão Preto – SP. CEP: 14.020-530.

Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE)2013. *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) 2011*. (2013).

Moreira, M. (2013). *A importância da educação em saúde na atenção ao pré-natal a importância da educação em saúde na atenção ao pré-natal*.

Moreira, M. G. M. M. (2013). *A Importância da Educação em Saúde na Atenção ao Pré-Natal a Importância da Educação em Saúde na Atenção ao Pré-Natal*.

Muleva R.(2021).Assistência ao pré-natal em Moçambique: número de consultas e idade gestacional no início do pré-natal. Revista. Latino-Americano. Enfermagem

Nogueira, A., Jorge, P., Lima, L., Ap, C., Gomes, A., Lourenço, A. B., Paula, A., Cavalcante, S., Vale, B. A., Vieira, B., & Carvalho, T. De. (2015). Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar.

American Heart Association, 36. <http://enfunifan.xpg.uol.com.br/4-periodo/Semiologia-e-Semiotecnica-em-enfermagem/Coleta-de-Dados-e-Entrevista.pdf%5Cnhttps://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>

Oliveira L. V. (2018). Educação em saúde no pré-natal Atividades Participativas. Guia para Profissionais. Belém

OMS. (1952). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá*.

Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (8th ed.). (2015).

Pereira, A G. (2012).Direitos dos pacientes e responsabilidade médica. Dissertação de doutoramento ciências jurídico-civilísticas apresentada à faculdade de direito da universidade de coimbra.Coimbra,

Portela. M. C (2016). Simplificando o cuidado centrado na pessoa. O que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa

Rego, A. M. X. (2018). Educação: concepções e modalidades. *Scientia Cum Industria*, 6(1), 38–47.

Ribeiro et al.(2008). Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. Revista Brasileira de Educação

Médica, Rio de Janeiro. 32(1). 90-97.

Rodrigues , M ; Pereira, A. ; B. (n.d.). *Educar para a saúde no século XXI*. 1–111.

Rodrigues S. V.(2021). Acesso de gestantes ao pré-natal de alto risco em uma maternidade de referência para a rede cegonha: uma investigação avaliativa. Fortaleza. Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da



Universidade Federal do Ceará, como requisito final à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais.

Santos. R. A (2019). Intervenções que contribuem para a redução da Mortalidade Materna. Belo Horizonte. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Universidade Federal de Minas Gerais.

Tazi .N. M.(2021). Cuidados prénatais e sua influência nos resultados da gravidez e do Parto. Luanda-Angola . Tese de doutoramento em saúde pública apresentada à Faculdade de medicina da universidade do Porto. Porto

Teixeira, M.I.F. (2013). Vinculação materno-fetal: Relação com memórias sobre práticas parentais e variáveis obstétricas e sociodemográficas. Dissertação de Mestrado, Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - Univerisdade de Trás-os- Montes e Alto Douro.

Teixeira, M.I.F., Raimundo, F.M.M, & Antunes, M.C.Q. (2016). Relação da vinculação materno-fetal com a idade gestacional e as memórias parentais. Revista de enfermagem, 4(8), 85-92.doi: 10.12707/RIV1