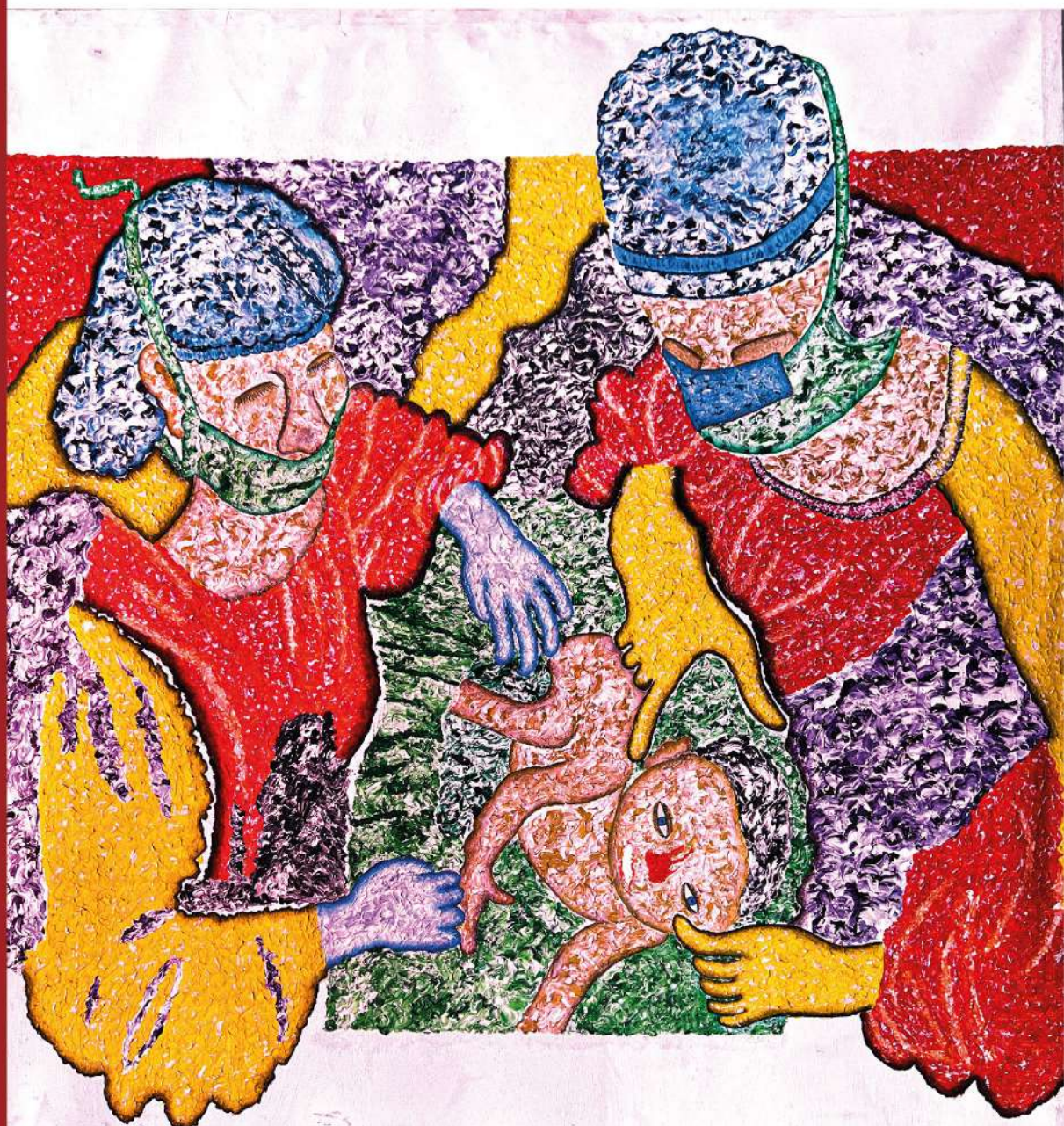


Volume 9
Número 1
Abril 2023
ISSN 2311-3308



Revista Moçambicana de **CIÊNCIAS DE SAÚDE**



Bena/17

Revista Moçambicana de CIÊNCIAS DE SAÚDE

Publicação Oficial do Instituto Nacional de Saúde

Ficha Técnica

Editora Chefe

Ana Olga Mocumbi

Comité Editorial

Eduardo Samo Gudo

Rufino Gujamo

Equipa Editorial

Adjine Mastala Fumo

Denise Milice

Leonildo Balango

Rufino Gujamo

Secretariado

Telma Mboa

Filomena Nhatsave

Adjine Mastala Fumo

Edição e Revisão Linguística

Ana Olga Mocumbi

Denise Milice

Edna Juga

Adjine Mastala Fumo

Ananias Langa

Desenho gráfico e maquetização

Júlio Nandza

Distribuição electrónica

Mussa Chaleque

Poderá obter informações adicionais sobre a revista:

Sede do Instituto Nacional de Saúde

Distrito de Marracuene | EN1, Bairro da Vila-Parcela N^o
3943 | Província de Maputo – Moçambique

Biblioteca Nacional de Saúde

Distrito KaMpfumo | Av. Eduardo/Salvador Allende, Bairro
Central A 1008/1^o Andar | Cidade de Maputo – Moçambique

Website: <https://ins.gov.mz>

Facebook: facebook.com/ins.gov.mz

Email: revistacienciassaude@ins.gov.mz

Instituto Nacional de Saúde (INS)

Revista Moçambicana de Ciências de Saúde, vol.9, n^o1, 2023, Maputo - Moçambique

ISSN 2311-3308

NESTE NÚMERO

Género na Ciência	5
<i>Ana Olga Mocumbi</i>	

ARTIGO ORIGINAL

Causas e Determinantes Sociais de Mortalidade em Mulheres Adultas em Moçambique.....	6
<i>Sheila Nhachungue, Celso Monjane, Simeão Tivane, Milton Sengo, Ivalda Macicame</i>	

PERSPECTIVA

Desigualdade de Género no Acesso aos Serviços de Saúde em Moçambique	13
<i>Edgar Cambaza</i>	

COMUNICAÇÕES BREVES

Contaminação de Areia Usada para Consumo Comercializada em Mercados Informais da Cidade de Maputo.....	15
<i>Jéssica Mandlaze, Almiro Tivane, Belisário Moiane, Alberto Sineque, Osvaldo Inlamea</i>	

Factores Associados a Mortalidade em Pacientes Politraumatizados atendidos nos Serviços de Urgência do Hospital Central de Nampula.....	20
<i>Joel Choveque</i>	

Gestão de Medicamentos no Hospital Distrital de Mocuba.....	25
<i>Manuel Mário/Elobo</i>	

Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes Submetidos a Prostatectomia no Hospital Central de Nampula.....	28
<i>Joel Choveque</i>	

Factores de Risco de Desmame Precoce em Trabalhadoras dos Supermercados da Cidade de Nampula	32
<i>Kátia Luísa da Rocha; Beatriz Maurício</i>	

A Percepção da Qualidade do Atendimento das Gestantes nos Centros de Saúde Apoiados pela Médicos com África CUAMM	40
<i>Cássimo Manuel Saide, Simone Cadorin, Ilaria Onida, Edoardo Occa</i>	

DESCRIÇÃO DE CASOS

Acreditação do Programa de Formação em Epidemiologia de Campo de Moçambique: Um processo liderado por mulheres	44
<i>Cynthia Semá Baltazar, Faiza Sallé, Auria Ribeiro Banze¹, Judite Monteiro¹, Cristolde Salomão, Ana Matusse, Erika Valeska Rossetto</i>	

Experiência e Desafios na Acreditação do Curso de Licenciatura em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane	51
<i>Natércia Fernandes, Tufária Mussá, Jahit Sacarlal</i>	

ARTIGO DE OPINIÃO

Métodos e Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Profissionais de Saúde	54
<i>Francisco Maricoa</i>	

EVENTO

Promovendo a Contribuição Científica Multidisciplinar para a Prevenção e Mitigação dos Impactos das Emergências de Saúde: III Jornadas de Saúde da Região Centro.....	58
<i>Filomena Nhastave, Osvaldo Inlamea</i>	

ARTE & SAÚDE

‘Triângulo da Maternidade’ (2017)67 - Pintura de Bena Filipe.....	63
<i>Edna Juga</i>	

Género na Ciência

A igualdade entre mulheres e homens é uma questão de direitos humanos e uma condição de justiça social, sendo igualmente um requisito necessário e fundamental para a igualdade, o desenvolvimento e a paz. A Igualdade de Género exige que, numa sociedade homens e mulheres gozem das mesmas oportunidades, rendimentos, direitos e obrigações em todas as áreas. É que o nível de educação de uma mulher determina fortemente o padrão de vida da sua família bem como a educação, futuro e potenciais oportunidades dos seus filhos e filhas.

Em 2013, o Índice de Desigualdade de Género em Moçambique era de 0.582, correspondendo a nível mundial ao 125º lugar no Índice Desenvolvimento Humano, e sendo classificado na categoria de desenvolvimento baixo. O acesso ao ensino superior pela mulher foi sempre caracterizado por factores de natureza cultural, sociopolítica e histórica, e está associado a dimensões das relações sociais que constroem diferenças sistemáticas na posição de homens e mulheres na escolha de cursos e/ou profissões.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) as mulheres constituem 30% dos pesquisadores científicos em todo o mundo, chegando a cerca de 43,7 no Brasil, onde a curva de crescimento é optimista. Este organismo indica ainda que o número de mulheres pesquisadoras vai superar o de pesquisadores do género masculino dentro de uma década.

Na área de ciência, tecnologia, engenharias e matemática a participação da mulher moçambicana é ainda pobre. Assim, é necessária a adopção de estratégias para a promoção de igualdade de oportunidades para mulheres e homens no acesso ao conhecimento científico no geral, à participação em pesquisa científica e o exercício profissional na área de ciências.

A Revista Moçambicana de Ciências de Saúde convidou investigadores, técnicos, profissionais de saúde e de áreas afins a submeterem artigos científicos originais, artigos de revisão, artigos de opinião, comentários, relatos de caso e outros textos científicos para uma edição especial dedicada a aspectos do género. Incentivou mulheres académicas, cientistas e pesquisadoras na área de ciências biomédicas, a contribuírem para este número especial e com muito prazer apresenta no seu conteúdo perspectivas diversas de pesquisa relacionada com o género na nossa sociedade.

Ana Olga Mocumbi



Instituto Nacional de
Saúde EN1, Bairro da
Vila-Parcela No 3943,
Maputo-Marracuene



ana.mocumbi@ins.gov.mz

Causas e Determinantes Sociais de Mortalidade em Mulheres Adultas em Moçambique

Sheila Nhachungue¹, Celso Monjane¹, Simeão Tivane¹, Milton Sengo¹, Ivalda Macicame¹

¹Instituto Nacional de Saúde

✉ Sheila Nhachungue

📍 Instituto Nacional de Saúde | EN1, Bairro da Vila-Parcela No 3943, Marracuene-Moçambique

@ Sheila Nhachungue @ins.gov.mz

Resumo

Introdução: As mortes em mulheres são consideradas um dos grandes desafios da saúde pública mundial, em especial em países em desenvolvimento, uma vez que a maioria das mortes são por causas evitáveis. Pretende-se com este estudo identificar as principais causas biológicas e sociais das mortes de mulheres ocorridas em Moçambique no período de 2019 à 2020. **Métodos:** Neste estudo foram analisados registos de mortes de mulheres com idade igual ou superior a 18 anos ocorridas em 700 conglomerados, notificadas por agentes comunitários através de um telemóvel. Para a identificação da causa da morte foi administrado aos familiares das falecidas um questionário de autópsia verbal e social desenvolvido pela OMS. A análise de dados foi feita usando o *software* STATA 17 e aplicados os testes qui-quadrado de Pearson a um nível de significância de 5%. As causas de morte foram atribuídas usando o algoritmo InSilicoVA. A procura de cuidados foi analisada em diferentes grupos para determinar se os cuidados foram procurados por provedores formais (médico, enfermeira/parteira e agente comunitário de saúde treinado) ou outros provedores (provedor tradicional, familiar e farmacêutico). **Resultados:** Do total demortes notificadas de 2019 a 2020, 2019 mortes foram de mulheres com idade ≥ 18 anos. Sendo, as principais causas de morte foram HIV (25%), cancro (17%), doenças cardiovasculares (9%), trauma (7%) e causas maternas (7%). A maioria das mortes por HIV, cancro e doenças cardiovasculares ocorreram fora da unidade sanitária. **Conclusão:** A procura de cuidados antes da morte é observada nas mulheres cuja causa da morte foi cancro quando comparada a procura de cuidados por mulheres cuja causa da morte foi o HIV ou doenças cardiovasculares. Conhecer os determinantes de mortalidade por causas evitáveis permite orientar a tomada de decisões políticas para melhoria de programas e intervenções na área de saúde da mulher.

Palavras-chave: Causas de morte, Determinantes sociais, Saúde da mulher, Moçambique

Abstract

Background: Deaths in women are considered one of the great challenges of public health worldwide, especially in developing countries, since most deaths are from preventable causes. **Objective:** The aim of this study is to identify the main biological and social causes of deaths of women that occurred in Mozambique in the period from 2019 to 2020. **Methods:** In this study, records of deaths of women aged 18 years and over that occurred in 700 conglomerates, notified by, community agents through a mobile phone. To identify the cause of death, a verbal and social autopsy questionnaire developed by the WHO was administered to the relatives of the deceased. Data analysis was performed using STATA 17 software and Pearson's chi-square tests were applied at a significance level of 5%. Causes of death were assigned using the InSilicoVA algorithm. Care-seeking was analyzed across different groups to determine whether care was sought by formal providers (physician, nurse/midwife, and trained community health worker) or other providers (traditional provider, family member, and pharmacist). **Results:** Out of a total of reported deaths from 2019 to 2020, 2019 deaths were in women aged 18 or over. The main causes of death were HIV (25%), cancer (17%), cardiovascular disease (9%), trauma (7%) and maternal causes (7%). Most deaths from HIV, cancer and cardiovascular disease occurred outside the health facility. **Conclusion:** The search for care before death is observed in women whose cause of death was cancer when compared to the search for care by women whose cause of death was HIV or cardiovascular diseases. Knowing the determinants of mortality from preventable causes allows guiding political decision-making to improve programs and interventions around women's health.

Keywords: Causes of death, social determinants, Women's health, Mozambique

Introdução

A mortalidade de mulheres em idade reprodutiva representa 24% de óbitos a nível do mundo e estão relacionadas a vida sexual e reprodutiva.¹ Ao comparar dados mundiais sobre a mortalidade em mulheres com idade maior ou igual a 15 anos, é possível notar enormes discrepâncias existentes.² Em países desenvolvidos, as causas mais frequentes de óbitos correspondem aos acidentes de trânsito, suicídios e neoplasias malignas da mama. A soma destas causas de morte corresponde a mais de 25% do total de mortes, sendo que 6% dos óbitos em mulheres ocorrem na faixa dos 10 aos 49 anos.³ Para os países em desenvolvimento, as principais causas são as infecções por HIV, as causas relacionadas com a gravidez e a tuberculose, representando 50% dos óbitos deste grupo. Assim, 42% das mortes na África acometem mulheres no ciclo reprodutivo.⁴

Dados de mortalidade são cruciais para desenvolver e avaliar intervenções e políticas de saúde.⁵ Porém em muitos países em desenvolvimento, incluindo Moçambique, não há dados de rotina representativos e de alta qualidade sobre causas de morte.⁶ Nestes casos, estudos têm mostrado que a autópsia verbal (VA) é a melhor abordagem disponível na obtenção de evidências sobre as causas de morte em situação de recursos limitados.⁷

Estudos em países da África Subsaariana demonstraram uma redução significativa da mortalidade relacionada a todas as causas e doenças transmissíveis entre as mulheres.⁸ A maior parte da mortalidade feminina é devida a causas maternas e relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. De acordo um estudo realizado na Etiópia em 2014, apesar desse esforço de trazer as principais causas de morte em mulheres, pouco é conhecido sobre em que medida outras causas de morte estão contribuindo para a mortalidade do sexo feminino.⁹

Em Moçambique, a metodologia de VA foi usada pela primeira vez num Inquérito Nacional após o censo da população 2007 (INCAM 2007/8).¹⁰ Apesar de ter fornecido as principais causas de morte em todas as faixas etárias, incluindo em mulheres adultas, este foi implementado apenas uma vez e não incluiu informação sobre determinantes sociais de mortalidade. Na busca de alternativas para obter dados actualizados e contínuos sobre causas de morte e seus determinantes sociais, Moçambique lançou em 2017 a Vigilância Nacional da Mortalidade para Acção (COMSA), actualmente denominado Sistema Comunitário de Vigilância em

Saúde e de Eventos Vitais (SIS-COVE). O objectivo deste estudo foi determinar as causas de morte biológicas e os factores de risco sociais associados a mortalidade em mulheres em Moçambique, informar sobre causas de mortes em mulheres a nível nacional e regional, com vista a obter dados para formular políticas e desenvolver programas de melhoria da saúde da mulher em Moçambique.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal de análise dos dados de morte de mulheres de 15 ou mais anos ocorridas no ano 2019 usando a base de dados do SISCOVE. Em cada província do país foram recrutadas e formadas pelo INS, inquiridoras de autópsia verbal e social (VASA) constituída por duas inquiridoras e uma supervisora. As inquiridoras a nível provincial recebem relatórios de notificação de óbitos registados e notificados mensalmente pelos Agentes de vigilância comunitária (CSAs) nos conglomerados do COMSA, e de seguida visitam as famílias com óbitos para realizar entrevistas da VASA. O COMSA usa uma amostra representativa de 700 conglomerados seleccionados aleatoriamente a nível nacional, incluindo as 11 províncias do país. As mortes são registadas continuamente nesses conglomerados onde as inquiridoras formadas realizam entrevistas de VASA para todas as mortes registadas nos conglomerados. O reporte e notificação dos eventos na comunidade é feita por CSAs treinados pela equipa do Instituto Nacional de Saúde (INS), com o apoio do programa de Agentes Polivalente Elementares (APE) do Ministério da Saúde, técnicos dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social e líderes comunitários. Existe um CSA formado por conglomerado, ao qual foi atribuído um smartphone para registar e reportar os óbitos de todas as idades de forma contínua. O CSA visita cada agregado familiar dentro da sua comunidade pelo menos uma vez de dois em dois meses.

Este trabalho analisa as mortes de mulheres com 18 anos ou mais reportadas em 2019 e 2020. Foi usado o método *InSilicoVA*, uma versão melhorada do método *InterVA*, para classificar causas biológicas de mortes de adultos.

Foram agrupadas causas individuais em grupos mais amplos (cancro, doenças cardiovasculares, HIV, trauma, materna, pneumonia, tuberculose, outras causas e outras infeções). As doenças cardiovasculares incluíram doença cardíaca isquémica

mica e acidente vascular cerebral. A categoria “outras causas de morte” incluiu outras doenças não transmissíveis e não especificadas, abdômen agudo, doença cardíaca aguda, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença respiratória crônica, diabetes mellitus, epilepsia, cirrose hepática, insuficiência renal, anemia falciforme com crise, outras doenças cardíacas não especificadas e desnutrição grave. A categoria “outras infecções” incluíram dengue, febre hemorrágica (não-dengue), sarampo, meningite e encefalite, outras infecções e não especificadas, coqueluche, sepsis (não obstétrica), tétano.

Os dados foram exportados para o software STATA 17, sendo as frequências expressas como absoluta e relativa para cada variável. Foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson e o nível de significância adotado foi de 5%, considerando-se estatisticamente significativo o valor $p \leq 0,05$.

Para expressar os determinantes sociais foram consideradas as três primeiras causas de morte por serem as que possuem maior peso nas causas de morte no geral e por faixa etária de acordo com as categorias consideradas. As respostas relacionadas à procura de atendimento foram categorizadas como não busca de atendimento e busca de atendimento. A procura de cuidados fora de casa incluiu cuidados procurados junto de um provedor formal (médico, enfermeira/parteira e agente comunitário de saúde formado), cuidados procurados junto de um provedor informal (praticantes de medicina tradicional, familiares e farmacêuticos) e cuidados procurados junto de provedor formal ou informal.

Resultados

Características sociodemográficas das mortes em mulheres

Do total de 4122 mortes registadas no SIS-COVE, 2019 (49%) ocorreram em indivíduos do sexo feminino. Destas, 40% das mortes em mulheres ocorreu na faixa etária de 18-49 anos de idade. Trinta e nove por cento das mulheres eram casadas, e 66% eram desempregadas; 27% pertenciam ao quintil de riqueza mais elevado, 69% residiam na área rural e 43% eram provenientes da região central do país. (Tabela 1)

Descrição das causas e determinantes de morte em mulheres

Causas de mortes das mulheres por faixa etária:

As cinco principais causas de morte em mulheres

adultas foram HIV (25%), cancro (17%), doenças cardiovasculares (9%), trauma e causas maternas ambas com (7%). Quando categorizado por faixa etária, as três principais causas de morte em mulheres dos 18 aos 49 anos são HIV (37%), cancro (14%) e causas maternas (14%), e nas mulheres com 50 anos ou mais o cancro é a principal causa de morte (19%), seguido do HIV (18%) e das doenças cardiovasculares (12%). Sendo a área urbana com a maior proporção de mortes. (Tabela 2)

Causas e determinantes de mortes de mulheres por região e província:

Quarenta e oito por cento dos óbitos ocorreu na região centro; seguiu-se a região norte (29%) e região sul (23%).

As proporções de mortes por HIV foram maiores na província da Zambézia (30%), as proporções de mortes por cancro foram maiores na província de Niassa (22%). As proporções de mortes por causas cardiovasculares foram maiores na província de Inhambane (15%). As proporções de mortes por traumas foram maiores em Maputo Cidade (11%). As proporções de mortes por causas maternas foram maiores na província de Manica e Inhambane (13% e 9%, respectivamente). As proporções de mortes por pneumonia foram maiores na província na província de Tete (8%). As proporções de mortes por diarreia foram maiores na província de Tete (7%). As proporções de morte por tuberculose foram maiores na província de Sofala. As proporções de morte por malária foram maiores na província de Manica (4%). As proporções de mortes por outras causas foram maiores em Gaza (22%). As proporções de mortes por outras infecções foram maiores na província de Cabo Delgado (7%). A **figura1** apresenta a distribuição das causas de todas as mortes nas 11 províncias de Moçambique, em comparação com a média nacional.

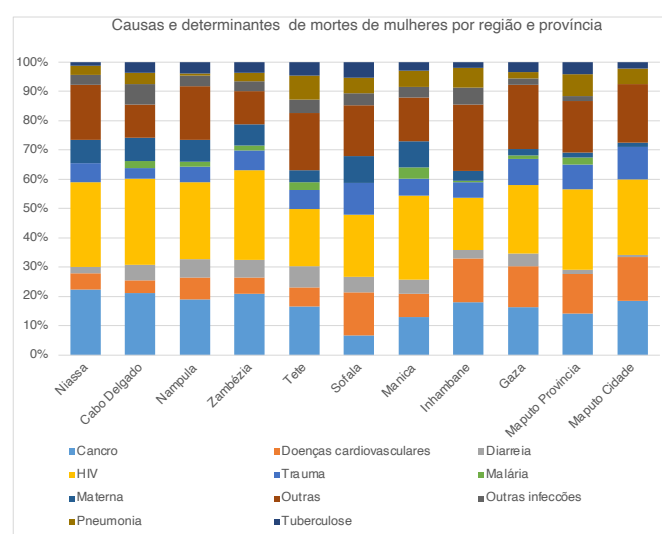
Para os determinantes por região e província constatou-se que a região Norte para a faixa etária das mulheres dos 18 a 49 anos, a proporção de óbitos por causas maternas é de 36%, por HIV é de 27%, cancro 30% e para a faixa etária dos 50 anos ou mais na região norte a maior proporção foi por cancro com 33%, seguido por HIV com 25% e nas últimas doenças cardiovasculares com 15%. Para a região Centro a faixa etária dos 18 a 49 anos a maior proporção foi por HIV com 50% e causas maternas com 47%, cancro com 41%. Para a faixa etária dos 50 anos a mais a proporção de HIV foi de 40%, cancro com 32% seguido por doenças cardiovasculares com 30%. Na região Sul para a faixa etária das mulheres dos 18 a 49 anos a maior

Tabela 1. Características sociodemográficas das mortes em mulheres adultas

Características demográficas	N%	N%	N%	p-value
	Total de mortes de adultos (N 2019)	Mortes em mulheres de 18-49 (800)	Mortes em mulheres de 50+ (1219)	
Educação				
Sem educação	(1409) 69.8 %	(364) 45.5 %	(1045) 85.7 %	
Primário	(461) 22.8 %	(301) 37.6 %	(160) 13.1 %	<0.001
Secundário e superior	(149) 7.4 %	(135) 16.9 %	(14) 1.1 %	
Estado civil				
Solteiro/ divorciado/separado/viúvo	(1234) 61.1 %	(341) 42.6 %	(893) 73.3 %	<0.001
Casado/ Companheiro de vida	(785) 38.9 %	(459) 57.4 %	(326) 26.7 %	
Ocupação				
Emprego	(680) 33.7 %	(276) 34.5 %	(404) 33.1 %	
Desempregado	(1339) 66.3 %	(524) 65.5 %	(815) 66.9 %	p=0.528
Índice de Riqueza				
Quintil muito baixo	(358) 17.7 %	(129) 16.1 %	(229) 18.8 %	P=0.462
Quintil baixo	(351) 17.4 %	(139) 17.4 %	(212) 17.4 %	
Quintil médio	(351) 17.4 %	(147) 18.4 %	(204) 16.7 %	
Quintil alto	(448) 22.2 %	(173) 21.6 %	(275) 22.6 %	
Quintil muito alto	(511) 25.3 %	(212) 26.5 %	(299) 24.5 %	
Residência				
Rural	(1396) 69.1 %	(546) 68.3 %	(850) 69.7 %	p=0.482
Urbano	(623) 30.9 %	(254) 31.8 %	(369) 30.3 %	
Região				
Norte	(507) 25.1 %	(233) 29.1 %	(274) 22.5 %	<0.001
Centro	(863) 42.7 %	(381) 47.6 %	(482) 39.5 %	
Sul	(649) 32.1 %	(186) 23.3 %	(463) 38.0 %	

Tabela 2. Descrição das causas de morte das mulheres

Causas de morte	Total mortes em mulheres (N=2019)	Mortes de mulheres com 18-49 anos (n=800)	Mortes de mulheres com 50+ anos (n=1219)
	(N=2019)	(n=800)	(n=1219)
Cancro	17%	14%	19%
Doenças cardio-vasculares	9%	4%	12%
Diarreia	5%	3%	6%
HIV	25%	37%	18%
Trauma	7%	7%	6%
Malária	2%	2%	1%
Causas maternas	7%	14%	0%
Outras	16%	6%	23%
Outras Infecções	4%	3%	5%
Pneumonia	5%	4%	5%
Tuberculose	3%	3%	3%
Não especificado	2%	2%	2%

**Figura 1.** Causas e determinantes de mortes de mulheres por região e província

proporção foi para cancro com 29% seguido de HIV com 23% e para a faixa etária dos 50 anos a maior proporção de óbitos por doenças cardiovasculares com 55% seguido por cancro com 35% e por fim HIV com 35%.

Causas determinantes de morte em mulheres por local de óbito: Do total de óbitos, 72% ocorreram na fora da unidade sanitária (domicílio, a caminho do hospital ou outros locais da comunidade); o restante (27%) ocorreu na unidade sanitária. Nas Unidades Sanitárias as 3 principais causas foram HIV (20%), causas maternas (15%) e cânceros (11%) e fora da US HIV (18%), cancro (14%) e doenças cardiovasculares (10%). Houve variabilidade no local das mortes (dentro da US vs. fora da US): maiores proporções de mortes por HIV, cancro e trauma ocorreram fora da Unidade sanitária (33%, 10% e 10%, respectivamente), para a faixa etária dos 18 a 49 anos de idade. Por outro lado, para a faixa etária dos 50 anos ou mais, maiores proporções de mortes por doenças cardiovasculares, HIV, outras infecções ocorreram na comunidade (16%, 10% e 30% respectivamente).

Determinantes das causas de morte de acordo com a procura de cuidados

Analisados os dados das faixas etárias de 18 a 49 anos e de 50 anos ou mais, maior proporção de mulheres do primeiro grupo (18 a 49 anos) procurou atendimento de provedores formais. Das mulheres falecidas, 83% procuraram atendimento ou cuidados, 17% não procuraram serviços, 36% tinham HIV, 15% causas maternas, 23% outras infecções. Das mulheres dos 18 a 49 anos de idade que não procuraram cuidados 37% tinham trauma, 19% causas maternas e 18% outras infecções. Nas mulheres falecidas com 50 anos ou mais, a proporção de mulheres que procuraram cuidados foi de 82%, destas mulheres 21% tinham HIV, 15% cancro, 9% outras infecções, 9% doenças cardiovasculares e 6% causas maternas. Do total de mulheres falecidas que não procuraram cuidados de saúde, 5% tinham HIV, 8% cancro, 12% outras infecções, 18% doenças cardiovasculares e 7% causas maternas. Para os dois grupos etários a maior proporção foi a de mulheres que procuraram cuidados de saúde.

Determinantes das causas de morte de acordo com a condição económica das mulheres

Analisados dados da faixa etária de 18 a 49 anos e de mulheres de 50 anos ou mais para a distribuição da situação económica, maior proporção de mulheres de mulheres falecidas dos 18 a 49 anos

de idade eram desempregadas (38%); destas, a maior proporção foi por HIV com 31%, outras infecções 24%, causas maternas 15%. Na mesma faixa etária cerca de 25% tinham casa própria; a maior percentagem foi de mulheres que tinham HIV (29%) e a menor proporção foi dos óbitos por trauma (9%). Ainda nesta faixa etária nas mulheres estudantes a maior proporção de óbitos foi por outras infecções (41%) e a menor por cancro (3%). Para as mulheres com 50 anos ou mais, a maior proporção de mulheres falecidas foi em mulheres desempregadas, com 28% tendo outras infecções, 14% doenças cardiovasculares, 13% óbitos por cancro e 8% HIV.

Discussão

As principais causas de morte de mulheres adultas em Moçambique são HIV (25%), cancro (17%), doenças cardiovasculares (9%), trauma (7%) e causas maternas (6%). HIV e cancro são comuns acima dos 18 anos, sendo as causas maternas mais comuns como causa de mortes em mulheres jovens (18-49 anos), enquanto as doenças cardiovasculares causam mais mortes aos 50 ou mais anos de idade.

O inquérito de causas de morte em Moçambique (INCAM) 2007-2008, realizado cerca de 12 anos antes do nosso estudo, relatou HIV/SIDA (42%), malária (13%), doenças circulatórias (6%), tuberculose (6%), trauma (4%), como as primeiras cinco causas de óbitos entre mulheres de 15 anos ou mais.¹⁰ A possibilidade de estas diferenças se deverem a metodologia diferente para classificar o óbito deve ser considerada.

Num estudo similar realizado no norte da Etiópia usando 723 entrevistas verbais de autópsia de adultos com 15 anos ou mais (2009-2013), identificou como principais causas de mortes a tuberculose (15,9%), doenças cerebrovasculares (7,3%) e quedas acidentais (3,9%).³ No entanto a Etiópia tem menor prevalência de HIV, quando comparada com Moçambique. No nosso estudo, o HIV aparece como a principal causa de morte tanto para residentes em áreas rurais quanto urbanas, corroborando achados do inquérito de causas de morte em Moçambique realizado há cerca de uma década. As doenças cardiovasculares (11%) e traumas (8%) foram a terceira e a quarta causas de morte de mulheres (depois da malária) independentemente da sua área de residência; há uma década as doenças do aparelho circulatório (9%) ocuparam o terceiro lugar nas zonas rurais e urbanas, mas os acidentes e causas externas (4%)

foram a quarta causa de morte nas áreas urbanas, enquanto a tuberculose ocupou esse lugar nas áreas rurais. É importante realçar que a proporção de mortes relacionadas a trauma quase duplicou (7% para 12,2%) na última década.

Ocorreu variabilidade significativa na procura de cuidados para as três principais causas de morte entre as diferentes regiões do país. Em relação às principais causas de morte (HIV, cancro e doenças cardiovasculares) a maioria das mulheres que morreram por cancro procurou tratamento antes da morte, apesar de maior parte ter falecido em casa (**Tabela 3**).

A associação positiva entre o status socioeconômico e o comportamento de busca de cuidados de saúde encontrada no nosso estudo, foi também documentada em outros estudos. Num subdistrito de Bangladesh revelou que as pessoas que viviam fora do aterro (consideradas mais pobres) eram significativamente menos propensas a procurar atendimento médico em comparação com as pessoas que viviam dentro do aterro (OR=0,56, IC (0,286 -0,834)).¹¹

Apesar de algumas limitações deste estudo ligadas à metodologia usada, os seus achados são úteis para o desenvolvimento de intervenções prioritários e sustentáveis para a prestação de cuidados de saúde, de programas de prevenção com base na informação sobre a causa da morte a nível regional e provincial, e para a monitoria de programas de saúde a nível local. Os resultados do estudo relacionados com a procura de cuidados de mulheres não só identificam doenças com menor procura de cuidados, como também instrumentos de educação sanitária selectivos e dirigidos a essas comunidades, incluindo programas de prevenção de doenças e serviços de proximidade à comunidade.

Conclusão

As principais causas de morte de mulheres adultas em Moçambique são HIV, cancro, doenças cardiovasculares, trauma e causas maternas. A idade, região do país e local residência em ambiente rural/urbano determinam o perfil de mortalidade e o padrão de busca de serviços para as condições que causam morte em mulheres.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, World Banka Groupand The United Nations Population Division. Switzerland: World Health Organization [Internet]. 2015. Acessado a 15 de Março de 2023.
2. Madeiro AP, Rufino AC, Nunes MD, Queiroz IC, Carvalho KR, Queiroz LC. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Piauí, Brasil, 2008-2012: causas básicas dos óbitos e factores associados. *Rev Epidemiol Contr Inf.* 2018; 8(4). DOI: <https://doi.org/10.17058/reci.v8i4.11269>
3. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2014;2(6):e323-33.
4. Brown N. J. Women, children, and global public health: beyond the millennium development goals. *BMJ* 2015;350:h1755. DOI: 10.1136/bmj.h1755.
5. Caroline MR, Costa AJL, Cascão AM, Lobato JCP, Calvacanti MLT, Kale PL. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Rio de Janeiro: Aprimorando estratégias de recuperação das informações sobre mortalidade materna. Instituto de Estudos em Saúde Colectiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC – UFRJ) Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; 2010.
6. Anker M. The effect of misclassification error on reported cause-specific mortality fractions from verbal autopsy. *Int J Epidemiol.* 1997 Oct;26(5):1090-6. DOI: 10.1093/ije/26.5.1090
7. Lozano R, Freeman MK, James SL, Campbell B, Lopez AD, Flaxman AD, Murray CJ; Population Health Metrics Research Consortium (PHMRC). Performance of INTERVA for assigning causes of death to verbal autopsies: multisite validation study using clinical diagnostic gold standards. *Popul Health Metr.* 2011 Aug 5;9:50. doi: 10.1186/1478-7954-9-50
8. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2014 Sep 13;384(9947):980-1004. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60696-6. Epub 2014 May 2. Erratum in: *Lancet.* 2014 Sep 13;384(9947):956.
9. Melaku YA, Weldearegawi B, Aregay A, Tesfay FH, Abreha L, Abera SF, Bezabih AM. Causes of death among females-investigating beyond maternal causes: a community-based longitudinal study. *BMC Res Notes.* 2014 Sep 10;7:629. doi: 10.1186/1756-0500-7-629.
10. Mozambique National Institute of Statistics, U.S. Census Bureau, MEASURE Evaluation, U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 2012. Mortality in Mozambique: Results from a 2007–2008 Post-Census Mortality Survey. Chapel Hill, USA: MEASURE Evaluation.
11. Ahmed SM, Adams AM, Chowdhury M, Bhuiya A. Changing health-seeking behaviour in Matlab, Bangladesh: do development interventions matter? *Health Policy Plan.* 2003 Sep;18(3):306-15. doi: 10.1093/heapol/czg037. Erratum in: *Health Policy Plan.* 2003 Dec;18(4):429.

Tabela 3. Descrição dos determinantes de morte das mulheres

Determinantes		Total												18-49 anos						50+ anos					
		HIV		Cancro		DCV		Materna		HIV		Cancro		Materna		HIV		Cancro		DCV					
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Local da morte																									
Fora da Unidade Sanitária		294	0.19	240	0.15	138	0.1	72	0.04	203	0.33	64	0.1	72	0.12	91	0.09	176	0.17	138	0.14				
		164	0.2	47	0.11	30	0.08	63	0.15	65	0.28	22	0.1	63	0.27	99	0.1	25	0.13	30	0.16				
Unidade Sanitária																									
Procura de cuidados ou tratamento																									
Não		19	0.05	29	0.08	54	0.18	26	0.07	15	0.1	6	0.04	26	0.19	4	0.02	23	0.11	54	0.26				
		460	0.21	259	0.15	114	0.08	109	0.06	354	0.36	81	0.11	109	0.15	106	0.11	178	0.18	114	0.12				
Sim																									
Região																									
Norte		201	0.27	92	0.32	26	0.16	48	0.36	173	0.27	26	0.3	48	0.36	28	0.25	66	0.33	26	0.15				
		178	0.47	100	0.35	50	0.35	63	0.47	134	0.5	35	0.41	63	0.47	44	0.4	65	0.32	50	0.3				
Centro		100	0.27	96	0.33	92	0.48	23	0.17	61	0.23	26	0.29	23	0.17	39	0.35	70	0.35	92	0.55				
		250	0.36	203	0.25	124	0.2	91	0.14	164	0.72	52	0.21	91	0.46	86	0.19	151	0.3	124	0.3				
Sul																									
Desempregado																									

Desigualdade de Género no Acesso aos Serviços de Saúde em Moçambique

Edgar Cambaza

 Universidade Aberta ISCED (UnISCED), Rua Dr. Lacerda de Almeida, nº 211, Cidade da Beira, Moçambique

 ecambaza@isced.ac.mz

Moçambique, classificado como um país de baixo rendimento,¹ enfrenta inúmeros desafios em relação à saúde de sua população, incluindo a desigualdade de género no acesso aos serviços de saúde. Uma pesquisa sobre desigualdade social que incluiu 58.118 participantes indicou que 27,9% das mulheres não faziam o uso de serviços de saúde,² o que tem implicações significativas para a sua saúde e bem-estar. Por exemplo, a taxa de mortalidade materna em Moçambique é uma das mais altas do mundo, com 506 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2014.³

Diante deste cenário é crucial aumentar a conscientização sobre a desigualdade de género no acesso aos serviços de saúde em Moçambique, um aspecto fundamental na promoção da igualdade de género e da saúde de todas as pessoas. Investir em políticas públicas voltadas para a equidade no acesso à saúde e ao bem-estar pode contribuir para reduzir as disparidades e melhorar a qualidade de vida das meninas moçambicanas e mulheres.⁴

A desigualdade de género no acesso aos serviços de saúde representa um problema global.⁵ Essa desigualdade é especialmente acentuada em países em desenvolvimento ou de baixo rendimento, como Moçambique. Diversas causas podem contribuir para a desigualdade de género no acesso aos serviços de saúde, incluindo a escassez de recursos e infraestruturas adequadas, o acesso limitado à educação e uma cultura que valoriza mais os homens do que as mulheres.

Uma das principais áreas em que a desigualdade de género no acesso aos serviços de saúde é notória é o acesso a serviços de planeamento familiar. Segundo um estudo realizado por Capurchande, Coene,⁶ a taxa de utilização de métodos modernos de planeamento familiar é muito baixa em Moçambique, especialmente entre as mulheres rurais e pobres. O estudo aponta ainda que

a falta de informação sobre a contracepção e o estigma em relação à contracepção são barreiras significativas para o acesso aos serviços de planeamento familiar.

A desigualdade de género no acesso aos serviços ocorre também na prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). As mulheres em Moçambique têm uma prevalência ligeiramente maior (7%) de HIV em relação aos homens (5%), em grande parte devido a factores socioeconómicos, como a falta de acesso à educação e aos cuidados de saúde.⁷ Adicionalmente, as mulheres enfrentam estigma e discriminação quando procuram serviços de prevenção e tratamento de ITSs.⁸

Outro aspecto importante a considerar é o acesso ao tratamento do HIV/SIDA. As mulheres em Moçambique têm maior probabilidade de serem diagnosticadas com HIV/SIDA do que os homens, mas têm menos probabilidade de ter acesso ao tratamento anti-retroviral (TARV).⁹ Sugere-se que a desigualdade de género no acesso ao TARV pode ser devida a barreiras socioeconómicas, como a falta de acesso a cuidados de saúde, bem como barreiras culturais, como o estigma em relação à infecção pelo HIV.⁹

O acesso aos cuidados de saúde geral também evidencia a desigualdade de género. Segundo um estudo realizado por Ciampa, Vaz,¹⁰ as mulheres em Moçambique têm menos probabilidade de procurar cuidados de saúde do que os homens, em grande parte devido a barreiras financeiras e culturais. O estudo sugere que as mulheres enfrentam discriminação no que diz respeito ao tratamento médico, sendo muitas vezes submetidas a diagnósticos errados e tratamentos inadequados, mas não foi analisado como tais erros de diagnóstico e tratamento são identificados e quantificados. Estudos adicionais e metodologias específicas podem ser empregues para investigar a prevalência

e as consequências desses erros, possibilitando uma compreensão mais aprofundada da situação, contribuindo assim para a implementação de estratégias eficazes de combate à discriminação de gênero no acesso à saúde.

A desigualdade de gênero no acesso aos serviços de saúde em Moçambique parece implícita nos estudos mencionados, ressaltando a urgência de discutir essa problemática. Diversos fatores podem contribuir para a desigualdade e estes incluem a falta de informação sobre saúde sexual e reprodutiva, predominância de valores culturais e sociais que restringem a autonomia das mulheres, a escassez de profissionais de saúde sensíveis às questões de gênero, e até mesmo a falta de infraestrutura adequada e adaptada às necessidades específicas das mulheres.

Várias medidas que podem ser tomadas para reduzir a desigualdade de gênero no acesso aos serviços de saúde em Moçambique. É importante: (1) investir em infra-estruturas de saúde e recursos humanos para garantir que as mulheres tenham acesso a serviços de saúde adequados, especialmente em áreas rurais e pobres; (2) desenvolver programas de sensibilização para aumentar a consciência sobre a importância da saúde sexual e reprodutiva e reduzir o estigma em relação à contracepção e ao tratamento de ITSs; (3) promover a educação e o empoderamento das mulheres, para que possam tomar decisões informadas sobre a sua saúde e buscar os cuidados de saúde de que necessitam; (4) garantir que os serviços de saúde sejam sensíveis ao gênero e livres de discriminação.

Em conclusão, a desigualdade de gênero no acesso aos serviços de saúde é um problema significativo em Moçambique, com implicações graves para a saúde e o bem-estar das mulheres e meninas. É essencial falar mais sobre essa questão e implementar medidas para reduzir a desigualdade de gênero no acesso aos serviços de saúde, incluindo o investimento em infra-estruturas de saúde, programas de sensibilização, educação e empoderamento das mulheres e serviços de saúde sensíveis ao gênero. Essas medidas são cruciais para promover a igualdade de gênero e melhorar a saúde de todas as pessoas em Moçambique.

Referências Bibliográficas

1. The World Bank. Current classification by income in XLSX format The World Bank. (<https://datacatalogfiles.worldbank.org/ddh-published/0037712/DR0090755/CLASS.xlsx>).
2. Llop-Gironés A, Julià M, Chicumbe S, et al. Inequalities in the access to and quality of healthcare in Mozambique: evidence from the household budget survey. *International Journal for Quality in Health Care* 2018;31(8):577-582. DOI: 10.1093/intqhc/mzy218.
3. Necochea E, da Luz Vaz M, David E, Ricca J. Applying a standards-based approach to reduce maternal mortality and improve maternal and neonatal services in Mozambique. *Improving Health Care in Low-and Middle-Income Countries: A Case Book* 2020:131-150.
4. Rosário C. A questão do gênero sob uma perspectiva histórica, nas políticas de saúde em Moçambique. *Desafios para Moçambique*. Maputo, Mozambique: Instituto de Estudos Sociais e Económicos; 2022:343-354.
5. King TL, Kavanagh A, Scovelle AJ, Milner A. Associations between gender equality and health: a systematic review. *Health Promot Int.* 2020 Feb 1;35(1):27-41. doi: 10.1093/heapro/day093
6. Capurchande RD, Coene G, Roelens K, Meulemans H. Between compliance and resistance: exploring discourses on family planning in Community Health Committees in Mozambique. *BMJ Open.* 2015 May 25;5(5):e006529. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006529
7. Boothe MAS, Comé C, Semá Baltazar C, Chicuecue N, Seleme J, Chitsondzo Langa D, et al. High burden of self-reported sexually transmitted infections among key populations in Mozambique: the urgent need for an integrated surveillance system. *BMC Infect Dis.* 2020 Aug 27;20(1):636. doi: 10.1186/s12879-020-05276-0.
8. Ha JH, Van Lith LM, Mallalieu EC, Chidassica J, Pinho MD, Devos P, Wirtz AL. Gendered relationship between HIV stigma and HIV testing among men and women in Mozambique: a cross-sectional study to inform a stigma reduction and male-targeted HIV testing intervention. *BMJ Open.* 2019 Oct 7;9(10):e029748. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029748.
9. Venables E, Edwards JK, Baert S, Etienne W, Khabala K, Bygrave H. "They just come, pick and go." The Acceptability of Integrated Medication Adherence Clubs for HIV and Non Communicable Disease (NCD) Patients in Ki-bera, Kenya. *PLoS One.* 2016 Oct 20;11(10):e0164634. doi: 10.1371/journal.pone.0164634
10. Ciampa PJ, Vaz LM, Blevins M, Sidat M, Rothman RL, Vermund SH, Vergara AE. The association among literacy, numeracy, HIV knowledge and health-seeking behavior: a population-based survey of women in rural Mozambique. *PLoS One.* 2012;7(6):e39391. doi: 10.1371/journal.pone.0039391. Epub 2012 Jun 22.

Contaminação de Areia Usada para Consumo Comercializada em Mercados Informais da Cidade de Maputo

Jéssica Mandlaze^{1,2,3}, Almiro Tivane¹, Belisário Moiane³, Alberto Sineque², Osvaldo Inlamea¹

¹Instituto Nacional de Saúde; ²Departamento de Ciências Biológicas, Faculdade de Ciências, UEM;

³Departamento Para-clínicas, Faculdade de Veterinária, UEM

 Jéssica Mandlaze

 Instituto Nacional de Saúde, Vila de Marracuene, EN1; Bairro da Vila – Parcela nº 3.943; Distrito de Marracuene

 jamandlaze55@gmail.com

Resumo

Introdução: O consumo da areia é comum em Maputo, sendo a sua comercialização feita em mercados informais. Na areia existem microrganismos contaminantes, alguns dos quais patógenos. O objectivo do nosso estudo foi determinar a contaminação microbiana da areia comercializada para o consumo em cinco mercados informais da cidade de Maputo. **Métodos:** Tratou-se de um estudo transversal, realizado de Janeiro a Março de 2021, no qual foram analisadas 25 amostras de areia colhidas aleatoriamente. Foi feita avaliação dos aspectos higiénico-sanitários para o comércio da areia com base numa lista de verificação padronizada, seguida de testes laboratoriais para a detecção e identificação de bactérias utilizando métodos microbiológicos padrão para alimentos e água (bactérias aeróbicas mesófilas, bolores e leveduras, *Staphylococcus aureus*, coliformes totais, coliformes fecais e *Echerichia coli*). **Resultados:** Todas as amostras apresentaram contaminação por bactérias aeróbicas mesófilas, bolores e leveduras. Os mercados Xiquelene e Fajardo apresentaram contaminação elevada de bactérias aeróbicas mesófilas ($1,5 \times 10^4$ UFC/g), bolores e leveduras ($1,0 \times 10^4$ UFC/g), respectivamente. Houve maior contaminação por *S. aureus* nos mercados Fajardo e Zimpeto Anexo (80% em ambos) em relação ao mercado Xiquelene (40%). O mercado Xiquelene apresentou a maior contaminação para coliformes totais, coliformes fecais e *E. coli* - 100%, 80% e 60%, respectivamente – não tendo sido encontrada contaminação no mercado Malanga. **Conclusão:** A contaminação de areia comercializada para consumo nos mercados informais constitui risco importante para a saúde dos consumidores.

Palavras-chave: Consumo de areia, Contaminação microbiana, Mercados informais

Abstract

Background: The consumption of sand is common in Maputo, and it is commercialised in informal markets. Sand contains contaminating microorganisms, some of which are pathogens. The aim of our study was to determine the microbial contamination of sand sold for consumption in five informal markets in the city of Maputo. **Methods:** This was a cross-sectional study carried out from January to March 2021, in which 25 randomly collected sand samples were analysed. The hygiene and health aspects of the sand trade were assessed using a standardised checklist, followed by laboratory tests for the detection and identification of bacteria using standard microbiological methods for food and water (mesophilic aerobic bacteria, moulds and yeasts, *Staphylococcus aureus*, total coliforms, faecal coliforms and *Echerichia coli*). **Results:** All the samples were contaminated with aerobic mesophilic bacteria, moulds and yeasts. The Xiquelene and Fajardo markets showed high contamination of mesophilic aerobic bacteria (1.5×10^4 UFC/g), moulds and yeasts (1.0×10^4 UFC/g), respectively. *S. aureus* contamination was higher in the Fajardo and Zimpeto Anexo markets (80 per cent in both) than in the Xiquelene market (40 per cent). The Xiquelene market showed the highest contamination for total coliforms, faecal coliforms and *E. coli* - 100%, 80% and 60% respectively - with no contamination found in the Malanga market. **Conclusion:** The contamination of sand sold for consumption in informal markets constitutes a major health risk for consumers.

Keywords: Sand consumption, Microbial contamination, Informal markets

Introdução

O consumo de areia, principalmente pelas mulheres grávidas, tem vindo a aumentar na cidade de Maputo.¹ Designado geofagia, o consumo de areia está relacionado a deficiência de nutrientes como o ferro e cálcio no organismo.² Especificamente nas gestantes, este consumo está relacionado às necessidades aumentadas de ferro para assegurar o desenvolvimento do feto e da placenta, bem como a produção de eritrócitos.^{2,3}

Vários tipos de microrganismos são encontrados no solo, sendo as bactérias são o grupo mais numeroso e importante.⁴ Dentre estas as indicadoras clássicas de contaminação - coliformes fecais, incluindo *Escherichia coli* - são as mais comuns.^{5,6}

A ingestão da areia pode provocar diarreias, perfuração ou obstrução do intestino, úlceras no estômago, hemorragias gastrointestinais, complicações abdominais, envenenamento por chumbo ou mercúrio contido na areia, desequilíbrio de sais minerais, desgaste prematuro dos dentes; as gestantes podem continuar anémicas e dar à luz a bebés de baixo peso.^{3,6-8}

Em Moçambique o consumo e a comercialização de areia são comuns. O nosso estudo pretendeu determinar a ocorrência de microrganismos patogénicos encontrados na areia comercializada para o consumo em mercados da Cidade de Maputo.

Métodos

Tratou-se de um estudo transversal e exploratório realizado em cinco mercados informais da cidade de Maputo. Para colheita de amostras foi feita selecção das vendedoras de areia de forma aleatória, com o auxílio do pacote OpenEpi, versão 3 (<https://www.openepi.com>). Foram identificadas cinco vendedoras por mercado para obtenção de cinco amostras da cada uma delas. As amostras de areia obtidas nestes mercados (cerca de 150 gramas de areia cada) foram enviadas para processamento no Laboratório de Higiene e Tecnologia de Alimentos da Faculdade de Veterinária da Universidade Eduardo Mondlane. As 25 amostras colhidas foram transportadas em sacos plásticos stomacher estéreis.⁹

Análises laboratoriais

As análises laboratoriais foram precedidas pelas pesagens de 10 gramas por amostra e de dilui-

ções seriadas das mesmas. Para a contagem das bactérias aeróbicas mesófilas, bolores e leveduras, utilizou-se o método de cultivo em placas de petri contendo meio de cultura *PCA-plate count agar* e *PGA-potato glucose agar*, respectivamente, por incorporação. Finalmente, incubaram-se as placas invertidas entre 25°C a 37°C durante 48 a 72 horas. Após a incubação, procedeu-se à contagem das colónias com o auxílio do conta-colónias. Para a pesquisa de *S. aureus*, utilizou-se o meio de cultura *MSA-manitol salt agar*, fez-se a sementeira por estrias, análise feita em duplicata e, de seguida, incubou-se as placas de *Petri* na estufa não invertidas a 37°C durante 48 horas; após a incubação, fez-se a leitura e contagem das colónias típicas suspeitas.

Para a detecção e contagem de coliformes totais (prova presuntiva) e *E. coli* utilizaram-se os meios de cultura BVB-caldo de bilis verde brilhante 2%, CLS- caldo lauril sulfato e *EMB Agar-eosine methylene blue Agar*, respectivamente. Foi feita sementeira em tubos múltiplos e análise em triplicata, após a incorporação da amostra nos tubos. Os tubos foram incubados em estufa a 37°C durante 48 horas, tendo-se considerado positivos os tubos onde houvesse presença de gás e turvação do meio de cultura. Foi feita a contagem dos tubos positivos e calculado o número mais provável (N.M.P.).

Para a pesquisa de bactérias coliformes fecais, utilizou-se o método de cultura em tubos. A pesquisa foi feita a partir da prova presuntiva de coliformes totais. Antes da inoculação da amostra nos tubos de ensaio estes foram aquecidos em banho-maria a 45,5°C, durante 15 minutos. De seguida, agitou-se levemente cada tubo positivo da prova presuntiva de coliformes totais e com uma ansa descartável transferiu-se uma pequena porção para o tubo de ensaio correspondente. Os tubos de ensaio foram incubados durante 24h a 45°C. Foi considerado teste positivo a produção de gás e turvação do meio. A combinação de tubos positivos foi usada para calcular o N.M.P com o auxílio da tabela de probabilidades para o efeito. A pesquisa de *E.coli* foi feita a partir dos tubos positivos da prova de coliformes fecais, com a ansa descartável estéril. Transferiu-se o inóculo do tubo positivo de coliformes fecais para uma placa de *Petri*, foram feitas estrias para obtenção de coló-

nias isoladas, e estas foram incubadas em placas invertidas a 37°C por 24h. Depois da incubação, certificou-se da existência de colónias típicas de *E.coli* e fez-se a purificação das mesmas.

A areia não é considerada um alimento pelo *Codex alimentarius*, por esta razão não foram encontrados valores paramétricos estabelecidos para esse tipo de amostra, por conseguinte, foram usados os limites microbiológicos de produtos farináceos por serem os únicos produtos com características mais similares às da areia.

Análise e interpretação de dados

Os dados foram organizados em uma planilha *Excel* 2013 e analisados no programa estatístico SPSS, versão 20 (IBM, Statistics, Inc, USA). Foi aplicado o teste Qui-quadrado para analisar as diferenças de contaminação. Foi feita a análise descritiva das principais medidas de tendência central e de dispersão das contagens microbianas entre os mercados com análise comparativa através do teste estatístico ANOVA. Todas as análises foram efectuadas considerando um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 0,05. A diferença foi considerada significativa para valores de $p < 0,05$. Para a interpretação dos resul-

tados, foram usados os limites microbiológicos de produtos farináceos (ANVISA/2019).

Resultados

Verificou-se crescimento de bactérias aeróbias mesófilas, bolores e leveduras, *Staphylococcus aureus*, coliformes totais, coliformes fecais e *Escherichia coli* nas amostras de todos os mercados (Figura 1). Os mercados Fajardo e Zimpeto Anexo tiveram uma percentagem de 80% de contaminação por *Staphylococcus aureus*, enquanto o mercado Xiquelene apresentou um índice de contaminação de 40%, não apresentando diferenças significativas (p 0,657). Em relação à contaminação por coliformes totais, o mercado Xiquelene atingiu uma percentagem de 100%, não havendo amostras positivas do mercado Malanga (p 0,017). O mercado Xiquelene atingiu uma percentagem de 80% de contaminação por coliformes fecais, enquanto nos mercados Malanga e Zimpeto Retalhista nenhuma amostra apresentou tal contaminação. Quanto à contaminação por *E.coli*, a percentagem foi de 60% no mercado Xiquelene, e nula para os mercados Malanga e Zimpeto Retalhista. As contagens microbianas revelaram não existirem diferenças significativas entre os mercados

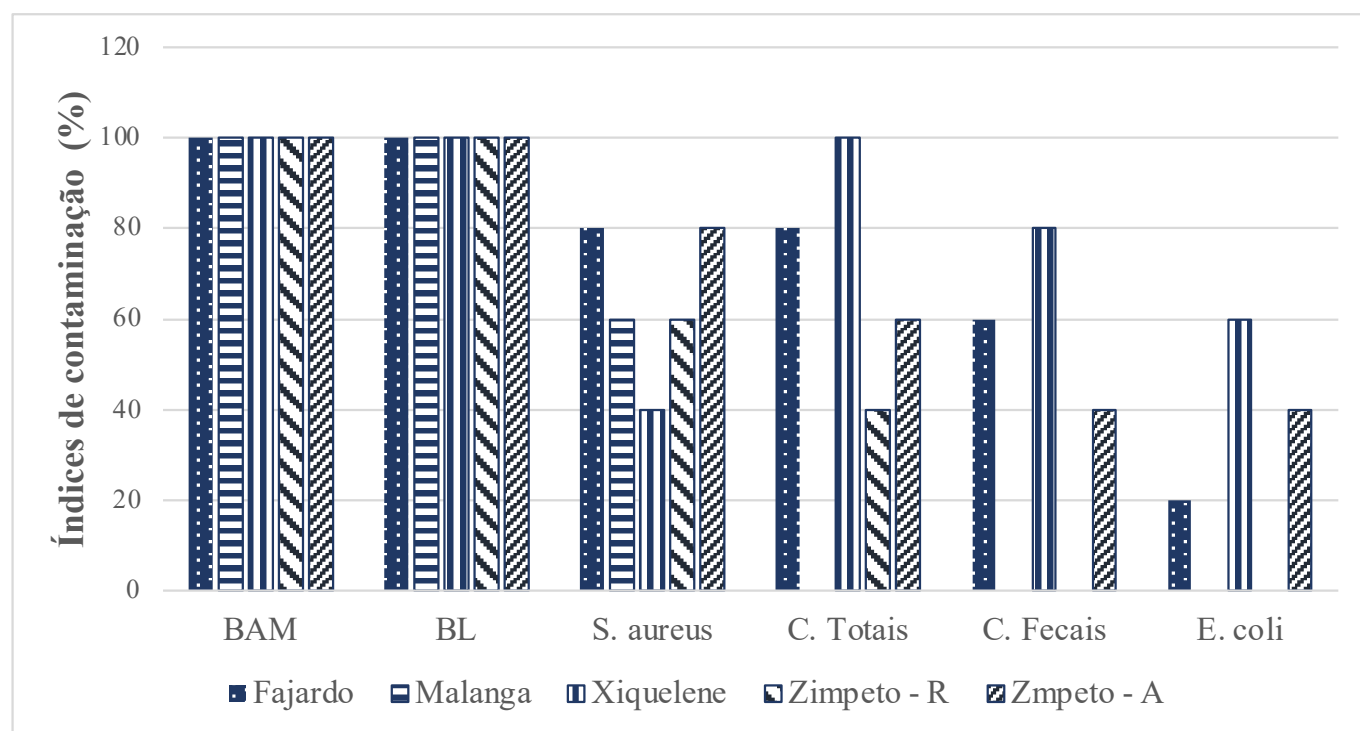


Figura 1. Percentagem de amostras contaminadas por tipo de agentes microbiano nos mercados estudados. **BAM** - Bactérias Aeróbicas Mesófilas; **BL** - Bolores e Leveduras; **S. aureus** - *Staphylococcus aureus*; **C. Totais** - Coliformes Totais; **C. Fecais** - Coliformes Fecais; **E. coli** - *Escherichia Coli*.

nos cinco parâmetros analisados ($p>0,05$) (Figura 2). A contagem de bactérias aeróbias mesófilas entre os mercados variou de $3,3 \times 10^2$ UFC/g a $1,7 \times 10^3$ UFC/g. Em relação a bolores e leveduras, a contagem variou de $0,26 \times 10^3$ UFC/g a $1,34 \times 10^4$

UFC/g e para *S. aureus*, houve uma variação de $0,003 \times 10^3$ UFC/g a 3×10^2 UFC/g. A contagem de coliformes totais variou de $0,003 \times 10^3$ UFC/g a $1,1 \times 10^3$ UFC/g e coliformes fecais de $0,003 \times 10^3$ UFC/g a $4,3 \times 10^1$ UFC/g.

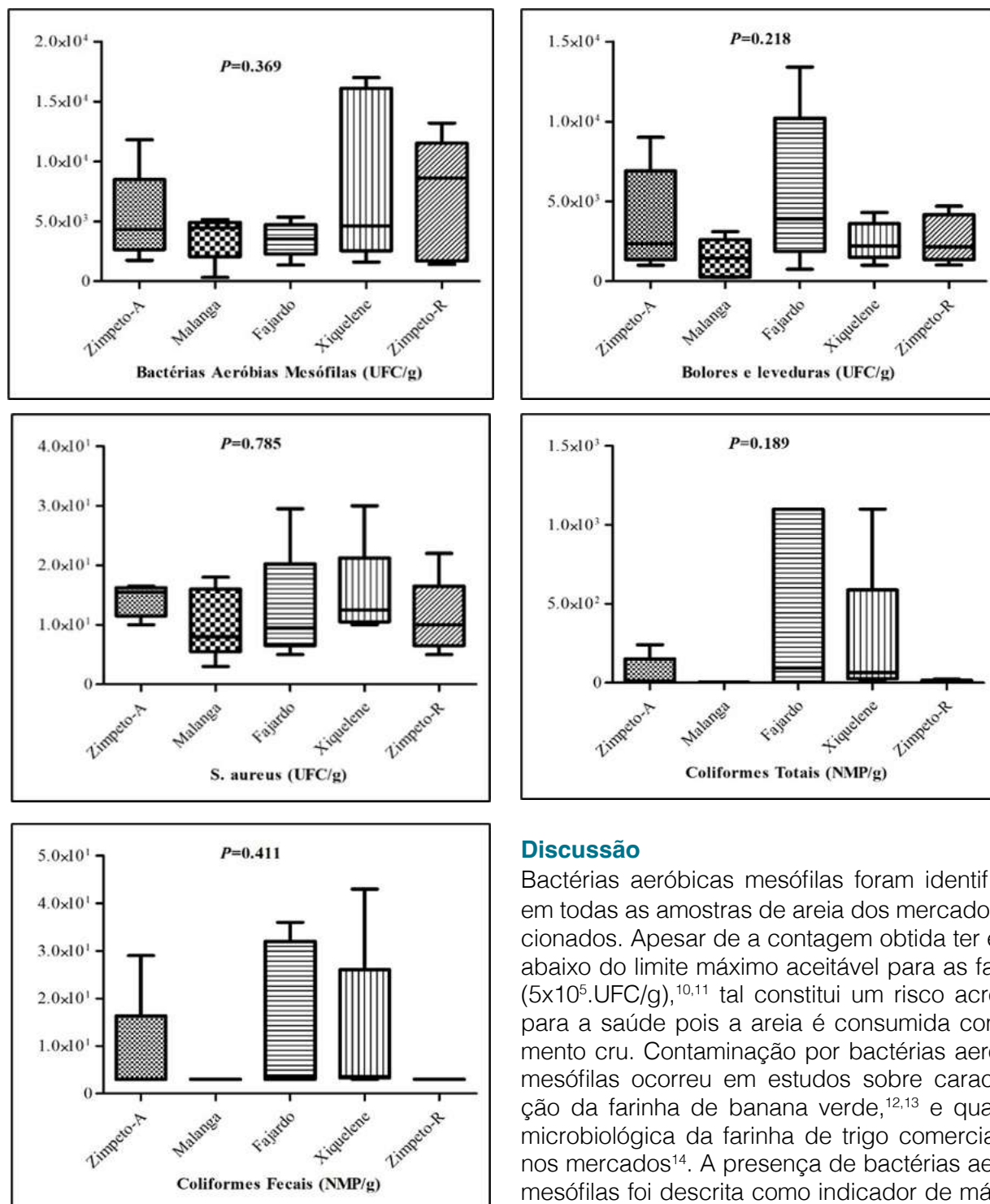


Figura 2. Contagens para os diferentes agentes microbianos nos mercados estudados

Discussão

Bactérias aeróbicas mesófilas foram identificadas em todas as amostras de areia dos mercados selecionados. Apesar de a contagem obtida ter estado abaixo do limite máximo aceitável para as farinhas (5×10^5 UFC/g),^{10,11} tal constitui um risco acrescido para a saúde pois a areia é consumida como alimento cru. Contaminação por bactérias aeróbicas mesófilas ocorreu em estudos sobre caracterização da farinha de banana verde,^{12,13} e qualidade microbiológica da farinha de trigo comercializada nos mercados¹⁴. A presença de bactérias aeróbicas mesófilas foi descrita como indicador de más condições do alimento ou do processo de fabrico, más condições higiénicas de armazenamento e transporte, uso de matérias-primas contaminadas e iní-

cio de um processo de deterioração.^{15,16}

A contaminação por bolores e leveduras também ocorreu em todas as amostras sendo a contagem acima do limite máximo aceitável, estipulado a 10^3 UFC/g,^{10,11} indicando más condições higiénicas, multiplicação no produto em decorrência de falhas na manipulação e/ou conservação, e contaminação excessiva.^{15,17,18} Nos mercados estudados o armazenamento de areia não obedece a regras de acondicionamento de alimentos, o que pode propiciar o aumento da humidade e mudança de pH, favorecendo o crescimento de bolores e leveduras.

Os mercados Fajardo e Zimpeto Anexo, apresentaram uma alta taxa de contaminação das amostras pelo *Staphylococcus aureus*, em relação aos demais mercados.¹¹ Considera-se a fonte mais provável de contaminação primária de alimentos por *S. aureus* o próprio ser humano,^{15,19-22} que tem esta bactéria como parte da flora microbiana do nariz, pescoço e mãos e, pode assim contaminar produtos crus durante o seu manuseio.^{15,23}

O mercado Xiquelene apresentou a percentagem mais elevada de contaminação das amostras por coliformes totais. Não há limites aceitáveis estabelecidos para coliformes totais em produtos farináceos.¹¹ Os coliformes, mesmo em baixas concentrações, são indicadores de condições de higiene precárias,^{13,24,25} está relacionada com a prática do fecalismo a céu aberto ou presença de dejectos de animais nos locais de obtenção da areia.^{15,25,26}

Conclusões

Houve elevado grau de contaminação de amostras de areia obtidas em mercados da Cidade de Maputo. Os principais microorganismos encontrados foram bactérias aeróbicas mesófilas, bolores e leveduras. A contaminação por *Staphylococcus aureus* ocorreu em maior percentagem nos mercados Fajardo e Zimpeto Anexo. O mercado Xiquelene foi o local mais contaminado por coliformes fecais e por *E. coli*. O consumo de areia vendida nos mercados constitui um risco para a saúde aos consumidores.

Referências Bibliográficas

1. Muchanga S. Consumo da areia em Maputo, http://WWW.Lancle.com.br/sob/c_saude.asp?id=199. (2010), Acessado aos 11 de abril de 2018.
2. Saunders C, Padilha CP, Libera DB, Nogueira LJ, de Oliveira ML, Astula A. Picamálacia-Epidemiologia e Associação com Complicações da Gravidez. Rev Bras Gin Obst (2009), 31(9) 440-6. DOI:10.1590/S0100-72032009000900004
3. Kachani AT, Cordas TA. Da ópera-bufa ao caos nosolológico: pica [Internet]. Revista de Psiquiatria Clínica. 2009 ; 36(4): 155-162. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n4/a06v36n4.pdf>
4. Tapia D. Ecologia Microbiana; Microbiologia do Solo. Sp, (2008). 105 (3)
5. Ishii S, Ksoll WB, Hicks RE, Sadowsky MJ. Presence and growth of naturalized *Escherichia coli* in temperate soils from Lake Superior watersheds. Appl Environ Microbiol. 2006 Jan;72(1):612-21. doi: 10.1128/AEM.72.1.612-621.2006
6. Frighetto RTS; Valarini PJ.. Indicadores Biológicos e Bioquímicos da Qualidade do solo, Manual Técnico, (2000) 3: 1-10;
7. De Sousa, PC. Segurança Alimentar e Doenças Veiculadas por Alimentos: Utilização do Grupo Coliformes Como um dos Indicadores de Qualidade de Alimentos. (2006), sp.9:1-310.
8. Morreira FMS, Siqueira JO. Microbiologia e Bioquímica do Solo. (2006), Editora UFLA, 744 (2).
9. Conselho Municipal de Maputo, Perfil demográfico da Cidade de Maputo, (2012). Maputo, Moçambique.
10. Brasil, Resolução-RDC no12 de 02 de Janeiro de 2001, Agência Nacional de Vigilância Nacional- ANVISA, Diário Oficial da União, 2001.
11. Brasil, Resolução-RDC no60 de 2019, Agência Nacional de Vigilância Nacional-ANVISA, Diário Oficial da União, 2019.
12. Borges A de M, Pereira J, Lucena EMP de. Caracterização da farinha de banana verde. Ciência e Tecnologia de Alimentos, Campinas, v. 29, n. 2, p. 333-339, abr./jun. 2009.
13. Vieira BMA., Pereira J., Lucena PME.. Caracterização da Farinha de Banana Verde, (2017); 29 (2).
14. Moura AC de, Tasca AC, Pinto FG da S, Soares IA, Assumpção RB. Qualidade microbiológica de farinhas de trigo (*Triticum aestivum*) comercializadas na cidade de Cascavel (Paraná). Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas, SP, v. 21, n. 2, p. 499-504, 2015. DOI: 10.20396/san.v21i2.8634480.
15. Laboratório Nacional de Higiene de Água e Alimentos LNHA. Manual de Microbiologia Alimentar, (1997).
16. Pinheiro DI, Silva SJ, da Silva ALJ. Avaliação Da Qualidade Microbiológica Da Farinha De Milho Comercializadas No Interior Do Ceará, (2019).
17. Santos AA, Ramos ALD, Lima AS, Dósea RR, Marcellini PS. Qualidade Microbiológica na Obtenção de Farinha e Fécula de Mandioca em Unidades Tradicionais e Modelo. 441-446.
18. Carvalho IT. Microbiologia dos Alimentos, (2010). 84
19. Da Silva, CM. Avaliação da Qualidade Microbiológica de Alimentos com Utilização de Metodologias Convencionais e do Sistema Simplate, Dissertação (mestrado), (2002); São Paulo-Brasil 88.
20. Prado TPS, Franco RA, De Souza L, Oliveira ML, Astula A. Contaminação Por Materiais Estranhos e Microrganismos em Farináceos Comercializados em Ribeirão Preto, SP, (2005); 64(2).
21. Tortora GJ, Funke BR, Case CL. Microbiologia, Artmed Editora; (2012) 976 (10).
22. Franco BDG, Landgraf M. Microbiologia de Alimentos. Guithersburg.; (1995). AOAC (8)
23. Gava AJ, da Silva CAB, Frias JRG. Tecnologia de Alimentos :Princípios e Aplicações. São Paulo, Nobel. (2008)
24. Diniz CG. Roteiro de Aulas Práticas-Bacteriologia. (2018) 68.
25. Cordeiro, CSM. Avaliação da Correlação Entre a Presença de *E.coli*, Coliformes Totais, Coliformes Fecais e *Salmonella* spp. Nos Alimentos, Tese de Mestrado. (2014); 66.
26. Guerra FA. Número Mais Provável (NMP/g ou ml) De Coliformes a 35oC-45oC. 1ed, Valença, (2015)

Factores Associados a Mortalidade em Pacientes Politraumatizados atendidos nos Serviços de Urgência do Hospital Central de Nampula

Joel Choveque

Hospital Central de Nampula

@ joellchoveque14@gmail.com

Resumo

Introdução: Anualmente são registadas mais de 3.5 milhões de mortes causadas por traumatismo no mundo. Na província de Nampula, os acidentes de viação são na sua maioria do tipo por capotamento e atropelamento, sendo causados principalmente por despiste e por condução sob efeito de álcool. Esta pesquisa tem como objetivo analisar os fatores associados à mortalidade dos pacientes politraumatizados atendidos no banco de socorros do Hospital Central de Nampula, entre 2020-2021. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, que envolveu pacientes registados no pronto-socorro de cirurgia com diagnóstico de politraumatismo. Foram incluídos todos os pacientes registados no livro do serviço de cirurgia com o diagnóstico de politraumatismo, e excluídos todos os registos que apresentaram dados incompletos. Os dados foram analisados com pacote estatístico SPSS para obter análise descritiva, percentagem e uso dos testes estatísticos de Q Quadrado de independência e Regressão Logística Binária. **Resultados:** Foram analisados 271 prontuários clínicos de pacientes politraumatizados atendidos no pronto-socorro de cirurgia dos quais 91.9% eram do sexo masculino e 36.5% estavam na faixa etária de 16 a 25 anos. Os acidentes de trânsito foram a principal causa de trauma (5.2%) e 94.8 % não tem informação no livro de registo. A cabeça (44.3%) e as pernas (7.5%) foram as áreas mais afetadas. Foi verificado um total de 25 óbitos sendo 22 do sexo masculino e 3 do sexo feminino. A faixa etária compreendida entre 36-45 anos teve maior proporção de óbitos (11). O traumatismo cranioencefálico grave e contusão cerebral grave foram associados aos óbitos (OR = 9.43 e OR = 5.1 respectivamente). **Conclusão:** O politraumatismo foi frequentemente diagnosticado em adultos jovens do sexo masculino. A formação de enfermeiros e médicos pode ajudar na redução de números de mortes por politraumatismo e complicações por traumatismo grave.

Palavra-chave: Politraumatismo, Mortalidade, Banco de socorros

Abstract

Background: Every year more than 3.5 million deaths caused by trauma are registered in the world. In Nampula province, traffic accidents are mostly of the rollover and hit-and-run type and are mainly caused by off-road driving as well as driving under the influence of alcohol. This research aims to analyze the factors associated with the mortality of polytrauma patients attended at the first aid bank of the Central Hospital of Nampula between 2020-2021. **Methods:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach, which involved patients registered in the surgical emergency room with a diagnosis of polytrauma. All patients registered in the surgery service book with the diagnosis of polytrauma were included, and all records that presented incomplete data were excluded. The data were analyzed using SPSS statistical package to obtain descriptive analysis, percentage, and use of the statistical tests of independence Q Square and Binary Logistic Regression. **Results:** A total of 271 clinical records of polytrauma patients seen at the surgical emergency department were analyzed, 91.9% were male and 36.5% were between 16 and 25 years old. Traffic accidents were the main cause of trauma (5.2%) and 94.8% have no information in the record book. The head (44.3%) and legs (7.5%) were the most affected areas. There were a total of 25 deaths of which 22 were male and 3 female. The age group between 36-45 years had the highest proportion of deaths (11). Severe head trauma and severe brain contusion were associated with deaths (OR = 9.43 and OR = 5.1, respectively). **Conclusion:** Polytrauma was frequently diagnosed in young male adults. The training of nurses and doctors can help in reducing the numbers of deaths from polytrauma and complications from severe trauma.

Key words: Polytrauma, Mortality, Emergency department

Introdução

O trauma é uma lesão decorrentes de exposição a várias formas de energia mecânica, térmica, elétrica, química e irradiações.^{1,2} Os traumatismos graves são responsáveis por aproximadamente 3.5 milhões de mortes e 50 milhões de lesões anualmente em todo mundo.³ O politraumatismo constitui a sexta causa de morte e quinta de incapacidade em todo o mundo. A nível mundial a taxa de mortalidade associada ao traumatismo é de 78 mortes por cada 100 000 habitantes. Em África esta taxa é de 107 por cada 100 000 habitantes, sendo na Europa 63 mortes por cada 100 000 habitantes.^{4,5} A maior parte das vítimas de politraumatismo são crianças e jovens, com idades variando entre 1 a 44 anos.³ Cerca de 60% de todos pacientes politraumatizados correspondem a acidente de viação, tendo esta forma de trauma uma elevada taxa de mortalidade.⁶

Segundo um Relatório Mundial sobre Segurança Rodoviária apresentado em Genebra (Suíça) e Londres (Inglaterra), em Outubro de 2021 Moçambique liderava o índice de mortes por acidentes de viação nos países de língua portuguesa, com cerca de 31.6 mortes por 100 mil habitantes por ano.⁷ De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em Moçambique as autoridades têm registado anualmente cerca de 1700 mortes em diversas estradas do país; porém, a OMS estima que o número real de mortes seja superior a 8000.⁷ Na província de Nampula, os acidentes de viação são na sua maioria do tipo capotamento e atropelamento, causados principalmente por despiste e associados a condução sob efeito de álcool.⁷ Segundo os dados obtidos no relatório de análise da mortalidade nacional de 2015, as mortes por acidente aumentaram com o decorrer dos anos, de 74 em 2009, 433 em 2010, 609 em 2011, 694 em 2012, para atingir 738 em 2013.⁸

Em 2019 foi realizado um estudo pragmático, multicêntrico e de vigilância em Moçambique sobre padrões diferenciais de doenças e trauma e lesões em Maputo, Beira e Nampula. Dos 7809 casos assistidos nos serviços de urgência, 3788 (48.5%) eram mulheres. A distribuição etária foi a seguinte: 630 lactantes (8.1%), 2070 crianças (26.5%), 1009 adolescentes (12.9%) e 4.100 adultos (52.5%). Verificou-se que 3914 pacientes apresentaram doenças transmissíveis (50.1%),

1963 doenças não transmissíveis (25.1%) e 1932 (24.7%) traumatismos.⁹

Este estudo teve como objetivo determinar os factores associados a mortalidade e as causas de morte dos pacientes politraumatizados atendidos no Banco de Socorros do Hospital Central de Nampula (HCN).

Métodos

Foi realizado um estudo transversal quantitativo dos registos contidos no livro de atendimento de pacientes politraumatizados atendidos no Banco de Socorros e enfermarias de cirurgia do HCN de Janeiro de 2020 a Dezembro de 2021. Foram incluídos todos os pacientes registados no livro do serviço de cirurgia com o diagnóstico politraumatismo com dados sociodemográficos completos e informação sobre o desfecho do caso. Destes pacientes, foram extraídos dados sociodemográficos (idade, sexo e proveniência), clínicos (politraumatismo, causa da morte, local do trauma e desfecho do caso) e laboratoriais.

Os dados foram introduzidos no aplicativo Kobo Tool Box. Foi usada a plataforma do Microsoft Excel 2019 para compilar e organizar os dados, e para a análise e interpretação de dados e foi usado o programa SPSS versão 24.0, para apresentação dos dados em frequência e percentagem para as variáveis demográficas, sociais e clínicas.

Usou-se o teste *Qui-Quadrado*, para verificar se existe associação entre as seguintes variáveis (diagnóstico e causa da morte) e o óbito. Para análise estatística foi considerado o valor de p 0.05 na rejeição da hipótese nula. As variáveis associadas a óbito foram introduzidas no *modelo de regressão logística binária*, com o modelo de entrada forçada para verificar as probabilidades dos previsores do politraumatismo para o desenvolvimento da morte, com a intenção de verificar a probabilidade de morte de pacientes politraumatizados com traumatismo crâneo encefálico (TEC), choque hipovolémico e contusão cerebral grave. O teste *Qui-quadrado de independência* foi usado para verificar associação das variáveis (traumatismo crâneo encefálico, choque hipovolémico e contusão cerebral grave) e óbito; considerou-se o nível de significância crítica para rejeição da hipótese nula ($p \leq 0,05$).

Foi usada a tabela de referência cruzada para fa-

zer uma análise bivariada, cruzando as variáveis diagnóstico, causa de morte, desfecho do caso, para verificar a faixa etária e o sexo em que mais ocorrem os casos de politraumatismo. Foi ainda usado o modelo de regressão logística múltipla de variáveis categóricas dicotômicas predictoras e contínuas para aplicação de Odds Ratio (OR). Na equação, o resultado do Expoente foi interpretado como OR para as estimativas de probabilidade, para a obtenção de OR foi usado o teste de Wald para verificar se os preditores se ajustavam ao modelo de regressão logística, sempre que o p fosse >0.05 .

Resultados

Foram incluídos 271 pacientes politraumatizados atendidos nos serviços de cirurgia do banco de socorro do Hospital Central de Nampula durante o período em estudo; 53.1% foram diagnosticados em 2021. Verificou-se o predomínio do sexo masculino (91.9%), com maior frequência na faixa etária entre 16 a 25 anos de idades (36.5%).

O acidente de viação (5.2%) foi a principal causa registada de politraumatismo; 93.8% dos casos não tinham informação sobre o mecanismo do trauma. Os pacientes tiveram como principais diagnósticos: TEC Moderado (30.6%) e seguido de TEC Grave (16.2%); destes 9.2% terminaram em óbito sendo as principais causas contusão cerebral grave (4.8%) e choque hipovolêmico (1.8%) (**Tabela 1**).

Foi encontrada associação entre o óbito e as variáveis Traumatismo Crânio Encefálico, Contusão Cerebral Grave e Choque Hipovolêmico (**Tabela 2**). O sexo masculino teve maior número de óbitos em pacientes politraumatizados, comparado com o sexo feminino (22 versus 3), sendo a faixa etária 36-45 anos de idade aquela em que se concentrou maior proporção dos mortos (em número de 11). Os pacientes diagnosticados com traumatismo crânio encefálico grave tiveram maior chance de morrer (OR = 9.43) do que os pacientes diagnosticados com contusão cerebral (OR = 5.1).

Discussão

A maioria dos pacientes politraumatizados atendidos no Banco de Socorros de cirurgia são do sexo masculino e afectam indivíduos em idade produtiva. O registo de causas do trauma é muito deficiente, não permitindo identificar correctamente

te as principais causas. Das causas registadas o acidente de viação é o mais importante. Estes dados coincidem com as estatísticas nacionais realizadas entre 2009 a 2013 em Moçambique pelo o Ministério da Saúde,⁸ pesquisas realizadas em pacientes politraumatizados^{10, 11} e literatura nacional e internacional.^{8,12,13}

O traumatismo craneano é um dos maiores problemas de saúde pública nas sociedades modernas, agravado nos últimos anos pelo aumento de automóveis e outros veículos mecanizados circulando a altas velocidades. Tal como reportado em outras pesquisas^{14,15} o traumatismo crânio encefálico foi o principal trauma observado em pacientes politraumatizados internados nos serviços de urgência e foram na sua maioria causados por acidentes de viação. O traumatismo craneano é comum devido à disposição anatómica da cabeça, que é o principal ponto de impacto quando se projeta do corpo nas vítimas acidentadas.¹⁶

A prevalência do sexo masculino em situações traumáticas pode ser associada a aspectos culturais, biológicos e sociais que propiciam um comportamento violento, tornando o homem mais vulnerável a acidentes por causas externas. Tal pode sinalizar um comportamento mais agressivo dos homens, geralmente associado a determinantes sociais e culturais que os expõem a maiores riscos na condução dos veículos, tais como velocidade excessiva, manobras arriscadas e consumo de álcool.¹⁷

Maior proporção de óbitos por politraumatismo nas enfermarias de cirurgia ocorreu entre homens dos 36 aos 45 anos de idade vítimas de acidentes de aviação, sendo o principal factor relacionado com a morte o choque hipovolêmico. Por outro lado, pacientes diagnosticados com traumatismo crânio encefálico têm 9.4 vezes chances de morrer e os com contusão cerebral têm 5.1 chances de morrer do que outros pacientes com trauma.

Uma grande limitação deste trabalho é a falta de registo do mecanismo de lesão, condições do politraumatizado à entrada, e achados clínicos no momento da morte. Adicionalmente, o registo não capta dados sobre sequelas ao momento da alta, nem factores relacionados com as condições de provisão de cuidados - que podem ser importantes para determinar este desfecho, por exemplo o uso de protocolos clínicos na atenção a estes pacientes nas enfermarias.

Tabela 1: Características socio-demográficas e clínicas de politraumatizados atendidos nos serviços de urgência do Hospital Central de Nampula e na enfermaria de cirurgia em 2020/2021

Caracterização	Pacientes Politraumatizados atendidos no Hospital Central de NPL	
	N	%
Sexo		
Masculino	249	91.9
Feminino	22	8.1
Faixa Etária		
15	12	4.4
16-25	99	36.5
26-35	89	32.8
36-45	46	17.0
46-55	13	4.8
56-65	6	2.2
66-75	5	1.8
76	1	0.4
Ano do Diagnostico		
2020	127	46,9
2021	144	53,1
Mecanismo de Lesão (Informação em 22/271 casos)		
Acidente de viação	14	5.2
Agressão interpessoal	6	2.2
Arma Fogo	1	0.4
Queimadura	1	0.4
Sem informação	249	91.9
Local da Lesão (Informação em 206/271 casos)		
Cabeça	120	44.3
Perna	20	7.5
Tórax	13	4.8
Múltiplas Regiões	9	3.3
Coluna Lombar	7	2.6
Abdominal	6	2.2
Coxa	5	1.8
Pelvis	5	1.8
Face	4	1.5
Outros	17	6.2
Sem informação	65	24.0
Diagnóstico (Informação em 271/271 casos)		
TEC Moderado	83	30.6

Tabela 2: Análise de variáveis clínicas de pacientes politraumatizados atendidos nos serviços de urgência e emergência no Hospital Central de Nampula na enfermaria de cirurgia em 2020/2021

Qui-Quadrado Independência				Óbito	
				P valor	
Traumatismo Crânio Encefálico Grave				0,000	
Contusão Cerebral Grave				0,000	
Choque Hipovolêmico				0,000	
Tabela de referência cruzada					
Faixa Etária					Sem infor- mação
		Alta	Internamento	Óbito	
	<15	2	7	1	2
	16-25	24	67	2	6
	26-35	18	57	10	4
	36-45	5	30	11	0
	46-55	3	9	1	0
	56-65	2	4	0	0
	66-75	0	5	0	0
>76	0	0	0	1	

Conclusão

O politraumatismo foi diagnosticado sobretudo em jovens do sexo masculino, sendo muito frequentes os traumatismos encéfalo-cranianos que apresentam elevada taxa de mortalidade hospitalar. É imperativa a melhoria da qualidade do registo de rotina do trauma na unidade sanitária, tendo em vista a melhoria do sistema de informação para a saúde.

Referências bibliográficas

- Baitello A. Atendimento ao paciente vítima de trauma: Abordagem para o clínico. Manual 2017. Rio de Janeiro.
- Marques ML, Musial VP, Cordeiro AA KM. Perfil epidemiológico dos pacientes politraumatizados com pneumonia associada a ventilação mecânica na unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Open Journal Med UFPR 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/rmu.v1i1.40680>.
- Milian-Valdés D, Sosa G, Hernández J, Leal-Avilés E, Pérez E, Fabra M. Características de los lesionados ingresados por la especialidad de Cirugía General en terapia intensiva. Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García" [Internet]. 2019 Disponível em: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/387>
- Rivero-Morey R, Rivero-Morey J, Acevedo-Cardoso J, Castro-López E, Bordón-González L. Caracterización clínico-quirúrgica de pacientes ingresados por traumatismo raquimedular. Revista 16 de abril [Internet]. 2019 Disponible en: https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/8265.
- Palomino de la Cruz JE. Cuidado de enfermería en traumatismo encéfalo craneano. Paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos [Tesis para obtener el título de segunda especialidad]. Arequipa – Perú: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2018 Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6781>
- Seminario Ramírez BM. Valor del índice proteína C reactiva / albúmina sérica como predictor de mortalidad en pacientes politraumatizados del Hospital Belén de Trujillo 2014-2016. In: Orrego UPA, editor. Peru: 2017.
- Sitói Lutxeque. Moçambique lidera índice de mortes por acidentes de viação na CPLP. Nampula: 2015. [<https://www.dw.com/pt-002/mo%C3%A7ambique-lidera-%C3%ADndice-de-mortes-por-acidentes-de-via-%C3%A7%C3%A3o-na-cplp/a-18877018>]
- Sistema de Informação de Saúde - Registo de Óbitos nos Hospitais (SIS-ROH). Análise da Mortalidade Nacional 2009-2013. MISAU 2015
- Mocumbi AO, Cebola B, Muloliwa A, et al. Differential patterns of disease and injury in Mozambique: New perspectives from a pragmatic, multicenter, surveillance study of 7809 emergency presentations. PLoS One 2019;14(7):1–18.
- Brasileiro R, Sa EDE, Ex DEDO, et al. Atuação da equipe de saúde no primeiro atendimento ao politraumatizado. 2021;
- Souza, Laís & Dias, Livia & Cardoso, Eduardo & Amaro, Beatriz. (2022). Análise das condições clínicas e perfil demográfico dos pacientes politraumatizados atendidos pelo SAMU, na cidade de Belém do Pará, nos meses de fevereiro a março de 2016. Research, Society and Development. 11. e35711125208. 10.33448/rsd-v11i1.25208.
- Costa, Luiz Guilherme Villares da. Preditores independentes de mortalidade em pacientes politraumatizados: estudo longitudinal, prospectivo, observacional [tese]. São Paulo: , Faculdade de Medicina; 2015 [citado 2023-09-06]. doi:10.11606/T.5.2015.tde-27102015-090104.
- WASELFISZ J. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. Inst Sangarl 2012;
- Critchley G, Memon A. Epidemiology of head injury. Head Inj A Multidiscip Approach 2009;1–11.
- McArthur DL, Chute DJ, Villablanca JP. Moderate and severe traumatic brain injury: Epidemiologic, imaging and neuropathologic perspectives. Brain Pathol 2004;14(2):185–94.
- Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García". Directizes para Autores Y Autoras. AÑO 2021 ISSN 2707-9120. 2021
- Ramos C. Caracterização do acidente de trânsito e gravidade do trauma: um estudo em vítimas de um hospital de emergência de Natal. 2008;133.

Gestão de Medicamentos no Hospital Distrital de Mocuba

Manuel Mário/Elobo

Instituto de Ciências de Saúde de Mocuba

@manuelelobo21@gmail.com

Resumo

Introdução: Existe nas unidades sanitárias um baixo nível de satisfação em relação aos pedidos de medicamentos para pacientes em Moçambique. A gestão inadequada de medicamentos pode ser uma das causas para esta situação. O objetivo deste estudo foi descrever os Procedimentos de Gestão de Medicamentos no Hospital Distrital de Mocuba de Janeiro a Julho de 2020. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, com uma abordagem quantitativa e retrospectiva realizada no Hospital Distrital de Mocuba, província da Zambézia em 2021. Os dados foram colhidos de guias de remessa do Depósito Provincial de Medicamentos da Zambézia enviadas para o Depósito de Medicamentos do Hospital Distrital de Mocuba e nas guias de remessa do Depósito de Medicamentos do Hospital Distrital de Mocuba enviadas para outros sectores referentes ao período de estudo. Foi feita escolha aleatória de 20 medicamentos recebidos em cada mês do período de estudo. A análise de dados foi feita usando o software Microsoft Excel. **Resultados:** Os dados colhidos mostram que 21.48% de medicamentos não são distribuídos no mês em que foram recebidos, 33.3% têm nível de distribuição baixo no mês em que foram recebidos, e apenas 24.4% têm nível de distribuição bom no mês em que foram recebidos. Medicamentos acumulados ou que estariam acumulados caso o Depósito Provincial de Medicamentos da Zambézia fornecesse 100% dos pedidos corresponderam a 20.74%. **Conclusão:** Foi encontrada gestão deficiente para a maioria dos produtos farmacêuticos disponíveis indicando a necessidade urgente de melhoria da gestão de medicamentos.

Palavras-chave: Gestão, Medicamentos, Hospital

Abstract

Background: There is a low level of satisfaction of patients' requests for medicines in health facilities in Mozambique. Management of Medicines is one of the reasons for such situation. The objective of this study was to describe the medicines' management procedures at District Hospital of Mocuba from January to July 2020. **Methods:** The study was carried out at the Hospital Distrital de Mocuba, Province of Zambézia in the year 2021. This is a descriptive retrospective research, with a quantitative approach. Data were collected from the delivery notes from the Depósito Provincial de Medicamentos da Zambézia sent to the Hospital Distrital de Mocuba Depot, and from the Hospital Distrital de Mocuba depot to other sectors of the hospital during the study period. A random sample of 20 medications out of those received monthly was obtained, and data were analyzed using Microsoft Excel program. **Results:** Data collected show that medicines not distributed in the month they were received constitute 21.48%; medicines whose distribution level was low in the month they were received constituted 33.3%; medicines whose distribution level was good in the month they were received constituted 24.4%; medicines accumulated or that would be accumulated if the Zambézia Provincial Medicines Depot supplied 100% of the order constitute 20.74%. **Conclusions:** Medicines were poorly managed during the study period. There is urgent need for improvement in management of pharmaceutical products available.

Keywords: Management, Medicines, Hospital

Introdução

A gestão de medicamentos é o conjunto das actividades que devem ser realizadas, de uma forma continua e interligada, para garantir a existência e o correto uso dos medicamentos nos diversos níveis do Sistema de Saúde. O ciclo de aprovisionamento corresponde a uma sucessão de funções básicas, fundamentais para uma correcta gestão dos medicamentos no Serviço Nacional de Saúde.¹ É conhecido o baixo nível de satisfação dos pedidos de medicamentos solicitados pelas unidades sanitárias publicas. Entre Janeiro e Julho de 2020 houve a percepção de que as prescrições de medicamentos necessários para os pacientes do Hospital Distrital de Mocuba tinham um baixo nível de resposta, com receitas médicas e *cardexs* de vários pacientes parcialmente aviadas por não existência de um determinado medicamento. Os pacientes sem recursos financeiros, que constituem a maior parte da população de utentes do hospital, ficavam limitados para o tratamento de certas patologias, visto que o hospital é a unidade sanitária de referência neste distrito da província da Zambézia.

O objectivo do presente trabalho é descrever os procedimentos de gestão de medicamentos no Hospital Distrital de Mocuba de Janeiro a Julho de 2020.

Métodos

O estudo foi realizado no Hospital Distrital de Mocuba, província da Zambézia, no ano 2021. Trata-se de uma pesquisa descritiva e retrospectiva, com uma abordagem quantitativa. Os instrumentos usados foram documentos elaborados de rotina, denominados "guias de remessas". A guia de remessa é o documento de gestão de farmácia utilizado no envio e na receção de produtos farmacêuticos ou medicamentos nos armazéns e nas unidades sanitárias. Foram usadas para colheita de dados a observação e pesquisa documental.

Das guias de remessa do Depósito Provincial de Medicamentos da Zambézia, enviadas ao Depósito de Medicamentos do Hospital Distrital de Mocuba, o autor extraiu a lista de medicamentos a serem estudados, as quantidades de medicamentos recebidos e o nível de satisfação do pedido de medicamentos ao Depósito Provincial de Medicamentos da Zambézia em cada mês do período de estudo. Nas guias de remessa do Depósito de Medicamen-

tos do Hospital Distrital de Mocuba enviadas para outros setores o autor extraiu a quantidade distribuída em cada mês do período de estudo. A classificação dos grupos de medicamentos teve como base a análise da quantidade de medicamentos recebidos, o nível de satisfação do pedido e a quantidade de medicamentos distribuídos para outros sectores da unidade sanitária. Foi feita escolha aleatória de 20 medicamentos recebidos em cada mês do período de estudo. No mês de Julho, só foi possível estudar 15 medicamentos recebidos de acordo com a guia encontrada nos arquivos.

Os dados foram introduzidos e analisados usando o programa Microsoft Excel. O total de especialidades farmacêuticas foi dividido em 4 grupos, nomeadamente: medicamentos não distribuídos (são todos aqueles recebidos e não fornecidos aos seus dependentes); medicamentos com baixo nível de distribuição (são todos aqueles recebidos e fornecidos em quantidades muito menores aos seus dependentes); medicamentos com bom nível de distribuição (são todos aqueles recebidos e fornecidos aos seus dependentes em quantidades adequadas para o consumo do período) e medicamentos acumulados ou que estariam acumulados (são todos aqueles recebidos em quantidades muito acima do consumo normal), caso o depósito provincial fornecesse 100% do pedido.

Resultados

Foram estudadas 135 especialidades farmacêuticas de diferentes grupos farmacológicos. A percentagem de medicamentos com bom nível de distribuição foi de 24.4%. Os dados colhidos mostraram que 21.48% dos medicamentos não foram distribuídos no mês em que foram recebidos, e que 33.3% tiveram nível de distribuição baixo no mês em que foram recebidos. O grupo de medicamentos acumulados ou que estariam acumulados, caso o depósito provincial fornecesse 100% do pedido, constitui 20.74% (**Figura 1**).

Discussão

A descrição da gestão de medicamentos no Hospital Distrital de Mocuba revelou que 75.52% dos medicamentos foram mal geridos no período de estudo, por não serem distribuídos no mês em que foram recebidos, terem nível de distribuição foi

baixo no mês em que foram recebidos e/ou serem acumulados. A análise sobre o destino dos medicamentos não distribuídos no mês em que foram recebidos, revelou que a maior parte destes medicamentos ficava acumulada no mês seguinte. Verificou-se falta de cumprimento dos Procedimentos de Gestão de Medicamentos estabelecidos pelo MISAU, referentes à orientação de devolver ao depósito fornecedor os medicamentos acumulados ou discutir com os clínicos sobre a possibilidade de serem usados, de forma a garantir maior disponibilidade de medicamentos aos pacientes.

A gestão do depósito do hospital envolve a realização de actividades de movimentação, conservação e controlo de *stock* de medicamentos. As razões que determinam um processo de devolução são: excesso de *stock* de determinado produto; não utilização de um determinado produto em *stock* e produtos recebidos do depósito fornecedor sem que tenham sido requisitados. A realização do inventário permite verificar as divergências entre os registos e o *stock* físico.

Ao serem definidos, para cada fármaco, o número de código e o nível de prescrição, pretendeu-se continuar a dar um contributo para a melhoria da gestão do sistema de aprovisionamento de medicamentos do Serviço Nacional de Saúde.¹⁻³ No

entanto, em Moçambique a falta de dados de consumo dificulta a quantificação das necessidades em medicamentos.^{1,4-6}

Conclusões

A gestão de medicamentos foi muito deficiente no Hospital Distrital de Mocuba e não envolveu a realização de actividades necessárias para impedir a existência de medicamentos não distribuídos ou a promoção do uso de medicamentos em excesso na unidade sanitária.

Referências bibliográficas

1. MISAU – Gestão Controlo e Dispensa de Medicamentos – Manual de procedimentos dos hospitais, 3ª Edição-Maputo, Moçambique, 2008.
2. DIEHL, Eliana Elisabeth; SANTOS, Rosana Isabel; SCHAEFER, Simone da Cruz. Assistência Farmacêutica no Brasil: Logística de medicamentos. Brasil. Editora da UFSC. 2016.
3. MISAU. Formulário Nacional de Medicamentos. Maputo. 5a Edição. 2007.
4. Comissão de Farmácia Hospitalar. Guia de orientação do exercício profissional em farmácia hospitalar. Brasil. 2012.
5. MISAU - Manual: Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica. 1a Edição. Brasília. Editora Responsável: MISAU. 2017.
6. Conselho Municipal do Município de Maputo. Estratégia Municipal de Logística Farmacêutica. 1a Edição. Cidade de Maputo. Editor: Pelouro de Saúde e Acção Social. 2017.

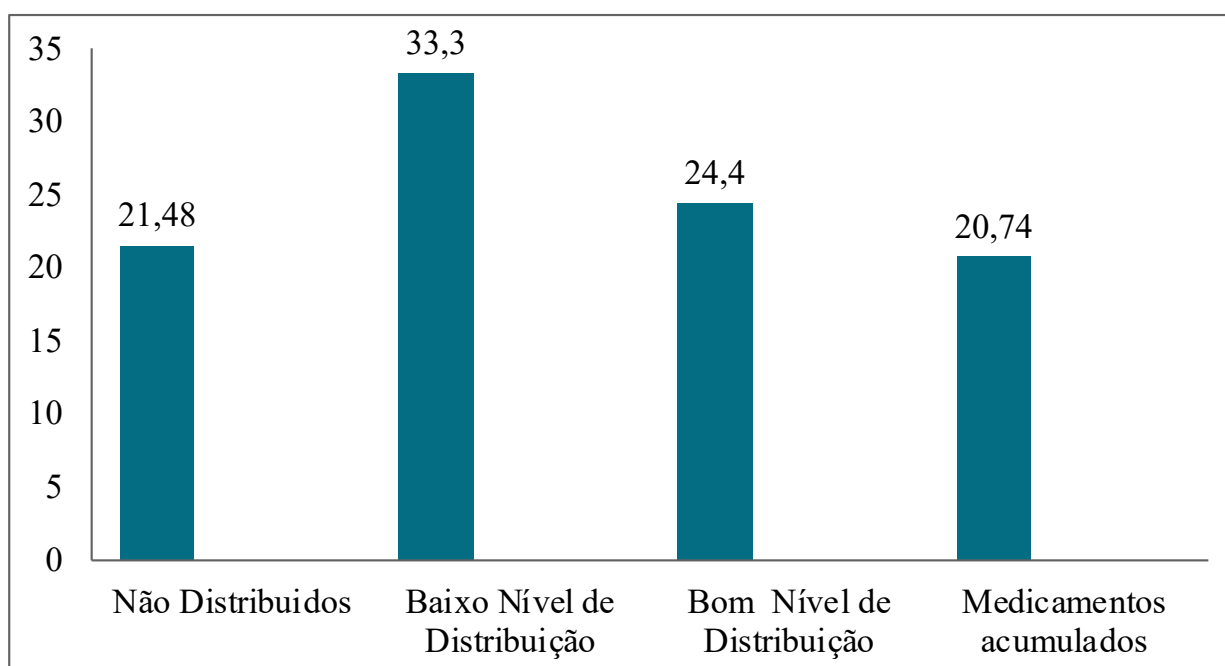


Figura 1: Medicamentos apresentados por categoria de nível de distribuição mensal e/ou acumulação no depósito do Hospital Distrital de Mocuba entre Janeiro e Julho de 2020

Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes Submetidos a Prostatectomia no Hospital Central de Nampula

Joel Choveque

Hospital Central de Nampula

@ joellchoveque14@gmail.com

Resumo

Introdução: O Processo de Enfermagem é um instrumento de muita importância para auxiliar os profissionais de enfermagem na organização e sistematização da assistência a ser prestada aos indivíduos. Este processo envolve desde a tomada de decisão e gerenciamento dos dados até acções e intervenções a serem executadas. A pesquisa aqui apresentada teve como objetivo descrever os principais diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a prostatectomia numa unidade sanitaria de referencia. **Métodos:** Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, envolvendo pacientes internados na cirurgia II do Hospital Central de Nampula, que tinham sido submetidos a prostatectomia. Foram incluídos todos pacientes com o diagnóstico médico hiperplasia prostática benigna ou câncer da próstata, sendo excluídos pacientes que apresentavam outras doenças crônicas. Foram colhidos dados sociodemograficos, clinicos e de cuidados de enfermagem para cada paciente. Os dados foram analisados com pacote estatístico SPSS. **Resultados:** Foram recrutados 33 pacientes submetidos a prostatectomia, dos quais 13 (39,4%) com idade compreendida entre 66 e 75 anos e 18 (54,5%) com nível primário de escolaridade. Foram encontrados 461 diagnósticos de enfermagem, sendo os mais frequentes: deambulação prejudicada 25/461(5.4%), obstipação 22/461(4.8%), risco de infecção 32/461(6.9%), risco de trauma vascular 34/461(7.4%), dor aguda 34/461(7.4%) e déficit no autocuidado para banho 31/461(6.7%). **Conclusão:** O uso processo de enfermagem pelos enfermeiros identificou problemas de saúde importantes em pacientes submetidos a prostatectomia, permitindo programar intervenções para melhoria de cuidados e promoção de reabilitação pós-cirúrgica.

Palavras-chaves: Diagnósticos de enfermagem, Pacientes, Prostatectomia

Abstract

Background: The Nursing Process is a very important tool to help nursing professionals organize and systematize the care provided to individuals. This process involves everything from decision-making and data management to actions and interventions to be carried out. The aim of the research presented here was to describe the main nursing diagnoses in patients undergoing prostatectomy in a reference health unit. **Methods:** This was a descriptive study with a quantitative approach, involving patients admitted to surgery II at Nampula Central Hospital who had undergone prostatectomy. All patients with a medical diagnosis of benign prostatic hyperplasia or prostate cancer were included; patients with other chronic diseases were excluded. Sociodemographic, clinical and nursing care data were collected for each patient. The data was analysed using the SPSS statistical package. **Results:** 33 patients undergoing prostatectomy were recruited, of whom 13 (39.4%) were aged between 66 and 75 and 18 (54.5%) had a primary level of education. 461 nursing diagnoses were found, the most frequent being: impaired ambulation 25/461(5.4%), constipation 22/461(4.8%), risk of infection 32/461(6.9%), risk of vascular trauma 34/461(7.4%), acute pain 34/461(7.4%) and self-care deficit for bathing 31/461(6.7%). **Conclusion:** The use of the nursing process by nurses identified important health problems in patients undergoing prostatectomy, enabling interventions to be planned to improve care and promote post-surgical rehabilitation.

Keywords: Nursing diagnoses, Patients, Prostatectomy

Introdução

O Processo de Enfermagem é um instrumento de muita importância para auxiliar os profissionais de enfermagem na organização e sistematização da assistência a ser prestada aos indivíduos. Este processo envolve desde a tomada de decisão e gerenciamento dos dados até ações e intervenções a serem executadas.¹ O processo é composto por 5 etapas: Histórico (anamnese e exame físico), diagnóstico, Prescrição (intervenções de enfermagem), Evolução e Avaliação de enfermagem. O Histórico de enfermagem é realizado na admissão do paciente por meio de entrevista informal e exame físico. O Diagnóstico de enfermagem, por sua vez, é realizado após análise e avaliação do histórico, através dos problemas identificados são definidas as necessidades do paciente, direcionando a equipe de enfermagem na prestação do cuidado. Os diagnósticos de enfermagem são classificados em: reais, risco, bem-estar, síndrome e promoção à saúde.²

Os diagnósticos de enfermagem são essenciais para área profissional dos enfermeiros, guiando-os para um plano assistencial e humanizado. O cancro da próstata (CaP) é classificado como o segundo tipo de câncer mais comum e a sexta maior causa de mortes por câncer entre homens, com mais de 1,1 milhão de casos e 300.000 mortes estimadas em 2012. A incidência do CaP é de cerca de 53,9/100.000 na África Austral, e a mortalidade de 19,3/100.000 na mesma região.³ Em Moçambique o CaP é responsável por 60% de internamentos e consultas no Serviço de Urologia.⁴ Em 2015 no Brasil um estudo revelou que os diagnósticos de enfermagem mais comuns em pacientes que se submetem à prostatectomia são ansiedade, dor, conhecimento deficiente, risco de infecção, disfunção sexual, eliminação urinária prejudicada, risco de volume deficiente, controle ineficaz do regime terapêutico, mobilidade física prejudicada, dentre outros.⁵

Este estudo teve como objetivo identificar os principais diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a prostatectomia.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo com abordagem quantitativa, que envolveu pacientes submetidos a prostatectomia. A inferência diagnóstica foi

composta por queixas levantadas com base na anamnese e no exame físico, seguida de agrupamento das queixas levantadas para formulação do diagnóstico de enfermagem, característica definidora e fator de risco, de acordo com a NANDA internacional 2018-2020. O estudo foi realizado na Cirurgia II do Hospital Central de Nampula(HCN), tendo como população pacientes prostatectomizados internados. Foi usado um questionário para recolha de dados sociodemográficos, clínicos e de cuidados de enfermagem para cada paciente. Foram critérios de inclusão ter diagnóstico médico de hiperplasia prostática benigna ou câncer da próstata, e cirurgia de próstata recente no HCN. Foram excluídos pacientes com incapacidade física para participar na pesquisa, com outras doenças crônicas e internados na enfermaria com mais de 48 horas após cirurgia.

O protocolo foi submetido à Comissão Científica do HCN do qual foi obtida aprovação ética.

Resultados

Participaram no estudo 33 pacientes submetidos a prostatectomia: a faixa etária mais predominante foi 66-75 anos de idade 13 (39.4%) e 18 (54.5%) possuíam como escolaridade máxima o nível primário. **(Tabela 1)** Foram encontrados 461 diagnósticos de enfermagem (DE) sendo os mais frequentes: deambulação prejudicada 25/461(5.4%), obstipação 22/461(4.8%), risco de infecção 32/461(6.9%), risco de trauma vascular 34/461(7.4%), dor aguda 34/461(7.4%) e déficit no autocuidado para banho 31/461(6.7%). **(Tabela 2)** Mobilidade Gastrointestinal Diminuída ocorreu em 22 pacientes, tendo como característica definidora ruídos intestinais hidroaéreos fracos.

Discussão

Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes submetidos a prostatectomia foram: Integridade tissular prejudicada (8.0%), risco de trauma vascular (7.4%), nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (7.0%), risco de infecção 6.9%, déficit no autocuidado para banho (6.7%), deambulação prejudicada (5.4%), obstipação (4.8%) e dor aguda (5.4%).

O diagnóstico risco de quedas pode ser causado

Tabela 1: Dados sociodemográficos de pacientes internados por hiperplasia ou cancro da próstata submetidos a prostatectomia recente.

Caracterização	Pacientes Submetidos a prostatectomia	
	N	%
Faixa Etária		
46-55	6	18.2
56-65	10	30.3
66-75	13	39.4
>76	4	12.1
Nível de escolaridade		
Primário	18	54.5
Secundário	7	21.2
Sem Nível	7	21.2
Superior	1	3.0
Proveniência		
Angoche	3	9.1
Beira	1	3.0
Cabo Delgado	2	6.1
Ilha de Mozambique	1	3.0
Maputo	1	3.0
Memba	1	3.0
Muecate	1	3.0
Murupula	2	6.1
Nacala Porto	4	12.1
Namitil	1	3.0
Nampula Cidade	13	39.4
Ribaué	2	6.1
Zambézia	1	3.0
Total	33	100%

Tabela 2: Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a prostatectomia.

Caracterização	Diagnósticos de enfermagem	
	N	%
Integridade tissular prejudicada	37	8.0
Risco de trauma vascular	34	7.4
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais"	32	7.0
Risco de infecção	32	6.9
Déficit no autocuidado para banho	31	6.7
Deambulação prejudicada	25	5.4
Dor aguda	25	5.4
Constipação	22	4.8
Dentição prejudicada	20	4.3
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	18	3.9
Risco de desequilíbrio electrolítico	16	3.5
Risco de quedas	16	3.5
Risco de recuperação cirúrgica retardada	16	3.5
Fadiga	15	3.3
Risco de lesão do tracto urinário	15	3.3
Sentar-se prejudicado	15	3.3
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	14	3.0
Insónia	12	2.6
Náusea	11	2.4
Débito cardíaco diminuído	10	2.2
Padrão respiratório ineficaz	9	2.0
Hipotermia	8	1.7
Protecção ineficaz	7	1.5
Conforto prejudicado	5	1.1
Hipertermia	4	0.9
Risco de glicemia instável	3	0.7
Termorregulação ineficaz	2	0.5
Diarreia	2	0.4
Distúrbio no padrão de sono	2	0.4
Déficit no autocuidado para alimentação	1	0.2
Risco de pressão arterial instável	1	0.2
Total	461	100%

por sedação, danos físicos e biológicos; presente em 25 pacientes, exigem avaliação do equilíbrio e do nível de fadiga com a deambulação.⁶ A deambulação prejudicada com limitação do movimento de andar de forma independente (presente em 25 pacientes) associa-se a obstipação (presente em 22 pacientes) na lista de lesões decorrentes da manipulação cirúrgica, que requerem do enfermeiro i) notificação para a equipe médica; ii) monitoria frequente; e, iii) intervenção, a menos que contraindicado.⁶ A dor pós-operatória além de causar sofrimento, pode expor os pacientes a riscos desnecessários e diversas alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas, gastrintestinais e urinárias. A equipe de enfermagem tem a responsabilidade de determinar local, características, qualidade e gravidade da dor antes de administrar analgésicos conforme indicação médica.

A equipe de enfermagem desempenha uma grande função na recuperação dos pacientes operados em enfermarias de cirurgia. O seguimento dos pacientes pelos enfermeiros usando o processo de enfermagem permitiu uma assistência digna e sistematiza os cuidados de saúde, auxiliando na organização e sistematização da assistência a ser prestada aos indivíduos. Este estudo pretende chamar a atenção para necessidade de reforçar pesquisa na área de diagnósticos e intervenções de enfermagem. O estudo teve limitações ligadas a falta de informação clínica vital nos processos clínicos e de enfermagem.

Conclusão

O uso de processos de diagnóstico de enfermagem permitiu realização de actividades de enfermagem de forma sistematizada e eficaz, facilitando a identificação dos principais problemas de saúde que afectam o paciente pós-cirurgia e a planificação de intervenções de enfermagem. Pesquisa adicional nesta área é necessária para a adopção de protocolos sustentáveis de assistência de enfermagem nas unidades sanitárias do nosso país.

Agradecimentos

Ao Dr. Selemane Bandal pela disponibilização de processos para a recolha de dados.

Referências Bibliográficas

1. Debone MC, Marques S, Kusumota L. Diagnósticos de enfermagem em idosos com doença renal crônica em hemodiálise. 2017;70(4):833–9.
2. Janine R, Menezes DC, Bom GC. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em crianças submetidas a implante coclear*. 2017;1–7.
3. OMS. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: 2018.
4. Doenças Crônicas e Não Transmissíveis em Moçambique. 2018;
5. Saldanha DA, Medeiros DA, Beatriz A, et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a prostatectomia : identificação da significância dos seus componentes. 2014;
6. Bulechek GM, City I, Butcher HK, City I, Dochterman JM. Classificação das Intervenções de Enfermagem. 5th ed. 2010.

Factores de Risco de Desmame Precoce em Trabalhadoras dos Supermercados da Cidade De Nampula

Kátia Luísa da Rocha¹; Beatriz Maurício¹

¹Universidade Lúrio, Nampula, Moçambique

 Kátia Luísa da Rocha,

 Universidade Lúrio, Nampula, Moçambique |  rochakatia99@gmail.com

Resumo

Introdução: Considera-se desmame precoce, a interrupção do aleitamento materno antes de a criança completar seis meses de vida, independentemente da causa da decisão estar relacionada a mãe ou a criança. A pesquisa teve como objectivo, averiguar o risco do desmame precoce em trabalhadoras dos supermercados da cidade de Nampula. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo. O estudo envolveu mães (lactantes e com filhos menores de dois anos de idade); os dados foram tratados pelo pacote da *Microsoft Office Excel 2019*[®], que foi usado para fazer a introdução, tabulação de dados e criação de gráfico. Também, foi usado o software estático *MiniTab 16*[®] para a análise descritiva dos dados. **Resultados:** Trinta e três vírgula oitenta e oito por cento das mães tinham idades compreendidas entre 20 a 43 anos, e 72.09% referiu não ter incentivo do parceiro. A não prática da amamentação exclusiva (decidir parar) foi referida por 33.72% das mulheres quanto a existência de um local específico para amamentar no trabalho. E 87.2% (n=75) afirmaram não ter intervalos para amamentar. Todas possuíam renda mensal superior a um salário mínimo e afirmaram não ter local específico para amamentar, estando no trabalho. **Conclusão:** A falta de incentivo do parceiro no aleitamento materno, não amamentar o filho de forma exclusiva, a não existência de um lugar específico para amamentar no local de trabalho e a não existência de intervalos para amamentar no local de trabalho são factores de risco para o desmame precoce em trabalhadoras dos supermercados da cidade de Nampula.

Palavras-chave: Desmame precoce, Factores de risco, Trabalhadoras dos supermercados

Abstract

Background: Early weaning is considered to be the interruption of breastfeeding before the child is six months old, regardless of whether the cause of the decision is related to the mother or the child. The aim of this study was to investigate the risk of early weaning among female supermarket workers in the city of Nampula. **Methods:** This was a cross-sectional, descriptive and quantitative study. The study involved mothers (breastfeeding and with children under two years of age); the data was processed using the Microsoft Office Excel 2019[®] package, which was used for data entry, tabulation and graph creation. Static MiniTab 16[®] software was also used to descriptively analyse the data. **Results:** Thirty-three point eighty-eight per cent of the mothers were aged between 20 and 43; 72.09% reported not having encouragement from their partner. Not practising exclusive breastfeeding (deciding to stop) was mentioned by 33.72% of the women because there was no specific place to breastfeed at work. 87.2% (n=75) said they had no breaks to breastfeed. All had a monthly income of more than one minimum wage and said they had no specific place to breastfeed at work. **Conclusion:** The lack of encouragement from the partner to breastfeed, not breastfeeding the child exclusively, not having a specific place to breastfeed in the workplace and not having breaks to breastfeed in the workplace are risk factors for early weaning among female supermarket workers in the city of Nampula

Keywords: Early weaning, Risk factors, Supermarket workers.

Introdução

O leite materno é um alimento completo e ideal que possui propriedades imunológicas, psicossociais e nutrientes necessários para o suprimento de energia e defesa do organismo da criança.¹ A OMS recomenda o aleitamento materno por 2 anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros 6 meses.² Considera-se desmame precoce a interrupção do aleitamento materno antes da criança completar seis meses de vida, independentemente da causa da decisão estar relacionada a mãe ou a criança.³ A amamentação interrompida resulta num risco de 4,3 vezes mais elevado de diarreia aos 4 e 5 meses de idade, um risco de 2,1 vezes maior aos 5 meses e 2,1 vezes mais elevado aos 6 meses em comparação a crianças cuja amamentação não é interrompida durante o período recomendado. A introdução precoce de alimentos antes dos seis meses do bebé é associada a maior incidência de alergias alimentares, devido a imaturidade do sistema digestivo e imunológico da criança, que se regista antes dos seis meses de idade.⁴ O declínio do aleitamento materno constitui um problema sério, devido às suas graves consequências para a saúde. Este declínio é evidenciado tanto pelo número cada vez menor de mães dispostas a amamentar quanto pelo início cada vez mais precoce do desmame.⁵

Um estudo realizado na África do Sul, em 2016, revelou que, em relação ao perfil profissional, 70,3% das mulheres eram mães trabalhadoras, sendo que 14,7% realizavam trabalho independente e 55,6% trabalhavam em empresas privadas (factor que influencia no desmame com um peso de incidência de 22,6 % relativamente a outros factores já existentes, como é o caso de factores como a mãe como personalidade, atitude e idade).^{6,7}

Uma pesquisa feita na cidade de Nampula, em 2017, demonstrou que a ocupação das mães que se encontravam a trabalhar ou a estudar foi considerada como possível barreira na manutenção do aleitamento materno exclusivo por um período de 6 meses, o que leva ao maior risco de introdução do leite artificial na alimentação de bebés com menos de 6 meses.⁸ Segundo um estudo realizado no Norte de Moçambique, na cidade de Nampula, em 2019, revelou que apenas 43% das crianças moçambicanas com menos de seis meses de idade são amamentadas exclusivamente.⁹

Esta inclusão precoce de alimentos diferentes do leite materno na alimentação, antes dos 6 meses de vida, torna a criança susceptível aos demais prejuízos à saúde possíveis nesta faixa etária, pois estes alimentos não completam as necessidades nutricionais, desencadeando, assim, várias doenças. Neste sentido, a questão do abandono do aleitamento materno exclusivo entre as mães trabalhadoras assume um carácter prioritário em saúde pública.

Métodos

Este é um estudo quantitativo, descritivo e transversal, com uma amostragem do tipo probabilística estratificada.

População do estudo: Fizeram parte do estudo mulheres trabalhadoras dos referidos supermercados que tinham filhos menores de dois anos de idade e lactantes primíparas.

O cálculo do tamanho da amostra foi feito de acordo com a fórmula proposta por Martins F.A *et al*, com 95% de intervalo de confiança e 5% de erro amostral.¹⁰

Local de estudo: O estudo foi realizado no Norte de Moçambique, província de Nampula, nos supermercados Recheio e Shoprite, localizados na Zona Urbana da cidade de Nampula. Ambos supermercados realizam comércio tradicional de alimentos, com um sistema de autosserviços que oferece uma grande variedade de alimentos e produtos domésticos, organizados em corredores.

Recolha de dados: Os dados foram recolhidos em quatro semanas, na última semana de Junho e três semanas de Julho, em dois dias úteis semanais. Usou-se um questionário físico adaptado de um estudo realizado por Martins F.A *et al*, que tinha como objectivo caracterizar os padrões de aleitamento materno e os factores associados ao desmame precoce.¹⁰ Este instrumento foi adaptado para a realidade local e em função dos objectivos. Para a classificação do risco de desmame precoce, usou-se o BAPT (escala para classificação do risco de desmame precoce), que foi desenvolvida pelo autor Janke JR, com o objectivo de identificar mulheres que têm a tendência ao desmame precoce. A composição da escala consiste na selecção de 10 variáveis modificadas de acordo com a realidade local; são usados dois números (0 e 1),

onde o zero representa o “não” e o número um representa o “sim”. Para cada variável, as participantes escrevem um dos números na afirmação que melhor descreve o seu processo de aleitamento materno.

São 10 variáveis, mas apenas 6 ou mais variáveis respondidas sem se estar de acordo com o que, por norma, é admissível e comprovado pelos estudos sobre o sucesso do aleitamento materno são necessárias para afirmar sobre a existência do risco e dos riscos existentes.¹¹

Tratamento e análise de dados: Os dados, foram tratados pelo pacote da *Microsoft Office Excel 2019*®, que foi usado para fazer a introdução, tabulação de dados e criação de gráficos a partir dos dados tabulados. Foi também usado o *software* estático *MiniTab 16*® para a análise descritiva dos dados. Nesta análise, as variáveis qualitativas foram calculadas com as frequências relativas, e as variáveis quantitativas foram calculadas com a média e o desvio padrão.

Resultados

Foram questionadas 86 mães trabalhadoras, sendo 44 lactantes primíparas e 42 com filhos menores de 2 anos de idade. Do total de mulheres, 61.63% tinham a faixa etária de 20-34 anos de idade (61.63%). Quarenta vírgula seis por cento das mulheres tinham nível de escolaridade básico e 48.8% eram solteiras. Quanto à renda mensal, todas as funcionárias participantes contavam com uma renda superior a um salário mínimo.

Antecedentes maternos: Das 86 participantes, 51.2% teve 1 filho; 72.1% referiu ter tido parto normal; 70.9% referiram ter tido filhos com peso normal à nascença e 66.3% afirmaram não ter consumido bebidas alcoólicas durante a gravidez. Setenta e sete ponto nove por cento das mulheres referiram ter bebés a termo, e 53.3% eram primíparas. O número médio de filhos foi de 2.42 (DP1,711), e a média do peso à nascença foi de 2.77 (DP0,57).

Motivos que levaram à interrupção do AME relacionados com a mãe: Do total de mulheres, 33.72% decidiu parar e 6.98% não responder, pois ainda estava a amamentar.

De acordo com a escala de classificação de risco de desmame precoce, 83.7% das mães amamentaram nas primeiras horas pós-parto; 55.8% tive-

ram auxílio do hospital no manejo do aleitamento materno; 53.5% não tiveram incentivo do parceiro no aleitamento materno; 53.5% não amamentaram de forma exclusiva até aos 6 meses; 69.8% introduziram o leite artificial a partir dos 6 meses; 64.0% das mães não introduziram outros alimentos a partir dos 6 meses e 72.1% não amamentaram até aos 2 anos de idade. Quanto à introdução de xuxa, 73.3% das mães introduziram a partir dos 6 meses. No que diz respeito à existência de um local específico para amamentar no trabalho. Todas as mães referiram não ter local específico para amamentar e 87.2% afirmaram não ter intervalos para amamentar.

Discussão

À semelhança do presente estudo, uma pesquisa feita na cidade de Maputo, com o objectivo de determinar a prevalência do aleitamento materno e factores que influenciam no seu desmame, revelou que a faixa etária com mais prevalência de desmame precoce foi entre 20-34 anos de idade (31.90%).¹² Quanto à escolaridade, a pesquisa realizada com mães (60 mulheres) de lactentes e mães com filhos em idade menor de dois anos de vida, com o objectivo de analisar a prevalência do Aleitamento Materno (AM) e seus factores, teve como prevalência mais mulheres com nível básico (35%), sendo menor o percentual de mães com nível superior (5%).¹³

De acordo com um estudo realizado em 2016 que pesquisava os factores associados ao desmame precoce em lactantes, foi verificado que havia mais prevalência de mulheres com o nível médio (32%), sendo menor o percentual de mães com o nível superior (6%).¹⁴

O nível de escolaridade da mãe pode influenciar na duração do aleitamento materno, sendo que, quanto menor for o grau de ensino, menor será a duração do aleitamento materno, como descrito por Sarafama et al (2006) em seu estudo com o objectivo de determinar o risco de desmame precoce em lactantes.¹⁵

Referente à renda mensal, de acordo com os resultados de um estudo feito no Brasil em 2007, a maioria (60.7%) tinha um salário superior ao salário mínimo e a minoria (39.3%) tinha um salário inferior ao salário mínimo.¹⁶ Quanto ao estado civil, Nkrumah, em Ghana, no seu estudo realizado com

o objectivo de identificar a associação entre o aleitamento materno exclusivo e o trabalho materno, revelou que a maior parte das participantes (80%) eram casadas e a menor era de solteiras 20%.¹⁷ Estudos apontam que ter um companheiro fixo ajuda no processo do aleitamento materno, tornando mais fácil a amamentação.¹⁸

Quanto ao número de filhos, um estudo intitulado “Factores associados à manutenção do aleitamento materno e o desmame precoce em crianças menores de 2 anos”, publicado em 2020, demonstrou que a maior parte das participantes tinham apenas 1 filho, correspondendo a 50% no estudo.¹⁹ Estudos comprovam que mães que tenham outros filhos têm experiências e/ou vivências positivas de amamentação e apresentam maior auto-eficácia e menos dificuldades, preocupações e dúvidas referentes ao AM, mesmo sendo cada vivência singular.¹⁷

Quanto ao tipo de parto, um estudo de Monteiro JRS et al, feito com o objectivo de determinar os factores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, revelou que, na sua maioria (78%), as participantes tiveram cesárea. O parto normal foi em 22% das participantes.²⁰

Quanto ao peso à nascença, um estudo feito com o objectivo de comparar o tempo de aleitamento materno exclusivo e o IMC aos 6, 7, 8 e 9 anos de idade, em Lisboa, teve resultados semelhantes a estes, revelando que a maior parte das crianças tinha um peso normal, que corresponde a 67.3%, e a menor apresentava um baixo peso à nascença.²¹

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez, Fernanda A. Martins et al (2021), trabalhando na caracterização dos padrões de amamentação nos primeiros seis meses de vida e factores associados ao desmame precoce em nascidos vivos, revelaram que 87.9% das participantes não consumiu e 12.1% consumiu álcool durante a gestação.²² Quanto ao tempo de nascimento, um estudo que visava ao analisar o leite materno de recém-nascidos a termo e prematuros, mostrou que a maior parte das participantes (75%) tiveram filhos a termo e as outras tiveram filhos prematuros, com uma percentagem de 25%.²³ E, quanto à primiparidade, à semelhança deste estudo, uma pesquisa feita com 303 mulheres, revelou que 75.38% eram primíparas e 24.62% não eram.²⁴

Resultados de um estudo feito por Moraes KA et al (2016), com o objectivo de identificar os factores

que influenciam o desmame precoce e a incidência sobre menores de seis meses de idade, revelou que a maior parte (28.6%) das mães entrevistadas afirmou ter pouco leite.¹³ Uma pesquisa feita no Brasil (2020) mostrou que, em relação aos motivos que levaram à interrupção do AME com maior proporção foi o facto de as mães terem decidido parar de amamentar (52.17%) e o facto de introduzirem precocemente outros alimentos (17.39%), como a minoria afirmou.¹⁹ Estudos comprovam que a existência de uma rede de apoio social, no período da amamentação, pode ser um factor determinante para a sua execução e manutenção. Logo, a decisão de amamentar é uma escolha pessoal, estando sujeita a diversas influências, resultando da socialização de cada nutriz.²⁵

Resultados de um estudo feito por Pinto KC et al, que tinha como objectivo identificar a prevalência do desmame precoce e as suas principais causas, mostram que, de um total de 346 mães, apenas 54% amamentaram nas primeiras horas pós-parto.²⁶ Segundo a OMS, o facto de mamar no peito logo após o parto é um grande passo para começar o aleitamento materno, e não mamar no peito na primeira hora de vida estava relacionado a um grande risco de realizar o início do desmame precoce, o que também é salientado pelo quadro dos dez passos para o sucesso do AM, preconizado pela OMS/Unicef.²⁷ À semelhança dos resultados do presente estudo, em relação ao auxílio do hospital no manejo do aleitamento materno, um estudo revelou que 94% das mulheres teve auxílio do hospital durante a sua estadia.¹²

Em relação ao incentivo do parceiro no aleitamento materno, um estudo feito por Okuizumi AM et al, com o objectivo de identificar os factores associados à prevalência dos diferentes tipos de dificuldades alimentares em crianças com idade entre 0 e 10 anos, revelou que a maior parte das mulheres (90.3%) não teve incentivo e a menor parte (9.7%) referiu ter incentivo do companheiro.²⁸

Um estudo feito pela Sociedade Brasileira de Pediatria, com o objectivo de analisar a prevalência do desmame precoce, revelou que a maior parte das mães (55%) pretendia dar a amamentação exclusiva num período de 6 meses.²⁹ Na mesma senda, Heuler Souza Andrade, em sua pesquisa sobre os factores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno, revelou que a maior

parte das mães (59.2%) pretendia dar a amamentação exclusiva num período de 6 meses. A promoção do AME pelos ministérios da saúde influi muito na decisão das mães, porém Júlio Cardoso, em seu estudo sobre os factores associados à manutenção do aleitamento materno e o desmame precoce em crianças menores de 2 anos, afirma que as iniciativas do Ministério da Saúde e outros órgãos da Saúde para promover o aleitamento não bastam e que não têm sido suficientes para estimular a prática pelas mães.¹⁹ O autor conclui que a prática do aleitamento materno ainda é desafiante e, mesmo respeitando a decisão da mulher sobre amamentar ou não, é preciso combater os factores relacionados ao desmame precoce.¹⁷

Quanto à introdução dos leites artificiais, um estudo realizado com o objectivo de determinar os factores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno teve como elevada prevalência a introdução do leite artificial aos 6 meses de idade (68.9%) e um menor percentual (31%) de introdução antes dos 6 meses de idade.³¹

Quanto à introdução de outros alimentos, um estudo de caso-controlo feito com uma coorte de mães que tiveram seus filhos em duas maternidades, com o objectivo de identificar factores relacionados com uma duração do aleitamento materno, revelou que a maior parte das mães (45.4%) introduziu outros alimentos antes dos 6 meses e a menor parte (54.4%) introduziu com 6 meses.²⁵

Quanto à amamentação até aos 2 anos de idade, um estudo com resultado semelhante ao referido revelou que a maior parte das mães (61.1%) referiu não ter amamentado seu filho até aos 2 anos e a menor parte (32.9%) referiu ter amamentado no máximo até 1 ano de idade.¹³

Quanto à introdução de xuxa a partir dos 6 meses, um estudo realizado por Cassia A. Fermiano, com o objectivo de identificar os factores associados ao aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses, teve os seguintes resultados sobre o uso de xuxas ou biberões aos bebés a partir dos 6 meses: 84% das mães afirmaram ter usado, e 16% não fizeram o uso das xuxas ou biberões aos bebés a partir dos 6 meses.³²

Quanto à existência de um local específico para amamentar no trabalho, num estudo, procurou-se saber sobre a existência do local específico para amamentar. Nisto, a maior parte das participan-

tes (76.5%) afirmou que não tinha, e a menor parte afirmou que tinha (23.5%).³³ Por outro lado, um estudo feito por Bruna Alibio Moraes et al, com o objectivo de identificar padrões de amamentação, sobrevivência da amamentação exclusiva e factores associados com sua interrupção durante a lactação, revelou que 53% das mulheres do referido estudo não tinham local específico para amamentar no seu local de trabalho e 47% tinham.³⁴

Estudos comprovam que a existência de um lugar para amamentar no local de trabalho é relevante para manutenção do AME, havendo pouca probabilidade de início precoce de desmame.²⁴ Em relação à existência de intervalos para amamentação, um estudo realizado com o objectivo de identificar os padrões de amamentação entre filhos de trabalhadoras revelou que 56% das mães trabalhadoras tinham intervalo para amamentar e 44% não tinham.³³

Conclusão

A falta de incentivo do parceiro no aleitamento materno, não amamentar o filho de forma exclusiva, a não existência de um lugar específico para amamentar no local de trabalho e a não existência de intervalos para amamentar no local de trabalho são factores de risco para o desmame precoce em trabalhadoras dos supermercados da cidade de Nampula. A diversidade de pesquisas encontradas quanto ao tema mostra a gravidade e a baixa incidência do AME, tornando-o, assim, um problema de saúde pública. Salienta-se a importância da implementação de estratégias que visem à adesão, promoção, manutenção e ao aumento da prevalência do aleitamento materno.

Referências bibliográficas

1. Bergamini, RN. Nível do conhecimento de mães sobre aleitamento materno em creches privadas. Monografia. Vitória: Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo; 2013.
2. Miwa, MT. Nutrição e dietoterapia obstétrica e pediátrica. Londrina: Editora S.A; 2018.
3. Mahan LK, Escott-Stump S. Krause's Food and Nutrition Therapy. 13th ed., St. Louis: Saunders Elsevier; 2008.
4. Araújo RMA, Almeida AJRD. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. Campinas: Revista de Nutrição; 2007.
5. Silva, JN. Aleitamento materno: motivos e consequências do desmame precoce em crianças, Brasília. 2019.
6. Livia ML, Costa MP. Desmame precoce. 2a edição. Rio de Janeiro. 2016.
7. Leite AC, Bezerra TD. Desmame precoce: associação entre variáveis. Angola. 2008.
8. Jamo. A. Representações sociais do aleitamento materno em mães lactantes na cidade de Nampula – Moçambique. Porto. 2017.

9. Kavle JA et al. Strengthening counseling on barriers to exclusive breastfeeding through use of job aids in Nampula. Mozambique: Medical Research Council; 2019.
10. Martins GA. Manual de elaboração de monografias e dissertações. 2ª ed. São Paulo: Editora atlas; 2000.
11. Janke JR. Development of the breast-feeding attrition prediction tool. Nurs Res. 1994.
12. Matável, OA. Conhecimentos sobre aleitamento materno na cidade de Maputo. Porto. 2004.
13. Lopes EL, Bezzerá MMM. Aleitamento materno: factores de risco para o desmame precoce. 1ª ed. São Paulo: Revista Mult; 2020.
14. Moraes KA et al. Factores associados ao desmame precoce. 2016.
15. Sarafama et al. Avaliação do risco de desmame precoce em lactantes. 2006.
16. Lopes TS et al. Factores associados ao desmame precoce de acordo com as mães que trabalham num hospital amigo da criança. Brasil. 2017.
17. Nkrumah J. Maternal work and exclusive breastfeeding practice: a community based.
18. Araújo RMA, Almeida AJRD. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. Campinas: Revista de Nutrição; 2007.
19. Cardoso J. Factores associados à manutenção do aleitamento materno e o desmame precoce em crianças menores de 2 anos. Uruguai: Revista Societ; 2020.
20. Monteiro JS et al. Factores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em prematuros. Brasil: Arq. Catarin Med; 2020.
21. Almeida EB. Relação entre o tempo de aleitamento materno exclusivo e o IMC aos 6, 7, 8 e 9 anos de idade. Lisboa. 2012.
22. Martins FA et al. Padrões de amamentação e factores associados ao desmame precoce na Amazônia ocidental. Brasil: Rev Saúde Pública; 2021.
23. Santos PV et al. Desmame precoce em crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família. Brasil: Rev. Eletr; 2018.
24. Schiavo RA. Factores infantis associados ao desenvolvimento de bebês prematuros e a termo. São Paulo. 2019.
25. Fialho FA. Factores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. Brasil: Rev Cuid; 2014.
26. Pinto KC et al. Prevalência do desmame precoce e suas principais causas. São Paulo. 2020.
27. Ministério da saúde. Saúde da criança-Nutrição infantil. Brasília. 2009.
28. Andrade HS, Pessoa RH, Donizete LV. Factores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. Brasil: Rev – Comunidade; 2018.
29. Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de pediatria. 4ªed.Brasil: Manole editora; 2017.
30. Okuizumi AM et al. Factores associados aos tipos de dificuldades alimentares em crianças entre 0 e 10 anos de idade: um estudo retrospectivo em um centro de referência brasileiro. São Paulo. 2020.
31. Vanelli EF, Tamanini EP, Palma GD. Factores associados ao desmame precoce em mulheres assistidas na atenção básica de londrina. Curitiba: Visão Acadêmica; 2020.
32. Fermiano CA. Prevalência do aleitamento materno exclusivo e factores associados. Brasil. 2020.
33. Brasileiro AA et al. Amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. Brasil: Rev Saúde Pública; 2012.
34. Moraes AB et al. Amamentação nos primeiros seis meses de vida para bebês atendidos durante o acompanhamento da lactação. Brasil: Rev. Latino-Am; 2021.

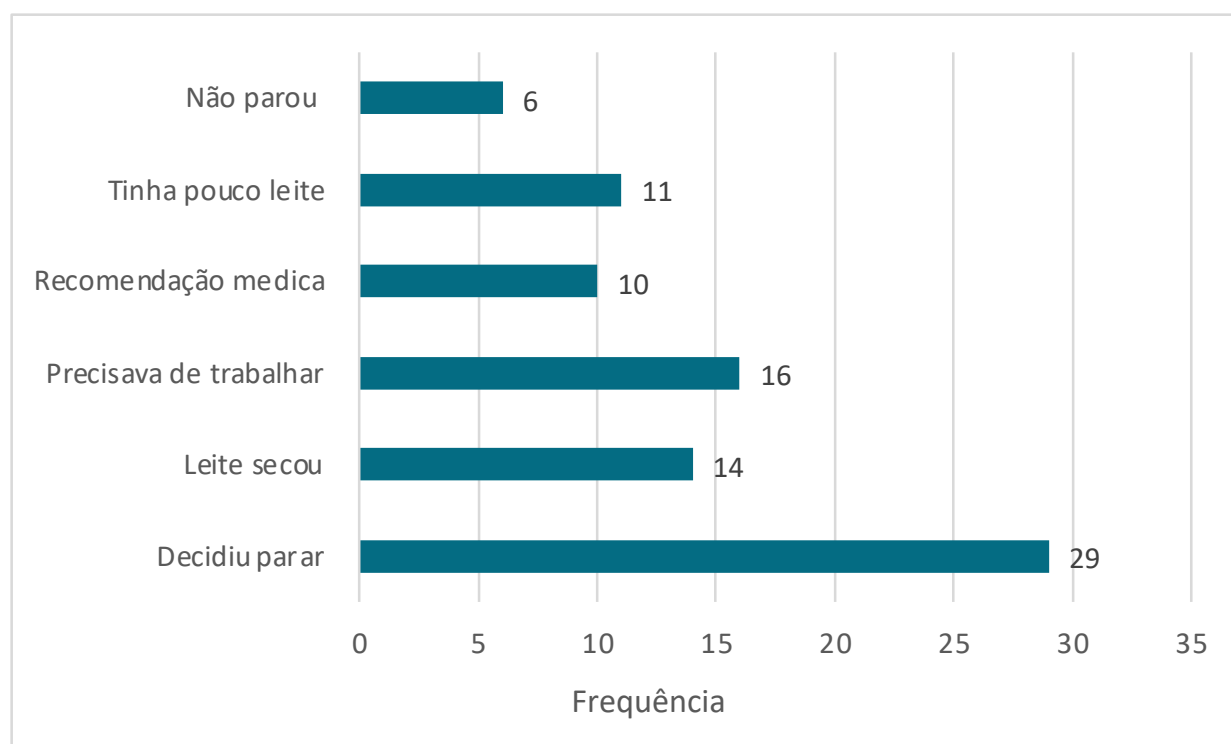


Figura 1: Motivos que levaram a interrupção do aleitamento materno exclusivo das trabalhadoras dos supermercados da cidade de Nampula, 1º semestre 2021.

Tabela 1: Características sociodemográficas das trabalhadoras dos supermercados da cidade de Nampula, 1º semestre 2021.

	N	%
Idade		
< 20 anos	9	10,47
≥ 35 Anos	24	27,91
20–34 anos	53	61,63
Nível de escolaridade		
Nível básico	35	40,6
Nível medio	27	31,4
Nível superior	24	27,9
Rendimento mensal		
Igual ao salário mínimo	0	0,0
Inferior ao salário mínimo	0	0,0
Superior ao salário mínimo	86	100
Estado civil		
Casada	17	19,8
Divorciada	8	9,3
Solteira	42	48,8
União de facto	18	20,9
Viúva	1	1,2
Total	86	100,00

Tabela 2: Caracterização dos antecedentes maternos das trabalhadoras dos supermercados da cidade de Nampula, 1º semestre 2021.

	N	%
Número de filhos		
1	44	51,2
2-3	18	20,9
4-5	17	19,8
>6	7	8,1
Tipo de parto		
Cesariana	24	27,9
Normal	62	72,1
Peso a nascença		
Baixo Peso	25	29,1
Normal	61	70,9
Ingestão de bebidas alcoólicas durante a gravidez		
Não	57	66,3
Sim	29	33,7
Tempo de nascimento		
Prematuro	19	22,1
Termo	67	77,9
Primiparidade		
Não	40	46,5
Sim	45	53,5
Total	86	100,00

Tabela 3: Escala de classificação do risco de desmame precoce das trabalhadoras dos supermercados da cidade de Nampula, 1º semestre 2021.

Caracterização	N	%	N	%
		0		1
	14	163%	72	83,7
Eu amamentei nas primeiras horas pós-parto				
Tive auxílio do hospital no manejo do aleitamento materno	38	44,2	48	55,8
	46	53,5	40	46,5
Tive incentivo do parceiro no aleitamento materno				
Amamentei meu filho de forma exclusiva até 6 meses	46	53,5	40	46,5
Eu introduzi o leite artificial a partir dos 6 meses	26	30,2	60	69,8
Eu introduzi outros alimentos a partir dos 6 meses	55	64,0	31	36,0
Amamentei até aos 2 anos de idade	62	72,1	24	27,9
Eu introduzi xuxa e/ou biberão a partir dos 6 meses	23	26,7	63	73,3
No meu local de trabalho existe um local específico para amamentar	86	100,0	0	0,00
No meu local de trabalho existem intervalos para amamentar	75	87,2	11	12,8
Total	86	100%	86	100%

A Percepção da Qualidade do Atendimento das Gestantes nos Centros de Saúde Apoiados pela Médicos com África CUAMM

Cássimo Manuel Saide¹, Simone Cadarin¹, Ilaria Onida¹, Edoardo Occa¹

¹Médicos com África CUAMM Moçambique

 Cássimo Manuel Saide

Médicos com África CUAMM Moçambique |  m.saide@cuamm.org

Resumo

Introdução: Moçambique é um País em vias de desenvolvimento cujo maior desafio é diminuir a mortalidade materno e infantil, tanto que actividades conjuntas entre a comunidade e o serviço de saúde são essenciais para uma assistência e bem-estar da população. Foi desenvolvido no distrito de Montepuez e Balama de 2020 a 2022 um projecto “Os primeiros 1000 dias” que visava proporcionar cuidados básicos para a mulher e a criança. **Método-logia:** Foi desenvolvida uma avaliação do tipo qualitativo e usado o método quali-quantitativo quanto a abordagem e descritivo quanto aos objectivos. Foram conduzidos em grupos focais compostos por 10 mães que tiveram parto no período entre Junho de 2021 a Junho de 2022, totalizando 60 mulheres. **Resultados:** Relativo a idade um (2%) era menor de 14 anos e 23 (38%) tinham 19 a 25 anos. 36.7% (22/60) sabiam do significado e importância do CPN, 21.7% (13/60) sabiam e não frequentavam, 3.3% (2/60) sabiam, mas não acharam importante. Sobre acessibilidade aos serviços, 46.6% (28/60) referiram que a distância associada a questões logísticas condiciona o acesso. 70.0% (42/60) referiram que estão totalmente satisfeitas pelos serviços prestados. Sobre disponibilidade de recursos e insumos no dia do parto, 46.7% (28/60) elogiaram, 33.3% (20/60) referiram falta de alguns serviços como água, electricidade, banheiros e camas. Sobre aceitabilidade e vontade de poder frequentar a US face ao comportamento dos profissionais de Saúde e aos cuidados oferecidos, 73.3% (44/60) tiveram uma resposta totalmente positiva no que diz respeito a usar a mesma unidade sanitária caso estejam grávidas. **Conclusão:** As mulheres dos distritos de Balama e Montepuez estão satisfeitas pelos serviços prestados pelas US. Tanto que, 73.3% (44/60) garantem que voltariam ao mesmo hospital para receber cuidados de saúde.

Palavras-chave: Maternidade, Parto, Qualidade, Satisfação, Barreiras culturais

Abstract

Introduction: Mozambique is a developing country whose biggest challenge is to reduce maternal and child mortality, so much so that joint activities between the community and the health service are essential for the assistance and well-being of the population. A project “The first 1000 days” was developed in the district of Montepuez and Balama from 2020 to 2022, which aimed to provide basic care for women and children. **Methods:** In the evaluation, the qualitative-quantitative method was used. It was conducted in focus groups made up of 10 mothers who gave birth between June 2021 and June 2022, totaling 60 women. **Results:** Regarding age, one (2%) was under 14 years old and 23 (38%) were between 19 and 25 years old. 36.7% (22/60) knew the meaning and importance of the CPN, 21.7% (13/60) knew and did not attend, 3.3% (2/60) knew, but did not think it was important. Regarding accessibility to services, 46.6% (28/60) reported that the distance associated with logistical issues affects access. 70.0% (42/60) reported that they were completely satisfied with the services provided. Regarding the availability of resources and supplies on the day of birth, 46.7% (28/60) praised it, 33.3% (20/60) reported a lack of some services such as water, electricity, bathrooms and beds. Regarding acceptability and desire to be able to attend the US in light of the behavior of healthcare professionals and the care offered, 73.3% (44/60) had a completely positive response with regard to using the same healthcare unit if they are pregnant. **Conclusion:** Women in the districts of Balama and Montepuez are satisfied with the services provided by the US. So much so that 73.3% (44/60) guarantee that they would return to the same hospital to receive healthcare.

Keywords: Maternity, Delivery, Quality, Satisfaction, Cultural barriers

Introdução

Moçambique é um País em vias de desenvolvimento cujo maior desafio é diminuir a mortalidade materno e infantil, tanto que actividades conjuntas entre a comunidade e o serviço de saúde são essenciais para uma assistência e bem-estar da população.¹ No entanto, a falta de informação sobre a atenção a ter durante a gravidez, os cuidados de mulher grávida, a importância da assistência ao parto, a necessidade de ter consulta pós-parto e o seguimento da criança nos primeiros anos de vida, contribui negativamente para o aumento das mortes maternas e infantis. Segundo a Organização Mundial de Saúde, “morte materna” é todo falecimento causado por problemas relacionados à gravidez, ao parto ou ocorrido até 42 dias depois do parto.² Um projecto denominado “os primeiros 1000 dias”, financiado pela Agência Italiana de Cooperação para o Desenvolvimento (AICS) foi implementado em Montepuez e Balama entre os anos 2020 e 2022, com o objectivo de aumentar a demanda na assistência das mulheres e crianças incluindo sua qualidade. Durante a vigência do projecto, as enfermeiras do projecto 1000 dias que dava o apoio técnico nas Unidades Sanitárias (US), encontraram gestantes que não passaram por nenhuma consulta pré-natal facto que contribui para que o parto seja assistido às cegas, pelo facto de não ter o histórico gestacional da mulher, nem o estado de saúde do bebé. Os indicadores de saúde materno-infantil (SMI) em Moçambique mostram uma tendência crescente em relação as consulta pré-natal (CPN) com destaque para a primeira consulta facto que não se verifica nas consultas pós-parto (CPP) onde tem se verificado a redução no atendimento das mulheres e crianças.³

Métodos

Foi desenvolvida uma avaliação do tipo qualitativa e usado o método quali-quantitativo quanto à abordagem e descritivo quanto aos objectivos. A análise estava focada nos cuidados prestados na US para perceber a satisfação dos beneficiários directos do projecto. Foram conduzidos 6 grupos focais repartidos em 3 para Montepuez (Naioto, Namueto, Centro Urbano) e 3 para Balama (Impire, Balama sede, Metata) com 10 mulheres cada, que tiveram parto entre Junho de 2021 a Junho de 2022. As participantes foram reunidas numa área da comunidade onde se sentiam a vontade. As discussões tiveram a duração média de 30 minutos. Com recurso a um guião pré estruturado para orientar a discussão foram colhidos dados como demográficos, conhecimento, acesso, percepção da qualidade, comportamento e acções. Foram realizadas 10 questões sobre qualidade dos serviços oferecidos na CPN, Maternidade, CPP, Neonatologia e Pediatria, qualidade no atendimento na CPN, Maternidade, CPP, Neonatologia e Pediatria, importância de frequentar a CPN, acesso aos cuidados de saúde e melhoria do serviço.

Aspectos éticos: Foi obtida autorização da Direcção Provincial de Saúde, e na colecta de dados foi enfatizada a participação voluntária e foram respeitados os princípios básicos da ética.

Resultados

Dados sociodemográficos

De um total de 60 mulheres entrevistadas, uma (2%) era menor de 14 anos de idade e 23 (38%) tinham idade entre 19 a 25 anos. Sessenta e cinco por cento tinha frequentado ensino primário, 25% não tinham instrução e 10% o ensino secundário. Ao longo do período uma mulher (2%) teve dois partos e 59 (98%) tiveram um parto e 62% têm mais de dois filhos vivos.

Tabela 1: Apresentação de dados demográficos

Idade			Escolaridade			Nº de Partos			Filhos vivos		
	Nº	%		Nº	%		Nº	%		Nº	%
Menos 14 anos	1	1.7	S/Intr*	15	25	1 parto	59	98.3	1 filho	13	21.6
14-18	13	21.7	Ens 1 ^{O**}	39	65	2 partos	1	1.6	2 filhos	10	16.6
19-25	23	38.3	Ens 2 ^{O***}	6	10	3 partos	0	0	Mais de 2 filhos	37	61.6
26-35	13	21.7	Ens. Sup****		0	Mais de 3 Partos	0	0			
36-45	3	5									

* Sem instrução, ** Ensino primário, *** Ensino secundário **** Ensino Superior

Análise de dados qualitativos

Chegada tardia a CPN: Oitenta e dois por cento das mulheres referiu razões sócio culturais porque seus parceiros condicionam a ida ao centro de Saúde (CS). E 13.3% (8/60) referem por razões logísticas. Os resultados mostram que as mulheres vão tardiamente a CPN por questões socio culturais elacionadas aos seus parceiros que não se fazem aos hospitais acompanhando a sua parceira para a primeira CPN.

Feita a pergunta “Sabem o que significa a CPN qual é a importância e porque devemos fazer as CPN muito cedo?” 36.7% (22/60) afirmaram que tinham conhecimento do significado e da sua importância de fazer por isso frequentam. 22.1% (13/60) sabiam, mas não frequentavam por motivos sociais, 3.3% (2/60) sabiam, mas não acharam importante.

“uma mulher grávida deve vir muito cedo no hospital porque aqui nos controlam a saúde, nos medem a barriga, nos pesam e quando temos doenças eles nos dão medicamentos para tomar no hospital e em casa.”

Acesso aos cuidados de Saúde: 46.6% (28/60) referiram que a distância associadas a questões logísticas contribuem no acesso aos cuidados básicos de Saúde. 38.3% (23/60) refere a equidade e 15% (9/60) referiram questões associadas à qualidade de serviços.

“aqui nós somos bem atendidas, o que nos preocupa é a servente, quando nós chegamos a US e abordamos a ela, diz que primeiro tem de me cumprimentar e depois ela nos deixa muito tempo sem nos dar a senha e isso nos atrasa para ser atendida, isso me preocupa bastante (...) mas o atendimento dos profissionais de saúde está tudo bem. Mas a servente tem nos desrespeitado, ela nos goza nos atende a hora que ela quer.”

Percepção da Qualidade dos serviços oferecidos na CPN, Maternidade, CPP, Neonatologia e Pediatria: 70.0% (42/60) referiram que estão totalmente satisfeitas pelos serviços que se beneficiaram e 30.0% (18/60) criticaram os serviços prestados pelo CS.

“eu não tenho nenhuma queixa pois eu sempre tive filhos neste hospital e as minhas consultas também faço aqui eu nunca fui maltratada por isso eu digo que sou bem tratada”

Relacionamento interpessoal: 70.0% (42/60) referiram que tiveram um bom atendimento e boa interação com os profissionais de Saúde. 18.3% (11/60) criticam o relacionamento com os profissionais de Saúde e 11.7% (7/60) referem que sentiram falta de protecção psicológica e de segurança.

“eu tinha vindo aqui, não tive nenhuma dificuldade, fui atendida com uma enfermeira jovem e nova, ela me recebeu me observou e disse que teria parto em uma hora e na verdade no tempo que ela disse eu tive o parto. Fui bem cuidada e bem observada, eu e meu bebé e logo que amanheceu fomos dispensados e fui para casa.”

Disponibilidade de insumos e recursos: 46.7% (28/60) elogiaram os serviços, 33.3% (20/60) referiram falta de alguns serviços como, água, electricidade, banheiros e camas. 20.0% (12/60) relatam abandonos das enfermeiras na US.

“(...) neste hospital o que mais nos preocupa é por falta de camas, nos deixarem aqui duas pessoas ou três na mesma cama não é bom, será que não vamos carregar doenças? Aqui falta camas, só tem duas e uma esta estragada. Falta luz e se você não traz lanterna, vai passar mal para ter parto.”

“eu quando fui ao hospital senti-me bem a única coisa que sei que tem faltado é casa de banho, luz e água, a água aqui esta longe e não tem recipientes para colocar. No dia do meu parto eu queria beber água e depois me disseram que o balde não podíamos por água de beber porque poem ali coisas com sangue.”

Tempo de espera para o atendimento: 86.7% (52/60) referiram que foram atendidas logo que chegaram na Maternidade e 13.3% (8/60) queixaram-se de ter esperado por muito tempo.

“eu quando cheguei no hospital me receberam e me deram cama e fui atendida logo porque encontrei a enfermeira ali no hospital.”

Comportamento e acções: Se estivesse grávida agora voltaria ao mesmo hospital para fazer a CPN, ter o Parto, internar o seu bebé?

Retorno a mesma US: 73.3% (44/60) disseram que voltariam aquela US caso estivessem grávidas, 21.7% (13/60) tiveram resposta proactiva e 5.0% (3/60) condicionaram o seu regresso.

“quando cheguei no hospital desde a consulta pré-natal, parto e até a vacinação nunca me tra-

taram mal, sempre foram bons comigo e gosto do jeito que eles me tratam todos os meus filhos tive neste hospital e com diferentes enfermeiras, mas elas sempre me trataram bem, cuidaram do meu bebê e me fizeram limpeza e deram-me alta, aqui para mim sempre foi bom.

Conclusões

As consultas pré-natais são pouco frequentadas, por razões socio culturais, pois o CS recomenda que as mulheres venham com o seu parceiro para a CPN e eles simplesmente não acompanham as suas esposas e isso condiciona com que elas tenham o mínimo de consulta recomendadas. Concluimos que as mulheres têm conhecimento do significado e importância da CPN, mas a sua frequência é condicionada como antes foi referido, mas também a distâncias, a equidade relacionado a igualdade no direito a assistência sem distinção de poder económico e ou posição social, foram apontados como elementos que contribuem no condicionamento em CS identificados.

As mulheres de Balama e Montepuez estão satisfeitas pelos serviços de saúde oferecidos visto que

maior parte das entrevistadas garantem retomar a mesma unidade sanitária para receber os cuidados de saúde. Tanto que a maioria 73.3% (44/60) das mulheres mostraram satisfação em relação os serviços prestados e garantem voltar a mesma unidade sanitária. Com estes resultados mostra a confiança que os profissionais de saúde demonstraram pela boa prestação e apontam como a falta de insumos, como camas, iluminação, água, e ainda o comportamento de alguns profissionais de saúde em CS e profissionais de saúde identificados no atendimento das gestante condicionam a oferta integral dos cuidados de saúde e satisfação das mesmas.

Referência bibliográfica

1. Beins e McCarthy (2012). Research methods end statistics. Editora: Pearson Education
2. World Health Organization. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO guidelines review committee [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2022 Set. 01]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259268>
3. Ministry of Health, Republic of Mozambique. Health Sector Strategic Plan PESS 2014-2019. Mozambique: Ministry of Health of Mozambique; 2013 Sep.

Acreditação do Programa de Formação em Epidemiologia de Campo de Moçambique: Um processo liderado por mulheres

Cynthia Semá Baltazar¹, Faiza Sallé¹, Auria Ribeiro Banze¹, Judite Monteiro¹, Cristolde Salomão¹, Ana Matusse², Erika Valeska Rossetto³

¹Instituto Nacional de Saúde, Maputo, Moçambique; ²African Field Epidemiology Network (AFENET), Maputo, Moçambique;

³ MassGenics, designada ao Centros de Prevenção e Controlo de Doenças, Maputo, Moçambique

 Cynthia Semá Baltazar

 Instituto Nacional de Saúde P.O. Box 264, Maputo, Moçambique; Phone/Fax: +258-21-309317

 cynthia.baltazar@ins.gov.mz

Resumo

Os Programas de Formação em Epidemiologia de Campo (*Field Epidemiology Training Program, FETP*) são cada vez mais necessários em todo o mundo. Com a persistência e ressurgimento de doenças transmissíveis e novas pandemias, o Regulamento Sanitário Internacional e a Agenda de Segurança Sanitária Global exigem a capacitação de epidemiologistas de campo competentes, e em número suficiente, em todos os países para detectar, responder e conter rapidamente emergências de saúde pública, bem como garantir a saúde global.

O FETP possui um modelo de formação em pirâmide com três níveis (básico, intermédio e avançado) no qual os formandos passam tempo mínimo na sala de aula, e o máximo de tempo possível no campo - fornecendo serviços de saúde pública enquanto adquirem competências em epidemiologia de campo. Em 2016 a Rede Global de Programas de Formação em Epidemiologia e Intervenções em Saúde Pública (*Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network, TEPHINET*) introduziu um processo de acreditação para o nível avançado do programa. A acreditação é uma oportunidade para os FETP se alinharem com um conjunto de padrões globais comuns que suportam treino de qualidade e proporcionam maior reconhecimento de seu valor para alcançar as prioridades de saúde pública do país.

Em Moçambique o FETP foi estabelecido em 2010. Em 2019 o Programa iniciou a sua candidatura para o processo de acreditação. Este artigo documenta o processo de acreditação internacional do FETP para a manutenção da qualidade do Programa em Moçambique, descrevendo a experiência duma equipa que foi integralmente constituída por mulheres.

Palavras-Chave: Saúde Pública, Epidemiologia, FETP, Acreditação, Moçambique

Introdução

Durante a última década, os Programas de Formação em Epidemiologia de Campo (*Field Epidemiology Training Program, FETP*) a nível mundial, e em especial no continente africano, têm formado um número crescente de profissionais capazes de lidar com situações de ameaça à saúde pública em vários domínios, incluindo surtos e resposta a emergências.¹⁻⁴ Desde 1980, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*), em colaboração com os Ministérios da Saúde, estabeleceram o FETP em mais de 70 países, com vista a fortalecer a capacidade de preparação e resposta atempada às ameaças de

saúde pública.^{5,6}

No FETP as competências em epidemiologia de campo variam de acordo com o nível de formação. Ao longo dos anos o programa foi evoluindo, e recentemente vários países passaram a implementar o modelo de formação em pirâmide com três níveis de formação: (i) Linha de Frente (também designado como *Frontline*), com uma duração de 3 meses; (ii) Intermidiário, com uma duração de nove meses e, (iii) o Avançado, com dois anos de dedicação exclusiva para a formação em serviço, e que em vários países culmina com grau a obtenção do grau Mestrado.⁷

Os FETP são implementados de modo que um mí-

nimo de 75% do tempo seja voltado para o desenvolvimento de competências em serviço sob o lema “aprendendo fazendo”, em que os formados fornecem serviços epidemiológicos críticos para a saúde pública no Sistema Nacional de Saúde (SNS) através de um estágio prático. Os restantes 25% do tempo de aprendizagem correspondem a ensino formal em sala de aulas e cursos online.

A Agenda Global de Segurança Sanitária (*Global Health Security Agenda, GHSA*) e o Quadro de Monitoria e Avaliação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), através da ferramenta de Avaliação Externa Conjunta (*Joint External Evaluation, JEE*) do RSI da Organização Mundial de Saúde (OMS),⁸ enfatizam que a proteção e segurança sanitária são questões globais - não somente de um país - e destacam a necessidade de estabelecimento de FETPs sustentáveis e com alta qualidade. Assim, recomenda-se que os países reforcem a formação de profissionais de saúde pública, com vista a alcançar o objetivo mínimo de um epidemiologista de campo por cada 200 mil habitantes e um técnico de agropecuária com formação em epidemiologia por cada 100 mil habitantes, fortalecendo assim a capacidade de vigilância em saúde e resposta aos eventos em saúde pública, usando a abordagem de uma *One Health* (Uma Saúde).

Em resposta ao número crescente de FETP em todo o mundo e à variação na sua implementação, a TEPHINET (Rede Global de Treinamento em Epidemiologia de Campo para Intervenientes em Saúde) desenvolveu e implementou um processo de acreditação destes programas, tendo em vista garantir que todos eles estejam alinhados quando avaliados por meio de indicadores de qualidade padronizados. Garantir a qualidade dos FETP é uma das prioridades das oito componentes do Roteiro Global de Epidemiologia de Campo, que enfatiza ainda que o grupo de liderança estratégica global (*Strategic Leadership Group, SLG*) deve continuar a fortalecer e expandir os esforços para garantir e melhorar a qualidade dos FETP, incluindo o apoio através das redes.⁵

A ferramenta de acreditação da TEPHINET engloba atributos mínimos desenvolvidos durante vários anos de implementação dos programas de epidemiologia de campo no mundo. Muitos factores intervêm para que um programa alcance a qualidade desejada, como a real compreensão do que é um programa FETP e o benefício que o programa traz para o país; o envolvimento das autoridades de saúde pública no

desenvolvimento e execução do programa, a participação e qualidade dos mentores e supervisores, a qualidade da formação e os materiais utilizados; o processo de seleção dos participantes; o tempo dedicado ao desenvolvimento de competências através da prática em trabalhos de campo, entre outros.^{6, 9, 10}

Os programas do FETP estão integrados na rede global e/ou em redes regionais, com necessidades e objectivos comuns. Essas redes têm como missão acelerar o progresso em direcção a um mundo seguro e protegido contra as ameaças de saúde pública fortalecendo os FETPs, promovendo o intercâmbio entre residentes e graduados, e apoiando no processo de melhoria da qualidade de formação.^{10, 11} Em Moçambique, o FETP foi estabelecido em 2010 pelo Ministério da Saúde com vista a capacitar profissionais de saúde para preparação e resposta a emergências de saúde pública. O programa é coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde (INS), em colaboração com a Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) e a Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane (UEM), e conta com o apoio técnico do CDC.¹² Inicialmente designado como Programa de Formação em Epidemiologia de Campo e Laboratorial (FELTP), em 2018 o programa foi reestruturado e adaptado para melhor responder às demandas do país, passando a designar-se por Programa de Formação em Epidemiologia de Campo (Moz-FETP).

Aquando do anúncio do 6º ciclo de acreditação da TEPHINET em 2019, o Moz-FETP submeteu a sua candidatura para a acreditação da TEPHINET. Neste artigo descrevemos a experiência da acreditação do Moz-FETP e apresentamos a nossa visão sobre este processo.

O Processo da Acreditação

Em 2016, a TEPHINET lançou o primeiro ciclo da acreditação para os programas FETP do nível avançado, usando como ferramenta uma tabela de indicadores com padrões mínimos a cumprir com relação aos principais atributos de um FETP de nível avançado.

O processo de acreditação compreende cinco etapas. A primeira etapa consiste na Auto-avaliação de Prontidão para a Acreditação na qual decorre autoanálise dos sistemas de qualidade usando como base a ferramenta de acreditação. Esta etapa é crucial, pois é a base para que o país avalie se cumpre ou não com os critérios definidos. A

segunda etapa compreende a submissão da Carta de Intenção e Certificação de Elegibilidade. A terceira etapa consiste em proceder à submissão *online* da documentação relevante, após uma minuciosa avaliação e verificação dos indicadores definidos pela TEPHINET. A quarta etapa envolve uma visita de avaliadores externos à instituição candidata para verificação *in loco* da documentação relevante para revisão e posterior decisão do Grupo Global de Acreditação da TEPHINET (TEPHINET Global Accrediting Body, GAB). O processo dura em média 1-2 anos.

Os padrões exigidos são agrupados em cinco domínios: (1) Gestão, Infraestrutura e Operações; (2) Integração com o Serviço de Saúde Pública; (3) Pessoal e Supervisão; (4) Selecção e Treinamento de Residentes; e (5) Melhoria Contínua da Qualidade.

O Certificado de Acreditação é válido por 3 anos e desde o lançamento de seu primeiro ciclo de acreditação em 2016, o *Global Accreditation Body* (GAB) acreditou 24 programas do nível avançado e no último ciclo iniciou com o processo de acreditação do nível intermediário, tendo acreditado já um programa.⁸

Processo de Acreditação do Moz-FETP

Moçambique submeteu a sua carta de manifestação de interesse logo após o anúncio do 6º ciclo de acreditação lançado em 2019. A aplicação foi integralmente submetida em inglês e os documentos de suporte em Português através da plataforma electrónica desenvolvida pela TEPHINET. A descrição dos domínios, indicadores, processos de melhoria e principais desafios encontra-se descrita na **tabela 1**.

O INS recebeu em Julho de 2022 a visita de duas avaliadoras internacionais. Durante uma semana decorreram entrevistas com vários intervenientes e informantes-chave incluindo residentes, graduados, funcionários da Faculdade de Medicina, chefes de laboratórios de referência, mentores e supervisores do programa, directores do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Saúde, e outros colaboradores que trabalham directamente com o FETP.

Moçambique recebeu oficialmente a Certificação de Acreditação do Programa no dia 9 de Setembro de 2022, durante a 11ª Conferência Científica da TEPHINET.

Domínio 1. Gestão, Infraestrutura e Operações

O Moz-FETP é orientado por um Comité de Decisão Executivo que é liderado pelo Director Nacional de

Saúde Pública (DNSP). O Comité de Decisão inclui dirigentes do Ministério da Saúde (Director de Formação dos Profissionais de Saúde, Chefe do Departamento de Vigilância em Saúde da DNSP) e do Instituto Nacional de Saúde (incluindo Director Nacional de Inquéritos e Observação em Saúde, Director Nacional de Formação e Comunicação em Saúde, Chefe do Departamento de Inquéritos e Vigilância em Saúde e, Chefe do Departamento de Formação), um Director dos Serviços Provinciais de Saúde (com participação rotativa) e outros. O Comité de Decisão também inclui representantes das organizações parceiras estratégicas como o CDC, OMS e a Faculdade de Medicina da UEM. As principais funções do comité incluem: orientação estratégica, mobilização de recursos; assessoria para expansão de programas, orientação estratégica sobre a transformação dos resultados do FETP em políticas públicas para melhorar as condições de saúde da população; e, monitorar e avaliar o desempenho qualitativo e quantitativo do programa. Este comité reúne-se ordinariamente duas vezes ao ano para deliberar sobre o desempenho do programa e decidir sobre questões importantes como padrões de recrutamento, qualidade, eficácia, impacto na saúde e sustentabilidade do programa, entre outros.

O programa está baseado no edifício-sede do INS em Marracauene e as aulas teóricas e outras actividades académicas decorrem na Faculdade de Medicina da UEM. Os residentes têm acesso as principais bibliotecas de saúde físicas e digitais e outros recursos.

Os residentes e graduados do programa têm participado de forma activa na resposta às emergências de saúde pública e desastres humanitários. Destacam-se nos últimos anos a resposta aos ciclones Idai e Kenneth, ciclone Freddy, inundações, a pandemia por COVID-19, investigações de surto de sarampo, intoxicação alimentar, cólera, raiva, influenza, pelagra, entre outros.^{12, 16} Os residentes têm contribuído de forma significativa para a melhoria nos sistemas de vigilância através da realização de avaliações de sistemas de vigilância e intervenções para o controlo de doenças infecciosas. Adicionalmente os residentes têm apoiando a implementação de vigilância de eventos de massa (por ex. visita do Papa Francisco em 2019, Festival Nacional da Cultura, Festividades de Gwaza-Muthini, Jogos Pan-africanos em 2011, entre outros). No caso de investigações de surto, os residentes e

graduados trabalham em estreita colaboração os Serviços Provinciais de Saúde, as DPSs, as delegações do INS e com os laboratórios de referência do INS para confirmação laboratorial.

Domínio 2. Integração com os Serviços de Saúde Pública

O governo contribui com financiamento para os custos do programa (por exemplo: salários para alguns membros da equipe, espaço do programa, equipamentos de comunicação, serviços públicos, etc). A maior proporção do financiamento para a operacionalização do programa e suporte das despesas dos residentes provêm de fundos externos, tais como o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da SIDA (PEPFAR), a Iniciativa do Presidente dos Estados Unidos contra a Malária (PMI) e da Rede Africana de Epidemiologia de Campo (AFENET).

Durante os 24 meses de formação, os residentes são enviados para trabalho de campo em locais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), onde desenvolvem as suas habilidades e competências em actividades básicas de aprendizagem por meio de estágio supervisionado. Os locais de estágio são unidades estratégicas, como os programas nacionais da Direcção Nacional de Saúde Pública (por ex. Malária, Nutrição, Tuberculose, Doenças Tropicais Negligenciadas, Vigilância em Saúde, entre outros) Departamentos e Unidades do Instituto Nacional de Saúde, Departamentos do Ministério da Saúde.

Durante o tempo de trabalho de campo os residentes realizam actividades de avaliação de vigilância e de sistemas de informação em saúde, investigações de surtos, análise de dados e outras aplicações práticas de saúde pública usando as habilidades e conhecimentos aprendidos durante o curso. Os principais produtos incluem relatórios de investigações de surtos, protocolo e relatório de pesquisa, análise de dados, relatório de avaliação de sistema de vigilância, redação de artigos para revistas científicas e boletins de saúde pública, bem como resumos para conferências. Todos os relatórios são compartilhados com as autoridades de Saúde Pública competentes após a revisão feita pelos mentores e supervisores.

Domínio 3: Pessoal e Supervisão

Para alcançar todas as competências exigidas os residentes trabalham sob a supervisão directa de

mentores e supervisores qualificados e experientes, durante os dois anos de formação. Os mentores são profissionais com conhecimentos específicos e fortes habilidades interpessoais necessárias para apoiar e orientar os formandos.

Relatórios regulares sobre o desempenho dos residentes pelos mentores, supervisores e equipe de coordenação são fornecidos ao residente e uma avaliação semestral conjunta é realizada de forma rotineira.

Domínio 4: Seleção e Formação dos Residentes

O processo de seleção de candidatos foi revisto e actualizado em 2019 para se tornar mais competitivo. Este processo é conduzido por uma comissão que acompanha e executa todas as componentes do processo selectivo, e é composta por representantes do INS, Faculdade de Medicina da UEM e do CDC, e é presidida pelo Director do FETP. O processo de seleção inicia com a publicação de um edital nos principais meios de comunicação interna e externa. O processo de recrutamento do Moz-FETP possui três etapas eliminatórias, que consistem: (i) análise de evidências documental; (ii) entrevista por telefone, e (iii) avaliação presencial; esta última fase visa aferir a capacidade de expressão oral do candidato numa sequência lógico-semântica em resposta às proposições das etapas anteriores (i e ii). A última etapa conta ainda com uma avaliação teórico-prática de conceitos referentes a epidemiologia básica. No final a comissão delibera sobre os candidatos aprovados, com base na avaliação da última etapa.

Domínio 5: Melhoria Contínua

Várias acções para a melhoria do programa foram implementadas nos últimos anos. Reconhecendo a necessidade de fortalecer as acções de prevenção e controle de doenças prevalentes no país, e após a realização da Avaliação Externa Conjunta do Regulamento Sanitário Internacional que o país realizou em 2016, o currículo FETP foi revisto e adaptado em 2019 às prioridades do país. Na altura, o programa foi reestruturado para aprimorar a gestão, agregando as seguintes posições à equipe de coordenação do programa: coordenador das actividades de campo; coordenador de Estágios; coordenador Científico; coordenador do Processo de Melhoria Contínua da Qualidade; oficial de Monitoria e Avaliação e Administrativo. Antes dessa reestruturação, os únicos cargos do

programa eram o de Director do Programa, assessor Residente e coordenador Acadêmico.

Reuniões de acompanhamento com residentes e coordenação passaram a ser implementadas de forma regular (geralmente a cada duas semanas) para discussão de aspectos ligados a implementação das actividades pelos residentes, principais desafios encontrados, e plano de implementação actividades subsequentes.

Foram estabelecidos grupos de *WhatsApp* com residentes para cada turma específica e um grupo geral para residentes e graduados. Os grupos de *WhatsApp* são usados para compartilhar informações estratégicas do dia-a-dia, quer seja nas actividades de estágio ou nas investigações de campo. Para além do *Whatsapp* também foi criado um grupo de *email* conjunto como forma de partilhar oficialmente todas informações estratégicas.

A cada 6 meses os residentes são avaliados pela equipe de coordenação do programa. A avaliação é feita em uma reunião individual, onde o desempenho do(a) residente é revisto, e se avalia se foram atingidas as metas previstas no seu plano de trabalho. Nesta reunião, os residentes têm a oportunidade de apresentar os desafios encontrados e receber recomendações para melhorar seu desempenho. Os residentes também são avaliados pelos supervisores de campo e mentores. O resumo dos relatórios de avaliação é discutido e compartilhado com os residentes para melhoria da qualidade.

O programa desenvolveu um sistema onde um portfólio electrónico contendo todos produtos dos residentes é armazenado num servidor em nuvem, à qual apenas a equipa de coordenação tem acesso.

Observações sobre o processo da acreditação

Para o processo de acreditação da TEPHINET, a qualidade é definida como um atributo desejável em conformidade com padrões pré-definidos acordados. Os actuais critérios da acreditação concentram-se em requisitos mínimos como base para a qualidade, mas não garantem a qualidade do produto final. As avaliações são realizadas de forma objectiva e com estrita adesão à documentação, processos, procedimentos e validação dos requisitos de cada indicador conforme descrito no manual.

O processo de acreditação é de carácter voluntário, que está associado ao nível de competência do programa para atingir padrões predeter-

minados. Apesar de ser um processo voluntário, a acreditação traz visibilidade e credibilidade em seus processos e formação a nível global.

A língua poderá representar um dos principais desafios. Todos os materiais, incluindo a plataforma electrónica para a submissão de documentos, estão em língua inglesa, o que constitui um desafio para países com idioma principal diferente, como é o caso de Moçambique (que tem toda a documentação em português). A TEPHINET garante que os revisores sejam igualmente fluentes em inglês e na língua local do programa a ser avaliado de modo que a comunicação seja perceptível por ambas partes e a avaliação documental seja efectuada de forma objectiva e clara.

O processo de acreditação é minucioso e participativo, o que requer um compromisso de tempo substancial e dedicação dos envolvidos no FETP. Reconhecendo a importante contribuição da epidemiologia de campo para a prevenção, controle de doenças e resposta às emergências, é importante destacar a contribuição considerável e construtiva das autoridades de saúde, e dos diversos intervenientes-chave no sucesso do processo da acreditação.

Considerações Finais

As recorrentes ameaças de emergências sanitárias, aumentam a complexidade das necessidades de saúde pública em Moçambique. A existência prolongada destes problemas requer uma resposta de saúde pública aprimorada, exigindo a formação de profissionais de saúde com experiência de campo na investigação de surtos, vigilância e resposta a emergências. O FETP fornece um modelo robusto e prático para desenvolver esta capacidade de forma sustentada, através da sua abordagem “aprendendo fazendo”, combinando o treinamento didático com a experiência de trabalho de campo aplicada, num processo de mentoria entre pares.

O processo de acreditação da TEPHINET é objectivo e eficaz na avaliação da implementação de sistemas e processos, e oferece oportunidades para melhoria contínua de lacunas de gestão da qualidade do programa. A acreditação constitui uma ferramenta que apoia o desenvolvimento do FETP, mas não deve ser olhada apenas como uma oportunidade para receber um reconhecimento internacional, mas é também uma oportunidade de construir um sistema de formação com melhorias

Tabela 1. Principais constatações e intervenções dentro dos cinco domínios do processo de acreditação da TEPHINET

Domínio	Principais constatações	Áreas de Melhoria	Desafios
1. Gestão, Infraestrutura e Operações a) Governança b) Infraestrutura c) Operações e Procedimentos	- Comité de Decisão que é liderado pelo Diretor Nacional de Saúde Pública se reúne ordinariamente 1-2 vezes por ano para monitorar o desempenho do programa e fornecer orientações, estratégias e assessoria em questões relacionadas com expansão do programa, impacto no sistema e sustentabilidade - O programa é oficialmente reconhecido como uma componente importante do Ministério da Saúde na resposta a surtos e emergências em saúde pública. - Sediado nas Instalações do INS e com espaço, equipamento e consumíveis para trabalho prático - Manual de procedimentos e Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) disponíveis para selecção de candidatos, locais de estágio e avaliação	- Actualização dos Termos de Referência do Comité de Decisão (2019) para inclusão de altos funcionários do MISAU, INS, parceiros e Serviços Provinciais de Saúde de forma rotativa - Elaborados guiões e padronizados modelos de relatórios e apresentações - POPs revistos e adaptados para inclusão no sistema de qualidade	- Fraca disponibilidade de tempo do Comité de Decisão para agendamento de reuniões - Insuficiente número de epidemiologistas de campo treinados para atender as necessidades do País e ao padrão internacional de saúde pública de 1 epidemiologista de campo para cada 200.000 habitantes - Ausência de salas de dedicação exclusiva do programa para actividades em grupo - Necessidade de inclusão de critérios para o afastamento de residentes.
2. Integração com os Serviços de Saúde Pública Pessoal e Supervisão a) Apoio do Governo b) Locais de estágio c) Engajamento com as autoridades de saúde pública	- Contributo financeiro por parte do Governo (ex. salários da equipe, espaço do programa, equipamentos de comunicação, serviços públicos etc.) - Residentes alocados em locais estratégicos do SNS para desenvolvimento das competências, com cronogramas e produtos claramente definidos. - Divulgação da dos trabalhos de campo e actividades de pesquisa através de relatórios, apresentações às autoridades, actualizações diárias/semanais nas investigações de surtos e respostas a emergências de saúde pública	- Busca de financiamento adicional - Incremento da equipa de coordenação - Designação de supervisor dos locais de estágio - Termos de Referência dos Locais de Estágio - Avaliação Semestral dos residentes - Estabelecidos mecanismos de comunicação rápida (Whatsapp) durante investigações de surtos, respostas a emergência e outras actividades de campo - Desenvolvidos modelos de informes/relatórios simplificados para partilha com as autoridades competentes	- Alta dependência de fundos externos - Alguns supervisores de estágio sem habilidades técnicas e nível académico para adequado/suficiente para apoiar/orientar o processo de revisão dos produtos - Dificuldade de participação nas resposta a surtos que ocorrem em locais periféricos - Pouca clareza sobre papel do epidemiologista na força de trabalho de saúde pública no sistemas de saúde
3. Pessoal e Supervisão	- Existência de um director do programa e coordenadores de áreas estratégicas - Um supervisor e um mentor por cada Residente - Assessoria técnico e científica apoiada por parceiros	- Hierarquia de coordenação estabelecida para componentes do programa: supervisão, trabalho de campo, monitoria e avaliação, sistema de qualidade, eventos científicos e administração.	- Maior parte do pessoal sem dedicação exclusiva, incluindo mentores/supervisores - Múltiplas estruturas de supervisão/revisão que por vezes sobrecarregam e atrasam o processo
4. Selecção e Treinamento dos Residentes	- Procedimento padronizado de recrutamento de ingressos - Lista de competências essenciais - Currículo com actividades e resultados esperados para residentes e supervisores. - Lista de produtos obrigatórios para graduação e certificação dos residentes	- Processo de recrutamento reestruturado (2019) com fases de avaliação documental, entrevista telefónica e avaliação presencial por painel com membros de diferentes instituições envolvidas no programa	- Lacunas na formação prévia dos candidatos - Desconhecimento do papel do epidemiologista de campo pelos candidatos
5. Melhoria contínua	- Programa usa plataforma electrónica como repositório de materiais de treino e produtos dos residentes.	- Currículo FETP revisto e adaptado (2019) às prioridades do país, seguindo recomendações da avaliação externa conjunta (JEE) do RSI (2016) - Programa reestruturado para aprimorar a gestão e o sistema de reporte	- Avaliação individual de desempenho por residente - Produtos do programa organizados por coorte e classificação do produto

contínuas para um treinamento de profissionais com alta qualidade. E é também um mecanismo de responsabilização do sistema nacional de saúde e das instituições que o coordenam o compromisso com a qualidade.

Agradecimentos

As autoras agradecem ao Comité de Decisão do Moz-FETP, aos Líderes e Directores do SNS, Mentores, Supervisores, Residentes, Graduados, e a todos que, de forma incrível, contribuíram para a sucesso da Acreditação.

Isenção de responsabilidade

As opiniões expressas nesta publicação são exclusivamente das autoras. O seu conteúdo é da inteira responsabilidade das autoras, e não representa necessariamente a visão oficial das instituições contratantes e financiadoras.

Financiamento

Este manuscrito foi financiado em parte pelo Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos da América para o Alívio do SIDA (PEPFAR) através dos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) sob os termos do Acordo de Cooperação (CoAg) número GH002021.

Contribuição dos Autores

Todos os autores contribuíram igualmente para escrever sobre as suas próprias perspectivas e editar o manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

Conflito de Interesses:

Não há conflito de interesses, pessoais ou financeiros.

Referências Bibliográficas

- Wilson K, Juya A, Abade A, Sembuche S, Leonard D, Harris J, et al. Evaluation of a New Field Epidemiology Training Program Intermediate Course to Strengthen Public Health Workforce Capacity in Tanzania. *Public Health Rep.* 2021;136(5):575–83.
- Subramanian RE, Herrera DG, Kelly PM. An evaluation of the global network of field epidemiology and laboratory training programmes: a resource for improving public health capacity and increasing the number of public health professionals worldwide. *Hum Resour Health.* 2013;11:45.
- Nsubuga P, Johnson K, Tetteh C, Oundo J, Weathers A, Vaughan J, et al. Field Epidemiology and Laboratory Training Programs in sub-Saharan Africa from 2004 to 2010: need, the process, and prospects. *Pan Afr Med J.* 2011;10:24.
- Gitta SN, Wabwire-Mangen F, Tshimanga M. Field epidemiology in Africa. *Pan Afr Med J.* 2011;10 Suppl 1(Suppl 1):1.
- O'Carroll PW, Kirk MD, Reddy C, Morgan OW, Baggett HC. The Global Field Epidemiology Roadmap: Enhancing Global Health Security by Accelerating the Development of Field Epidemiology Capacity Worldwide. *Health Secur.* 2021;19(3):349–51.
- Bell E, Mittendorf C, Meyer E, Barnum O, Reddy C, Williams S, et al. Continuing Contributions of Field Epidemiology Training Programs to Global COVID-19 Response. *Emerg Infect Dis.* 2022;28(13):S129–37.
- André AM, Lopez A, Perkins S, Lambert S, Chace L, Noudeke N, et al. Frontline Field Epidemiology Training Programs as a Strategy to Improve Disease Surveillance and Response. *Emerg Infect Dis.* 2017;23(13):S166–173.
- WHO. Joint external evaluation tool: International Health Regulations. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240051980>
- Collins D, Diallo BI, Bah MB, Bah M, Standley CJ, Corvil S, et al. Evaluation of the first two Frontline cohorts of the field epidemiology training program in Guinea, West Africa. *Hum Resour Health.* 2022;20(1):40.
- TEPHINET. Accreditation of Field Epidemiology Training Programs Evaluation [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.tephinet.org/sites/default/files/content/attachment/2020-12-14/TEPHINET%20Accreditation%20Process%20Evaluation%20Report%2011302020%20%281%29.pdf>
- Cardenas VM, Roces MC, Wattanasri S, Martinez-Navarro F, Tshimanga M, Al-Hamdan N, et al. Improving global public health leadership through training in epidemiology and public health: the experience of TEPHINET. *American journal of public health.* 2002;92(2):196–7.
- Baltazar CS, Taibo C, Sacarlal J, Gujral L, Salomão C, Doyle T. Mozambique field epidemiology and laboratory training program: a pathway for strengthening human resources in applied epidemiology. *Pan Afr Med J.* 2017;27:233.
- Baltazar CS, Rossetto EV. Mozambique Field Epidemiology and Laboratory Training Program as responders workforce during Idai and Kenneth cyclones: a commentary. *Pan Afr Med J.* 2020;36.
- Elias HI, Chicanequisso EM, Nhantumbo B, Braga JM, Gurjal L, Luis M, et al. Profile of people seeking health services during Pope Francis' visit to Mozambique. *Pan Afr Med J.* 2020;35(95).
- Braga JM, Nhantumbo L, Nhambomba A, Cossa E, Nhambomba C, Dimas T, et al. Epidemiological profile of health consultations during the Mozambique 9th National Cultural Festival. *Pan Afr Med J.* 2019;33:52.
- Gerson A, Auria R Banze, Baltazar C, Cynthia S Baltazar, Erika V Rossetto. Challenges for malaria surveillance during the covid-19 emergency response in Nampula, Mozambique, January-May 2020. *Pan Afr Med J.* 2021;38(254)



Figura 1. Equipa do FETP Moçambique nível avançado com o certificado da acreditação da TEPHINET.

Experiência e Desafios na Acreditação do Curso de Licenciatura em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane

Natércia Fernandes, Tufária Mussá, Jahit Sacarlal

Faculdade de Medicina, Universidade Eduardo Mondlane

 Natércia Fernandes

Universidade Eduardo Mondlane | Faculdade de Medicina | Departamento Académico de Pediatria

 naterciaf2007@gmail.com

Resumo

Este artigo pretende contextualizar o processo de melhoria da qualidade do ensino superior em Moçambique, desde a sua concepção, abordando, de forma sequencial, os instrumentos e mecanismos criados para a sua implementação; descreve, de forma sumária, o processo de avaliação e acreditação do curso de Licenciatura em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, referindo-se também aos desafios e benefícios relacionados a este processo.

Palavras-chave: Acreditação, Licenciatura em Medicina.

Abstract

This article aims to contextualize the process of improving the quality of higher education in Mozambique, from its conception, addressing in a sequential manner the instruments and mechanisms created for its implementation; briefly, describes the process of evaluation and accreditation of the Degree in Medicine at the Faculty of Medicine of the Eduardo Mondlane University, also referring to the challenges and benefits related to this process.

Keyword: Accreditation, Degree in Medicine.

Introdução

A *British Standards Institution* define qualidade como “a totalidade de características de um produto ou serviço que incidem na sua capacidade para satisfazer uma determinada necessidade”.¹ Esta definição adapta-se perfeitamente às Instituições de Ensino Superior (IESs), que após avaliação formulam as necessidades da instituição, com a finalidade de garantir um ensino de qualidade.

Em 2007, o Conselho de Ministros de Moçambique aprovou, por meio do Decreto nº 63/2007, o Sistema Nacional de Avaliação, Acreditação e Garantia de Qualidade do Ensino Superior (SINAQES) e criou o Conselho Nacional de Avaliação de Qualidade do Ensino Superior (CNAQ) como órgão implementador do SINAQES² para avaliação da qualidade do ensino superior em Moçambique. O SINAQES apresenta as seguintes dimensões: a) Auto-Avaliação (conjunto de normas, mecanismos e procedimentos verificados pelas próprias IESs para avaliar o seu desempenho); b) Avaliação Externa (conjunto de normas, mecanismos e proce-

dimentos que são verificados por entidades externas às IESs para avaliarem o seu desempenho) e c) Acreditação (certificação pelo órgão implementador e supervisor do SINAQES da qualidade de uma IES ou dos seus cursos e programas). Estas três dimensões apresentam princípios diferentes, tais como participação, transparência, regularidade, incrementalidade, obrigatoriedade e divulgação na Auto-Avaliação; objectividade, igualdade, transparência, participação, regularidade, periodicidade e confidencialidade na Avaliação Externa e objectividade, igualdade, transparência, regularidade, periodicidade e independência na Acreditação.³ Existem 9 indicadores de qualidade para a avaliação de cursos e programas, a mencionar: Indicador 1 – Missão e objectivos gerais da Unidade Orgânica (UO); Indicador 2 – Organização e gestão dos mecanismos de garantia de qualidade; Indicador 3 – Currículo; Indicador 4 – Corpo Docente; Indicador 5 – Corpo Discente; Indicador 6 – Pesquisa e Extensão; Indicador 7 – Infraestruturas; Indicador

8 – Corpo Técnico e Administrativo e Indicador 9 – Internacionalização.⁴ O Conselho Universitário da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) aprovou, em 2013, o Sistema de Garantia de Qualidade Académica (SISQUAL) e, no mesmo ano, criou o Gabinete para a Qualidade Académica (GQA).^{4,5}

Em 2019 foi criado o Gabinete de Planificação, Qualidade e Estudos Institucionais, no qual foi integrado o anterior GQA, com o objectivo de alargar o sistema de qualidade a toda a instituição, deixando o seu âmbito de ser apenas académico, para incluir as áreas de governação e de gestão dos recursos e serviços de apoio a nível central e das UOs enquadradas na avaliação institucional.⁶ De acordo com o Plano Estratégico da UEM,⁷ esta instituição pretende (para o decénio 2018-2028) ser *“uma universidade de referência nacional, regional e internacional na produção e disseminação de conhecimento científico e na inovação, destacando-se a investigação como alicerce dos processos de ensino-aprendizagem e extensão”*. Neste contexto, a Faculdade de Medicina (FAMED) da UEM realizou duas auto-avaliações do curso de Licenciatura em Medicina: a primeira em 2014 (com acreditação em 2018) e a segunda em 2020 (com acreditação em 2021). Foi objectivo deste artigo contextualizar o processo de acreditação do curso de Licenciatura em Medicina da FAMED em dois períodos, assim como as suas experiências e seus desafios.

Procedimentos

Em relação à metodologia usada, tanto na primeira como na segunda auto-avaliação, o processo de preparação teve uma duração de cerca de 3 meses e consistiu nas seguintes etapas: a) nomeação da Comissão de Auto-avaliação (CAA), constituída por 4 docentes, um membro do corpo Técnico-administrativo (CTA) e um estudante finalista; b) realização de encontros de coordenação da CAA; c) definição e distribuição das tarefas entre os membros da CAA; d) identificação, selecção e organização das evidências; e) elaboração do relatório, que incluía uma análise FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) e proposta de acções de melhoria para cada indicador e f) digitalização do relatório e evidências, e submissão na plataforma electrónica do CNAQ. Seguiu-se o envio de uma Comissão de Avaliação Externa

(CAE) à FAMED, indicada pelo CNAQ (constituída por um coordenador, um especialista da área e um membro socializado) para aferir as constatações do relatório de auto-avaliação e evidências submetido na plataforma do CNAQ. A actividade realizada pela CAE culminou com a elaboração de um relatório detalhado com pontuação obtida de acordo com os critérios de verificação alcançados em cada indicador (**Tabela 1**).

Resultados & Discussão

Os resultados mostraram um desempenho de 76,29% e 98,8% na primeira e segunda acreditação, respectivamente. O desempenho obtido na primeira acreditação correspondeu à classificação de “Satisfatório”, com uma validade condicional de 2 anos. Na segunda a classificação, foi de “Excelente”, com validade de 5 anos.

Na análise das dinâmicas do ensino superior, o processo de avaliação de qualidade apresenta suas complexidades, desde a indefinição clara do que é qualidade do ensino superior até aos principais indicadores que devem ser considerados para mensurar se uma IES é ou não de qualidade e quais os dispositivos que regulam a criação e funcionamento com eficiência, equidade e qualidade. O processo conducente à melhoria da classificação do curso de Licenciatura em Medicina, no processo de acreditação, envolveu um gigantesco esforço de todos na auto-organização para responder e/ou corrigir todas as solicitações inerentes a este processo. No geral, no primeiro período, os desafios enfrentados prenderam-se às dificuldades na identificação de evidências relevantes para validar os critérios de verificação dos padrões em todos os indicadores. No segundo período, ainda que tivessem sido registadas melhorias, os desafios persistiram, sobretudo nos indicadores de infra-estruturas e do CTA. Em relação às infraestruturas, deve-se ter em conta o facto de a FAMED ser uma instituição com mais de 50 anos, tendo sido construída numa perspectiva de ensino completamente diferente da actual. Sobre o CTA, os desafios prendem-se, principalmente, à necessidade de se elevar o nível de formação destes, sendo que, gradualmente, a UEM tem feito um esforço nessa direcção. Uma limitação “transversal” é, sobretudo, a falta de recursos financeiros para a obtenção e manutenção de níveis desejáveis de

qualidade. Um dos grandes benefícios deste processo foi a realização de um exercício de conhecimento, do qual não havia prática até então, tendo como principais beneficiários os docentes, o CTA e os estudantes do curso e como beneficiários indirectos os doentes.

Considerações finais

Apesar dos constrangimentos e das “dores” provocadas pelo processo de auto-avaliação/avaliação externa/acreditação, o resultado consubstancia-se num reforço da qualidade da oferta formativa da FAMED. Espera-se que estes aspectos comecem a ser considerados pelos estudantes quando estes ponderarem as suas decisões em termos de escolha da IES, e do curso que pretendem frequentar.

Referências Bibliográficas

1. McTaggart R. Quality assurance. in J. Baird; 2006.
2. Decreto – Lei no 63/2007, de 31 de Dezembro. BR, 1ª série, nº52: Cria o Sistema Nacional de Avaliação, Acreditação e Garantia de Qualidade do Ensino Superior e o Conselho Nacional de Avaliação de Qualidade do Ensino Superior (SINAQES); 2007.
3. Conselho Nacional de Avaliação de Qualidade (CNAQ). Manual de Avaliação Externa de Cursos e Programas; 2012.
4. Universidade Eduardo Mondlane (UEM). Gabinete para a Qualidade Académica (GQA). Manual da Auto-avaliação dos Cursos de Licenciatura; 2014.
5. Universidade Eduardo Mondlane (UEM). Sistema de Gestão da Qualidade da Universidade Eduardo Mondlane (SIS-QUAL-UEM); 2020.
6. Deliberação no 11/CUN/2019 de 17 de Maio de 2019; 2019.
7. Universidade Eduardo Mondlane (UEM). Plano Estratégico da UEM 2018-2028. Rumo a uma Universidade de Investigação; 2017.

Tabela 1. Desempenho por padrão e indicador avaliado pela Comissão de Avaliação Externa do Conselho Nacional de Avaliação de Qualidade do Ensino Superior comparando dois períodos (Fonte: Adaptado de Relatórios da CAE, 2018 e 2021)

Indicador		Total de padrões por indicador	2018		2021	
			Total de Desempenho nos padrões	Total de Desempenho da UO no indicador	Total de Desempenho nos padrões	Total de Desempenho da UO no indicador
I	Missão e objectivos gerais da unidade orgânica	2	138,63%	69,31%	200%	100%
II	Organização e gestão dos mecanismos de garantia de qualidade	6	382,89%	63,83%	600%	100%
III	Currículo	5	413,88%	82,77%	500%	100%
IV	Corpo docente do curso	3	216,71%	72,22%	300%	100%
V	Corpo discente	6	525%	87,5%	600%	100%
VI	Pesquisa e extensão	3	233,33%	77,7%	300%	100%
VII	Infraestruturas	6	547,45%	91,24%	578.9%	96.48%
VIII	Corpo técnico administrativo	4	318,27%	79,56%	371.4%	92.85%
IX	Internacionalização	1	62,5%	62,5%	100%	100%
Total do desempenho do curso				76,29 %		98.8%

Métodos e Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Profissionais de Saúde

Francisco Maricoa

Hospital Geral de Marrere

@ maricoa1985@gmail.com

Introdução

A sociedade vive em constantes mudanças, mas o processo de ensino na maioria das escolas, ainda está estruturado com metodologias de ensino de séculos passados, ou seja, usando o método tradicional, que não consegue suprir o ensino nas escolas.¹ Nas escolas públicas das vilas, municípios e cidades - assim como das zonas rurais - esta pedagogia tradicional ainda é a prática predominante nas salas de aula. O professor faz simples exposição de conteúdos, o que não estimula o aluno a pensar, mas apenas a copiar e memorizar os conteúdos repassados, tornando-o apenas um simples expectador sem contribuição na construção colectiva do conhecimento. No entanto, para além do conhecimento técnico de cada área de actuação, o futuro profissional precisa ser instrumentalizado para actuar frente às necessidades de saúde da população, de modo interdisciplinar, a fim de possibilitar o cuidado de saúde integral.¹ O processo de ensino envolve aspectos externos e internos. Os aspectos externos correspondem aos conteúdos de ensino. Os aspectos internos são as condições mentais e físicas dos alunos para a assimilação dos conteúdos. Ambos se relacionam mutuamente, pois de um lado há a matéria a ser ensinada de forma assimilável pelo aluno, e de outro há um aluno a ser "preparado" para assimilar a matéria. Desse modo, podem-se classificar os métodos de ensino em i) método de exposição pelo professor, método de trabalho relativamente independente do aluno; ii) método de elaboração conjunta (ou de conversação); e iii) método de trabalho em grupos.²

Devido à complexidade dos problemas de saúde, as instituições de ensino superior vêm construindo um modelo pedagógico que considera as dimensões sociais, económicas e culturais da população.² O uso de problemas é uma forma de actividade que, como estratégia de aprendizagem, possui a propriedade de despertar o envolvimento, o in-

teresse, a criatividade e a plena participação dos alunos. Esta estratégia tem como objectivo criar para os alunos uma situação desafiadora e reflexiva, que o remeta ao domínio de informações do conteúdo apreendido, organizando-o de uma forma contextual. O papel principal do professor é criar situações-problema do cotidiano profissional e coordenar a sua solução.³

Uma das técnicas recentemente descoberta é a de simulação realística, vista como um método efetivo e inovador que amplia as relações entre a teoria e a prática do corpo discente em ambiente seguro. A simulação realística oferece melhores oportunidades de aprendizagem e treinamento, contribuindo para a formação profissional. A sua última etapa permite uma discussão reflexiva sobre a situação ocorrida, da aprendizagem e das decisões tomadas, estimulando o pensamento crítico e reflexivo do estudante, e consolidando os saberes.⁴

Métodos e Estratégias de Ensino-Aprendizagem

A medicina é uma área do conhecimento directamente associada às relações humanas e influenciada por elas. A prática médica é uma ciência e arte que requer mais que conhecimento técnico, as habilidades agregadas que possibilitem a aplicação adequada da técnica para promoção e recuperação da saúde de um indivíduo.⁵ A solução dos problemas de saúde numa determinada região, grupo social e cultural tende a serem diferentes de acordo as realidades encontradas em cada uma delas.

Os desafios da educação no século XXI, em um mundo pós-moderno e globalizado, estimulam reflexões sobre os processos de conscientização, a compreensão crítica e a participação dos indivíduos, numa perspectiva inovadora social.⁶ Em Janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a COVID-19 como uma emergência em saúde pública internacional e, em 11 de Março de 2020, declarou a vigência da pande-

mia, sendo considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial do século XXI. Nesse contexto, as modalidades de ensino remoto e o uso de tecnologias digitais, assumiram importância e abrangência nunca vivenciadas por escolas e educadores.⁶

Apesar do uso comum do método tradicional no processo de ensino-aprendizagem em África, tem havido nos últimos anos avanços tecnológicos que auxiliam na implementação de novos métodos e estratégias educacionais. Desde a eclosão da COVID-19, várias instituições de ensino em Moçambique conheceram e programaram novos métodos de ensino, até então em análise e avaliação de impacto.

A formação médica deve possuir caráter crítico, reflexivo, ético, humanista e transformador, a ser traduzido por meio da articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes nas áreas de competência da atenção, gestão e educação em saúde. O cuidado destinado à saúde deve ser orientado por abordagem integral e humanizada, incluindo a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e o cuidado paliativo, com compromisso e participação social.⁶

A metodologia de ensino é o conjunto de técnicas e processos cujo objectivo é prover a formação de alunos em áreas do conhecimento específicas. As novas metodologias de ensino têm como missão facilitar o aprendizado. Os diferentes tipos de metodologia de ensino e aprendizagem actuais assemelham-se na inovação que é resolver um problema de uma maneira diferente, englobando tanto as ferramentas quanto os caminhos que levam a essa solução.⁷ Existem vários tipos de metodologias de ensino tais como: Metodologia de Ensino Tradicional, Metodologia de Ensino Construtivista e Metodologia Tradicional de Ensino Sociointeracionista.⁸ Na definição das estratégias de ensino podemos considerar os seguintes: Aula expositiva dialogada, Estudo de texto, Portfólio, Tempestade cerebral, Mapa conceitual, Estudo dirigido, aulas orientadas, Lista de discussão por meios informatizados, Ensino à Solução de problemas, Resolução de exercícios, Ensino em pequenos grupos.⁷ Do exposto, pode-se analisar que as metodologias de ensino definem os métodos e as estratégias para veiculação do conhecimento de forma sistemática. Dentre os métodos estratégicos supracitados, esta obra descreve métodos mais usados na área da saúde. Como a seguir são apresentados.

Simulação realística: O método e as fases que compõem a simulação clínica possuem um maior potencial educacional quando comparados aos métodos tradicionais de ensino.⁹ A simulação dá a oportunidade de vivenciar cenários clínicos simulados, próximos da realidade, contribuindo no desenvolvimento do conhecimento e no treinamento de habilidades específicas do aprendiz.¹⁰

Estudos revelaram que os modelos tradicionais de ensino-aprendizagem não têm atendido aos requisitos do ambiente contemporâneo da realidade médica, em que há uma lacuna entre a formação e a prática clínica integral humanizada. Actualmente, a simulação realística tem sido utilizada por várias universidades com manequins de simulação não humanizados, com o intuito de formar profissionais que contemplem as exigências do mercado de trabalho.⁹ Um estudo recente revela a limitação da simulação realística, ao concluir que as fases deste método não permitem ao estudante o desenvolvimento da empatia e a socialização com paciente real, e propõe que novos métodos sejam criados com esse objectivo.¹⁰

O ensino médico digital está desempenhando um papel cada vez mais importante no treinamento do conhecimento e habilidades clínicas para estudantes de medicina. Actualmente, nenhuma simulação retrata de forma realista todos os componentes fisiológicos, mentais e comportamentais do atendimento ao paciente. Por isso, o reconhecimento da autoconfiança e da satisfação dos alunos ao participar de novas estratégias contribui para o aperfeiçoamento destas.¹⁰

Os métodos seleccionados a seguir, dizem respeito à análise de informações no momento da sua aquisição e à análise de problemas para emprego de soluções de forma mais adequada.

A aprendizagem baseada em problemas: Ao longo dos anos, o *Problem-Based Learning* (PBL), ou aprendizagem baseada em problemas em português, tem sido uma prática pedagógica empregada na educação médica. Este método de ensino-aprendizagem recomenda a realização de actividade guiada por meio de casos clínicos problematizados, e tem por objectivo capacitar os estudantes para discutirem diagnósticos, condutas terapêuticas e outros aspectos do raciocínio clínico enfrentados quotidianamente na profissão.¹⁰ A aprendizagem baseada em problemas (ABP) (equivalente ao PBL) representa um conjunto de

acções educacionais que favorecem a construção de novos saberes a partir de uma situação-problema motivadora. O professor actua nesse processo como um facilitador da aprendizagem, a fim de estimular que os estudantes façam questionamentos e encontrem soluções ou melhores práticas para o problema.⁶A problematização e o estudo de casos são considerados bons métodos de aprendizagem interprofissional.¹¹

Aprendizagem baseada em equipa:A aprendizagem baseada em equipa (ABE) é adequada para turmas grandes, divididas em pequenas equipas, consistindo em uma estratégia educacional que prioriza a aprendizagem colaborativa e o compartilhamento de ideias por equipes de participantes. Essa metodologia de ensino, denominada *Team-Based Learning* (TBL) em inglês, visa à responsabilização do estudante na sua aprendizagem, por meio do estudo de textos e materiais, previamente à execução da actividade, e pela produção de aplicações realizadas em equipe.⁶ Os objectivos fundamentais da Educação Interpessoal incluem melhorar a comunicação, compreender os papéis das diferentes profissões e respeitar valores éticos na busca de um trabalho eficiente em equipa que propicie um cuidado de qualidade ao paciente.¹¹

Aprendizagem baseada em projectos: Constitui-se no tipo de aprendizagem colaborativa, na qual grupos de estudantes mobilizam capacidades cognitivas e comportamentais, visando à realização de tarefas de pesquisa ou investigação voltadas à elaboração de projectos de intervenção, em um problema ou desafio. Os estudantes definem o projecto com autonomia e de maneira cooperativa, e o professor assume o papel de mediador e especialista nessa investigação.⁶

Estudos com simulação clínica: O uso da simulação clínica como estratégia de ensino possibilita o aprimoramento de habilidades e de conhecimentos, de acordo com a especificidade de cada indivíduo. Esse método apresenta um grande potencial para o processo de ensino-aprendizagem, principalmente por ser facilitador da aprendizagem significativa.¹²

Salas de aulas virtuais: A utilização de recursos web na educação, em Odontologia, durante a pandemia mostrou que os ambientes virtuais permitem a interactividade e possibilitam a apre-

sentação de conteúdo, continuidade do cronograma, rotina de aulas, actividades individuais e em grupo, avaliações, e outras metodologias. Essa estratégia pedagógica remota requer a necessidade de internet em plataformas que permitem uma forma de comunicação síncrona, como as salas de aulas virtuais apresentadas no presente relato de experiência, em que os estudantes e os professores permanecem online simultaneamente, favorecendo o debate acadêmico e a aproximação com a realidade de ensino presencial outrora vivido.¹³No contexto da pandemia, a utilização de plataformas para os ensinos remotos (à distância e híbrido), foi considerada uma estratégia que de modo abrangente, viabilizou a continuidade de processos educacionais.⁶

Utilização dos diferentes métodos de ensino

Uma pesquisa bases de dados da Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Google Acadêmico, Repositório Institucional da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - ARCA e PUBMED, selecionou artigos em Português publicados nos últimos cinco anos que continham uma das palavras-chave do trabalho. Foram usadas as palavras-chave: Métodos, Estratégias, Ensino-Aprendizagem, Profissionais de Saúde e suas combinações. E usando

Tabela 1. Descritores de busca e selecção dos artigos.

Descritores	Base	Artigos localizados	Artigos em Português	Artigos incluídos
Métodos estratégicos AND ensino-aprendizagem	LILACS	5	2	1
Métodos estratégicos	LILACS	18	4	1
Ensino aprendizagem AND simulação realística	SCIELO	4	4	2
Estratégias AND ensino-aprendizagem	ARCA	1274	6	2
Ensino-Aprendizagem AND Profissionais de Saúde	SCIELO	96	11	4
Estratégias AND ensino-aprendizagem	PubMed	6	4	2

os descritores (na tabela 1) foram seleccionados 12 artigos em português (**Tabela 1**), sendo o maior número de publicações (21%) de aprendizagem baseada em problemas. A criação de ambientes virtuais aliada a uma adesão total e integral dos professores inova com sucesso as estratégias de ensino. A aprendizagem baseada em problemas, parece ser a melhor prática pedagógica a ser empregada na educação dos profissionais de saúde. Este método de ensino-aprendizagem permite a realização de actividade guiada por meio de casos clínicos problematizados, e tem por objectivo capacitar os estudantes para discutirem diagnósticos, condutas terapêuticas e outros aspectos do raciocínio clínico enfrentados cotidianamente na profissão. A associação de métodos estratégicos de ensino diferentes como aprendizagem baseada em problemas, simulação realística, aprendizagem baseada em equipe com as tecnologias de informação e comunicação, constituem o melhoramento incontestável no processo de ensino-aprendizagem na actualidade.

Apesar do sucesso das novas tecnologias de ensino, uma vez que os profissionais de saúde tratam da saúde do homem devendo preservar a dignidade humana e respeito para com o homem, usando com proveito os manequins e outros materiais tecnológicos na sua aprendizagem, é necessário que a ética e deontologia profissional seja o alicerce teórico-prático na implementação dos resultados de tais tecnologias no ser humano. No contexto da pandemia, a utilização de plataformas para o ensino remoto à distância e híbrido considerou-se também uma estratégia que de modo abrangente, viabilizou a continuidade de processos educacionais.

Conclui-se que a educação na área da saúde tem experienciado rápidas mudanças em todo mundo, e que os estudantes são capazes de desenvolver a excelência cognitiva e científica com o uso das tecnologias educacionais recentes. No entanto, o afecto e a humanização do cuidado só são experimentados quando imersos na prática real, tradicionalmente, o atendimento e o contacto físico com o paciente têm ocorrido somente durante estágios ou residências. Assim, aceitando que a melhor forma de demonstrar a assimilação da matéria é saber fazer explicando/instruindo aos outros e resolvendo os problemas de saúde vividos no dia-

-a-dia, propomos que tanto o curso de nível médio dos institutos de formação, como os cursos de nível superior de todos os campos do saber em saúde, introduzam a cadeira de didáctica de ensino, que constitui um pilar importante para a transmissão sistematizada do conhecimento entre pares.

Referências Bibliográficas

1. Pereira RJB, Azevedo MMR, Sousa ETF, Hage AX. Método Tradicional e Estratégias Lúdicas no Ensino De Biologia Para Alunos De Escola Rural Do Município De Santarém-Pa. *Experiências Em Ensino Ciênc.* 2020;15(02):106–23.
2. Santos JLG dos, Souza CSBN de, Tourinho FSV, Sebold LF, Kempfer SS, Linch GF da C. Estratégias Didáticas no Processo de Ensino-Aprendizagem de Gestão em Enfermagem. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2018;27(2). [citado 26 de dezembro de 2022]
3. A-Sala-de-Aula-Inovadora.pdf [Internet]. Disponível em: <https://curitiba.ifpr.edu.br/wp-content/uploads/2020/08/A-Sala-de-Aula-Inovadora.pdf> [citado 3 de janeiro de 2023].
4. Ferreira RPN, Guedes HM, Oliveira DWD, Miranda JL de. Simulação realística como método de ensino no aprendizado de estudantes da área da saúde. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2018;8. [citado 26 de dezembro de 2022]
5. Moura ACA de, Mariano L de Á, Gottems LBD, Bolognani CV, Fernandes SES, Bittencourt RJ. Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Formação Humanista, Crítica, Reflexiva e Ética na Graduação Médica: Revisão Sistemática. *Rev Bras Educ Médica.* 2020;44(3):e076.
6. Silva DSM da, Sé EVG, Lima VV, Borim FSA, Oliveira MS de, Padilha R de Q. Metodologias ativas e tecnologias digitais na educação médica: novos desafios em tempos de pandemia. *Rev Bras Educ Méd.* 2022;46(2):e058–e058.
7. Mazzioni S. As Estratégias Utilizadas no Processo de Ensino-Aprendizagem: Concepções de Alunos e Professores de Ciências Contábeis. *Rev Eletrônica Adm E Tur - ReAT.* 2013;2(1):93–109.
8. Medeiros R de O, Marin MJS, Lazarini CA, Castro RM de, Higa E de FR. Formação docente em metodologias de aprendizagem ativa. *Interface - Comun Saúde Educ.* 2022;26:e210577.
9. Canesin MF, Furtado FN, Gonçalves RM, Carraro DC, Oliveira TMN de, Rodrigues R, et al. Virtual Case-Based Learning: Nova Estratégia de Ensino e de Treinamento Médico Digital Humanizado em Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2022;119(5,supl.1):35–42.
10. Isidoro FGR, Côrtes M da CJW, Ferreira FR, DAssunção ADM, Gontijo ED. Formação interprofissional na graduação em saúde: revisão sistemática de estratégias educativas. *Rev Bras Educ Méd.* 2022;46(3):e113–e113.
11. Dos Santos Soldera AG, De Lima Rodrigues J, Ferraz Teston E, Mazzo A, Guimarães dos Santos Almeida R. Estratégias de Educação em Saúde a pacientes com Diabetes mellitus em insulinoterapia: revisão integrativa. *Ciênc Cuid E Saúde* 2022;21. [citado 26 de dezembro de 2022]
12. Martins YV de M, Padilha WVN. Estratégias pedagógicas de inclusão e retenção de estudantes em tempos de pandemia: relato de experiência. *Rev ABENO.* 2021;21(1):1263–1263.

Promovendo a Contribuição Científica Multidisciplinar para a Prevenção e Mitigação dos Impactos das Emergências de Saúde: III Jornadas de Saúde da Região Centro

Filomena Nhastave^{1,2}, Osvaldo Inlamea¹

¹Instituto Nacional de saúde, ²Lwandle Consultoria e Serviço

 Osvaldo Inlamea

 Instituto Nacional de Saúde | EN1, Bairro da Vila-Parcela No 3943 | Maputo-Marracuene |  osvaldo.inlamea@ins.gov.mz

Resumo

Desde a sua criação, as Jornadas Regionais de Saúde têm contribuído para a criação da capacidade local em realizar pesquisa e divulgar resultados de avaliações programáticas e tecnológicas, implementação de pesquisa e serviços de saúde, monitoria de programas e/ou estratégias. O Instituto Nacional de Saúde e as Direcções e Serviços Provinciais de Saúde de Tete, Sofala, Manica e Zambézia organizaram as III Jornadas de Saúde da Região Centro que decorreram nos dias 27 e 28 de Outubro de 2022, na Cidade de Tete. O evento contou com 343 participantes, tendo havido 2 sessões plenárias, 21 sessões paralelas, 7 mesas redondas e apresentações de *e-posters*. Foram apresentados dados recentes sobre modelos diferenciados de serviços de saúde face as principais emergências que o país viveu nos últimos 5 anos, desafios da mineração artesanal e industrial na saúde das populações, as doenças endémicas de grande impacto. Igualmente, foram amplamente discutidas doenças crónicas, saúde mental e trauma que constituem novas “emergências de saúde pública” em países de baixa renda. Os cursos que antecedem as Jornadas e as sessões paralelas de resumos orais e de posters foram um palco de promoção de colaborações entre pesquisadores, profissionais de saúde e as partes interessadas. Este artigo sintetiza as principais lições aprendidas deste evento.

Introdução

As Jornadas Regionais de Saúde (JRS) são um evento científico que têm como principal objectivo divulgar e discutir resultados de investigação em saúde específicos da região centro de Moçambique e/ou feitos por pesquisadores residentes nas três províncias dessa região, nomeadamente, Niassa, Cabo Delgado e Nampula. Estes eventos representam momentos críticos para a reflexão conjunta sobre os principais desafios do sector da saúde na região centro de Moçambique. Participam nas Jornadas Regionais de Saúde investigadores nacionais e estrangeiros, decisores do sistema de saúde, profissionais de saúde, estudantes e o público em geral. Uma vez que a cada três anos decorrem as Jornadas Nacionais de Saúde na Cidade de Maputo, havendo acesso mais facilitado para os pesquisadores da região Sul de Moçambique, não estão programadas jornadas regionais nesta região.

As primeiras jornadas regionais organizadas pelo Instituto Nacional de Saúde foram as Jornadas

de Saúde da Região Centro (JSRC) que ocorreram em 2014, na Cidade da Beira. Na altura foram submetidos 98 resumos, sob o lema “Pesquisa e inovação científica para melhoria de serviços de saúde.” As segundas JSRC decorreram em Quelimane em 2017 com 130 resumos submetidos. Com o surgimento da pandemia da COVID-19, foram condicionados os eventos científicos presenciais e alguns deles foram experimentados no modelo híbrido como foi o caso das Jornadas Nacionais de Saúde. Assim, as terceiras JSRC foram as primeiras realizadas de novo no formato totalmente presencial obedecendo às medidas de biossegurança e bioprotecção em vigor no país. Em Moçambique, assim como mundialmente, o impacto da COVID-19 foi sem dúvida desastroso em todas as facetas. Na região centro as dinâmicas populacionais motivadas pelas trocas comerciais com países vizinhos, grupos profissionais mostraram que a atenção deveria ser na monitoria constante de *hotspots* e utilização de estratégias

de testagem mais simples e aceitáveis.^{1,2} Este cenário associado às novas dinâmicas epidemiológicas distintas que resultaram no aumento de casos associados ou não as variantes de SARS-CoV-2 de preocupação e emergentes mesmo com coberturas vacinais satisfatórias em diferentes faixas etárias elegíveis como aconteceu em Tete relativo a variante ómicron. Por outro lado, as mudanças climáticas têm tido um impacto quase constante esta região, sendo que no intervalo entre as II e III Jornadas foi abalada por pelo menos oito ciclones tropicais, com maior destaque para o ciclone IDAI, cuja magnitude foi intensa do ponto de vista de impacto socioeconómico, em particular, para o sector da saúde.³ Comparativamente a outras regiões do país, a ocorrência destes eventos tornou-se mais frequente e com maior magnitude colocando o país dentre os mais vulneráveis a eventos extremos climáticos.

Estas emergências trouxeram ao de cima problemas de infraestruturas de saúde, água, higiene e saneamento, traumas, saúde mental e exacerbaram as doenças de veiculação hídrica e vectorial. Não obstante, as doenças endémicas de grande impacto como o HIV, a Malária e a Tuberculose, somados a pandemia da COVID-19 e aos novos desafios de controlo do poliovírus e outras doenças emergentes continuaram determinantes na matriz. São estes factores que serviram de base de reflexão para a criação do lema destas jornadas, *"Promovendo a contribuição científica multidisciplinar para a prevenção e mitigação dos impactos das emergências de saúde"*. As III Jornadas de Saúde da Região Centro decorreram nos dias 27 e 28 de Outubro de 2022, no Hotel Inter-Tete, na Cidade de Tete. Este evento foi co-organizado pelo Instituto Nacional de Saúde (INS) e pelas Direcções e Serviços Provinciais de Saúde de Tete, Sofala, Manica e Zambézia. Estabelecer uma análise reflexiva sobre o lema, bem como, uma análise comparativa com os eventos anteriores foram os objectivos deste trabalho.

Lições aprendidas das III Jornadas de Saúde da Região Centro

Desde a sua criação, as Jornadas Regionais têm contribuído para a criação da capacidade local em realizar pesquisa e divulgar os resultados de

avaliações programáticas e tecnológicas, implementação de pesquisa e serviços de saúde, monitoria de programas e/ou estratégias. Este facto nota-se pela crescente demanda na intenção de participar e na materialização em número de resumos submetidos. Deste modo, podemos observar as seguintes lições aprendidas:

1. Promoção da educação contínua e a capacidade em pesquisa na Região Centro do País

Um evento que antecede as JRS são as oficinas de redacção de resumos que têm como objectivo melhorar a capacidade local em realizar pesquisa bem como a promoção da educação contínua. As oficinas de redacção de resumos contribuíram para a produção de cerca de 27% (87/322) dos resumos submetidos às III JSRC. Entre os resumos aprovados, 25% passaram por uma análise nas oficinas de redacção. Por outro lado, parte dos premiados tiveram seus resumos analisados e revistos nas oficinas de redacção de resumos das províncias de Zambézia e Tete. A taxa de aprovação de resumos analisados nas oficinas das províncias de Sofala e Zambézia foi de 90% e 88%, respectivamente.

Outro evento que precede as jornadas são os minicursos. Diferente das oficinas de redacção, os minicursos são realizados um dia antes das jornadas e contam com a participação máxima dos delegados provinciais. Foram disponibilizadas 83 vagas para os minicursos, tendo participado 61 delegados. O número total de vagas (83) excluía os delegados da província de Manica que devido a questões logísticas não conseguiram participar dos mesmos. A **figura 1** representa o número de inscritos e participantes de cada minicurso.

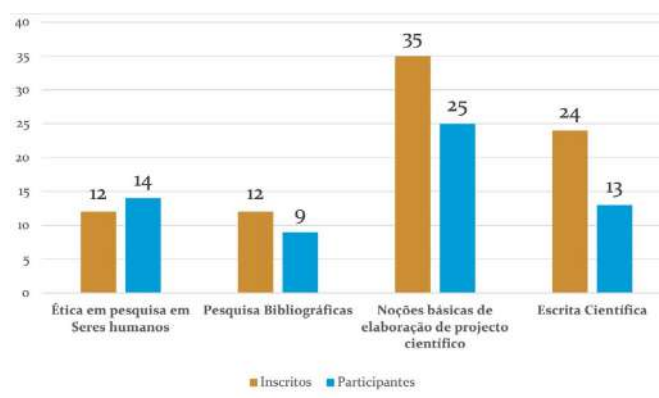


Figura 1: Número de inscritos e participantes nos minicursos

2. Massificar o diálogo entre cientistas, estudantes, profissionais de saúde, sociedade civil e fazedores de políticas na região centro do país

O diálogo entre cientistas, estudantes, profissionais de saúde, sociedade civil e fazedores de políticas ocorreu por meio de sessões plenárias e mesas redondas. Ao todo foram realizadas duas sessões plenárias, sendo uma de abertura, subordinada ao tema *“Continuidade de serviços de saúde em contexto de emergências”*, que contou com a participação de quatro intervenientes, sendo um orador e três painelistas. Nesta plenária foram discutidos os aspectos relacionados com: (i) a importância de definir emergências de saúde pública segundo a magnitude, duração e distribuição geográfica; (ii) a prontidão e resposta a pandemia da COVID-19 e o seu impacto nos sistemas de saúde enfraquecidos o que pode propiciar a descontinuidade dos serviços básicos de rotina; (iii) o país vive actualmente várias emergências de saúde (poliomielite selvagem, ciclones, pandemia da COVID-19 e *monkeypox*); (iv) os modelos diferenciados aplicados pelo programa de HIV pode ser estendido a saúde mental e doenças crónicas não transmissíveis em meio a pandemia da COVID-19; (v) permanência da lacuna na comunicação e integração dos diferentes serviços e actores para resposta as emergências. A outra sessão plenária subordinou-se ao tema *“Gestão de bacias hídricas – uma abordagem multidisciplinar na prevenção e mitigação das emergências de saúde”*, contou com a presença de dois oradores que discutiram aspectos importantes relacionados ao rápido desenvolvimento económico das bacias hídricas para a agricultura de grande escala. A mineração e efluentes urbanos têm impactado na quantidade e qualidade da água o que pode gerar problemas de saúde pública na região. Por outro lado, o desflorestamento acentuado que a região centro vive pode levar a consequências desastrosas e se não for alterada a tendência actual, todas as florestas serão convertidas para outros usos (usos pouco produtivos). O actual desmatamento não gera renda sustentável. A saúde e o bem-estar da comunidade e dos ecossistemas tem tendência a degradar-se (terras devastadas e sem serviços de ecossistemas).

Concernente às mesas-redondas, foram realiza-

das durante o evento sete:

Mesa-redonda 1, Impacto da mineração na saúde:

permitiu uma discussão aberta sobre a mineração e seu impacto para a saúde. Abordou-se sobre as vantagens e desvantagens locais da indústria mineira, com enfoque para os problemas de âmbito ocupacional (inalação química, acidentes de trabalho), saúde (proliferação de doenças como a malária, diarreias, doenças respiratórias, ITS, HIV) e problemas sociais como o aumento da prostituição.

Recomendações: Conscientização sobre os riscos da mineração através da promoção de saúde; Capacitação e treinamento do pessoal para resposta aos casos de intoxicação; Reforço dos sistemas de saúde local, educação para saúde, programas de controlo vectorial e gestão ambiental.

Mesa-redonda 2, Saúde sexual e reprodutiva:

reflectiu-se sobre a saúde dos adolescentes e jovens, em Moçambique, e destacou-se a repercussão das consequências para a fase adulta, principalmente quando associados a problemas comportamentais. Abordou-se, ainda, assuntos relacionados a actividade sexual precoce, vulnerabilidade da rapariga a doenças sexualmente transmissíveis, aborto inseguro, complicações do parto como a fístula obstétrica e problemas sociais, a violência baseada no género, a necessidade do fortalecimento da liderança e governação do Sistema Nacional de Saúde para gestão de casos de violência baseada no género, entre outros.

Recomendações: Realização de debates que visam promover normas sociais mais equitativas e comportamentos saudáveis, quebrando barreiras nocivas à saúde da mulher e da rapariga; Realização de pesquisas nas comunidades para a identificação das principais causas do aumento do número de vítimas de violência sexual em crianças, adolescentes e jovens nas faixas etárias entre os 10 e os 19 anos de idade, nos distritos com maior índice.

Mesa-redonda 3, Desafios para o alcance das metas 95/95/95:

debateu-se sobre o HIV como um problema de saúde pública e desafios enfrentados em relação ao alcance das metas 95/95/95 de uma forma geral, numa abordagem pediátrica e em populações-chave (trabalhadores de sexo, homens que fazem sexo com homens, raparigas adolescen-

tes e jovens dos 15 aos 24 anos de idade, mulheres no geral, usuários de drogas e transgéneros).

Recomendações: Reforço do diagnóstico precoce infantil; Melhoria do diagnóstico comunitário; Disponibilidade do material IEC e testagem nos *hotspots*.

Mesa-redonda 4, Novas abordagens do controlo da malária e vectores: debruçou-se sobre as novas abordagens do controlo da malária e vectores. Enfatizou-se a necessidade de acções multidisciplinares, nomeadamente, manejo clínico e gestão dos resíduos tóxicos e do saneamento do meio; quimioprevenção como medida de controlo importante nos grupos de risco (crianças menores de 5 anos e mulheres grávidas) e a inovação tecnológica que inclui a vigilância genómica e o mapeamento geográfico do *Plasmodium falciparum*.

Recomendações: Melhoria do saneamento do meio com ajuda das entidades competentes locais; Priorização da vigilância genómica para o controlo e eliminação da malária; Realização de um estudo sobre a estrutura geográfica do *Plasmodium falciparum* em Moçambique.

Mesa-redonda 5, Nutrição e segurança alimentar: reflectiu sobre a nutrição e segurança alimentar, tendo se debruçado, particularmente, sobre a importância da suplementação e desparasitação infantil, bem como, o impacto das mudanças climáticas para a vida humana. Acções coordenadas incluindo a melhoria da comunicação intra-hospitalar devem ser priorizadas para garantir uma maior disponibilidade de vitaminas e desparasitantes. Necessidades da presente e das gerações futuras são importantes e prioritárias quando se fala sobre o impacto das mudanças climáticas.

Recomendações: Revisão de políticas e estratégias de acção do país por forma a melhorar a suplementação e a desparasitação; Melhoria da comunicação ao nível das unidades sanitárias para evitar rupturas de stock aparentes.

Mesa-redonda 6, População, mobilidade e doenças emergentes: reflectiu-se sobre a resposta às infecções em duas perspectivas, a primeira do surto de pólio em Tete, e a segunda da detecção da infecção através de autópsias minimamente invasivas (Citomegalovírus em Quelimane). Adicionalmente, abordou-se sobre a relação existente entre a demografia e as infecções. Algumas das recomendações deixadas incluem, a necessidade de

se priorizar a vigilância activa e de não se negligenciar as infecções menos frequentes, porém letais.

Recomendações: A vigilância activa para a detecção precoce de casos de pólio; Inclusão da infecção por Citomegalovírus nos programas de prevenção, diagnóstico e educação comunitária; Reflexão sobre as consequências negativas das migrações.

Mesa-redonda 7, Actividade física e saúde global: debruçou-se sobre a actividade física e a sua relação com o balanço energético e a saúde; o impacto do sedentarismo e a necessidade de reabilitação física para fazer face às doenças crónicas não transmissíveis. Foi recomendado medidas de nível individual, colectivo, político e económico para desencorajar o sedentarismo e preservar a saúde. Igualmente, a medicina física e reabilitação devem ser priorizadas.

Recomendações: Instituir medidas de redução do sedentarismo por grupos etários, incluindo medidas individuais (consciencialização), políticas (planeamento urbano) e económicas (investimento em espaços abertos); A reabilitação deve ser parte dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção

3. As jornadas foram um ambiente de promoção e apresentação dos resultados científicos de qualidade e integridade sobre a investigação em todas as disciplinas relevantes da saúde

Durante as interações com os participantes, houve um sentimento de que eventos desta natureza são necessários. Pois são nestes eventos que os pesquisadores têm a oportunidade de apresentar os seus resultados de pesquisas. A COVID-19 impactou negativamente na calendarização destes eventos, razão pela qual as III JSRC sendo as primeiras de retoma do formato presencial após a COVID-19, teve maior número de resumos apresentados na região em relação as primeiras duas jornadas.

As III JSRC, contaram com 343 participantes provenientes de sete províncias. Foram apresentados 253 resumos, nos formatos oral e poster com temas da actualidade, por pesquisadores que desenvolveram seus trabalhos científicos na região. As apresentações orais foram divididas em 21 sessões e 98 *e-posters*. Estas sessões foram bastante

interactivas e dinâmicas o que permitiu maior debate sobre os resultados de pesquisa da região centro. **Figura 2** ilustra o número e a origem dos delegados.

Considerações Finais

As III jornadas de saúde da região centro foram caracterizadas por um grande envolvimento de pesquisadores, estudantes, profissionais de saúde e os parceiros do sector da saúde. Embora as medidas de impacto sejam subjectivas, elas serviram de espaço de debate a todos os níveis sobre o peso e determinantes das doenças e outros problemas de saúde com enfoque para as necessidades estratégicas para a prevenção e controlo das mesmas. As Jornadas de Saúde da Região Centro contribuíram para a promoção da educação contínua e a capacidade em pesquisa na região centro do país, para a massificação do diálogo entre cientistas, estudantes, profissionais de saúde, sociedade civil e fazedores de políticas na região centro do país e para a criação de um ambiente oportuno para a apresentação dos resultados científicos de qualidade e integridade sobre a investigação em todas as disciplinas relevantes da saúde. Nestas jornadas, o número de trabalhos

submetidos e aprovados foi superior comparativamente às duas jornadas anteriores. As questões levantadas durante as sessões paralelas bem como nas mesas redondas foram de grande valia para a criação de debates e reflexões em torno das temáticas discutidas e serviu de um ambiente de troca de experiências entre os pesquisadores seniores e os principiantes.

Referências Bibliográficas

1. Arnaldo P, Mabunda N, Young PW et al. Prevalence of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Antibodies in the Mozambican Population: A Cross-Sectional Serologic Study in 3 Cities, July-August 2020. Clin Infect Dis. 2022; Oct 3;75(Suppl 2): S285-S293. doi: 10.1093/cid/ciac516. PMID: 35748663; PMCID: PMC9278262.
2. Siteo N, Sambo J Nguenha N et al. Performance Evaluation of the STANDARDTM Q COVID-19 and PanbioTM COVID-19 Antigen Tests in Detecting SARS-CoV-2 during High Transmission Period in Mozambique. Diagnostics. 2022; 12, 475. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12020475>.
3. OCHA Regional Office for Southern and Eastern Africa. Relatório Mozambique: Cyclone Idai & Floods Situation Report No 18 edition 2019. Maputo: April 2019.
4. Instituto Nacional de Saúde. Relatório das I Jornadas de Saúde da Região Centro edição 2015. Marracuene: Instituto Nacional de Saúde; 2015. s.n.

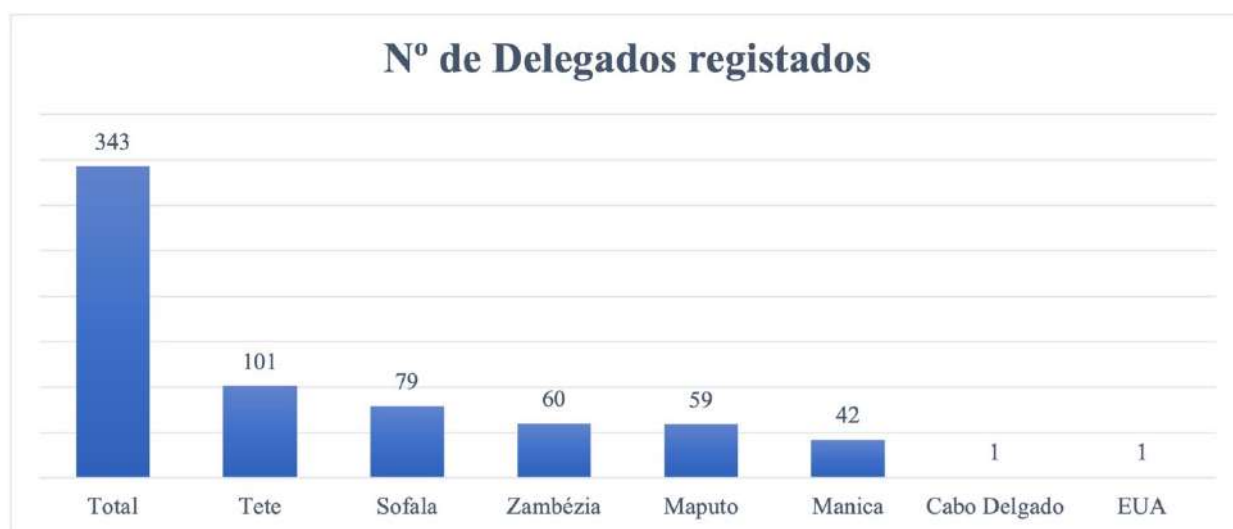


Figura 2: Número de resumos submetidos por provincia

‘Triângulo da Maternidade’ (2017) Pintura de Bena Filipe

Edna Juga

Intituto Nacional de Saúde, Vila de Marracuene, EN1; Bairro da Vila – Parcela nº 3.943; Distrito de Marracuene

@ edna.juga@ins.gov.mz



Imagem de capa captada da pintura intitulada “Triângulo da Maternidade” (2017) da Artista Plástica, Activista Social e Médica (Pós-graduanda em Medicina Legal) em Bena Filipe. A pintura se encontra no Atelier do Siquisse, na Zona do Manduca.

No céu, as estrelas escreveram que era naquela noite que elas se encontrariam. A lua cheia já grávida de alegria pariu muita luz para iluminar aquele dia. Confidente, em passos curtos, jogando os pés para cada lado ao andar, lá vinha ela devagarinho, senhora de si mesma e do seu Sagrado Feminino. Já vertia do seu cálice invertido, o precioso líquido amniótico denunciando que era mesmo naquele dia que elas se encontrariam,

como anunciaram as estrelas.

O processo peculiar de parto reuniu uma tríade de actores num triângulo de responsabilidades distintas. Os profissionais de saúde, que podiam ser elas ou eles, ao abrigo da sua formação detinham a autoridade necessária para tomada de decisão. Ao longo do processo, monitoravam e avaliavam os momentos singulares reflectindo sempre nas perguntas: “Este processo nos conduzirá ao blo-

co operatório?”, “Quanto tempo devo esperar?”, “Quais são os riscos de usar ou não o cutelo?”. Elas ou eles conheciam os riscos por detrás de cada acção. Com muita responsabilidade, zelo e cautela se envolviam no processo reconhecendo a honra que tinham de vivenciar aquele momento. A empatia, humanismo e respeito estavam empregados em cada interacção. A profissional de saúde que era uma ela, conhecia aquele processo experienciado muitas vezes na jornada profissional. Ela que era uma profissional tinha a noção que cada parturiente era única, especial e soberana naquela interacção. Na melodia dos gritos alternada entre em *Sotto voce a sforzando* compunha-se uma obra musical com nuances originais. A intérprete, a gestante que sempre é uma ela, observava com gratidão aquele momento. Era a actriz principal com um papel activo. Sabia que o seu útero, palácio do bebé que podia ser ela ou ele, contraía-se paulatinamente numa despedida graciosa saturada de saudade. Por outro lado, o útero compreendia que tinha de permitir o esperado encontro entre duas ou dois amantes. Não havia espaço para preguiça nem moleza.

Naquela ocasião, no auge da dor, a mãe despida de preconceitos bailava nua num espaço que era somente seu e a dona daquela realidade. Expandia-se para o universo em unidade com o princípio e fim. Compreendendo completamente, a sua responsabilidade em transitar com segurança aquele doloroso acontecimento. O que importava era o agora! O risco da inactividade ou procrastinação podia comprometer o seu encontro com a (o) herdeira (o) do seu ADN. No meio de prantos, sorri porque sempre ansiou por aquele colóquio. Pensa em silêncio nas feições do bebé. Indaga-se se carrega os seus traços ou comportamento. Sente-se cheia como a lua cheia, porém sabe que em breve

vai minguar para abrir porta a uma nova era, com o sangue do seu sangue. Como uma guerreira forte, firme e determinada, ergue a sua voz e diz:

- “Venha meu bebé! Venha! Venha conhecer o mundo, nos braços da mamã. Eu te darei amor, ternura e futuro. Eu despertarei em ti valores e princípios para que sobrevivias neste mundo sendo fiel aquilo que acreditares. Venha meu bebé! Enche-te de coragem. Venha meu bebé, venha descobrir quem és!”

O bebé nada uma última vez no seu aquário repleto de história. Uma nostalgia surge dos períodos contínuos de troca de carinhos e confidências. Reflecte com receio da transição, contudo está confiante que é capaz de superar-lha. Compreende que existe um risco em querer ficar para sempre naquele local. Mesmo assim, responde valentemente:

- “Mamã, aguenta mais um pouco. Quero ver-te, finalmente. Reconheço a tua voz, amor, cuidado e ternura. Falta-me experienciar o calor do teu toque, a luz do teu olhar e a beleza do teu sorriso. Eu amo-te mamã! Novos tempos, se aproximam para nós. O que me interessa o futuro, se tu existes?”

Num ciclo de colaboração e insuspeição entre a tríade de actores nasceu o bebé. A mãe que era ela, a profissional que era ela e o bebé que era ela, cumpriram o seu triângulo de responsabilidades. Ao som da melodia delas, trocaram olhares cansados sem embargo felizes com o resultado alcançado com bravura, benquerença e entrega.

Triângulo de Maternidade tem narrativa inspirada pela pintura de Bena Filipe (2017).

III JORNADAS DE SAÚDE DA REGIÃO NORTE



Lema:

Promovendo a Investigação científica com base nas prioridades de saúde pública emergentes e locais



Niassa



**23 a 24 de
Novembro de
2023**

Objectivos

- Promover a investigação em Saúde no país
- Promover a disseminação de resultados de pesquisa
- Promover a cultura de tomada de decisão em saúde baseada em evidência científica

Para mais informações contacte:

Secretariado das III Jornadas de Saúde da Região Norte através do endereço:
jornadas.regionais@ins.gov.mz



Revista Moçambicana de CIÊNCIAS DE SAÚDE

Volume 9 | Número 1 | Abril 2023

NESTE NÚMERO

Género na Ciência

ARTIGO ORIGINAL

Causas e Determinantes Sociais de Mortalidade em Mulheres Adultas em Moçambique

PERSPECTIVA

Desigualdade de Género no Acesso aos Serviços de Saúde em Moçambique

COMUNICAÇÕES BREVES

Contaminação de Areia Usada para Consumo Comercializada em Mercados Informais da Cidade de Maputo

Factores Associados a Mortalidade em Pacientes Politraumatizados atendidos nos Serviços de Urgência do Hospital Central de Nampula

Gestão de Medicamentos no Hospital Distrital de Mocuba

Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes Submetidos a Prostatectomia no Hospital Central de Nampula

Factores de Risco de Desmame Precoce em Trabalhadoras dos Supermercados da Cidade de Nampula

Percepção da Qualidade do Atendimento das Gestantes nos Centros de Saúde Apoiados pela Médicos com África CUAMM

DESCRIÇÃO DE CASOS

Acreditação do Programa de Formação em Epidemiologia de Campo de Moçambique: Um processo liderado por mulheres

Experiência e Desafios na Acreditação do Curso de Licenciatura em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane

ARTIGO DE OPINIÃO

Métodos e Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Profissionais de Saúde

EVENTO

Promovendo a Contribuição Científica Multidisciplinar para a Prevenção e Mitigação dos Impactos das Emergências de Saúde: III Jornadas de Saúde da Região Centro

ARTE & SAÚDE

"Triângulo da Maternidade" (2017)67 - Pintura de Bena Filipe