ICRH Moçambique
CENTRO INTERNACIONAL PARA SAÚDE REPRODUTIVA

RELATÓRIO DE PESQUISA

Determinantes do acesso e utilização dos serviços de Saúde Materno e Neonatal nos Distritos de Zumbu e Marávia, Provincia de Tete

Dezembro de 2023

Este estudo foi financiado pelo Governo de Flanders no âmbito do projecto “Mulheres felizes, bebês felizes” Implementado na Pronvicai de Tete, Distritos de Marávia e Zumbo.

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Government of Flanders

ICRH-M

Agradecimentos

Este estudo é parte do projecto "Mulheres felizes, bebes felizes", implementado pelo ICRHM, em estreita coordenação com o serviço Provincial de Saúde de Tete para garantir o acesso integrado e inclusivo à Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos para as mulheres e raparigas, mães e seus bebés" tendo como objectivo geral implementar um pacote de SSR, incluindo SMNI, de qualidade através da integração de cuidados para a mulher e recém-nascidos, numa abordagem baseada no género, equidade, resiliência, bem-estar e direitos da mulher e rapariga nos distritos de Marávia e Zumbo, na Província de Tete.

O ICRH-M, agradece as seguintes instituições e colaboradores, que contribuíram para o sucesso do estudo:

- Serviço Provincial de Saúde de Tete (SPS- Tete);
- Direcção Provincial de Saúde de Tete (DPS);
- Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social de Marávia e Zumbo (SDSMAS);
- Governos Distritais de Marávia e Zumbo
- mães e pais, líderes comunitários e provedores de saúde que participaram do estudo;
- Inquiridores e supervisores de campo.

Financimento: Governo de Flanders

Pesquisadores:

Este estudo foi desenvolvido pela equipa de pesquisa do ICRH-M composta por:

Maria Suzana Bata Maguele- Investigadora principal do estudo, concepção do protocolo, desenho de instrumentos de recolha de dados, coordenação da pesquisa e recolha de dados, análise e interpretação dos resultados, produção do relatório e disseminacão de resultados

Emídio Cumbane- Co-Pesquisador, contribuição no desenvolvimento do protocolo, recolha de dados, gestão de dados e análises estatisticas, revisão do relatório

Jaime Luís Mário-Co- Investigador, contribuição no desenvolvimento do protocolo, revisão, contribuição no plano de recolha de dados, revisão do relatório

Málica de Melo- Co- Investigadora, Coordenação geral e revisão do relatório

Colaboradores:

Vitória Mubai- contribuição na coordenação da logística da pesquisa e coordenação com "*gate keepers"*, Serviço provincial, Serviços Distritais, supervisão da recolha de dados.

Nelson Mugaua- Ponto focal de pesquisa SPS, coordenação da pesquisa, supervisão da recolha e procedimentos de pesquisa.

Lista de Abreviaturas

CNBS	Comité Nacional de Bioética em Saúde
CPP	Consulta Pós Parto
CPN	Cuidados pré natais
DPS	Direcção Provincial de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICRH-M	Centro Internacional de Saúde Reprodutiva - Moçambique
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PF	Planeamento Familiar
PN	Pré natal
PT	Parteira Tradicional
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social
SMI	Saúde Materna e Infantil
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
UNICEF	United Nations Children's Fund
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
MM	Morte Materna
MMIH	Mortalidade Materna Intra-hospitalar
MN	Morte Neonatal
MN	Mortalidade Neonatal
NV	Nascimentos Vivos
SISMA	Sistema de Informação para Saúde em Monitoria e Avaliação
SMNI	Saúde Materna, Neonatal e Infantil

Sumário

Introdução: A mortalidade materna apesar de registar variações regionais, continua alta em Moçambique, com taxas nacionais estimadas em 233 mortes maternas por 100 mil nascimentos vivos.

Uma das estratégias para redução da MMN é a promoção da utilização dos serviços de saúde apropriados medidos pelos indicadores de utilização dos serviços de CPN, parto institucional e serviços pós-parto.

O ICRH-M em estreita parceria com SPS Tete, está a implementar um projecto designado "Mulheres felizes e bebes felizes (MFBF), Acesso integrado e inclusivo à Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos- (SDSR), para as mulheres e raparigas, mães e seus bebés", tendo como objectivo geral o de garantir a implementação de um pacote de SSR, incluindo SMNI, de qualidade através da integração de cuidados para a mulher e recém-nascidos, numa abordagem baseada no género, equidade, resiliência, bem-estar e direitos da mulher e rapariga nos Distritos de Marávia e Zumbo, Província de Tete.

A presente pesquisa visava estabelecer uma linha de base para implementar ações interventivas e estabelecer as variáveis/indicadores de monitoria para permitir o acompanhamento do progresso do projecto e da avaliação de fim de linha do projecto.

Objectivo: Analisar os determinantes da utilização dos serviços de saúde materno e neonatal nos Distritos de Zumbu e Marávía.

Metodologia: O estudo usou abordagem mista, qualitativa e quantitativa.

Na abordagem quantitativa, foram utilizados inquéritos por entrevista, administrados por inquiridores devidamente treinados para o efeito. Os dados foram recolhidos na base institucional, dos serviços de saúde dos Distritos, tendo abrangido uma amostra de 381 mulheres que tiverem filhos nos últimos 6 meses anteriores ao inquérito e que procuraram os serviços maternos, nas seis Unidades Sanitárias. O cálculo da amostra foi com base na proporção representativa de usuárias dos serviços maternos nestes locais. A amostragem foi sistemática para cada unidade sanitária. Os participantes forneceram dados sobre as suas características sociodemográficos, clínicos, de utilização dos serviços maternos como pré-natal, Parto institucional, pós-parto-parto e sobre a sua satisfação com os serviços maternos recebidos. Os dados foram recolhidos em tablets, através do aplicativo software de recolha de dados offline ODK Collect. Os dados foram analisados no software de gestão de dados, SPSS Versão 20. As proporções foram usadas para reportar a utilização dos serviços maternos. A regressão logística multivariada foi realizada para encontrar associação entre utilização dos

serviços maternos e perfil sociodemográfico, obstétrico e de conhecimento no valor de p<0,05 como regra de decisão.

Quanto a componente qualitativa, consistiu em recolha de opiniões e perspectivas dos membros da comunidade sobre a saúde materna e neonatal nas seis áreas comunitárias nos distritos de Marávia e Zumbu, envolvendo 16 grupos focais, categorizados entre homens, mulheres, líderes comunitários e provedores de serviços. Os participantes foram selecionados de forma intencional para representar a diversidade geográfica. As entrevistas foram conduzidas por entrevistadores e facilitadores, experientes e devidamente treinados para a presente pesquisa, pela investigadora principal, e um assistente de pesquisa devidamente treinado, com ajuda de um tomador de notas. As discussões foram conduzidas em português e lingua local nhungúe, gravadas e posteriormente transcritas, traduzidas e analisadas tematicamente utilizando o software NVivo versão 12. Os temas foram orientados com base no Modelo Socioecológico e no Modelo teórico de Anderson, sobre utilização de Serviços de Saúde. A pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comité Interinstitucional de Bioética em Saúde de Tete. As autorizações para realização da pesquisa foram obtidas do MISAU e nas autoridades locais dos Distritos em causa. Os formulários de consentimento contendo folhas de informação foram explicados e distribuídos a todos os participantes antes do estudo. Todos os participantes assinaram voluntariamente o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados: Componente quantitativa- Das 381 participantes, 283 (74,3%), tiveram 4 ou mais consultas pré-natais; 346 (92,4%) iniciaram a primeira visita pré-natal após o primeiro trimestre, 267 (70.1%) tiveram parto institucional e, 275 (72,2%) tiveram três ou mais consultas pós-parto.
Foram identificados os seguintes factores associados à baixa utilização dos serviços maternos:

Idade materna adulta (AOR, 0. 363, 95% CI: 0.153−0.862, p = 0.022), Tempo de deslocamento superior a 1 hora até a unidade sanitária mais próxima, (AOR, 2. 656, 95% CI: 1.389−5.078, p = 0.003), fraco conhecimento sobre saúde materna (AOR, 2. 471, 95% CI: 1.477−4.134, p = 0.001) não estar comprometido com nenhuma religião (AOR, 3. 014, 95% CI: 1.313−6.917, p = 0.009), possuir baixa escolaridade (primária) (AOR, 5. 605, 95% CI: 1.109−28.336, p = 0.037), não estar satisfeito com os serviços maternos na última gestação (AOR, 2. 231, 95% CI: 1.16−4.292, p = 0.016), estado civil casada (AOR, 0. 027 95% CI: 0.009−0.081, p = 0.001) e gravidez não planificada (AOR, 0.05795%CI: 0.005−0.679, p = 0.023).

Componente qualitativa: Quatro temas principais emergiram que demonstram uma interação de factores nos diferentes níveis do modelo ecológico:

a) *Nível Individual:* Os participantes relataram baixos níveis de escolaridade e conhecimento agravado pela pobreza que limita a sua compreensão sobre saúde materna, como barreiras-chave para a utilização dos serviços.
b) *Nível familiar ou de relacionamento*: As desigualdades de poder entre homens e mulheres limitam a autonomia das mulheres para tomar decisões relacionadas à sua saúde sobretudo a saúde sexual e reprodutiva. A violência por parceiro íntimo também foi mencionada como obstáculo para o acesso aos cuidados.
c) *Nível Sociocultural:* Nestes locais ainda predominam normas de gênero enraizadas, que restringem o envolvimento dos homens no cuidado materno e no acesso aos serviços. Crenças culturais e práticas tradicionais continuam a influenciar o comportamento de busca por cuidados, com alguns costumes desencorajando o uso de serviços formais.
d) *Nível Estrutural/Político*: Longas distâncias até as unidades de saúde, escassez de profissionais qualificados, recursos inadequados e baixa qualidade dos serviços reduzem a confiança no sistema de saúde. Os participantes expressaram insatisfação com os mecanismos de referência e a ausência de cuidados culturalmente sensíveis.

Conclusões- Quantitativo:

- Há baixa utilização dos serviços de saude materna;
- A baixa utilização dos serviços maternos está associada a factores como, *não estar comprometida com religião*, *ter uma renda mensal baixa*, *demorar mais de uma hora para chegar a unidade sanitaria*, *não estar satisfeito com serviços maternos* e *baixo conhecimento sobre saúde materna*;

Conclusões- Qualitativo:

- A utilização dos serviços de saúde materna em Marávia e Zumbo é moldada por uma interação complexa de factores individuais, relacionais, culturais e estruturais;
- Existem barreiras socioeconômicos, culturais, de conhecimento e estruturais que limitam a utilização adequada dos serviços durante a gravidez, parto e pós-parto nos Distritos de Marávia e Zumbo, na província de Tete.

Recomendações:

- Implmentar abordagens integradas que empoderem as mulheres, envolvam os homens, fortaleçam os sistemas de saúde e incorporem estratégias culturalmente sensíveis.
- Aumentar número de unidades sanitárias e recursos humanos qualificados.
- Promover equidade de género
- Reforçar a autonomia das mulheres e combater as desigualdades de género.
- Envolver homens e líderes comunitários em iniciativas e ações de saúde materna.
- Educar a comunidade sobre importância da utilização dos serviços maternos.
- Reforçar políticas públicas em todas áreas transversais (transporte, vias de acesso, saneamento do meio com um enfoque comunitário e culturalmente adequado).

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO **10**

2. PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA **12**

3. OBJECTIVOS **14**

3.1 Objectivo Geral 14

3.2 Objectivos Específicos 14

4. REVISÃO DE LITERATURA ..... Error! Bookmark not defined.

4.1 Mortalidade Materna ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.1.1 Causas de morte materna ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.1.1.1 Causas directas ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.1.1.2 Causas indirectas ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.1.2 Determinantes sócio-económicos da mortalidade materna .... **Error! Bookmark not defined.**

4.1.2.1 Nível individual ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.1.2.2 Nível familiar ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.1.2.3 Nível comunitário ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.1.2.4 Sistema de saúde ..... **Error! Bookmark not defined.**

5. METODOLOGIA **15**

5.1 Desenho do estudo 15

5.2 Local do estudo 15

5.3 Razões da escolha dos locais: 17

5.4 População do estudo, amostra e amostragem 17

5.4.1 Dados quantitativos 18

5.4.1.1 Amostra 18

5.4.1.2 Amostragem 19

5.4.1.3 Critérios de inclusão (inquérito) 20

5.4.1.4 Critérios de exclusão 20

5.4.2. Dados qualitativos 20
5.4.2.1 Amostra 21
5.4.2.3 Critérios de Inclusão 22
5.4.2.4 Critérios de Exclusão (todos) 22
5.5 Técnica, instrumentos e procedimentos de recolha de dados 23
5.5.1 Dados quantitativos 23
5.5.2 Dados qualitativos 24
5.6 Considerações éticas 26
5.6.1 Revisão Ética 26
5.6.2 Forma de obtenção do consentimento livre informado 26
5.6.3 Procedimento para garantia de confidencialidade 26
5.6.4 Treino em Ética e em Pesquisa envolvendo seres humanos 27
5.6.5 Seguro e Compensações 27
5.6.6 Riscos de participação 27
5.6.7 Benefícios da participação 28
5.6.8 Limitações ..... **Error! Bookmark not defined.**
6. RELATÓRIO E DISSEMINAÇÃO 28
7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ..... Error! Bookmark not defined.
8. ORÇAMENTO DO ESTUDO ..... Error! Bookmark not defined.
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... Error! Bookmark not defined.
10. ANEXOS 11

1. INTRODUÇÃO

A mortalidade materna (MM) continua um grave problema em muitos contextos socias, incluindo em Moçambique [1, 2].

Globalmente, cerca de um milhão de mulheres tem complicações durante a gravidez, parto ou após o parto. Em 2008, cerca de 358000 mortes foram estimadas mundialmente [2]. Estimativas dos 5 anos posteriores, indicaram um decréscimo para cerca de 289000 mortes [2]. Contudo o maior peso (cerca de 87-90%) da mortalidade materna, continua a ocorrer na Africa subsaariana, onde Moçambique faz parte. A mortalidade materna em Moçambique, apesar de registar variações regionais, continua extremamente alta, com taxas nacionais estimadas em 452 mortes maternas por 100 mil nascimentos vivos, em 2019 [3, 4]. Enquanto isso, a Mortalidade Materna Intra-hospitalar (MMIH), registou um agravamento, sendo o rácio de mortalidade materna institucional de 77/100.000 nados vivos em 2019 [3, 4].

Estes números deixam Moçambique à margem do alcance das metas dos objetivos de desenvolvimento Sustentável (ODS), que impõe ações concorrentes a uma redução de mortalidade materna não superior a 140 MM/100 mil nados vivos (NV), até 2030 e Mortalidade Neonatal (MN), inferior a 12/1000 NV contra os actuais 28/1000 NV[2-4]

Dados de Monitoria e Avaliação do Ministério da Saúde (MISAU), indicaram como principais causas de mortes maternas ocorridas ao nível das US em 2019, a hemorragia pós-parto representando 37% seguida pelas doenças hipertensivas da gravidez como a Pré Eclampsia e Eclampsia, com cerca de 23%) [4]. Um estudo recente realizado na província de Maputo apontou a infecção por HIV, a doença de malária e outras infecções durante a gravidez, como contribuintes em cerca de 20% a 11% respectivamente das MM indiretas nesta Província [5, 6]

Quanto à Mortalidade Neonatal, figuram como principal causa as Complicações decorrentes da Prematuridade, tendo registado em 2016, 2017 e 2018 taxas de 37%, 43% e 38%, respectivamente. As causas decorrentes de complicações do trabalho de parto (Asfixia Perinatal) têm aumentado paulatinamente, contribuindo em 25%, 27% e 36% das causas de MN, desde 2016, 2017 e 2018, respectivamente. A prematuridade e asfixia perinatal foram responsáveis por mais de 70% dos óbitos neonatais em 2018[4].

Uma das estratégias para redução da MMN é a promoção da utilização dos serviços de saúde apropriados medidos pelos indicadores de utilização dos serviços de CPN, parto institucional e serviços pós-parto [7]. Muitos dos fatores de risco (HIV, Malária, eclampsia e outros) podem ser detectadas e tratadas precocemente nas CPN [5]. Em um país onde as taxas de HIV e doenças endêmicas como malária, continuam a aumentar, contribuindo nas causas indiretas de MM, um acompanhamento PN precoce e adequado, adicionado, ao protocolo e directrizes de humanização do parto e serviços pós-parto, concorrem para redução de perdas maternas e neonatais [2-5]. Contudo, garantir e aumentar o acesso e utilização dos serviços de saúde maternos, adequados durante a gravidez, parto e pós parto continua um grande desafio para o contexto Moçambicano [8].

Entre as barreiras de utilização destes serviços figuram factores individuais, socio comunitários e estruturais. Estudos realizados em países similares a Moçambique, revelam que o baixo nível educacional, económico, normas sociais de género favoráveis a dominação masculina são factores que concorrem para a fraca utilização dos serviços de saúde para cuidados com a gravidez, o parto e cuidados pós-parto [9, 10].

Adicionalmente, factores como prontidão, disponibilidade, bem como a perspectiva e satisfação pelos serviços oferecidos apontam para barreiras de acesso e utilização destes [3, 11].

A literatura disponível em Moçambique, sobre os determinantes da saúde materna confirmam a interação de factores socio económicos, culturais, ambiente e contexto socio político, como os principais determinantes[10, 12]. Estes achados corroboram com os demais achados dos contextos similares[7, 13, 14]. Contudo fatores geográficos e temporais devem ser considerados tendo em conta a diversidade cultural, climática e regional que caracteriza o país[4, 15, 16].

Intervenções em Saúde Materna Neonatal (SMN), devem ser informadas pelas necessidades locais [15]. No entanto não foram encontrados registos de intervenções focalizadas e estudos de base e do contexto nestes locais.

Continuar a buscar evidências sobre os determinantes da utilização dos serviços maternos continua sendo uma estratégia essencial para informar aos implementadores de programas de SMN sobre as intervenções focalizadas e direcionadas ao contexto.

A presente pesquisa visa estabelecer uma linha de base para implementar ações interventivas e estabelecer as variáveis/indicadores de monitoria para avaliação de fim de linha do projecto que vai permitir igualmente medir o impacto das ações do projecto.

O ICRH-M em estreita parceria com SPS Tete, está implementar um projecto designado "Mulheres felizes e bebes felizes, Acesso integrado e inclusivo à Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos- (SDSR), para as mulheres e raparigas, mães e seus bebés", tendo como objectivo geral o de garantir a implementação de um pacote de SSR, incluindo SMNI, de qualidade através da integração de cuidados para a mulher e recém-nascidos, numa abordagem baseada no género, equidade, resiliência, bem-estar e direitos da mulher e rapariga nos Distritos de Marávia e Zumbo, na Província de Tete.

2. PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Objectivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS3) "Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades", tem como primeira meta (3.1)

"Até 2030 reduzir o rácio de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nados vivos", e que nenhum país tenha um Rácio duas vezes superior à meta global [3].

Para responder a esta meta, Moçambique deverá redobrar os esforços pois a sua contribuição objectiva para a meta global situa-se em 140 MM/100 mil NV (ref) Uma vez que não é realístico assumir que Moçambique estará capaz dentro do contexto socioeconómico que se encontra atingir a meta de 70MM/100 mil NV[3]A segunda meta do ODS3 é "Até 2030 acabar com as mortes evitáveis de recém -nascidos e crianças menores de 5 anos"; no caso da mortalidade neonatal, todos os países devem focar-se para reduzir a mortalidade neonatal para pelos menos até 12 por mil NV. Segundo os dados do Countdown 2015 a taxa de mortalidade neonatal em moçambique era de 27 por 1000 NV[3].

Em relação às causas de Morte Materna, a informação apresentada no relatório, de avaliação das mortes maternas, mencionado no paragrafo anterior, permite-nos ter uma ideia geral das causas de morte no país. Ao longo dos três anos de análises das MM institucionais, as Hemorragias Obstétricas continuam a ser principal causa de morte materna, com taxas de 39%, 41% e 42% em 2016, 2017 e 2018, respectivamente. Os Transtornos Hipertensivos representaram a segunda maior causa com 15%, 18% e 17% em 2016, 2017 e 2018, respectivamente.

As causas indirectas têm também um grande contributo na Mortalidade Materna apesar da sua redução de 21% em 2016 para 16% em 2018.Os Distritos de Zumbo e Marávia, foram indicados pleo Governo local para implementar actividades de melhoria de Saúde Materna neonatal.

Os dados de registos de saúde materna, incluindo mortalidade materna e neonatal dos distritos indicam que foram registrados 4.366 e 5.965 partos institucionais entre os anos de (2020, 2021 e 2022). Ainda, foram registados nestes Distritos no ano 2022, 1 e 0 número de mortes materna correspondente a taxa de mortalidade materna de 23/100.000 Nados vivos e 0/100.000 Nados vivos respectivamente. A taxa de mortalidade neonatal foi de 3.2/1000 Nados vivos e 10.2/1000 Nados vivos. Estes dados de morbimortalidade materna e neonatal embora representem um baixo peso sobre o total dos indicadores de mortalidade materno e neonatal na Província de Tete[4], pouco se sabe sobre o real cenário da SMN nesses Distritos, bem como sobre os determinantes e riscos para saúde materno e neonatal[4].

Não obstante, o perfil socio-demográfico dos Distritos caracterizado por diversas vulnerabilidades ligadas ao baixo nivel económico e de educaçao da população residente, acesso limitado aos cuidados de saude, longas distâncias entre as comunidades e serviços de saùde, fraca acção ou mesmo inexistência de serviços de saùde comunitàrios para promoção de saude materna e neonatal, estilos de vida e habitos alimentares deficitários, podem limitar a qualidade de vida e de saùde da populacao e na sua habilidade de manter uma gravidez saudàvel que possa garantir a sobrevida e qualidade de vida da mãe e do RN a médio prazo[17].

Embora com números reduzidos ou mesmo inexistentes de mortes maternas e neonatais, nos ultimos anos, nestes Distritos, (segundo os dados de registo), continuar os esforços de garantir que nenhuma mulher perca a vida por dar a vida, e que cada gravidez resulte em um bebe saudàvel, não deve ser dispensado[4].

Os Dados dos últimos 3 anos (2020, 2021, 2022) de mortalidade materna nos distrito de Zumbo (0,0,1) e Marávia (0,0,0), (SISMA) acima descritos, levantam outras hipóteses relacionados com a qualidade de registro de dados, potencial subnotificação de casos de mortalidade, baixo acesso aos cuidados por parte da população, preferência por uso de serviços nos países vizinhos, mortes comunitárias entre outros factores, pelo que mostra-se necessário fazer uma avaliação de base e compreender as dinámicas de utilização dos serviços maternos pela população dos Distritos.

Entende-se por determinantes da saúde materna para esta pesquisa, um conjunto de factores que condicionam o acesso, utilização e adesão aos serviços de cuidados maternos neonatais circunscritos nos padrões estabelecidos da estratégia de redução de mortes maternas e neonatais que são medidos pela utilização dos serviços de cuidados pré-natais (CPN), partos institucionais e adesão as consultas de pós-parto (CPP).

3. OBJECTIVOS

3.1 Objectivo Geral

Analisar os determinantes da utilização dos serviços de saúde materno e neonatal nos Distritos de Zumbo e Maravía

3.2 Objectivos Específicos

- ❶ Descrever as características sociodemográficas e maternas das participantes do estudo;
- ❷ Aferir o nível de conhecimento das participantes sobre saúde materna e neonatal e serviços;
- ❸ Determinar o grau de utilização dos serviços maternos neonatais (CPN; Parto Institucional e CPP), pelas participantes durante a gravidez, parto e pós-parto;
- ❺ Aferir o grau de satisfação com os serviços maternos recebidos, através da medição do grau de concordância com a provisão dos cuidados e serviços maternos na última gestação;
- ❺ Identificar as barreiras de acesso e utilização dos serviços maternos e neonatais, através da exploração dos factores associados a não utilização dos serviços maternos durante a gravidez, parto e pós-parto.
- ❻ Explorar as perspectivas dos membros da comunidades e provedores de saúde sobre os determinantes de utilização dos serviços de saúde materna e neonatal (abordagem qualitativa)

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

É um estudo que usou duas abordagens: Quantitativa e qualitativa empregues em 2 momentos.

No primeiro momento recolheu-se dados quantitativos como metodologia para estabelecimento de uma linha de base para informar a dimensão e magnitude da utilização, potenciais barreiras e funcionamento dos Serviços e determinar com base em testes estatísticos quais são os factores que constituem barreiras para a utilização destes.

A pesquisa exploratória qualitativa forneceu visões e perspectivas dos diferentes actores (pessoas influentes da comunidade, homens e mulheres, e provedores de serviços) e de forma mais aprofundada explorou as conexões entre os dados da literatura e o contexto real do ambiente, bem como de outros factores que possam influenciar para determinados comportamentos e atitudes em relação aos serviços de saúde materna pelas comunidades. As discussões focais de grupos (DFG) e entrevistas em profundidade com membros da comunidade permitiu conhecer as perspectivas que a comunidade tem sobre as questões de maternidade e da utilização dos serviços durante a gravidez, parto e no pós parto.

4.2 Local do estudo

O estudo decorreu na Provincia de Tete nos Distritos de Marávia e Zumbo. Tete é uma Província do centro de Moçambique, constituída por quinze (15) distritos. Ela faz fronteira ao nordeste com o Malawi, ao noroeste com a Zâmbia, ao sudoeste com o Zimbabwe, e ao sul com as Províncias de Manica, Sofala e Zambézia.

Distrito de Zumbo- Perfil do Distrito

O Distrito de Zumbo está localizado a Oeste da Província de Tete, confinando a Norte e Oeste com a República da Zâmbia, a Sul com o Distrito de Mágoè, através do Rio Zambeze e a Este com o Distrito da Marávia, através do Rio Uncanha. A extensão da fronteira com a Zâmbia é de 250 Km a partir de Zumbo-Sede até à Localidade de Uncanha, no Distrito da Marávia. A superfície do distrito é de 12.039 km2 e a sua população está estimada em 96.110

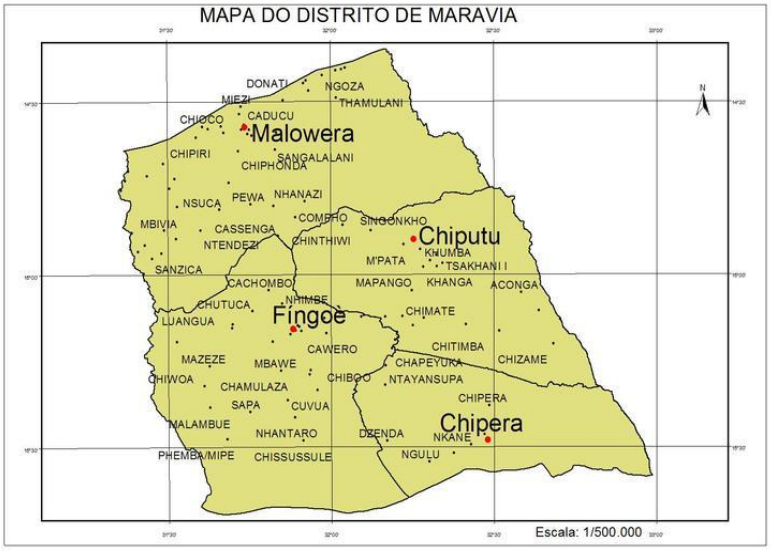
habitantes, destas 29.369 habitantes são Mulheres em Idade Fértil, (Segundo a projeção do senso de 2017).

O distrito tem uma rede sanitária de 12-Unidades Sanitárias, 11 Centros de Saúde e 1-Hospital Distrital tido como ponto de referência ao nível do distrito. A distância média entre a unidade sanitária periférica e o distrito esta a 104 Km, a unidade sanitária periférica mais próxima esta a 16 Km e a mais distante a 210 Km.



O rácio Técnico de Saúde / 100.000hab é de 136.4, Médicos / 100.000hab é de 2.1, Enfermeiros / 100.000hab é de 22.4, ESMI / 100.000hab é de 34.1, e Médicos, Enfermeiros e ESMI / 100.000hab é de 58,6.

Distrito de Marávia-Perfil do Distrito



O Distrito da Marávia está localizado a Noroeste da Província de Tete, fazendo fronteira, a Norte, com a República de Zâmbia, e, a Oeste, com Distrito de Zumbo, a Este, com o Distrito de Chifunde e a Sul, pelo Rio Zambeze, fazendo fronteira com o Distrito de Cahora-Bassa. A superfície do distrito é de 16.765 km2 e a sua população está estimada em 146.380 habitantes e 44.660 habitantes em Idade fértil, possui uma densidade populacional aproximada de 5,9 hab/km2. O distrito possui uma rede sanitária de 8 Unidades Hospitalares, 7 Centros de Saúde e 1 Hospital Rural tido como ponto de referência no distrito. A distância média entre as unidades sanitárias periféricas e o distrito é de 60 Km, a mais próxima dista de 45 Km e a distante a 130 Km.

O rácio Técnico de Saúde / 100.000hab é de 90.9, Médicos / 100.000hab é de 2.1, Enfermeiros / 100.000hab é de 19.6, ESMI / 100.000hab é de 19.6 e Médicos, Enfermeiros e ESMI / 100.000hab é de 41.3.

4.3 Razões da escolha dos locais:

A província de Tete é de actuação para ICRH e Patrocinador. Os Distritos foram selecionados e recomendados pelo Governo Local, para implementação de actividades com vista a melhorar a saúde materna e neonatal dos Distritos.

4.4 População do estudo, amostra e amostragem

Para a abordagem quantitativa a população do estudo foi constituída por utentes dos serviços de Saúde materna, que responderam à um inquérito que investigou os determinantes de acesso e utilização dos serviços de Saúde materna. A base de recrutamento para este grupo foi institucional, nas Unidades Sanitárias beneficiárias do projecto (Zumbo-HD de Zumbo; Cs de Lissico; Cs de Zambue e Maravia-Cs de Fingoé; Cs Cantina de Oliveira e Cs de Uncanha. As participantes foram recrutadas, nos serviços de maternidade nas portas de pós parto,programa alargado de vacinação (PAV) e consultas de criança sadia e de risco (CCS e CCR), observando-se os critérios de inclusão específicos detalhados abaixo.

A Tabela 1 quantifica o tamanho da população de estudo.

Tabela 1. Utentes de primeiras Consultas Pós-Parto de 2022 nas seis Unidades sanitárias do estudo

Estratos (CS/HP)	**Até ao 2º dia**	**Entre o 3 º- 7º dias**	**Entre o 8º- 21º dias**	**Entre 22- 42 dias**	**Total de 1as**
Distrito Zumbo	**1247**	**264**	**169**	**83**	**1763**
HD de Zumbo	603	52	23	13	691
Cs de Lissico	289	31	13	5	338
Cs de Zambue	355	181	133	65	734
Distrito Maravia	**2450**	**385**	**189**	**70**	**3094**
CS Fingóe	988	250	110	51	1399
Cs Cantina de	462	0	0	0	462

Oliveira					
Cs de Uncanha	1000	135	79	19	1233
Total	**3697**	**649**	**358**	**153**	**4857**

Fonte: Adaptado do relatório mensal (Janeiro – Dezembro) de CCP no SIS-MA

4.4.1 Dados quantitativos

4.4.1.1 Amostra

Para fins de obtenção do tamanho da amostra, utilizou-se como critério os registos de usuárias dos serviços de pós-parto, no ano de 2022. Os registos das primeiras consultas de pós-parto, permitem uma estimativa de utilização dos três serviços maternos em referência, (pré-natal, parto institucional e consultas pós parto). Para cálculo do tamanho da amostra, foi considerada a população de 4857 mulheres que fizeram a primeira Consulta Pós-Parto tendo como base a demanda de 2022 disponível no SIS-MA. A amostra do estudo foi calculada com base na fórmula abaixo:

$$n = \frac{N * (Z_{\frac{\alpha}{2}})^2 * p(1-p)}{(N-1) * e^2 + (Z_{\frac{\alpha}{2}})^2 * p(1-p)}$$

$$n = \frac{4857 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{(4857-1) * (0.05)^2 + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

Margem de erro: e = 0.05

Z crítico: Z = 1.96

Proporção populacional: p = 0.5

População: N = 4857

Tamanho da amostra: n=356

Assumimos 95% de nível de confiança e 5% de margem de erro.

Onde:

Foi calculada a amostra proporcional de mulheres segundo a fórmula:

Fórmula

$$Proporção\ de\ participantes = \frac{População\ estratificada}{População} * Tamanho\ da\ amostra$$

Tabela 2: Alocação proporcional da amostra por unidade sanitária

Locais	Total
Zumbo	129
Hospital Distrital de Zumbo	51
Centro de Saúde de Lissico	25
Centro de Saúde de Zambue	54
Maravia	227
Centro de Saúde Fingóe	103
Centro de Saúde Cantina de Oliveira	34
Centro de Saúde de Uncanha	90
Amostra (n)	**356 Mulheres**

4.4.1.2 Amostragem

Foi realizada uma amostragem sistemática para selecção dos paticipantes da amostra. O intervalo de amostragem (K=14) foi calculado através da seguinte fórmula "k=N/n", sendo: K=4857/356

N= tamanho da população das mulheres= 4857
n= tamanho da amostra=356
k =intervalo de amostragem=?

Sorteou-se o número 3 entre 1 e 14, chamado "m", sendo $0 < m \leq k$. Esse número m=14 foi primeiro elemento selecionado para amostra. O segundo elemento da amostra foi "m+k"; o terceiro elemento foi "m+2k"; e assim sucessivamente, de forma sistemática até alcançar a amostra desejada.

A recolha de dados decorreu de 23 a 28 de outubro de 2023 no distrito de Marávia e de 30 de outubro a 3 de Novembro no distrito de Zumbu. A equipa de campo foi constituída por 9

elementos, sendo 5 inquiridores, 2 entrevistadores, 1 gestor de dados, e 1 pesquisador principal, como coordenadora do campo.

4.4.1.3 Critérios de inclusão (inquérito)

- ❶ Ter tido parto nos últimos 6 meses anteriores ao inquérito (o período de 6 meses para salvaguardar a memória, devido ao facto de explorar-se experiências de maternidade, para minimizar viéis de memória).
- ❷ Estar nos locais de recrutamento dentro da US no momento de recolha de dados;
- ❸ Ter autonomia de consentir a sua participação e assinar o termo de consentimento informado
- ❹ Compreender ou Falar a língua portuguesa ou lingua local;

4.4.1.4 Critérios de exclusão

- ❶ Mães ou seus menores que tenham alguma condição clínica que pudesse ser agravada pela sua participação no estudo ou que não permitisse prestar a entrevista;

4.4.2. Dados qualitativos

A População para componente qualitativa foi constituída por actores comunitários sendo: Mulheres e homens que já tiveram experiência de maternidade e paternidade, respectivamente; Líderes comunitários e outras pessoas influentes da comunidade; maltronas. Os dados qualitativos foram colhidos para explorar as opiniões, perspectivas, experiências e dinâmicas de utilização dos serviços maternos. Nesta abordagem não foi importante limitar o período vivenciado da experiência com a maternidade ou paternidade, pois nesta abordagem o mais importate era colher suas visões, perspectivas e vivências da maternidade e dos serviços de saúde para cuidados materno neonatais.

Na abordagem qualitativa os provedores de saúde materno (enfermeiras de SMI, e outros profissionais que prestam serviços maternos), descreveram suas perspectivas, desafios e experiências na oferta dos serviços maternos para comunidade e a utilização destes pela comunidade.

Guias locais, apoiaram na identificação de mulheres e homens em idade fértil que tenham ou tiveram filho. O critério de ter tido filho/parto serviu para perceber as dinâmicas,

significados, atitudes e experiências vivenciadas na utilização dos serviços de SMN pelos beneficiários, e aqueles que potencialmente necessitam ou já necessitaram dos serviços.

4.4.2.1 Amostra

Foram estimadas amostras mínimas para cada grupo, considerando que a informação qualitativa servirá para reforçar os dados de inquérito para melhor compreensão das dinâmicas de utilização dos serviços de saúde pelas diferentes partes envolvidadas. Para abordagem qualitativa estimou-se uma amostra de 78 participantes selecionados por conveniência. Uma vez que a abordagem qualitativa não tem em vista extrapolar os resultados, mas sim construir conceitos e colher opiniões de um determinado grupo de respondentes, a amostra final, foi com base no critério saturação [18, 23] e a amostragem por conveniência e bola de neve.

Tabela 3. Amostra -abordagem qualitativa

Categoria FGD	**Numero de participantes**	**Faixa etária participantes**	**Total FGD**	**Total participantes**
FGD1 Provedores	6	24-46	2	10
FGD2 Provedores	4	27-39		
FGD3 Liders comunitários	7	31-59	2	12
FGD4 Liders comunitários	5	42-67		
FGD5 membros da comunidade- Mulheres	7	22-34	6	42
3FGD6 membros da comunidade- Mulheres	6	22-38		
FGD7 membros da comunidade- Mulheres	8	19-31		
FGD8 membros da comunidade- Mulheres	8	21-33		
GFD9 membros da comunidade- Mulheres	7	26-44		
FGD10 membros da comunidade- Mulheres	7	28-56		

FGD11 membros da comunidade- homens	5	27-33	6	33
FGD12 membros da comunidade- homens	7	28-44		
FGD13 membros da comunidade- homens	6	33-58		
FGD14 membros da comunidade- homens	5	27-41		
FGD15 membros da comunidade- homens	5	29-59		
FGD16 membros da comunidade- homens	5	36-61		
Total participantes			**16**	**97**

4.4.2.3 Critérios de Inclusão

❶ **Influenciadores comunitários:** idade mínima de 18 anos; ser uma pessoa respeitada e confiada pela comunidade; pertencer a comunidade; Líderes comunitários; Lider religioso; Chefe do bairro; Maltrona/ Parteira tradicional

❷ **Homens-pais:** Ter tido experiencia de paternidade; ser residente naquela comunidade ou outra abrangida pelo estudo durante o período do estudo; ter autonomia para prover consentimento.

❸ **Mulheres-mães:** Ter tido experiência de gravidez e parto, independentemente nado vivo/não; ser residente naquela comunidade ou outra abrangida pelo estudo durante o período do estudo; Ter autonomia para prover consentimento.

❺ **Provedores de saúde:** Idade mínima de 18 anos; prestar serviços maternos neonatais nos locais de estudo; ser enfermeira de SMI; Médica; Técnico de cirurgia; Enfermeira de SM superior; Médicos especialistas; Técnicos de Medicina, a prover serviços maternos neonatais;

4.4.2.4 Critérios de Exclusão

❶ Não poderem consentir a sua participação

- ❷ Não falar a lingua portuguesa ou local.

4.5 Técnica, instrumentos e procedimentos de recolha de dados

4.5.1 Dados quantitativos

A recolha de dados da pesquisa quantitativa foi por meio de um inquérito administrado por um assistente de pesquisa, devidamente treinado. O questionário continha perguntas fechadas e de escolha múltipla, desenhados para responder as questões da pesquisa. O questionário foi adaptado e combinado para cobrir as variáveis do estudo e adicionadas as variáveis do contexto, baseadas na literatura existente segundo o quadro conceptual dos determinantes do acesso e utilização dos serviços de saúde materno, no domínio individual, socio-comunitário ou contextual e da literatura disponível[20, 22] (Anderson).

Antes do início da entrevista, foi disponibilizada uma folha de informação ao participante, contendo explicação sobre todos os procedimentos do estudo incluindo os riscos, os benefícios e um esclarecimento sobre os serviços MN. A administração das entrevistas foi feita pelos assistentes de pesquisa, devidamente treinados sobre procedimentos operacionais e princípios éticos do estudo. Este processo, foi feito de forma anônima, isto é, os dados não foram relacionados aos nomes das participantes, tendo sido codificados.

A recolha de dados foi feita com recurso ao aplicativo informático *ODK Collect* incorporado em tablets, a partir do qual os dados recolhidos foram sincronizados para armazenamento contínuo no servidor central no ICRH-M. A máscara de lançamento de dados, instalados no tablet, reflete fielmente os formulários desenvolvidos em papel. Todas as edições feitas nos formulários em papel foram incorporadas no aplicativo electrónico, inclusive os mecanismos de garantia de consistência interna dos dados como seja os padrões de saltos lógicos, questões não aplicáveis e direcionamento da recolha de informação por mensagens de erros.

Gestão e análise da dados quantitativos

A análise dos dados foi realizada através da estatística descritiva de frequências absolutas e relativas. O teste qui-quadrado foi utilizado para avaliar a associação entre as variáveis (características sociodemográficas, obstétricas e de conhecimento com a frequência/utilização dos serviços maternos). O nível de significância de $\alpha=0.05$ foi adoptado para todas as análises bivariadas.

O processo de limpeza de dados foi realizado usando o Excel e analisados no software estatístico SPSS, versao 21.

Foi gerado no SPSS uma base de dados com questionários representados em cada linha onde cada uma das linhas corresponde a um participante do estudo. Os casos omissos foram codificados de modo a sinalizarem o sistema sobre casos de informação em falta e serem rastreados pelo software e não enviesarem as análises do estudo. As variáveis foram etiquetadas na base de dados de forma a facilitar na identificação e rastreio. Após criação da base de dados que seria usada para análise estatística, esta foi registada e guardada com identificação de modo a evitar uso de versões desajustadas.

As tabelas e gráficos com os resultados do estudo, foram preparados de acordo com o plano de análises previamente desenhado pelo Pesquisador Principal e outros membros da equipa de pesquisa, baseado nos objectivos da pesquisa.

Foi feita a análise descritiva das variáveis e foram quantificadas as frequências para avaliar a distribuição das respostas. A combinação e análise dos dados levantados permitiram por um lado registar tendências quantificáveis de conhecimento e práticas. Neste estudo foi usado o teste Qui-Quadrado para avaliar a associação entre as variáveis ou comparar proporções.

4.5.2 Dados qualitativos

Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados foi por meio de discussões de grupos focais com recurso a um guião de discussão de grupo focal específico para cada grupo e através de entrevista com recurso a um guião de entrevista semi-estruturada, conforme a disponibilidade dos participantes. Realizaram-se DFG para grupos de mulheres, grupo de homens, e provedores de saúde e influenciadores de comunidade. As entrevistas em profundidade para pessoas influentes da comunidade, e provedores de saúde, devido a sua indisponibilidade para entrevistas individuais, estes juntaram-se para um grupo de discussão focal. O método de discussão focal para estes grupos é benefíco por poder recolher muita informação em pouco tempo. A discussão em torno das perspectivas sobre saúde materna nas comunidades pode ser feita em discussões focais para grupos de provedores e grupos de líderes, pois o tema é abrangente e colhe opiniões e não exactamente experiências. Contudo durante as discussões foi reforçado ao grupo a necessidade de manter sigilo sobre a conversa tida e de se respeitar opiniõs dos outros

Os GDF foram organizados de acordo com as características dos participantes e disponibilidade dos potenciais participantes. Homens/pais; mulheres mães, líderes comunitários e provedores. A duração estimada de cada DFG / entrevista foi de 45-60 minutos.

Cada grupo focal foi constituído por entre 5_8 participantes. Pessoas da comunidade foram contactadas para apoiar na identificação dos potenciais participantes. Os pesquisadores e assistentes de pesquisas procederam ao recrutamento e a obtenção do consentimento e posterior recolha de dados, para os participantes que voluntariamente aceitaram, fazer parte do estudo.

Os dados foram recolhidos pela investigadora principal e outros assistentes de pesquisa que foram previamente treinados sobre os métodos e procedimentos de pesquisa bem como sobre os princípios éticos.

Foi feita análise temática dos transcritos das DGF e das entrevistas em profundidade, que versam sobre as opiniões, perspectivas e vivências sobre a SMN; dinâmicas e determinantes da utilização dos serviços de SMN; barreiras, incluindo aspectos socioculturais e estruturais e desafios.

Gestão e análise de Dados qualitativos

Os áudios foram ouvidos repetidas vezes e depois transcritos para um texto word. Cada gravação de DFG e entrevista foi transcrita pelo assistente imediatamente após cada DFG/entrevista, verificando cada áudio e apresentado ao investigador principal que fez uma verificação adicional e edições necessárias. O investigador principal foi o responsável por verificar e garantir que cada áudio foi devidamente transcrito, através da audição de todas as secções das gravações e cruzamento com as transcrições.

Para as DFG/entrevista conduzidas em língua local, estas foram traduzidas para português durante a transcrição. Para gravações em língua local, este procedimento foi feito pelo assistente de pesquisa e outro pesquisador entendedor da lingua. Quando identificados vários erros, todo ficheiro era devolvido para uma nova transcrição e seguidamente o ciclo de cruzamento de transcritos ocorria. Se os erros fossem menores ou alguns significados não fossem claros, o pesquisador principal teve o papel de discutir com o transcritor sobre as transcrições finais. Apòs completar o processo de transcrição e validação dos transcritos, estes foram transportados para o software usado para codificação e análise o INVIVO.

O processo de codificação foi feito com recurso ao *INVIVO*, um software de análise de dados qualitativos. Os temas e construções teóricas foram desenvolvidos a partir das notas e transcritos. Após cada DFG a equipa de pesquisa sumarizou os achados e procedeu a revisão para a DGF seguinte, assim se procedeu de igual modo para entrevistas. Os transcritos foram codificados em cada linha e posteriormente agrupados em temas. A codificação foi feita em português e sumários partilhados para outros membros da pesquisa, como os co-pesquisadores. A análise dos dados foi orientada pela literatura e o quadro teórico em referência aos estudos.

Os transcritos foram aplicados para refinar e aprofundar os achados durante a escrita. A análise consistiu em situar as práticas, percepções relacionadas aos serviços de saúde maternos em contexto mais amplo onde ele está inserido tendo em conta dimensões individual, sociais e estruturais, histórica e política.

4.6 Considerações éticas

4.6.1 Revisão Ética

Este protocolo de estudo foi revisto e aprovado pelo Comité Interinstitucional de Bioética para a Saúde de Tete (CIBIS_Tete). Os investigadores orientam-se pelos princípios e regras internacionais de ética em pesquisas, envolvendo seres humanos, incluindo o disposto nos protocolos de Helsínquia, durante todas as fases do estudo. Orientados por tais princípios e regras, a participação no estudo foi mediante assinatura do consentimento informado e individual.

4.6.2 Forma de obtenção do consentimento livre informado

O consentimento livre informado foi obtido através de um contacto directo com os entrevistados, sendo um de cada vez, depois de esclarecido o objectivo da pesquisa e seguida da assinatura da folha do consentimento livre informado.

4.6.3 Procedimento para garantia de confidencialidade

Os dados dos inquéritos, foram inseridos em *tablets* e enviados para base central no final de cada dia de trabalho.

Apenas os investigadores autorizados tinham acesso à base de dados. Todos os documentos físicos com dados que possam colocar em causa a privacidade do paciente foram

armazenados em cacifos de acesso restrito com a devida segurança**.** Não foram colhidas informações como o nome. Os participantes foram atribuídos os códigos que garantam a privacidade da informação. Apenas o pessoal envolvido na pesquisa tem acesso a essas informações**.**

Dados de áudios, ficheiros excel, sumários das observações do campo e de cada DGF foram transcritos em world e partilhados somente com os membros da equipa. Todo material de pesquisa (dados de campo, notas de campo, ficheiros áudio, formulários de consentimento foram conservados em local seguro e ficheiros digitais protegidos com uma senha de acesso, e ainda criadas cópias de segurança, para casos de perda dos computadores onde estão gravados. Somente o pesquisador principal e membros da equipa tem acesso.

Todo o conteúdo da pesquisa será destruído 5 anos após a divulgação de todos resultados.

4.6.4 Treino em Ética e em Pesquisa envolvendo seres humanos

Os assistentes de pesquisa receberam um refrescamento pela equipa do estudo. O refrescamento incidiu sobre princípios éticos e na prática dos procedimentos aplicáveis ao estudo. O coordenador e o pesquisador principal, durante a fase piloto, procederam a uma observação directa para garantir que todos os aspectos éticos sejam compridos. Foram tomadas todas as medidas possíveis para garantir que os colectores de dados tenham formação suficiente para fazer as entrevistas de forma respeitosas e sem atropelar as normas de éticas vigentes.

4.6.5 Seguro e Compensações

Os participantes não receberam qualquer compensação nem seguro pela participação no estudo. Contudo participantes dos grupos focais foram oferecidos um pequeno lanche, constituído por água/sumo e bolacha, no fim de cada discussão.

4.6.6 Riscos de participação

Pela sensibilidade do tema em questão, podem existir eventos adversos sociais não esperados como recordações de experiências ou vivências negativas relacionao a maternidade. Para tal, fez-se uma capacitação dos inquiridores e de investigadores sobre a temática em alusão para melhor abordagem aos potenciais participantes, respeitando crenças e ritos locais. Adicionalmente, o consentimento e todos os procedimentos do estudo foram realizados em

locais de maior privacidade e conforto possível segundo as condições existentes na comunidade. As entrevistas decorreram especificamente e somente na presença do participante e do entrevistador. Não foi registado nenhum evento adverso durante o estudo

4.6.7 Benefícios da participação

Os participantes foram informados que ao participarem neste estudo, não confere qualquer benefício directo, mas sim um benefício indirecto porque contribuirão com informações importantes em relação a possíveis intervenções de melhoria do programa Saude Materno Infantil bem como orientar a intervenção ao nível dos distritos de implementação, para si no futuro e para outras mulheres.

5. RESULTADOS

Os resultados apresentados seguem o método de análise desenvolvido para responder aos objectivos do estudo, sendo os seguintes:

- Perfil sociodemográfico e materno das participantes;
- Aferir o nível de conhecimento das participantes sobre saúde materna e neonatal e serviços através da medição da proporção de respostas correctas sobre questões de saúde materna;
- Determinar o grau de utilização dos serviços maternos neonatais pelas participantes, nomeadamente proporção da utilização dos serviços de CPN, proporção da frequência de 4 ou mais CPN; proporção da utilizaao da primeira CPN dentro do primeiro trimestre da gestação; proporção da utilização do parto institucional; e proporção da utilização de CPP na primeira semana, nos 28 dias após o parto e nos 42 dias após o parto.
- Aferir o grau de satisfação com os serviços maternos recebidos, através da medição do grau de concordância com a provisão dos cuidados e serviços maternos na última gestação;
- Identificar as barreiras de utilização dos serviços maternos e neonatais, através da exploração dos factores associados a não utilização dos serviços maternos durante a gravidez, parto e pós-parto.

6.1 Caractérísticas sócio-demográficas das participantes

A tabela 1 apresentam as características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Pelos dados da tabela verifica-se que da amostra inicial, estimada em 356, foram recolhidos dados em um total de 381 participantes.. Da análise verifica-se que o intervalo de idades dos participantes variou de 15 anos até 35 + anos.

Maior parte dos participantes 128 (33,6%), situava-se no intervalo de idade compreendida entre 20_24 anos, Quase todos os participantes 377 (99%), não eram portadora de nenhum tipo de deficiência, onde apenas 4 (1%) tinha algum tipo de deficiência, sendo que asasprincipais deficiências relatadas foram, 2 (50%) deficiência física, seguida da auditiva 1 (25%) e outros tipos 1 (25%). A maior parte dos participantes tinha estado civil de casada 291 (76.4%), seguida de solteiras com parceiro 71 (18,6%.) e a minoria não tinha parceiro na altura da recolha dos dados 19 (5%).

Maior parte participantes 112 (29,4%) pertenciam a religião protestante e uma pequena parte 4 (1%) pertenciam a religiao islâmica. Quanto ao nivel de escolaridade, os participantes eram maioritariamente 238 (62,5%) sem nehuma escolaridade“isto é nunca foram a escola”, 97 (25,5%), tinham o ensino primário concluído, 39 (10,2), já tinham o ensino secundário e a minoria 8 (10,2%) possuiam o nivel primario., 7 (1.8%) tinham apenas a alfabetização, isto é apenas sabiam ler e escrever. Um pouco mais que a metade 193 (53,3%) dos parceiros das participantes, nunca tinham estudado e um pequeno numero 6 (1,7%) tinha nível superior.

Relacionados a empregabilidade, a maioria 305 (80,1%) eram desempregadas, seguindo daqueles que tinham conta própria ou emprego não formal 65 (17,1%) e um pequeno numero 11 (2,9%), possuia algum tipo de emprego. Quanto a empregabilidade dos seus parceiros, igualmente, a maioria dos parceiros 225 (62,2%), não era empregado, seguido daqueles que tinham emprego não formal, 93 (25,7%) e a minoria 44 (12,2%), possuía emprego.

A maioria das participantes 288 (75,6%), tinha uma renda mensal do agregado abaixo de 3500mt, e uma minoria, 1 (0,3%), tinha acima de 20,000mt /mês. A maioria das participantes, 174 (45,7%) tinha 3 ou mais filhos e a minoria 100 (26,2%), tinha 1_2 filhos. A maioria das participantes 297 (78,0%), era casada na altura da descoberta da gravidez e a minoria 8 (2,1%), não tinha parceiro.

A maioria das participantes 345 (90,6%), desejou e planificou a gravidez, entre as que não planificaram a gravidez, 26 (6,8%), não desejavam ter esta gravidez, 5 (1,3%), foi por pressão do marido/parceiro pressionou para ter a gravidez, 4 (1,0%) não teve acesso a meios para interrupção e a minoria 1 (0,3%), afirmaram que a sogra pressionou para ter a gravidez. Sobre autonomia para realizar planeamento familiar de sua escolha, a maioria das participantes, afirmou que precisa autorização do marido283 (74,3%) para fazer o planeamento familir, e a minoria 1 (,3%), afirmou que precisa autorização da sogra.

Cerca de 90 (23,6%), das participantes afirmou não necessitar de autorização de outra pessoa para realizar planeamento familiar. Sobre o tempo decorrido entre o parto até a altura do inquérito, a maioria das entrevistadas, 325 (85,3%), estavam fora do período do puerpério e um pequeno grupo 9 (92,4%), o parto tinha decorrido entre 8-21 dias. A maioria das entrevistadas não posuia nenhum meio de transporte para US, deslocando-se a pé 307 (80,6%), seguido de transporte privado do tipo

Mota 59 (15,5%), meio próprio como mota, carro, bicicleta 11 (2,9%), Transporte privado do tipo bicicleta 3 (0,8%) e uma minoria 1 (0,3%), usava um carro-privado para deslocar-se a US. A maioria das participantes, 147 (38,6%) demora entre 30 a 60 minutos, para chegar a US, seguido daqueles que levam mais de 1 hora 120 (31,5%) e a minoria 114(29,9%), são aqueles que demoram menos de 30 min.

Tabela 1: Característica sócio-demográficas das participantes

		Global	Maravia	Zumbo
		n (%)	n (%)	n (%)
	15 a 19	**82 (21.5)**	**55 (22.4)**	**27 (20.0)**
	20 a 24	128 (33.6)	78 (31.7)	50 (37.0)
	25 a 29	76 (19.9)	49 (19.9)	27 (20.0)
	30 a 34	60 (15.7)	39 (15.9)	21 (15.6)
	35 ou mais	33 (8.7)	23 (9.3)	10 (7.4)
	Total	379(100.0)	244 (100.0)	135 (100.0)
B2. É portadora de deficiência?	***Não***	**377 (99.0)**	**243 (98.8)**	**134 (99.3)**
	Sim	4 (1.0)	3 (1.2)	1 (0.7)
	Total	381 (100.0)	246 (100.0)	135 (100.0)
B3. Se sim, que tipo de deficiência possui?	***Física***	**2 (50.0)**	**1 (33.3)**	**1 (100.0)**
	Outro	1 (25.0)	1 (33.3)	0 (0.0)
	Visual	1 (25.0)	1 (33.3)	0 (0.0)
	Total	4 (100.0)	3 (100.0)	1 (100.0)
B9. Estado civil	***Casada***	**291 (76.4)**	**200 (81.3)**	**91 (67.4)**
	Solteira sem parceiro/Separada/Divorciada/Viúva	19 (5.0)	8 (3.3)	11 (8.1)
	Solteira com parceiro	71 (18.6)	38 (15.4)	33 (24.4)
	Total	381 (100.0)	246 (100.0)	135 (100.0)
B10. A que religião pertence?	*Católica*	63 (16.5)	38 (15.4)	25 (18.5)
	Cristã independente	27 (7.1)	14 (5.7)	13 (9.6)
	Islâmica	4 (1.0)	4 (1.6)	0 (0.0)
	Pagã/Nenhuma	59 (15.5)	52 (21.1)	7 (5.2)
	Protestante/Evangélica	**112 (29.4)**	**61 (24.8)**	**51 (37.8)**
	Sião/Zione	45 (11.8)	31 (12.6)	14 (10.4)
	Outra	71 (18.6)	46 (18.7)	25 (18.5)
	Total	381 (100.0)	246 (100.0)	135 (100.0)
B4. Qual é a sua situação de escolar?	*Alfabetização*	7 (1.8)	6 (2.4)	1 (0.7)
	Ensino primário	**97 (25.5)**	**65 (26.4)**	**32 (23.7)**
	Ensino Secundário	39 (10.2)	27 (11.0)	12 (8.9)
	Nenhum (nunca estudou)	238 (62.5)	148 (60.2)	90 (66.7)

	Total	381 (100.0)	246 (100.0)	135 (100.0)
B6.Qual é o estado da sua empregabilidade	*Conta própria/emprego não formal*	65 (17.1)	41 (16.7)	24 (17.8)
	Desempregado	**305 (80.1)**	**195 (79.3)**	**110 (81.5)**
	Empregado	11 (2.9)	10 (4.1)	1 (0.7)
	Total	381 (100.0)	246 (100.0)	135 (100.0)
B8.Qual é a renda mensal do seu agregado?	***Menos de 3500***	**288 (75.6)**	**186 (75.6)**	**102 (75.6)**
	Entre 3500 a 7500	75 (19.7)	46 (18.7)	29 (21.5)
	Entre 7501 a 10000	11 (2.9)	7 (2.8)	4 (3.0)
	Entre 10001 a 20000	6 (1.6)	6 (2.4)	0 (0.0)
	Mais de 20000	1 (0.3)	1 (0.4)	0 (0.0)
	Total	381 (100.0)	246 (100.0)	135 (100.0)
B11. Quantos filhos tem?	*1 filho*	107 (28.1)	68 (27.6)	39 (28.9)
	1-2 filhos	100 (26.2)	70 (28.5)	30 (22.2)
	3 ou mais filhos	**174 (45.7)**	**108 (43.9)**	**66 (48.9)**
	Total	381 (100.0)	246 (100.0)	135 (100.0)
B12.Qual era o seu estado civil na altura da gravidez?	***Casada***	**297 (78.0)**	**205 (83.3)**	**92 (68.1)**
	Solteira sem parceiro/Separada/Divorciada/Viúva	8 (2.1)	3 (1.2)	5 (3.7)
	Solteira com parceiro	76 (19.9)	38 (15.4)	38 (28.1)
	Total	381 (100.0)	246 (100.0)	135 (100.0)
B13.A sua gravidez foi planificada e desejada por si?	*A minha sogra pressionou para ter a gravidez*	1 (0.3)	1 (0.4)	0 (0.0)
	Não desejava e não tive acesso a meios para interrupção	4 (1.0)	4 (1.6)	0 (0.0)
	Não planifiquei e nem desejava ter esta gravidez	26 (6.8)	19 (7.7)	7 (5.2)
	O meu marido/parceiro pressionou para ter a gravidez	5 (1.3)	5 (2.0)	0 (0.0)
	Sim, eu desejei	**345 (90.6)**	**217 (88.2)**	**128 (94.8)**
	Total	381 (100.0)	246 (100.0)	135 (100.0)
B14. Precisa de permissão (marido, sogra ou outro) para fazer planeamento familiar?	*Mãe*	2 (0.5)	2 (0.8)	0 (0.0)
	Marido	**283 (74.3)**	**190 (77.2)**	**93 (68.9)**
	Não preciso, eu decido sozinha	90 (23.6)	52 (21.1)	38 (28.1)
	Sogra	1 (0.3)	1 (0.4)	0 (0.0)
	Outro	5 (1.3)	1 (0.4)	4 (3.0)
	Total	381 (100.0)	246 (100.0)	135 (100.0)
B16. Qual é o meio de transporte que mais usa para ir a US	***A pé***	**307 (80.6)**	**178 (72.4)**	**129 (95.6)**
	Meio próprio (mota, carro, bicicleta)	11 (2.9)	10 (4.1)	1 (0.7)

	Transporte privado -bicicleta	3 (0.8)	3 (1.2)	0 (0.0)
	Transporte privado -carro	1 (0.3)	1 (0.4)	0 (0.0)
	Transporte privado -Mota	59 (15.5)	54 (22.0)	5 (3.7)
	Total	381 (100.0)	246 (100.0)	135 (100.0)
B17.Quanto tempo leva de casa para o Centro de Saúde?	*Menos de 30 minuto*	114 (29.9)	55 (22.4)	59 (43.7)
	Entre 30 a 60 minutos	**147 (38.6)**	**81 (32.9)**	**66 (48.9)**
	Mais de 1 hora	120 (31.5)	110 (44.7)	10 (7.4)
	Total	381 (100.0)	246 (100.0)	135 (100.0)

6.2 CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE MATERNA E NEONATAL E IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MATERNOS

As perguntas feitas para aferir o conhecimento baseam-se na literatura e exploram o conhecimento sobre saúde materna, fonte de informação sobre saúde materna e a importância atribuída a ultilizacão dos serviços maternos. O nível de conhecimento é medido pela proporção de participantes que responderam correctamente a cada questão.

Pelos dados da tabela, verifica-se que a maioria das participantes 333 (87.4%) já havia ouvido falar sobre CPN, contra as restantes 48 (12,6%), que nunca tinham ouvido falar sobre CPN. Das participantes que responderam sobre a importância da CPN, a maioria 302 (79,3%), sabia que a CPN serve para fazer acompanhamento da gravidez, prevenir doenças etc.), uma parte 51 (13,4%) nao o sabia para que servem as CPN e a minoria 5 (1,3%), tinha a ideia de que as CPN servem apenas para receber o documento que vai permitir entrar na maternidade na altura de ter o parto.

A maioria das participantes 254 (66,7%), sabia que as mulheres gravidas devem ir a CPN todos os meses durante a gravidez, 51 (13,4%) não sabia e a minoria, 30 (0,9%), respondeu que a mulher grávida só precisa ir a CPN 1 vez só. A maioria entrevistadas 330 (86,6%) referiu que era importante que o parceiro participasse das CPN, contra a minoria numero que considerou não ser importante 51 (13,4%).

Um numero maior das entrevistadas 258 (67,7%) conhecia um ou mais sinais de alerta durante a gravidez, contra a minoria, 13(3,4%), que não conhecia nenhum dos sinais. A maioria das participantes 348 (91,3%), indicou a ida a US, em caso de perigo, cerca de 26 (6,8%), nao sabia o que fazer, uma parte 5 (1,3%), referiu informar ao marido/sogra/ou outra

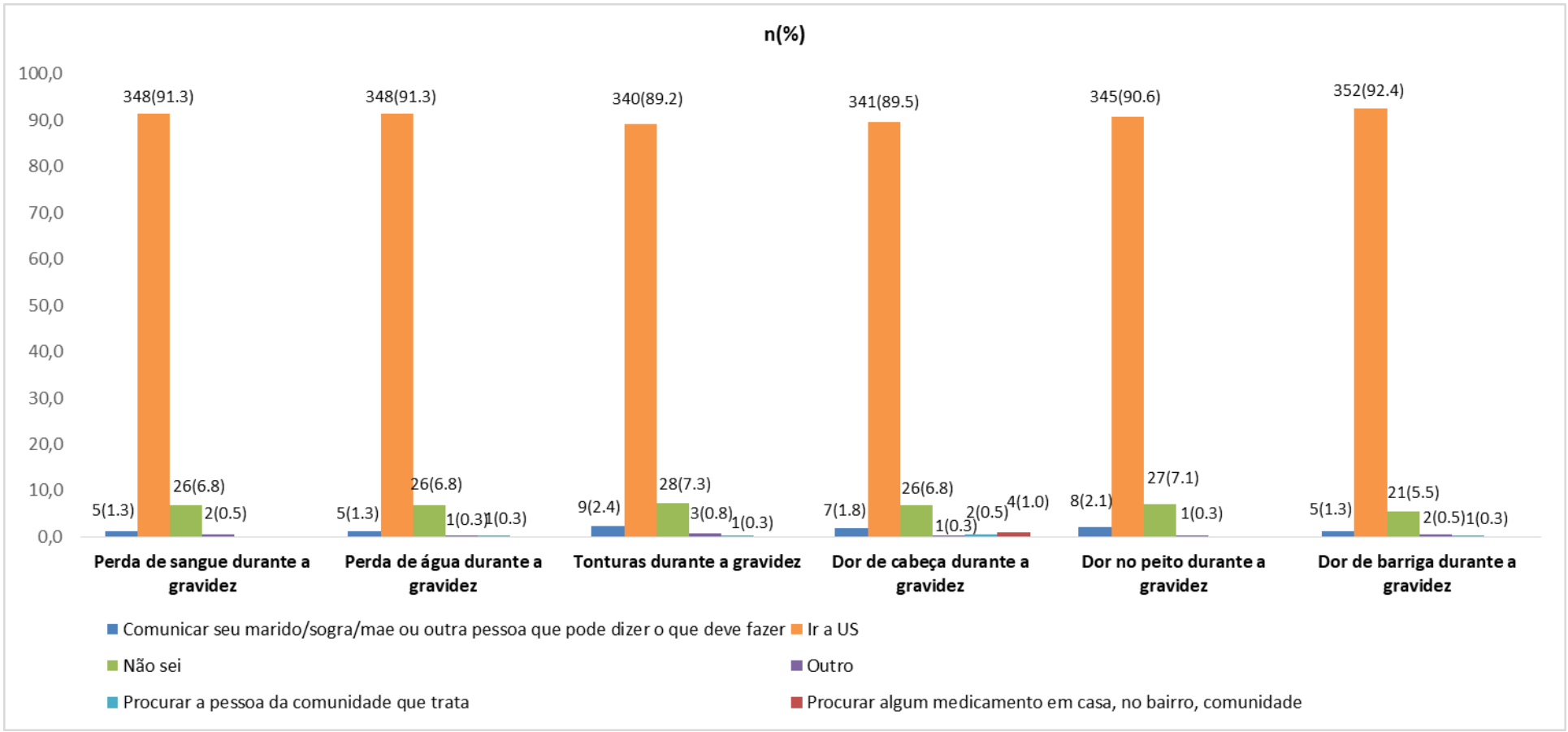
pessoa que possa decidir por ela, como medida, e a minoria 2 (,5%), indicou outra medida, nao especificada. Muitas das participantes 291 (76,4%), conheciam um ou mais sinais de parto, contra a minoria 12(3,1%) que não conhecia nenhum. A maioria das participantes, 338 (88,7%) conhecia uma ou mais medidas de preparação para o parto, contra a minoria, 26 (6,8%), que não conheciam nenhuma medida de preparação do parto.

A maioria das participantes 304 (79,8%) havia tomado uma ou mais medidas de preparação para o parto no seu último parto, uma parte 23(6,0%) não havia tomado qualquer medida e a minoria 1 (,3%), preparou pessoa da comunidade para realizar o seu parto. A maior fonte de informação sobre assuntos de saúde, planeamento familiar, gravidez, parto e cuidados de saúde materna, para a maioria 261 (68,5%) das participantes, é na US com provedor de saúde, seguindo de comunidade com as pessoas mais velhas 162 (42,5%), brigados móveis nas comunidades 22 (5,8%), as rádios comunitárias, 9(2,4%), redes sociais como TV e internet 7 (1,8%). Uma parte da população 10 (2,6%) não indicou qualquer fonte de obtenção de informação sobre saúde.

Tabela 2: Conhecimentos sobre saúde materna e neonatal

		n (%)
C1. Já ouviu falar de Consulta pré-natal	*Não*	48 (12.6)
	Sim	333 (87.4)
	Total	381 (100.0)
C2. Na sua opinião para que serve a CPN	*Para acompanhar o crescimento do bebê*	302 (79.3)
	Para tratar doenças	52 (13.6)
	Para prevenir doenças	82 (21.5)
	Para ensinar como cuidar da gravidez	90 (23.6)
	Para ter documento e poder entrar na maternidade para dar parto	5 (1.3)
	Não sei	51 (13.4)
	Outros	23 (6.0)
C3. Quantas vezes a mulher grávida deve ir as CPN durante gravidez	*1 Vez*	30 (7.9)
	1-3 vezes	46 (12.1)
	Não sei	51 (13.4)
	Todos os meses durate a gravidez	254 (66.7)
	Total	381 (100.0)
C4.Acha importante o parceiro participar nas CPN?	*Não*	51 (13.4)
	Sim	330 (86.6)
	Total	381 (100.0)
C5. Quais são os sinais de perigo durante a gravidez que conhece?	*Perda de sangue*	154 (40.4)
	Perda de água	61 (16.0)
	Tonturas	40 (10.5)
	Dor de cabeça	80 (21.0)
	Dor no peito	36 (9.4)
	Dor de barriga	258 (67.7)
	Não sei nenhum	17 (4.5)
	Outros	13 (3.4)
C7.Quais são os sinais de parto que conhece?	*Dor de barriga*	291 (76.4)
	Saida de sangue	33 (8.7)
	Saida de água	63 (16.5)
	Dor na coluna	197 (51.7)
	Não sei	12 (3.1)
	Outros	13 (3.4)
C8.Quais são as medidas para preparação ao parto que conhece?	*Guardar dinheiro de transporte*	88 (23.1)
	Guardar roupas e capulanas limpas	338 (88.7)
	Identificar o lugar que vou dar parto	3 (0.8)
	Preparar transporte	27 (7.1)
	Preparar pessoas para acompanhar a maternidade	90 (23.6)
	Nada	26 (6.8)
	Outros	42 (11.0)
C9.Quais são as medidas de preparação para parto que tomou na sua ultima gravidez?	*Guardei dinheiro de transporte*	127 (33.3)
	Guardei roupas e capulanas limpas	304 (79.8)
	Identifiquei o lugar que vou dar parto	2 (0.5)
	Preparei transporte	27 (7.1)
	Preparei pessoas para acompanhar a maternidade;	91 (23.9)
	Preparei pessoa da comunidade que vai me ajudar com o parto	1 (0.3)
	Nada, não preparei nenhuma das medidas acima	23 (6.0)
	Outros	46 (12.1)
C10.Onde busca informações sobre saúde, gravidez, parto, cuidados com bebé, planeamento familair?	*No hospital com provedor de saúde*	261 (68.5)
	No hospital com outras mães	28 (7.3)
	Na comunidade com outras mães/ pessoas mais velhas e/ou influentes/amigas	162 (42.5)
	Na comunidade através de rádios	9 (2.4)
	Na comunidade através de brigadas de saúde;	22 (5.8)
	Através de redes sociais /Televisão/ internet	7 (1.8)
	Não tenho ouvido falar sobre isso	10 (2.6)
	Família (Mãe, Sogra/o, irmã/o, tia/o)	73 (19.2)
	Outros	9 (2.4)

Gráfico 1: Medidas a tomar em caso de emergências durante a gravidez



6.3 Grau de utilização dos serviços maternos neonatais pelas participantes

Sobre CPN

Os dados indicam que a maioria dos participantes da pesquisa 283 (74,3%), indicaram ter ido as CPN mais de 4 vezes durante toda a gravidez, a minoria 6 (1,6%) tinha ido apenas 1 vez. Uma parte das participantes 7 (1,8%) não foi a nenhuma CPN na sua última gravidez. Dos que foram a menos de 4 CPN durante a gestacão indicaram como razões: *esperava a barriga crescer (58.2%); não via razão para muitas consultas (3.1%); Não tinha companhia (1.0%); Não tinha dinheiro para transporte (20.7%); Não gosto do atendimento (5.1%), Não sabia que estava grávida (1.0%); Demora para atender (3.1%); Fui mandada voltar até quando a barriga aparecer (4.1%).*

Sobre a altura da realização da primeira CPN, a maioria das participantes 211 (56,4%), referiu ter iniciado a primeira CPN com 4 ou mais meses de gravidez e a minoria 163 (43,6%) dentro de 3 meses.. Quando questionadas sobre as razões para o inicio tardio da primeira CPN, referiam: *Esperava a barriga crescer (70.6%); Não via razão para muitas consultas (8.5%); Nao tinha companhia (2.4%); Não tinha tempo (1.4%); Não tinha dinheiro para transporte(13.7%); Não gosto do atendimento (0.5%); Não sabia que estava grávida (3.8%); Demora para atender (0.5%); Fui mandada voltar ate quando a barriga aparecer (4.7%).*

A maioria das participantes 146 (39%), teve o parceiro presente nas CPN apenas 1 vez, a minoria 43 (11,5%) 4 ou mais vezes. Uma parte dos participantes 111 (29,7%), nunca teve o parceiro presente nas CPN. As razões apresentadas para nunca ter tido o parceiro presente ou ter apenas 1 vez, foram: Ele não aceita vir (10.5%); Ele não vive comigo (0.4%); Ele trabalha fora (4.3%); Nunca foi convidado/não sabia que podia participar (20.6%); porque só foi convidado 1 vez para fazer teste (53.7%).

Tabela 3: *Grau de utilização dos serviços maternos pelas participantes (CPN)*

		n (%)
D1.Quantas consultas PN realizou na ultima gravidez	*1*	6 (1.6)
	2 a 3	85 (22.3)
	4 ou mais	283 (74.3)
	Nenhuma	7 (1.8)
	Total	381 (100.0)
D2.Se responde apenas 1-3 ou nenhuma, explorar as razões/	*Esperava a barriga crescer*	57 (58.2)
	Não via razão para muitas consultas	3 (3.1)
	Não tinha companhia	1 (1.0)
	Não tinha dinheiro para transporte;	20 (20.4)
	Não gosto do atendimento;	5 (5.1)
	Não sabia que estava grávida	1 (1.0)
	Demora para atender	3 (3.1)

	Fui mandada voltar ate quando a barriga aparecer	4 (4.1)
	Outros	12 (12.2)
D3. Com quantos meses fez a primeira consulta pre natal?	*Dentro do primeiro trimestre*	163 (43.6)
	Acima de três meses	211 (56.4)
	Total	374 (100.0)
D4. Se iniciou CPN acima de 3 meses, explica por quê?	*Esperava a barriga crescer*	149 (70.6)
	Não via razão para muitas consultas	18 (8.5)
	Nao tinha companhia	5 (2.4)
	Não tinha tempo	3 (1.4)
	Não tinha dinheiro para transporte;	29 (13.7)
	Não gosto do atendimento	1 (0.5)
	Não sabia que estava grávida	8 (3.8)
	Demora para atender	1 (0.5)
	Fui mandada voktar ate quando a barriga aparecer	10 (4.7)
D5.O seu parceiro alguma vez participou nas CPN?	*1 Vez*	146 (39.0)
	2-3 vezes	74 (19.8)
	4 ou mais vezes	43 (11.5)
	Nunca	111 (29.7)
	Total	374 (100.0)
D6.Por que o seu parceiro não participou ou apenas parcitipou 1 vez nas CPN?	*Ele não aceita vir*	27 (10.5)
	Ele não vive comigo;	1 (0.4)
	Ele trabalha fora;	11 (4.3)
	Nunca foi convidado/não sabia qye podia participar	53 (20.6)
	Outro	27 (10.5)
	Porque foi convidado 1 vez para fazer teste	138 (53.7)
	Total	257 (100.0)

Sobre parto

A maioria das participantes 264 (69,3%) teve parto na US, uma minoria 2 (0,5%), referiu parto na comunidade com alguém da comunidade. Outros participantes referiram parto na comunidade com matrona 24 (6,3%), na comunidade com mãe/vizinha, sogra 59 (15,5%); na rua, a caminho do hospital 9 (2,4%), no hospital de outro país 3 (0,8%) e sozinha, em casa 13 (3,4%).

As razões indicadas para o parto fora da Unidade sanitária foram: A parteira da comunidade também faz o mesmo 1 (1,1%); As distâncias para hospital são longas 38 (43,2%); Não deu tempo para chegar ao hospital 12 (14,8%); Não gosto do atendimento 3 (3,4%); Não sabia que estava para nascer 6 (6,8%); Não tinha companhia 7 (8%); Não tinha dinheiro para

transporte 12 (13,6%). A maioria das particinates 226 (59,3%) não tiveram a companhia do parceiro durante o parto, e a minoria 155 (40,7%), teve o parceiro como acompanhante. As razões de não ter o parceiro como acompanhante foram:

- Ele não estava em casa 88 (38,9%);
    - Ele recusou 9 (4,0%);
    - Ele trabalha distante/fora deste distrito/Província/País 9 (4,0%);
    - Na nossa comunidade os homens não assistem partos 43 (19,0%);
    - Não sabia que podia 8 (3,5%); O Hospital não aceita para homens entrar 35 (15,5%).

Entre as pessoas que acompanharam as participantes durante o parto na maternidade foram:

- Mãe/irmã/tia 133 (50,4%);
- Parceiro 70 (26,5%);
- Parteira tradicional 3 (1,1%);
- Sogra 13 (4,9%);
- Vizinha 14 (5,3%).

Tabela 4: Grau de utilização dos serviços maternos pelas participantes (Parto)

		n (%)
D7.Onde teve o último parto	*Na comunidade com enfermeira/outro profissional de saúde*	2 (0.5)
	Na comunidade com mãe/sogra/tia/vizinho que não tem ligação com saúde	59 (15.5)
	Na comunidade com Matrona	24 (6.3)
	Na rua a caminho do hospital	9 (2.4)
	Na US	264 (69.3)
	No hospital de outro país-nome do país	3 (0.8)
	Outro	7 (1.8)
	Sozinha em casa, na rua, na machamba/local de trabalho	13 (3.4)
	Total	381 (100.0)
D8. Se o parto foi fora da US ou com pessoal não habilitado, explorar as razões.	*A parteira da comunidade também faz o mesmo*	1 (1.1)
	As distâncias para hospital são longa	38 (43.2)
	Não deu tempo para chegar ao hospital;	13 (14.8)
	Não gosto do atendimento	3 (3.4)
	Não sabia que estava para nascer;	6 (6.8)
	Não tinha companhia;	7 (8.0)
	Não tinha dinheiro para transporte	12 (13.6)
	Outros	8 (9.1)
	Total	88 (100.0)
D9.O seu companheiro acompanhou durante o parto/ ou assistiu o parto?	*Não*	226 (59.3)
	Sim	155 (40.7)
	Total	381
D10.Se não acompanhou, explore as razões de não ter acompanhado.	*Ele não estava em casa*	88 (38.9)
	Ele recusou	9 (4.0)
	Ele trabalha distante/fora deste distrito/Província/País	9 (4.0)
	Na nossa comunidade os homens não assistem partos	43 (19.0)
	Não sabia que podia	8 (3.5)
	O Hospital não aceita para homens entrar	35 (15.5)
	Outra	34 (15.0)
	Total	226 (100.0)
D11. Se o parto foi na US quem a acompanhou?	*Mãe/irmã/tia*	133 (50.4)
	Outros	31 (11.7)
	Parceiro	70 (26.5)
	Parteira tradicional	3 (1.1)
	Sogra	13 (4.9)
	Vizinha	14 (5.3)
	Total	264 (100.0)

Sobre Consultas Pós-parto

A maioria das mulheres entrevistadas 162 (42, 5%), encontravam-se dentro dos primeiros 7 dias do pós-parto, na altura da entrevista e a minoria 22(5,8%) entre 8-21 dias. Uma parte 129 (33,9%) encontrava-se fora do período do puerpério, entre 42 dias e 2 anos. A maioria das mulheres 152 (39,9%) tinham realizado mais de 4 CPP depois da alta hospitalar do pós-parto e dentro dos 42 dias do puérpério, a minoria 44 (11,5%) apenas 2 CPP. Uma parte, 62 (16,3%) tinha realizado apenas 1CPP. A maioria, 203 (53,3%), realizou a primeira CPP nos primeiros 7 dias depois da alta. A minoria, 64 (16,8%), entre 8-21 dias. Uma parte, 105

(27,6%), realizou depois de 21 dias. As razões de realização da primeira CPP fora do período recomendado, até 7 dias, foram: Bebê/eu não pode sair fora nesse tempo 43 (24,2%); Não achei importante voltar dentro desse tempo 31 (17,4%); não sabia quando devia voltar ao hospital 5 (2,8%) Não tinha dinheiro de transporte 36 (20,2%) Não tinha ninguém para a acompanhar 40 (22,5%).

Tabela 5: Grau de utilização dos serviços maternos pelas participantes (CPP)

		n (%)
120. Período pós parto	*1 - 7 dias*	162 (42.5)
	8 - 21 dias	22 (5.8)
	22 - 42 dias	68 (17.8)
	Mais de 42 dias (Até 2 anos)	129 (33.9)
	Total	381 (100.0)
D12. Quantas consultas de pós-parto teve, (dentro de 42 dias pós-parto)?	*1 CPP*	62 (16.3)
	2 CPP	44 (11.5)
	3 CPP	123 (32.3)
	Acima de 4 CPP	152 (39.9)
	Total	381 (100.0)
D13. Em quanto tempo depois fez a primeira consulta pós-parto	*Dentro de 7 dias (depois da alta)*	203 (53.3)
	8-21 dias depois do parto (depois da alta)	64 (16.8)
	Mais de 21 dias	105 (27.6)
	Outros	9 (2.4)
	Total	381 (100.0)
D14. Se realizou a primeira consulta depois de mais do que uma semana, ou outras consultas fora do tempo, explorar as razões da demora	*Bebê/eu não pode sair fora nesse tempo*	43 (24.2)
	Não achei importante voltar dentro desse tempo	31 (17.4)
	Não sabia quando devia voltar ao hospital	5 (2.8)
	Não tinha dinheiro de transporte	36 (20.2)
	Não tinha ninguém para a acompanhar	40 (22.5)
	Outro	23 (12.9)
	Total	178 (100.0)

Grau de Utilização dos serviços na última gestação

Do total das participantes que utilizaram os serviços maternos nas outras gestações, a maioria dos serviços utilizados foram os serviços de CPN 208 (54,6%), seguido dos serviços de parto na US 157 (41, 2%) e por fim os serviços de CPP até 42 dias 82 (21,5%). Cerca de 91 (23,9%), experimentavam a primeira gestação e experiência de utilização dos serviços maternos pela primeira vez, na altura da recolha dos dados.

Tabela 6: Grau de utilização dos serviços maternos na última gestação

		n (%)
D15. Nas outras gravidezes, utilizou os serviços de saúde (se teve outras gravidezes além da que resultou no actual parto)	*CPN*	208 (54.6)
	Parto na US	157 (41.2)
	Consulta de Pós-parto até 42 dias	82 (21.5)
	Esta foi minha primeira gravidez	91 (23.9)

SATISFAÇÃO COM OS SERVICOS MATERNAS NA MAIS RECENTE GESTAÇÃO

CPN

A pesquisa explorou a satisfação das utentes utilizadoras dos serviços maternos na sua mais recente gravidez. Do total de respondentes, 375 (98.4%), fizeram referência as experiências de CPN, 6 (1.6%), referiarm não ter tido experiência do pré-natal.

Foram colocadas 15 questões para medir a satisfação das utentes com relação aos serviços de PN. As questões de satisfação foram baseadas e adaptadas do protocolo de atendimento e procedimentos do PN. A escala de avaliação usada, e a escala de Likert de 4 opções de resposta, do concordo, discordo, concordo plenamente e discordo plenamente. Para esta pesquisa, as opções concordo e concordo plenamente foram agrupadas para o mesmo significado, assim como as respostas discordo e discordo plenamente. O nível de satisfação foi avaliado em bom, se a proporção de respondentes para cada 1 das 15 perguntas foi acima de 50% e mau se abaixo de 50%. Mais de 50%, dos utentes, avaliaram o serviço de PN em *Bom*, quando estas utilizaram o serviço na sua última gestação. Esta avaliação é verificada pela proporção de respostas com opção de concordo na proporção acima de média, de 50% em todas as questões de avaliação da sua satisfação em relação aos serviços de PN.

No total de 375 respondetes, 318 (84,8%), responderam que se sentiram satisfeitas com o atendimento recebido nas CPN e 57 (15,2%), não se sentiram satisfeitas.

Tabela 7: Satisfação com os serviços maternos (CPN)

CONSULTA PRÉ-NATAL	Concordo n(%)	Concordo plenamente n(%)	Discordo n(%)	Discordo plenamete n(%)	Total n(%)
E1. A enfermeira recebeu-me com cordialidade e atenção	356 (94.9)	2 (0.5)	16 (4.3)	1 (0.3)	375 (100.0)
E2. A enfermeira explicou-me sobre a gravidez e sobre a importância de ir as CPN.	341 (90.0)	1 (0.3)	32 (8.5)	1 (0.3)	375 (100.0)
E3. A enfermeira explicou-me sobre o PF.	316 (84.3)	5 (1.3)	54 (14.4)	0 (0.0)	375 (100.0)
E4. A enfermeira falou-me sobre as doenças que podem acontecer na gravidez	296 (78.9)	1 (0.3)	78 (20.8)	0 (0.0)	375 (100.0)
E5. A enfermeira falou-me sobre exames e rastreio e prevenção	294 (78.4)	2 (0.5)	79 (21.1)	0 (0.0)	375 (100.0)
E6. A enfermeira ofereceu-me uma rede mosqueteira	334 (89.1)	3 (0.8)	37 (9.9)	1 (0.3)	375 (100.0)
E7. A enfermeira ofereceu-me comprimidos para prevenir anemia	355 (94.7)	1 (0.3)	19 (5.1)	0 (0.0)	375 (100.0)
E8. A enfermeira ofereceu-me comprimidos para prevenir a malária;	349 (93.1)	3 (0.8)	23 (6.1)	0 (0.0)	375 (100.0)
E9. A enfermeira realizou o teste de HIV e informou-me sobre o meu estado.	352 (93.9)	5 (1.3)	17 (4.5)	1 (0.3)	375 (100.0)
E10. A enfermeira realizou o teste de sífilis e informou-me sobre o resultado.	338 (90.1)	3 (0.8)	33 (8.8)	1 (0.3)	375 (100.0)
E11. A enfermeira realizou o teste de malária e informou-me sobre o meu estado	334 (89.1)	4 (1.1)	35 (9.3)	2 (0.5)	375 (100.0)
E12. A enfermeira informou-me sobre os sinais de parto.	274 (73.1)	6 (1.6)	94 (25.1)	1 (0.3)	375 (100.0)
E13. A enfermeira explicou-me que deveria preparar para o plano de parto.	269 (71.7)	6 (1.6)	98 (26.1)	2 (0.5)	375 (100.0)
E14. A enfermeira informou-me sobre as opções de PF pos parto imediato.	264 (70.4)	6 (1.6)	102 (27.2)	3 (0.8)	375 (100.0)
E15. Fiquei satisfeita com o atendimento que tive nas consultas pré-natais	311 (82.9)	7 (1.9)	56 (14.9)	1 (0.3)	375 (100.0)

SALA DE PARTO

Foram colocadas 15 questões para medir a satisfação das utentes com relação aos serviços de sala de partos, durante o trabalho de parto. Do total de respondentes, 333 (98.4%), fizeram referência as experiências de sala de partos e 48 (12,6%), referiarm não ter tido experiência anterior de sala de parto

Mais de 50%, dos utentes, avaliaram o serviço de sala de partos em *Bom*, quando estas utilizaram o serviço na sua última gestação. Esta avaliação é verificada pela proporção de respostas com opção de concordo na proporção acima de média, de 50% em todas as questões de avaliação da sua satisfação em relação aos serviços de sala de partos.

No total de 333 respondetes, 270 (81,1%), responderam que se sentiram satisfeitas com o atendimento recebido na sala de partos e 63 (18,9%), não se sentiram satisfeitas.

Tabela 7: Satisfação com os serviços maternos (Sala de parto)

SALA DE PARTO	*Concordo n(%)*	*Concordo plenamente n(%)*	*Discordo n(%)*	*Discordo plenamente n(%)*	*Total n(%)*
E16. A enfermeira na sala de parto recebeu-me com atenção	282 (84.7)	14 (4.2)	33 (9.9)	4 (1.2)	333 (100.0)
E17. A enfermeira explicou-me que podia levar meu parceiro para assistir o parto, caso quisesse.	176 (52.9)	2 (0.6)	139 (41.7)	16 (4.8)	333 (100.0)
E18. A enfermeira explicou-me que podia escolher o lugar e posição do parto	181 (54.4)	13 (3.9)	132 (39.6)	7 (2.1)	333 (100.0)
E19. A enfermeira explicou-me sobre a evolução do trabalho de parto e sobre o meu estado e estado do bebé.	219 (65.8)	7 (2.1)	106 (31.8)	1 (0.3)	333 (100.0)
E20. A enfermeira informou-me o que devo fazer quando chegar a hora do bebe nascer	226 (67.9)	5 (1.5)	101 (30.3)	1 (0.3)	333 (100.0)
E21. A enfermeira atendeu as minhas necessidades na altura do trabalho de parto e parto;	242 (72,7)	4 (1.2)	86 (25.8)	1 (0.3)	333 (100.0)
E22. A enfermeira explicou-me a importância do conctato precoce com o meu bebe	228 (68.5)	4 (1.2)	100 (30.0)	1 (0.3)	333 (100.0)
E23. A enfermeira explicou-me a importância de iniciar aleitamento materno;	237 (71.2)	20 (6.0)	72 (21.6)	4 (1.2)	333 (100.0)
E24. A enfermeira informou-me sobre os dias de consultas pos parto	273 (82.0)	6 (1.8)	52 (15.6)	2 (0.6)	333 (100.0)
E25. A enfermeira explicou-me e importância de CPP para mim e para o bebe	259 (77.8)	4 (1.2)	69 (20.7)	1 (0.3)	333 (100.0)
E26.A enfermeira explicou-me sobre os cuidados que devo ter com o bebe	263 (79.0)	5 (1.5)	62 (18.6)	3 (0.9)	333 (100.0)
E27. A enfermeira explicou-me sobre os sinais de perigo/alerta da minha saúde depois de parto;	238 (71.5)	0 (0.0)	94 (28.2)	1 (0.3)	333 (100.0)
E28. Senti-me satisfeita com os cuidados que recebi na sala de partos	261 (78.4)	9 (2.7)	57 (17.1)	6 (1.8)	333 (100.0)

CPP

Foram colocadas 7 questões para medir a satisfação das utentes com relação aos serviços de consultas pós-parto.

Mais de 50%, dos utentes, avaliaram o serviço de pós-parto em Bom, quando estas utilizaram o serviço na sua última gestação. Esta avaliação é verificada pela proporção de respostas com opção de concordo na proporção acima de média, de 50% em todas as questões de avaliação da sua satisfação em relação aos serviços de pós-parto.

No total de 381 respondetes, 320 (84.0%), responderam que se sentiram satisfeitas com o atendimento recebido nas consultas de pós parto e 61 (16.0%), não se sentiram satisfeitas.

Tabela 7: Satisfação com os serviços maternos (CPP)

PÓS PARTO	Concordo n(%)	Concordo plenamente n(%)	Discordo n(%)	Discordo plenamente n(%)	Total n(%)
E29.A enfermeira examinou o meu estado de saúde (minha barriga, meus pés, meus olhos, perdas vaginais, temperatura)	242 (63.5)	2 (0.5)	130 (34.1)	7 (1,8)	381(100)
E30. A enfermeira examinou o estado de saúde do meu bebê	260 (68.2)	12 (3.1)	103 (27.0)	6 (1.6)	381(100)
E31. A enfermeira explicou-me sobre o meu estado de saúde e sobre os cuidados que devo tomar;	273 (71.7)	5 (1.3)	98 (25.7)	5 (1.3)	381(100)
E32. A enfermeira explicou-me sobre o estado de saúde do bebê e sobre como cuidar do bebê;	278 (73.0)	2 (0.5)	97 (25.5)	4 (1.0)	381(100)
E33. A enfermeira aconselhou me sobre PF Z	284 (74.5)	10 (2.6)	81 (21.3)	6 (1.6)	381(100)
E34. A enfermeira ofereceu-me um método de PF da minha escolha	283 (74.3)	6 (1.6)	85 (22.3)	7 (1.8)	381(100)
E35. A enfermeira informou-me sobre a data da minha próxima consulta pos parto	316 (82.9)	3 (0.8)	58 (15.2)	4 (1.0)	381(100)
E36.Senti-me satisfeita com os cuidados que recebi nas Consultas pos parto	315 (82.7)	5 (1.3)	57 (15.0)	4 (1.0)	381(100)

Perfil de utilização dos serviços maternos

Foi analisado o perfil das utentes ususárias dos serviços maternos. Para descrever o perfil, foram categorizados os grupos entre aqueles que utilizaram os serviços de PN, na sua última gestação, subdividido em cumprimento de mínimo de 4 CPN e aqueles que realizaram entre 0 a 3 CPN. Também foi feita análise entre aqueles que realizaram a primeira CPN dentro do primeiro trimestre e as que realizaram a primeira CPN depois das 12 semanas. Foi feita a análise da utilização dos serviços para o parto, tendo sido categorizadas entre as que realizaram parto institucional e parto não institucional. A última análise do perfil diz respeito ao cumprimento das CPP, tendo sido categorizadas em realização de 3 ou mais CPP dentro dos 42 dias após o parto e menos de 3 CPP.

Sobre CPN- realização de 4 ou mais CPN

As utentes que não cumpriram o Mínimo de 4 CPN, eram maioritariamente provenientes do Distrito de Marávia, 70 (71,4%), vs Distrito de Zumbo 28 (28,6%); pertencentes a faixa etária dos 20-24 anos 37 (37,8%); não portradoras de deficiência 97 (99,0%); pertencentes a religião Protestante/Evangélica 24 (24,5%); mulheres que nunca foram à escola 66 (67,3%) e que seus parceiros também nunca foram à escola 55 (59,1%); mulheres desempregadas 86 (87,8%) e seus parceiros também desempregados 67 (72,0%); renda mensal inferior a 3500 mt 80 (81,6%); casadas na altura da gravidez 69 (70,4%); Mulheres com 3 ou mais filhos 39

(39,8%); a gravidez foi desejada 88 (89,8%);precisam de permissão do marido para realizar planeamento familiar 71 (72,4%); não possuem meio de transporte para se dirigir ao hospital 77 (78,6%); demoram mais de uma hora para chegar a unidade sanitária mais próxima 47 (48,0%)

Sobre parto institucional

Foi verificado que particionates que não tiveram parto institucional eram maioritariamente provenientes de Maràvia 87 (76,3%); pertencentes a faixa etária dos 20-24 anos 38(33,3%); não portadoras de deficiência 112 (98,2%); não pertencentes a nenhuma religião 31 (27,2%); mulheres que nunca foram à escola 78 (68,4%) e que seus parceiros também nunca foram à escola 70 (64,8%); mulheres desempregadas 91 (79,8%) e seus parceiros também desempregados 73 (67,6%); renda mensal inferior a 3500 mt 93 (81,6%); casadas na altura da gravidez 87 (76,3%); Mulheres com 3 ou mais filhos 55 (48,2%); a gravidez foi desejada 106 (93,0%) precisam de permissão do marido para realizar planeamento familiar 89 (78,1%); não possuem meio de transporte para se dirigir ao hospital 91 (79,8%); demoram mais de uma hora para chegar a unidade sanitária mais próxima 52 (45,6%).

Realização de primeira CPP dentro de 7 dias após o parto

Foi verificado que participantes que não realizaram uma consulta pós parto dentro de 7 dias após a alta hospitalar eram maioritariamente provenientes de Maràvia 130 (73,0%); pertencentes a faixa etária dos 20-24 anos 53 (29,8%); não portadoras de deficiência 175 (98,3%); casadas 150 (84,3%); pertencentes a religião protestante 64 (36,0%) mulheres que nunca foram à escola 108 (60,7%) e que seus parceiros também nunca foram à escola 82 (48,5%); mulheres desempregadas 141 (79,2%) e seus parceiros também desempregados 101 59,8%; renda mensal inferior a 3500 mt 127 (71,3%); Mulheres com 3 ou mais filhos 81 (45,5%); a gravidez foi desejada 158 (88,8%); precisam de permissão do marido para realizar planeamento familiar 146 (82,0%); não possuem meio de transporte para se dirigir ao hospital 146 (82,0%); demoram entre 30 a uma hora para chegar a unidade sanitária mais próxima 71 (39,9%).

Realização de 3 ou mais CPP dentro de 42 dias após o parto

Foi verificado que participantes que não realizaram 3 ou mais CPP após a alta e dentro de 42 dias eram maioritariamente provenientes de Maràvia 67 (63,2%); pertencentes a faixa etária dos 20-24 anos 36 (34,0%); não portadoras de deficiência 106 (100,0%); solteiras 57

(53,8%); pertencentes a religião protestante 26 (24,5%) mulheres que nunca foram à escola 71 (67,0%) e que seus parceiros também nunca foram à escola 69 (69,7%); mulheres desempregadas 91 (85,8%) e seus parceiros também desempregados 80 (80,8%); renda mensal inferior a 3500 mt 92 (86,8%); Mulheres com 3 ou mais filhos 48 (45,3%); a gravidez foi desejada 102 (96,2%); precisam de permissão do marido para realizar planeamento familiar 57 (53,8%); não possuem meio de transporte para se dirigir ao hospital 87 (82,1%); demoram mais de uma hora para chegar a unidade sanitária mais próxima 42 (39,6%).

FACTORES DE RISCO ASSOCIADOS A NÃO ULTILIZACÃO DOS SERVIÇOS MATERNOS

Os factores de risco associados a não utilização dos serviços maternos, foram obtidos através da análise bivariada e teste qui-quadrado. Foram relacionados a utilização dos serviços maternos, como variável de interesse, com as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de conhecimento. Todas as relações em que o valor de p-value foi menor que 0,05, foram interpretadas como factores associados ou influenciadores da não utilização dos serviços.

Factores associados a não realização de quatro ou mais CPN

Quanto aos dados demográficos analisados, os dados mostraram que o tempo que leva de casa para o centro de saúde (P<0,001) * e faixa etária (p=0,012) * tiveram um efeito significativo na não realização de quatro ou mais CPN; as participantes na faixa etária de 20-24 anos (37.8%) e com percurso de mais de uma hora para alcançar a unidade sanitária mais próxima (48.0%) são propensas a não realização de 4 ou mais CPN em relação as suas contrapartes.

Tabela : Factores associados a não realização de quatro ou mais CPN

Tabela X Factores associados a Não realização de 4 ou mais consultas Pré-natal em Maravia e Zumbo

Variables	Categories	n	%	Crude OR (95%)	P-value	AOR (95% CI)	P-value
Faixas etárias	15-19 anos	84	22.0%	Ref			
	20-24 anos	128	33.6%	0,813 (0.449, 1.472)	0.494	0.891 (0.476, 1.668)	0.719
	25-29 anos	**76**	**19.9%**	**0,338 (0.155, 0.741)**	**0.007**	**0.323 (0.142, 0.735)**	**0.007***
	30-34 anos	**60**	**15.7%**	**0,4 (0.177, 0.905)**	**0.028**	**0.355 (0.15, 0.841)**	**0.019***
	35 +	33	8.7%	1,143 (0.492, 2.652)	0.756	1.171 (0.482, 2.848)	0.727
	Total	381	100.0%	_	_	_	_
B17.Quanto tempo de leva de casa para o Centro de Saúde?	Menos de 30 minuto	114	29.9%	Ref			
	Entre 30 a 60 minutos	147	38.6%	1.256 (0.673, 2.345)	0.474	1.037 (0.538, 1.997)	0.913
	Mais de 1 hora	**120**	**31.5%**	**3.026 (1.651, 547)**	**P<0.001**	**2.517 (1.327, 4.773)**	**0.005***
	Total	381	100.0%	_	_	_	_
C1. Já ouviu falar de Consulta pré-natal	Sim	333	87.4%	Ref			
	Não	48	12.6%	2.335 (1.247, 4.373)	0.008	1.801 (0.9, 3.602)	0.096
	Total	381	100.0%	_	_	_	_
C3.Quantas vezes a mulher grávida deve ir as CPN durante gravidez	**Conhecimento Fraoc (1,2 e N\ao sei)**	**127**	**33.3%**	**2.787 (1.733, 4.48)**	**p<0.001**	**2.455 (1.47, 4.099)**	**0.001***
	Conhecimento Bom (4 ou mais)	254	66.7%	Ref			
	Total	381	100.0%	_	_	_	_

Bold indicates significant variables

Ref.,Reference; COR, Crude odd Racio; AOR, Ajusted Odd Ratio; CI, Confidence Interval

Tabela y: Factores associados a não realização da primeira CPN dentro do primeiro trimestre

Tabela X Factores associados a Não utilização da Primeira Consulta Pré-natal no Primeiro Trimestre em Maravia e Zumbo

Variables	Categories	n	%	Crude OR (95%)	P-value	AOR (95% CI)	P-value
Faixas etárias	15-19 anos	82	21.9%	Ref			
	20-24 anos	**124**	**33.2%**	**0.499 (0.277, 0.898)**	**0.020**	**0.509 (0.282, 0.919)**	**0.025***
	25-29 anos	**76**	**20.3%**	**0.319 (0.166, 0.614)**	**0.001**	**0,322 (0.167, 0.622)**	**0.001***
	30-34 anos	59	15.8%	0.52 (0.259, 1.042)	0.065	0,522 (0.26, 1.051)	0.069
	35 +	33	8.8%	1.17 (0.476, 2.873)	0.733	1,204 (0.488, 2.972)	0.687
	Total	374	100.0%	_	_	_	_
C3.Quantas vezes a mulher grávida deve ir as CPN durante gravidez	**Conhecimento Fraco (1,2 e Não sei)**	**122**	**32.6%**	**1.586 (1.017, 2.474)**	**0.042***	**1.581 (1.003, 2.491)**	**0.048***
	Conhecimento Bom (4 ou mais)	252	67.4%	Ref			
	Total	374	100.0%	_	_	_	_

Bold indicates significant variables

Ref,Reference; COR, Crude odd Racio; AOR, Ajusted Odd Ratio; CI, Confidence Interval

Factores associados a não realização de parto institucional

Os dados mostraram que a proveniência (p=0,002) *, religião (p=0,001) *, situação escolar da mulher (p=0,001) *, a situação escolar do parceiro (p<0,001) *, e o tempo que leva de casa ara o centro de saúde (p<0,001) * tiveram um efeito significativo para não realização de parto instititucional. As mulheres provenientes do Distrito de Marávia (76.3%) *; as mulheres pagãs (27.2%)*; as mulheres que nunca estudaram (68.4%)*; as mulheres cujo parceiro nunca estudou (64.8%)*; as mulheres que demoram mais de uma hora para chegar a unidade sanitária mais próxima (45.6%) *; são mais propensas a não realizar parto institucional em relação as suas contrapartes.

Tabela : Factores associados a não realização de parto institucional

Tabela X Factores associados a Não realização de parto institucional em Maravia e Zumbo

Variables	Categories	n	%	Crude OR (95%)	P-value	AOR (95% CI)	P-value
B10. A que religião pertence?	Católica	63	16.5%	1.719 (0.8, 3.691)	0.165	2.229 (0.935, 5.313)	0.071
	Islâmica	4	1.0%	0	0.999	0	0.999
	Sião/Zione	45	11.8%	1.25 (0.527, 2.966)	0.613	1.138 (0.442, 2.928)	0.789
	Protestante/Evangélica	112	29.4%	0.937 (0.458, 1.92)	0.86	0.852 (0.375, 1.936)	0.702
	Cristã	**27**	**7.1%**	**2.022 (0.775, 5.277)**	**0.15**	**3.123 (1.059, 9.21)**	**0.039***
	Pagã/Nenhuma	**59**	**15.5%**	**3.806 (1.788, 8.103)**	**0.001**	**3.056 (1.332, 7.012)**	**0.008***
	Outra	71	18.6%	Ref			
	Total	381	100.0%				
B4. Qual é a sua situação de escolar?	Nenhum (nunca estudou)	238	62.5%	9,091 (2.119, 38.386)	0.003	4.35 (0.877, 21.579)	0.072
	Alfabetização	7	1.8%	7,4 (0.844, 64.881)	0.071	4.68 (0.413, 53.004)	0.213
	Ensino primário	**97**	**25.5%**	**9,108 (2.064, 40.189)**	**0.004**	**5.635 (1.114, 28.505)**	**0.037***
	Ensino Secundário	39	10.2%	Ref			
	Total	381	100.0%				
B7. Qual é o estado empregabilidade do seu parceiro?	Empregado	44	12.2%	Ref			
	Desempregado	225	62.2%	2.539 (1.08, 5.967)	0.033	1.285 (0.449, 3.679)	0.641
	Conta própria/emprego não formal	93	25.7%	2.277 (0.906, 5.721)	0.08	1.324 (0.435, 4.032)	0.621
	Total	362	100.0%				
B17.Quanto tempo de leva de casa para o Centro de Saúde?	Menos de 30 minuto	114	29.9%	Ref			
	Entre 30 a 60 minutos	**147**	**38.6%**	**3.102 (1.629, 5.908)**	**0.001**	**2.572 (1.253, 5.28)**	**0.01***
	Mais de 1 hora	**120**	**31.5%**	**5.047 (2.629, 9.688)**	**P<0.001**	**3.308 (1.582, 6.917)**	**0.001***
	Total	381	100.0%				
Satisfação em relação as CPN	SIM (Concordo/Concordo plenamente)	318	84.8%	Ref			
	NÃO (Discordo/Discordo plenamente)	**57**	**15.2%**	**2.176 (1.219, 3.885)**	**0.009**	**2.257 (1.174, 4.341)**	**0.015***
	Total	375	100.0%				

Factores associados a não realização 3 ou mais CPP dentro de 42 dias após o parto

Os dados mostraram que *estado civil* (p<0,001) *, religião (p<0,001) *, *situação escolar da mulher* (p=0,006) *, *situação escolar do parceiro* (p<0,001) *, *empregabibilidade do parceiro* (p<0,001) *, renda *mensal* (p=0,009) *, *precisa de permissão para fazer planeamento familiar* (p<0,001) *, *tempo que leva de casa para o centro de saúde centro de saúde* (p=0,019) *, tiveram um efeito significativo para a não realização de três ou mais Consultas dentro de 42 dias.

Os factores como ser solteira (53.8%) pertencer a religião envagélica (24.5%), nunca ter estudado (67.0%), ter parceiro que nunca estudou (69.7%), parceiro desempregado (80.8%), renda inferior a 3500 mt, (86.8), necessitar de permissão do marido para fazer planeamento familiar (53.8%)*, demorar menos de 30 minutos para chegar a unidade sanitária mais próxima (39.6%)*, são mais propensos a não realização de três ou mais Consultas dentro de 42 dias em relação as suas contrapartes.

Tabela: Factores associados a não realização 3 ou mais CPP dentro de 42 dias após o parto

Tabela X Factores associados a Não realização de 3 ou mais CPP dentro de 42 dias em Maravia e Zumbo

Variables	Categories	n	%	Crude OR (95%)	P-value	AOR (95% CI)	P-value
B10. A que religião pertence?	Católica	63	16.5%	3.688(1.343, 10.131)	0.011	1.939(0.585, 6.425)	0.279
	Islâmica	4	1.0%	0	0.999	0	0.999
	Sião/Zione	**45**	**11.8%**	**7.917 (2.842, 22.05)**	**P<0.001**	**4.046 (1.253, 13.059)**	**0.019***
	Protestante/Evangélica	112	29.4%	3.275 (1.274, 8.421)	0.014	0.717(0.218, 2.358)	0.583
	Cristã independente	27	7.1%	30.952 (9.322, 102.774)	P<0.001	3.518(0.610, 20.270)	0.159
	Pagã/Nenhuma	59	15.5%	5,146 (1.895, 13.971)	0.001	2.211(0.688, 7.108)	0.183
	Outra	71	18.6%	Ref			
	Total	381	100.0%				
B4. Qual é a sua situação de escolar?	Nenhum (nunca estudou)	238	62.5%	7,865 (1.845, 33.521)	0.005	1.528 (0.256, 9.111)	0.641
	Alfabetização	7	1.8%	3,083 (0.241, 39.518)	0.387	0.815 (0.040, 16.678)	0.894
	Ensino primário	97	25.5%	9,108 (2.064, 40.189)	0.004	2.559 (0.424, 15.444)	0.305
	Ensino Secundário	39	10.2%	Ref			
	Total	381	100.0%				
B7. Qual é o estado empregabilidade do seu parceiro?	Empregado	44	12.2%	Ref			
	Desempregado	225	62.2%	7,54 (2.263, 25.125)	0.001	2.550 (0.565, 11.507)	0.223
	Conta própria/emprego não formal	93	25.7%	2,84 (0.782, 10.317)	0.113	3.462 (0.715, 16.761)	0.123
	Total	362	100.0%				
ESTADO CIVIL ALTURA DA GRAVIDEZ	Solteira com parceiro	76	19.9%	Ref			
	Casada	**297**	**78.0%**	**0,046 (0.025, 0.088)**	**P<0.001**	**0.040(0.015, 0.104)**	**P<0.001***
	Solteira sem parceiro/Separada/Divorciada/Viúva	8	2.1%	0,089 (0.016, 0.483)	0.005	0	P>0.05
	Total	381	100.0%				
B13.A sua gravidez foi planificada e desejada porsi	Não planifiquei e nem desejava ter esta gravidez	36	9.4%	0,298 (0.103, 0.865)	0.026	0.193(0.032, 1.154)	0.071
	Sim, eu desejei	345	90.6%	Ref			
	Total	381	100.0%				
B14.Precisa de permissão marido sogra ou outro para fazer PF	preciso	291	76.4%	0,302 (0.183, 0.497)	P<0.001	0.633(0.274, 1.462)	0.284
	Não preciso, eu decido sozinha	90	23.6%	Ref			
	Total	381	100.0%				
B17.Quanto tempo de leva de casa para o Centro de Saúde?	Menos de 30 minuto	114	29.9%				
	Entre 30 a 60 minutos	147	38.6%	0,458 (0.264, 0.794)	0.005	0.546(0.242, 1.231)	0.144
	Mais de 1 hora	120	31.5%	0,65 (0.374, 1.13)	0.127	0.730 (0.303, 1.761)	0.484
	Total	381	100.0%				
C1. Já ouviu falar de Consulta pré-natal	Sim	333	87.4%	Ref			
	Não	48	12.6%	0.267 (0.103, 0.695)	0.007	0.841(0.194, 3.640)	0.817
	Total	381	100.0%				
C3.Quantas vezes a mulher grávida deve ir as CPN durante gravidez	Conhecimento Fraoc (1,2 e N\ao sei)	127	33.3%	0,456 (0.27, 0.769)	0.003	1.231(0.587, 2.582)	0.582
	Conhecimento Bom (4 ou mais)	254	66.7%	Ref			
	Total	381	100.0%				
C4.Acha importante o parceiro participar nas CPN?	Sim	330	86.6%	Ref			
	Não	51	13.4%	0,372 (0.162, 0.854)	0.02	0.478 (0.121, 1.886)	0.292
	Total	381	100.0%				
O que a mulher grávida deve fazer quando acontece Dordecabeça durante a gravidez?	Conhecimento Fraco (2,3,4,5,6)	40	10.5%	0,339 (0.129, 0.893)	0.028	0.554 (0.122, 2.513)	0.444
	Conhecimento Bom (1)	341	89.5%	Ref			
	Total	381	100.0%				
Satisfação em relação as CPN	SIM (Concordo/Concordo plenamente)	318	84.8%	Ref			
	NÃO (Discordo/Discordo plenamente)	57	15.2%	0,383 (0.175, 0.84)	0.017	1.018(0.399, 2.595)	0.970
	Total	375	100.0%				

Resultados qualitativos

A componente qualitativa tinha como objectivo compreender os determinantes da utilização dos serviços de saúde materna nos Distritos de Marávia e Zumbo; Explorar as visões e experiências dos membros da comunidade, líderes comunitários e provedores de saúde em relação ao uso dos serviços maternos; Analisar factores contextuais, culturais e estruturais que influenciam a procura e utilização dos serviços

A Análisse de dados foi temática integrativa, orientada pelo modelo socioecológico e Teoria de Andersen. Da análise emergiram 4 temas Principais:

Quatro níveis de determinantes:

- **Individual** – Baixa escolaridade, baixo estatus socioeconómico, pouco conhecimento em saúde materna.
- **Relacional** – Baixa autonomia das mulheres, violência baseada no género, decisões dominadas pelo parceiro.
- **Sociocultural/comunitário** – Normas de género restritivas, fraca participação masculina, crenças e práticas tradicionais.
- **Estrutural/político** – Escassez de unidades de saúde, longas distâncias, falta de profissionais qualificados, baixa qualidade dos serviços.

Nível Individual: Os participantes relataram baixos níveis de escolaridade e conhecimento agravado pela pobreza que limita a sua compreensão sobre saúde materna, como barreiras-chave para a utilização dos serviços.

O métodos aqui que nós temos é de comunicação em si não é, nós que estamos aqui não somos todos daqui, então a comunicação em si não é aquela exacta por causa da língua, é por causa dessa parte de comunicação não temos aquela interação correcta, Então quando complica lá em casa é quando recorrem a hospital mas o que está mais na gente é o analfabetismo (Homen- lider);

Os meus filhos, um nasceu em casa quando estava ainda no distrito de Macanga, e lá vivíamos um pouco distante do hospital e, quando chegou o momento de dar parto, acabou não havendo pronto socorro para transportar ao hospital, por isso deu parto em casa.(homen-pai);

No que diz respeito aos serviço de saúde materna infantil temos alguns problemas por questões de falta de dinheiro porque quando você vai a maternidade deve ter pelo menos 300MT para roupas de bebé (mulher-mae).

Nível familiar ou de relacionamento: As desigualdades de poder entre homens e mulheres limitam a autonomia das mulheres para tomar decisões relacionadas à sua saúde sobretudo a saúde sexual e reprodutiva. A violência por parceiro íntimo também foi mencionada como obstáculo para o acesso aos cuidados de saude.

...mas o que acontece é uma coisa, não existe mulher que pode fazer o planeamento sem o conhecimento do homem. Porque se você faz o planeamento sem conhecimento do marido torna-se um problema. Se ele descobrir, o lar acaba...Os homens é que são complicados e proíbem as mulheres a fazer o planeamento (mulher da comunidade);

...A Decisão sempre como pai né, porque tem que sempre educar as crianças que estão para nascer ...(homen da comunidade)

Nessa parte de sexo, o marido é que começa e a esposa apenas aceita o que ele decidiu...Se o marido for nervoso ele bate, Ele diz por que é que está a negar? Tens um amante... (mulher, líder da comunidade)

Quem fala o assunto de ter filhos é o patrão (marido).., Ele ameaça casar outra mulher por isso você acaba cedendo devido a pressão... Nós ficamos pressionados que se eu negar dar meu marido, ele ir casar outra mulher, nós ficamos com esse coração de perder marido e casar com outra (mulher da comunidade)

Nível Sociocultural: Nestes locais ainda predominam normas de gênero enraizadas, que restringem o envolvimento dos homens no cuidado materno e no acesso aos serviços. Crenças culturais e práticas tradicionais continuam a influenciar o comportamento de busca por cuidados, com alguns costumes desencorajando o uso de serviços formais.

Nós proibimos...Se o marido quiser acompanhar parto fica do lado de fora enquanto lá na sala de parto só podem entrar a mãe, tia ou avó ...entrar na maternidade eu nascer, não aceito isso, os trabalhos de parto devem ser segredos das mulheres (mulher da comunidade)

Também nós os pais temos o direito de estar preparado procurando dinheiro para, após o nascimento do bebé, comprar roupas e outras coisas que forem precisas. Este é o trabalho que nós como pais fazemos. (Homem da comunidade)

Há tradições que não aceitam, por isso essa nossa filha, depois de dar parto há zona que ainda usam medicamentos de tomar banho, o pai tem que mastigar... tradicionais porque nós somos africanos e não podemos mudar (homem da comunidade)

Nível Estrutural/Político*:* Longas distâncias até as unidades de saúde, escassez de profissionais qualificados, recursos inadequados e baixa qualidade dos serviços reduzem a confiança nos servicos de saúde. Os participantes expressaram insatisfação com os mecanismos de referência e a ausência de cuidados culturalmente sensíveis.

Os meus filhos, um nasceu em casa vivíamos distante do hospital, não havendo socorro para transportar ao hospital, deu parto em casa (homem da comunidade);

Ë um desafio grande... por exemplo, já que aqui funciona, quase ao mesmo tempo, então a mesma pessoa tem que pegar livro de PF, de CPN, pegando o livro de CCR, lá tem parto, então é difícil tratar sozinha... pelo menos umas três, quatro enfermeiras seria melhor na parte de SMI (provedora de SMI);

Na maternidade existe diferenças no atendimento. Há quem é bem atendido e há quem não é bem atendido. A pessoa fala de acordo com o que viveu, por exemplo, eu sempre não sou bem atendido nesses meus filhos todos... (mulher);

... as mães muitas vem depois de ter parto fora da maternidade por ser longe, ... não ter meio de transportes, há muitos problemas apesar que temos casa mãe espera precárias, as mães não aderem mais essas casa mãe espera por falta dessas condições, preferem em casa. (provedora)

... na minha ótica, só deveria ter pelo menos acrescentar, por exemplo temos no hospital distrital eu gostaria que erm...só houvesse um bloco para atender a saúde materna. Um bloco só, não tudo estar junto, dentro do mesmo quintal mas separados, um bloco só para atender essas situações (mulher da comunidade)

CONCLUSÕES

Quantitativa

A pesquisa sobre os determinantes da saúde materna nos distritos de Marávia e Zumbo, teve como principais conclusões baseadas nos objetivos as seguintes:

perfil sociodemográfico e materno das utentes usuárias dos serviços maternos ;

As participantes eram mairoritariamente 128 (33,6%), de idade compreendida entre 20_24 anos, não eram portadoras de nenhum tipo de deficiência, 377 (99%), eram casadas 291 (76.4%) pertenciam a religião protestante 112 (29,4%) não tinham nehuma escolaridade 238 (62,5%), os seus parceiros, nunca tinham estudado193 (53,3%), eram desempregadas 305 (80,1%), e seus parceiros, não eram empregados 225 (62,2%), tinham uma renda mensal do agregado abaixo de 3500mt, 288 (75,6%), tinha 3 ou mais filhos 174 (45,7%), eram casadas na altura da descoberta da gravidez 297 (78,0%), desejaram e planificaram a gravidez 345 (90,6%), precisam da autorização do marido para fazer o planeamento familir 283 (74,3%), estavam fora do período do puerpério até a altura do inquérito 325 (85,3%), não possuiam nenhum meio de transporte para US, deslocando-se a pé 307 (80,6%), demoram entre 30 a 60 minutos, para chegar a US, 147 (38,6%).

Nível de conhecimento das usuárias dos serviços maternos em relação a saúde materna

Em relação ao nível de conhecimento sobre saúde materna, a pesquisa concluiu que as utentes dos serviços de saúde materna, tem um nível de conhecimento bom sobre várias questões de saúde materna.

O conhecimento era baseado em conhecimento sobre CPN 333 (87.4%), que a CPN serve para fazer acompanhamento da gravidez, prevenir doenças etc. 302 (79,3%), que as mulheres gravidas devem ir a CPN todos os meses durante a gravidez, 254 (66,7%), importância da participação do parceiro nas CPN 330 (86,6%), conhecimento de um ou mais sinais de alerta durante a gravidez 258 (67,7%), indicação da ida a US, em caso de perigo, 348 (91,3%), conhecimento de um ou mais sinais de parto, 291 (76,4%), conhecimento de uma ou mais medidas de preparação para o parto, 338 (88,7%), Tomada de uma ou mais medidas de preparação para o parto no seu último parto, 304 (79,8%), usar como maior fonte de informação sobre assuntos de saúde, planeamento familiar, gravidez, parto e cuidados de saúde materna a US, com provedor de saúde, 261 (68,5%).

- Aferir o grau de satisfação com os serviços maternos recebidos, através da medição do grau de concordância com a provisão dos cuidados e serviços maternos na última gestação;

Satisfação com os servicos maternos na mais recente gestação

318 (84,8%), responderam que se sentiram satisfeitas com o atendimento recebido nas CPN e 57 (15,2%), não se sentiram satisfeitas.
270 (81,1%), responderam que se sentiram satisfeitas com o atendimento recebido na sala de partos e 63 (18,9%), não se sentiram satisfeitas.
320 (84%), responderam que se sentiram satisfeitas com o atendimento recebido na sala de partos e 18 (16%), não se sentiram satisfeitas.

Grau de utilização dos serviços maternos neonatais
CPN
283 (74,3%), utentes dos serviços maternos dos Distritos de Marávia e Zumbo realizaram 4 ou mais CPN durante toda a gravidez, e 13 (3,4%) tinham realizado de 0 a 3 CPN.
211 (56,4%), referiu ter iniciado a primeira CPN com 4 ou mais meses de gravidez e 163 (43,6%), tiveram a primeira CPN dentro do primeiro trimestre da gestação.
Parto institucional
264 (69,3%) das utentes teve parto na US; 108 (29,9%), teve parto fora da Unidade sanitária com matrona, mãe/vizinha, sogra; na rua, 3 (0,8%) no hospital de outro país.
Sobre Consultas Pós parto
152 (39,9%) tinham realizado mais de 4 CPP depois da alta hospitalar do pós-parto e dentro dos 42 dias do puérpério, 44 (11,5%) tinham realizado 2 CPP e, 62 (16,3%) tinham realizado apenas 1CPP. 203 (53,3%), realizou a primeira CPP nos primeiros 7 dias depois da alta. 64 (16,8%),realizaram a primeira CPP entre 8-21 dias depois da alta. 105 (27,6%), realizou a primeira CPP depois de 21 dias.

Grau de Utilizacao dos serviços na última gestação
A maioria das utentes nesta pesquisa, utilizaram mais os serviços de CPN 208 (54,6%), seguido dos serviços de parto na US 157 (41, 2%) e por fim os serviços de CPP até 42 dias 82 (21,5%).

Barreiras de utilização dos serviços maternos e neonatais,

Factores como idade materna de 20-24 anos, percorrer mais de 1- hora para alcançar a Unidade sanitária, constituem barreiras para o não cumprimento da recomendação de 4 ou mais CPN.

Factores como religião protestante/evangélica, falta de alfabetização, falta de alfabetização do parceiro, percorrer mais de uma hora até alcançar a US mais próxima constituem barreiras da não realização de parto institucional.

Factores como religião pagã/Nehuma, não alfabetização da mulher e do parceiro, renda familiar inferior a 3500 mt, necessidade de permissão do marido para realizar planeamento familiar, percurso de mais de 30 minutos até a US mais próxima, ser solteira, parceiro desempregado contribuem para a não realização de 3 ou mais CPP dentro dos 42 dias após o parto.

A pesquisa apresenta dados comparativos entre os principais achados da presente pesquisa e os achados no mais recente inquérito demográfico e de saúde (IDS, 2022-2023), que incluiu variáveis da utilização dos serviços maternos medidos pelos indicadores de mulheres que utilizaram serviços pré natal, parto institucional e serviços pós parto.. Embora a comparação com o IDS, 2022-2023 bseja sujeita a limitações, devido os métodos diferentes utilizados. O IDS, é um inquérito nacional, os dados estão agregados em geral ou nacional e por províncias e zonas rural ou urbana. A amostra de base nacional de população geral de idade entre 15_49 anos;

Os dados da presente pesquisa indicam que cerca de 98,2% das mulheres inquiridas, tiveram pelo menos 1 CPN durante toda a sua gestação. Apenas 1,8% de mulheres não chegaram a realizar qualquer CPN. Os dados revelaram ainda que cerca de 74,3% das participantes tinham realizado cerca de 4 ou mais CPN. Os dados do IDS 2022-2023, indicaram uma frequencia de CPN inferior, cerca de 87 % e cerca de 49 % de frequência de alguma CPN e de 4 ou mais CPN, respectivamente. As diferenças encontradas podem ser atribuídas aos diferentes mètodos utilizados.

Foi verificada uma frequência de partos institucionais de 69,3 %. A idade com menor taxa de partos institucionais è a faixa etària de de 35+. Os dados do IDS 2022_2023 indicaram taxa mais baixa de parto institucional, calculada em 65%. Contudo a faixa etária que apresentou menor taxa de partos institucionais é similar na faixa de 30-49 anos. Mais uma vez, os métodos utilizados e a interpretação dada podem estar implicados nas diferenças encontradas.

53,3% das mulheres, tiveram a primeira CPP dentro dos 7 dias após receber alta do pós parto. Assumi-se que a primeira CPP é realizada dentro da US, antes da alta da paciente e portanto, a nossa pesquisa avaliou o tempo no qual a mulher retorna a US depois de receber a alta. 39,9% das mulheres tiveram o recomendado de entre 4 ou mais CPP durante os primeiros 42 dias depois do parto (período do puerpério).

O IDS 2022_2023 considerou a primeira consulta pós parto a realizada nos primeiros 2 dias após o parto. Cerca de 36% de mulheres que tiveram partos nos 2 anos anteriores ao inquérito tiveram CPP nos primeiros 2 dias.

Os dados não podem ser comparados devido as diferentes métodos usados para defiir o período da primeira CPP.

Dados qualitativos

- O estudo identificou barreiras múltiplas e interligadas que condicionam o acesso aos serviços maternos;
- Os resultados estao alinhados com evidências nacionais e regionais sobre determinantes da saúde materna;
- Evidencias apontam uma correlacao entre baixa escolaridade, baixo nivel economico e limitacao no acesso aos servicos maternos (Rashid, M. and D. Antai, 2014; Cane, R.M., et al., 2023; . Biza, A., et al., 2015)

Factores interpessoais como a relacao entre casais, familia e a comunidade impactam na autonomia das mulheres decidirem sobre a sua vida sexual e reprodutiva e na busca por servicos (Reis-Muleva, et al.,2021; Jennings, L., et al., 2014)

- O contexto sociocultural em que o estudo foi feito reforça desigualdades de género, e praticas que desencorajam o uso de servicos (Firoz, et al.,2026; Okedo-Alex, I.N., et al., 2019; Cane, R.M., et al., 2023; . Biza, A., et al., 2015)
- Deficiências estruturais do sistema de saúde agravam a insatisfação e reduzem a confiança nos serviços (Ana Galle, et.al.,2019; Kassaw, A. et al., 2020; Cane, R.M., et al., 2023; . Biza, A., et al., 2015).

Implicações

A presente pesquisa mostrou importantes dados sobre o comportamento dos principais indicadores da saúde materna e que vão permitir monitorar e avaliar o desempenho da implementação dos programas de saúde materna. As evidências apresentadas, podem ser usadas para melhorar e adequar as estratégias existentes com vista a aumentar a demanda

para utilização dos serviços maternos, melhor prestação de servicos para satisfação dos utentes, retenção nos cuidados, prevenção e tratamento de condições maternas adversas, com vista a contribuir na redução da morbimortalidade materna e neonatal em Moçambique e responder aos objetivos de desenvolvimento sustentável.

A pesquisa forneceu variáveis de base para futuras pesquisas, que possam abordar a temática de determinantes de saúde materna, usando outras abordagens, outras metodologias e cobrir as variáveis não cobertas na presente pesquisa.

A utilização dos serviços de saúde materna em Marávia e Zumbo é influenciada por uma interação complexa de factores individuais, relacionais, culturais e estruturais;

A combinação destes factores gera barreiras significativas ao acesso equitativo e de qualidade;

Melhorar a saúde materna requer uma abordagem multissetorial e sensível ao género que implica abordagens integradas de empoderamento e fortalecimento de autonomia das mulheres, envolvimento dos homens, fortalecimento dos sistemas de saúde e incorporacao de estratégias comunitarias culturalmente sensíveis.

limitações

O estudo tomou como base populacional, utentes dos serviços maternos. Existe limitacaoes para generalização para toda população dos Distritos de Zumbo e Marávia. Os resultados só podem ser generalizados para utentes dos serviços e não para população geral; A amostra do estudo encontrava-se em fases diferenças com grandes diferenças dos períodos e procura pelos cuidados maternos, o que difuculta a comparação entre grupos de análise.

Os resultados da abordagem qualitativa não podem ser extrapolados para outros grupos populacionais

Recomendações

Programas e políticas

Que sejam desenhados Programas escpecíficos e contextualizados, que respondam as necessidades para aumentar a utilização dos serviços de PN, início precoce de CPN, realização de CPN regulares, com mínimo de 4 CPN durante a gestação, aumentar a preferencia pelo parto institucional e com pessoal habilitado, bem como o cumprimento da realização de CPP dentro dos padrões de tempo estabelecidos, especialmente, nos primeiros 7 dias após o parto, nos 28 dias, e nos 42 dias do puerpério.

Existe a necessidade de responder às necessidades das mulheres durante a gravidez, parto e depois do parto para aumentar a sua satisfação com os serviços durante o seu atendimento.
Fortalecer o sistema de saúde
Aumentar número de unidades sanitárias e recursos humanos qualificados.
Promover equidade de género
Reforçar a autonomia das mulheres e combater as desigualdades de género.
Envolver homens e líderes comunitários
Em iniciativas e ações de saúde materna.
Educação em saúde
Educar a comunidade sobre importância da utilização dos serviços maternos.
Reforçar políticas públicas
Em todas áreas transversais (transporte, vias de acesso, saneamento do meio com um enfoque comunitário e culturalmente adequado).

Pesquisadores

Mais pesquisas quantitativas de base populacional e com adição de variáveis para explorar as dinâmicas dos serviços e cuidados da saúde neonatal, infantil e nutrição e da saúde dos adolescentes e jovens de forma específica;
Mais pesquisas com métodos robustos que possam incluir as variáveis da saúde sexual e reprodutiva e direitos incluindo a violência baseada no género, saúde mental para população em idade fértil, de forma abrangente.
Mais pesquisa com abordagem qualitativa para explorar com profundidade as dinâmicas da saúde materna nas comunidades e como as comunidades interpretam a saúde materna, suas experiências, percepções e perspectivas.

1. Organization, W.H., *Trends in maternal mortality: 1990-2015: estimates from WHO, UNICEF, UNFPA, world bank group and the United Nations population division*. 2015: World Health Organization.
2. Organization, W.H., *Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.* 2019.
3. Organization, W.H., *Maternal mortality*. 2023, WHO.
4. SAÚDE, M.D., *Relatório Anual de Auditoria de Mortes Maternas e Neonatais – 2017*. 2017, MISAU: Maputo- Mocambique.

5. Singh, K., et al., *Acknowledging HIV and malaria as major causes of maternal mortality in Mozambique.* International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2014. **127**(1): p. 35-40.
6. David, E., et al., *Maternal near miss and maternal deaths in Mozambique: a cross-sectional, region-wide study of 635 consecutive cases assisted in health facilities of Maputo province.* BMC pregnancy and childbirth, 2014. **14**(1): p. 1-8.
7. Bain, L.E., et al., *Prevalence and determinants of maternal healthcare utilisation among young women in sub-Saharan Africa: cross-sectional analyses of demographic and health survey data.* BMC public health, 2022. **22**(1): p. 647.
8. Muleva, B.R., *Qualidade da assistência pré-natal em Nampula, Moçambique*. 2020, Universidade de São Paulo.
9. Biza, A., et al., *Challenges and opportunities for implementing evidence-based antenatal care in Mozambique: a qualitative study.* BMC Pregnancy and Childbirth, 2015. **15**(1): p. 1-10.
10. Firoz, T., et al., *Community perspectives on the determinants of maternal health in rural southern Mozambique: a qualitative study.* Reproductive Health, 2016. **13**: p. 123-131.
11. Singh, R., et al., *Utilization of maternal health services and its determinants: a cross-sectional study among women in rural Uttar Pradesh, India.* Journal of health, population and nutrition, 2019. **38**: p. 1-12.
12. Audet, C.M., et al., *Barriers to male involvement in antenatal care in rural Mozambique.* Qualitative health research, 2016. **26**(12): p. 1721-1731.
13. Rashid, M. and D. Antai, *Socioeconomic position as a determinant of maternal healthcare utilization: a population-based study in Namibia.* Journal of research in health sciences, 2014. **14**(3): p. 187-192.
14. Haruna, U., G. Dandeebo, and S.Z. Galaa, *Improving access and utilization of maternal healthcare services through focused antenatal care in rural Ghana: a qualitative study.* Advances in Public Health, 2019. **2019**.
15. Munguambe, K., et al., *Barriers and facilitators to health care seeking behaviours in pregnancy in rural communities of southern Mozambique.* Reproductive health, 2016. **13**: p. 83-97.
16. Makanga, P.T., et al., *Seasonal variation in geographical access to maternal health services in regions of southern Mozambique.* International journal of health geographics, 2017. **16**(1): p. 1-16.

17. Estatistica, I.N.d., *perfil epidemiologico Tete*, I.N.d. Estatistica, Editor. 2017.
18. Fetters, M.D., L.A. Curry, and J.W. Creswell, *Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices.* Health services research, 2013. **48**(6pt2): p. 2134-2156.
19. Oliveira, L.R.d., Á.B.P. Rizzato, and C. Magaldi, *Saúde materno-infantil: visão crítica dos determinantes e dos programas assistenciais.* Revista de Saúde Pública, 1983. **17**(3): p. 208-220.
20. Alkhawaldeh, A., et al., *Application and Use of Andersen's Behavioral Model as Theoretical Framework: A Systematic Literature Review from 2012–2021.* Iranian Journal of Public Health, 2023. **52**(7): p. 1346-1354.
21. Organization, W.H., *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division: executive summary.* 2023.
22. Tarekegn, S.M., L.S. Lieberman, and V. Giedraitis, *Determinants of maternal health service utilization in Ethiopia: analysis of the 2011 Ethiopian Demographic and Health Survey.* BMC pregnancy and childbirth, 2014. **14**(1): p. 1-13.
23. Marshall, B., et al., *Does sample size matter in qualitative research?: A review of qualitative interviews in IS research.* Journal of computer information systems, 2013. **54**(1): p. 11-22.

11. ANEXOS

- Apendice 1. Inquéritos;

Apendice 1.

Instrumentos de recolha de dados

Questionário para utentes dos serviços maternos

1. Dados sociodemográficos (inserir as variáveis de acordo com o obejctivo)

Portador de deficiência ou não; Idade, paridade, escolaridade, empregabilidade; empregabilidade do parceiro, estado civil, escolaridade do parceiro, idade do primeiro parto, idade do casamento/união, uso actual de PF, desejo de uso de PF, decisão/autonomia de decisão sobre o uso de PF, tempo decorrido entre o último parto e o inquérito; último parto resulta ou não de gravidez desejada ou não; vive com parceiro

SECÇÃO A – INFORMAÇÕES GERAIS		
Ordem		**Opções de respostas**
A1	Distritos	1. Maravia 2. Zumbo
A2	Centros de Saúde de Maravia	1. HD de Maravia 2. CS Cantina de Oliveira 3. CS de Uncanha
A3	Centro de Saúde Zumbo	1. HD de Zumbo 2. CS de Lissico 3. CS de Zambue
A4	ID da Participante	
A5	Nome do Assistente de Pesquisa	_____
SECÇÃO B - Dados socio-demográficos		
B1	Idade	1. 15 -- 19 2. 20 -- 24 3. 25 -- 34 4. 30 -- 34 5. 35 ou mais
B2	É Portadora de deficiência?	1. Sim 2. Não
B3	Se sim, que tipo de deficiência possui?	1. Cegueira 2. Surdez 3. Física 4. Distúrbios de fala 5. Outro, especifique:

B4	Qual é a sua situação de escolaridade?	1. Nenhum 2. Ensino primário 3. Ensino Secundário 4. Ensino Superior
B5	Qual é a situação de escolaridade do seu parceiro?	1. Nenhum 2. Ensino primário 3. Ensino Secundário 4. Ensino Superior
B6	Qual é o estado da sua empregabilidade?	1. Empregado 2. Desempregado 3.Aposentado 4. Conta própria
B7	Qual é o estado empregabilidade do seu parceiro?	1. Empregado 2. Desempregado 3.Aposentado 4. Conta própria
B8	Qual é a renda mensal do seu agregado?	1. Menos de 3500 2.Entre 3500 a 7500 3.Entre 7501 a 10000 4. Entre 10001 a 20000 5. Mais de 20000
B9	Qual é o seu estado civil?	1. Solteira 2. Casada 3.Separada/Viúva
B10	A que religião pertence?	(1) Católica (2) Islâmica (3) Sião/Zione (4) Protestante/Evangélica (5) Cristã independente (6) Pagã/Nenhuma (7) Outra, especifique
B11	Quantos filhos tem?	1. 1 filho

		2. 1-2 filhos **3.** 3+ ou mais filhos
B12	Qual era o seu estado civil na altura da gravidez?	1. Solteira 2. Casada 3. Separada/Viúva
B12	A sua gravidez foi planificada e desejada por si?	1. Sim, eu desejei 2. Não desejava ter esta gravidez 3. O meu marido pressionou para ter a gravidez 4. A minha sogra pressionou para ter a gravidez
B13	Precisa de permissão (marido, sogra ou outro) para fazer planeamento familiar?	1. marido 2. sogra 3. mae 4. outro **5.** Não preciso, eu decido sozinha
B14	Tempo decorrido entre o parto e o inquérito	1. 2-7 dias 2. 8-21 dias 3. 22-42 dias
B15	Quanto tempo de leva (de transporte) de casa para o Centro de Saúde?	1. Menos de 30 minuto 2. Entre 30 a 60 minutos 3. Mais de 1 hora

2. Conhecimento sobre SMN

SECÇÃO C - Conhecimento sobre SMN		
C1	Já ouviu falar de Consulta pré-natal	1. Sim 2. Não

C2	Na sua opinião para que serve a CPN?	1. Para acompanhar o crescimento do bebê 2. Para tratar doenças 3. Para prevenir doenças 4. Para ensinar como cuidar da gravidez 5. Para ter documento e poder entrar na maternidade para dar parto 6. Não sei 7. Outros, especifique ----------
C3	Quantas vezes a mulher grávida deve ir as CPN	1. Vez 2. 1-3 vezes 3. Todos os meses durate a gravidez 4. Não sei
C4	Acha importante o parceiro participar nas CPN?	1. Sim 2. Não
C5	Quais são os sinais de perigo durante a gravidez que conhece?	1. Perda de sangue 2. Perda de água 3. Tonturas 4. Dor de cabeça 5. Dor no peito 6. Não sei 7. Outros, especifique ----------
C6	O que a mulher grávida deve fazer quando um desses sinais acontece durante a gravidez?	1. Ir a US 2. Procurar a pessoa da comunidade que trata 3. Procurar algum medicamento em casa, no bairro, comunidade 4. Não sei 5. Comunicar seu marido/sogra/mae ou outra pessoa que pode dizer o que deve fazer 6. Outro, especifique----------

C7	Quais são os sinais de parto que conhece?	1. Dor de barriga 2. Saida de sangue 3. Saida de água 4. Não sei 5. Outros, epecifique ----------
C8	Quais são as medidas para preparação ao parto que conhece?	1. Guardar dinheiro de transporte 2. Guardar roupas e capulanas limpas 3. Identificar o lugar que vou dar parto 4. Preparar transporte 5. Preparar pessoas para acompanhar a maternidade 6. Nada 7. Outros, especifique ----------
C9	Quais são as medidas de preparação para parto que tomou na sua ultima gravidez?	1. Guardei dinheiro de transporte 2. Guardei roupas e capulanas limpas 3. Identificar o lugar que vou dar parto 4. Preparei transporte 5. Preparei pessoas para acompanhar a maternidade; preparei pessoa da comunidade que vai me ajudar com o parto 6. Nada 7. Outros, especifique ----------
C10	Onde busca informações sobre saúde, gravidez, parto, cuidados com bebé, planeamento familair?	1. No hospital com enfermeira 2. No hospital com outras mães 3. Na comunidade com outras mães 4. Na comunidade com pessoas mais velhas 5. Na comunidade através de radios 6. Na comunidade através de brigadas de saúde 7. Não tenho ouvido falar sobre isso 8. Outros, especifique ----------

Utilização dos serviços SMN (ver segundo o objectivo das proporções)

Determinar a proporção da utilização dos serviços maternos pelas participantes durante a gravidez, parto e pós-parto

SECÇÃO D - Utilização dos serviços de Pré-natal		
D1	Quantas consultas PN realizou na ultima gravidez	(1) 1 (2) 2-3 (3) 4 ou mais (4) Nenhuma
D2	Se responde apenas 1-3 ou nenhuma, explorar as razões	1. Esperava a barriga crescer 2. Não via razão para muitas consultas 3. Não tinha companhia 4. Não tinha tempo 5. Não tinha dinheiro para transporte; 6. Não gosto do atendimento; 7. Não sabia que estava grávida 8. Demora para atender 9. Fui mandada voktar ate quando a barriga aparecer 10. Outros, especificar_____
D3	Com quantos meses fez a primeira consulta	1. Menos de 3 meses 2. Entre 3-4 meses 3. Acima de 4 meses
D4	Se iniciou CPN acima de 3 meses, explica por quê?	1. Esperava a barriga crescer 2. Não via razão para muitas consultas 3. Nao tinha companhia 4. Não tinha tempo 5. Não tinha dinheiro para transporte; 6. Não gosto do atendimento; 7. Não sabia que estava grávida 8. Demora para atender

		9.Fui mandada voktar ate quando a barriga aparecer
D5	O seu parceiro alguma vez participou nas CPN?	1. 1 Vez 2. 2-3 vezes 3. 4 ou mais vezes 4. Nunca
D6	Por que o seu parceiro não participou ou apenas parcitipou 1 vez nas CPN?	1.Porque foi convidado 1 vez para fazer teste 2. Ele trabalha fora ; 3. Ele não vive comigo; 4. Ele não aceita vir 5. Outro, especifique----------
D7	Onde teve o último parto	1. Na US 2. Na comunidade com Maltrona/ 3. Na comunidade com enfermeira/outro profissional de saúde 3. Na comunidade com mãe/sogra/tia/vizinho que não tem ligação com saúde 4. Na rua a caminho do hospital 5. Sozinha em casa, na rua, na machamaba/local de trabalho 5. Outro, especifique ----------
D8	Se o parto foi fora da US ou com pessoal não habilitado, explorar as razões.	1. Não tinha companhia; 2. Não tinha dinheiro para transporte 3. Não gosto do atendimento 4. As distâncias para hospital são longa 5. Aqui na nossa família não damos parto no hospital 6. Sogra/marido nao autorizou 7. A parteira da comunidade também faz o mesmo

		8. Não sabia que estava para nascer; 9. Não deu tempo para chegar ao hospital; 10. Medo de perder bebê ou minha vida no hospital 11. Outros, especifique----------
D9	O seu companheiro acompanhou durante o parto/ ou assistiu o parto?	1. Sim 2. Não
D10	Se não acompanhou, explore as razões de não ter acompanhado.	1. Ele não estava em casa 2.Na nossa comunidade os homens não assistem partos 3. Ele recusou 4. Ele trabalha distante/fora deste distrito/Província/País 5. Outra, especifique_____
D11	Se o parto foi na US quem a acompanhou?	1. Parceiro 2. Sogra 3. Mãe/irmã/tia 4Vizinha/ 5. Outros, especifique----------
D12	Quantas consultas de pós-parto teve depois da alta, dentro de 42 dias pos parto?	(1) 1 CPP (2) 2 CPP (3) Acima de 2 CPP
D13	Em quanto tempo depois fez a primeira consulta depois da alta	(1) 3-7 dias (depois da alta) (2) 8-21 dias depois do parto (depois da alta) (3) Mais de 21 dias (4) Outros ----------
D14	Se mais de uma semana, depois da consulta de alta, explorar as razões da demora	1. Não tinha ninguem para a acompanhar 2. Não tinha dinheiro de transporte 3. Bebe/eu nao pode sair fora nesse tempo 4. Não achei importante voltar dentro desse tempo

		5. Outro, especifique----------
D15	Nas outras gravidezes, utilizou os serviços de saúde (se teve outras gravidezes além da que resultou no actual parto)	1. CPN 2. Parto na US 3. Consulta de Pós-parto até 42 dias

Seccao E- provisão de servicos maternos na última gravidez

Aferir o grau de concordância com a provisão de serviços SMN (na última gestão, qual é o grau de concordância com os seguintes cuidados oferecidos nos servicos de saúde materna:

Secção E: Provisão de Serviços Maternos na última gravidez		
Na última gestação, qual é o grau de concordância com os seguintes cuidados oferecidos nos serviços de **Consulta Pré-natal**		
E1	A enfermeira recebeu-me com cordialidade e atenção	1.Concordo 2. Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E2	A enfermeira explicou-me sobre a gravidez e sobre a importância de ir as CPN.	1.Concordo 2. Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E3	A enfermeira explicou-me sobre o PF.	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E4	A enfermeira falou-me sobre as doenças que podem acontecer na gravidez	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E5	A enfermeira falou-me sobre exames e rastreio e prevenção	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo

		4.Discordo plenamente
E6	A enfermeira oferece-me uma rede mosqueteira	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E7	A enfermeira ofereceu-me comprimidos para prevenir anemia	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E8	A enfermeira ofereceu-me comprimidos para prevenir a malária;	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E9	A enfermeira realizou o teste de HIV e informou-me sobre o meu estado.	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E10	A enfermeira realizou o teste de sífilis e informou-me sobre o resultado.	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E11	A enfermeira realizou o teste de malária e informou-me sobre o meu estado.	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
Na conclusão de consulta da Pré-natal:		
E12	A enfermeira informou-me sobre os sinais de parto.	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo

		4.Discordo plenamente
E13	A enfermeira explicou-me que deveria preparar para o plano de parto.	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E14	A enfermeira informou-me sobre as opções de PF pos parto imediato.	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E15	Fiqyei satisfeita com o atendimento que tive nas consultas pos parto	

Na última gestãção, qual é o grau de concordância com os seguintes cuidados oferecidos nos serviços na **Sala de Parto:**		
E16	A enfermeira na sala de parto recebeu-me com atenção.	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E17	A enfermeira explicou-me que podia levar meu parceiro para assistir o parto, caso quisesse.	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E18	A enfermeira explicou-me que podia escolher o lugar e posição do parto	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E19	A enfermeira explicou-me sobre a evolução do trabalho de parto e sobre o meu estado e estado do bebé.	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo

		4.Discordo plenamente
E20	A enfermeira informou-me o que devo fazer quando chegar a hora do bebe nascer	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E21	A enfermeira atendeu as minhas necessidades na altura do trabalho de parto e parto;	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E22	A enfermeira explicou-me a importância do conctato precoce com o meu bebe	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E23	A enfermeira explicou-me a importância de iniciar aleitamento materno;	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E24	A enfermeira informou-me sobre os dias de consultas pos parto	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E25	A enfermeira explicou-me e importância de CPP para mim e para o bebe	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E26	A enfermeira explicou-me sobre os cuidados que devo ter com o bebe	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente

E27	A enfermeira explicou-me sobre os sinais de perigo/alerta da minha saúde depois de parto;	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E28	Senti-me satisfeita com os cuidados que recebi na sala de partos	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente

No último parto, qual é o grau de concordância com os seguinte cuidados oferecidos nos serviços **Pós Parto:**		
E29	A enfermeira examinou o meu estado de saúde (minha barriga, meus pés, meus olhos, perdas vaginais, temperatura)	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E30	A enfermeira examinou o estado de saúde do meu bebê	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E31	A enfermeira explicou-me sobre o meu estado de saúde e sobre os cuidados que devo tomar;	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E32	A enfermeira explicou-me sobre o estado de saúde do bebê e sobre como cuidar do bebê;	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E33	A enfermeira aconselhou me sobre PF	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo

		4.Discordo plenamente
E34	A enfermeira ofereceu-me um método de PF da minha escolha;	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
35	A enfermeira informou-me sobre a data da minha próxima consulta pos parto	1.Concordo 2.Concordo plenamente 3.Discordo 4.Discordo plenamente
E36	Senti-me satisfeita com os cuidados que recebi nas Consultas pos parto	