ICRH Moçambique

CENTRO INTERNACIONAL PARA SAÚDE REPRODUTIVA

RELATÓRIO DE PESQUISA

Determinantes da Utilização dos Serviços Materno-Neonatais

nos Distritos de Zumbo e Marávia — Província de Tete

Avaliação Comparativa Baseline vs Endline
Projecto Mulheres Felizes, Bebès Felizes (MFBF)

Dezembro, 2025



Estudo financiado pelo Governo de Flanders no ãmbito do projecto MFBF

REPÚBLICA DE MOCAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAUDE

Government of Flanders

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". A pesquisa é uma avaliação de fim de linha do projecto implementado entre 2023 e 2025 nos Distritos de Marávia e Zumbo, 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
- Participantes: Utentes dos serviços, actores e influenciadores comunitários e provedores de saúde
- Inquiridores e supervisores de campo.

Financiamento: Governo de Flanders

Pesquisadores:

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

Maria Suzana Bata Maguele- Investigadora principal: Concepção do protocolo de pesquisa; Aprovação e implementação da pesquisa, supervisão da recolha de dados; recolha, análise e relatório, aprovação do relatório final.

Ronaldo Teixeira- Co-Investigador: Desenho do método do estudo; instrumentos de recolha de dados; concepção do plano de análise. Supervisão da recolha de dados, gestão, análise, interpretação e relatório inicial.

Fídel Alcandra- Co-Investigador: Desenho do método do estudo; instrumentos de recolha de dados; plano de análise. Supervisão da recolha de dados, gestão e análise de dados.

Jaime Mário- Co-investigador- Revisão do prototocolo, métodos e relatório

Assistentes de campo

- Jaime Botão
- Gostavo Maceia
- Natália Phonera
- Rabeca Bensoni
- Elvira Sinoia
- Castigo Jaime
- Ana Paula André
- Nelinha Paulo
- Phelistus Mumba
- Júlia Rosário
- Esperança Francisco Phiri
- Enifaa Germano

Colaboradores:

Delto Meneses; Zulmira Meirinho: Contribuição na coordenação da logística da pesquisa e coordenação com "*gate keepers"*, Serviço provincial, Serviços Distritais, supervisão da recolha de dados.

Leonel Zevo: Revisão do plano de pesquisa; coordenação geral; revisão do relatório

ÍNDICE

Pesquisadores: 2

Colaboradores: 3

LISTA DE ABREVIATURAS 7

LISTA DE FIGURAS 8

SUMÁRIO EXECUTIVO 10

1.1. Enquadramento Geral 13

1.2. Descrição do Projecto MFBF 14

1.3. Área de Implementação e Contexto 14

1.4. Propósito da Avaliação de Fim de Linha 16

1.5. Objectivos da Avaliação 17

2. METODOLOGIA 19

2.1. Desenho do Estudo 19

2.2. Área do Estudo 20

2.3. População e Unidade de Análise 21

2.4. Amostragem e Cálculo da Amostra 22

2.5. Instrumentos de Recolha de Dados 24

2.6. Abordagem Qualitativa 24

2.7. Análise de Dados – Componente Quantitativa 25

2.8. Aspectos Éticos 26

3. RESULTADOS 28

3.1. Distribuição etária das participantes 28

3.2. Deficiência 29

3.3. Tipo de deficiência das participantes 31

3.4. Escolaridade das participantes 34

3.5. Escolaridade do parceiro 35

3.6. Empregabilidade da participante 37

3.7. Empregabilidade do parceiro 39
3.8. Renda mensal 41
3.9. Estado civil 42
3.10. Religião 44
3.11. Número de filhos 45
3.12. Gravidez planificada 47
3.13. Utilização de Planeamento Familiar 48
3.14. Meio de acesso ao Centro de Saúde 50
3.15. Tempo até ao Centro de Saúde 51
3.16. Conhecimento sobre CPN 53
3.17. Motivos para realizar CPN 55
3.18. Número de CPN consideradas necessárias 56
3.19. Importância da participação do parceiro nas consultas pré-natais (CPN) 59
3.20. Sinais de perigo na gravidez 60
3.21. Conduta perante sinais de perigo 62
3.22. Sinais de parto 63
3.23. Medidas de preparação para o parto 64
3.24. Fontes de informação sobre saúde materna e neonatal 65
3.25. Número de consultas pré-natais (CPN) 67
3.26. Razões para o número de CPN 68
3.27. Mês da primeira CPN 70
3.28. Motivos de início tardio da CPN 72
3.29. Participação do parceiro nas CPN 74
3.30. Razões para o parceiro não participar nas CPN 75
3.31. Local do parto 76
3.32. Razões para parto fora da unidade sanitária 78
3.33. Acompanhamento durante o parto 79

3.34. Razões para o parceiro não acompanhar o parto 80
3.35. Número de consultas pós-parto (CPP) 81
3.36. Razões para não realizar três ou mais consultas pós parto 83
3.37. Satisfação com a CPN 84
3.38. Satisfação na sala de partos 86
3.39. Satisfação com a CPP 87
3.41 RESULTADOS -QUALITATIVOS 89
Distribuição etária das participantes 89
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 94
CONCLUSÃO 98
LIMITAÇÕES DO ESTUDO 98
RECOMENDAÇÕES 99
REFERÊNCIAS 101
A. Literatura Teórica e Metodológica 101
B. Saúde Materna e Enquadramento Analítico 101
C. Metodologia Qualitativa 101
D. Fontes Institucionais e Normativas 101
E. Documentos Internos do Projecto MFBF 102
ANEXOS 118

LISTA DE ABREVIATURAS

CNBS – Comité Nacional de Bioética para a Saúde

CPN – Consulta Pré-Natal

CPP – Consulta Pós-Parto

CS – Centro de Saúde

DHS – Demographic and Health Surveys

EU – Unidade Sanitária

HD – Hospital Distrital

ICRHM – Centro Internacional para a Saúde Reprodutiva – Moçambique

MFBF – Mulheres Felizes e Bebés Felizes

MICS – Multiple Indicator Cluster Surveys

MISAU – Ministério da Saúde de Moçambique

OMS – Organização Mundial da Saúde

SMNI – Saúde Materna, Neonatal e Infantil

TTC – Tempo de Deslocação até à Unidade Sanitária

UNFPA – United Nations Population Fund

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição etária dos participantes 28
Figura 2: Deficiência 29
Figura 3: Tipo de deficiência 32
Figura 4: Escolaridade 34
Figura 5: Empregabilidade 37
Figura 6: Renda mensal 42
Figura 7: Baseline vs Endline 53
Figura 8: Nº de CPN consideradas necessárias 57
Figura 9: Importância da participação do parceiro 59
Figura 10: Mês da 1ª CPN 70
Figura 11: Participação do parceiro na CPN 74
Figura 12: Local do parto 77
Figura 13: Razões para parto fora da US 78
Figura 14: Nº de consultas pós-parto (CPP) – Endline 81
Figura 15: Razões para não fazer 3+ CPP - Endline 83
Figura 16: Satisfação com a CPN 85
Figura 17: Satisfação na sala de partos 86
Figura 18: Satisfação com CPP 88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Escolaridade do parceiro 36
Tabela 2: Empregabilidade do parceiro 39
Tabela 3: Estado civil 43
Tabela 4: Nº de filhos 46
Tabela 5: Gravidez planificada 47
Tabela 6: Meio de acesso ao Centro de Saúde 50
Tabela 7: Tempo até ao Centro de saúde 52
Tabela 8: Motivos para CPN (múltiplas respostas) 55
Tabela 9: Conduta perante sinais de perigo 62
Tabela 10: Sinais de parto 63
Tabela 11: Medidas de preparação para o parto 65
Tabela 12: Fontes de informação (múltiplas respostas) 66
Tabela 13: Nº de consultas pré-natais 67
Tabela 14: Razões para o número de CPN 69
Tabela 15: Razões para o parceiro não participar nas CPN 76
Tabela 16: Acompanhamento durante o parto: 79

SUMÁRIO EXECUTIVO

A mortalidade materna permanece um dos desafios mais complexos do sistema de saúde a nível global. Em Moçambique, a taxa de mortalidade materna é estimada em 233 mortes por 100.000 nados-vivos, número ainda distante das metas nacionais e internacionais. Para melhorar a saúde materna e neonatal nos distritos de Marávia e Zumbo, na província de Tete, o Centro Internacional para Saúde Reprodutiva – Moçambique (ICRHM), em colaboração com o Serviço Provincial de Saúde de Tete (SPS-Tete) e parceiros, implementou o projecto "Mulheres Felizes e Bebés Felizes" (MFBF) entre 2023 e 2025. O projecto visou reforçar a oferta e a qualidade dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, através de uma abordagem integrada que combinou capacitação clínica, humanização dos serviços, mobilização comunitária, reabilitação de infra-estruturas e promoção de normas sociais favoráveis.

O projecto foi concebido para um período total de 48 meses, porém foi encerrado antecipadamente aos 45 meses. A presente pesquisa constitui uma avaliação de fim de linha, com o objectivo de documentar os resultados alcançados e analisar mudanças observadas nos principais indicadores de saúde materna e neonatal, por meio da comparação entre os dados da linha de base e do fim de linha.

Conhecimento e Ambiente de Apoio

Os resultados da avaliação demonstram melhorias no conhecimento das mulheres sobre saúde materna e neonatal, bem como no ambiente de apoio comunitário e institucional nos distritos de intervenção. Observou-se um aumento quase universal no conhecimento sobre as consultas pré-natais (CPN), com 97,4% das mulheres a referirem já ter ouvido falar de CPN no endline, em comparação com 87,4% no baseline. O reconhecimento de sinais de perigo na gravidez e de sinais de parto também registou melhorias expressivas, com aumentos substanciais na identificação de hemorragias, perda de líquido amniótico e outros sintomas críticos.

A satisfação com os serviços maternos aumentou de forma consistente: a satisfação com a CPN subiu de 84,8% para 94,2%; a satisfação com a sala de partos aumentou de 81,1% para 93,5%; e a satisfação com as consultas pós-parto passou de 84,0% para 96,3%. Estes avanços podem reflectir investimentos na humanização do atendimento, na capacitação dos provedores e no reforço das infra-estruturas sanitárias.

Perfil Sociodemográfico e Utilização de Serviços

O perfil das mulheres que acedem aos serviços maternos sofreu alterações estruturais entre 2023 e 2025. Aumentou a proporção de mulheres com escolaridade formal (redução de 62,5% para 26,4% sem escolaridade) e com actividade económica por conta própria (aumento de 17,1% para 43,2%). A proporção de mulheres com deficiência que acedem aos serviços também cresceu (de 1,0% para 7,9%), indicando maior inclusão.

Na utilização dos serviços, registou-se uma melhoria na institucionalização do parto (de 69,3% para 86,1%) e um aumento na realização de três ou mais consultas pós-parto (60,7% no endline). No entanto, persistem desafios na continuidade dos cuidados: a proporção de mulheres com quatro ou mais CPN diminuiu (de 74,3% para 53,9%), e o início tardio da primeira CPN tornou-se quase universal (97,9% iniciaram após três meses de gravidez).

Conclusão

O projecto MFBF contribuiu para melhorias mensuráveis nos principais indicadores de saúde materna e neonatal nos distritos de Marávia e Zumbo, evidenciadas pelo aumento da institucionalização do parto, pela maior satisfação das utentes com os serviços e pelo reforço do conhecimento sobre sinais de perigo durante a gravidez e o parto. Os resultados mostram igualmente avanços na utilização de serviços de consultas pré-natais e pós-parto, bem como maior inclusão de mulheres com deficiência nos serviços de saúde materna.

Apesar destes progressos, a avaliação evidencia a persistência de desafios na continuidade dos cuidados, nomeadamente o início tardio das consultas pré-natais e a menor adesão a ciclos completos de seguimento pós-parto. Os resultados indicam ainda que factores como características sociodemográficas, conhecimento em saúde e contexto de residência continuam a influenciar o percurso das mulheres ao longo do continuum de cuidados maternos.

De forma geral, os achados desta avaliação reforçam a importância de intervenções orientadas para a melhoria do acesso, da continuidade e da qualidade dos cuidados de saúde materna e neonatal, particularmente em contextos rurais e de difícil acesso como os distritos de Marávia e Zumbo.

1
INTRODUÇÃO

1.1. Enquadramento Geral

A mortalidade materna permanece um dos desafios mais persistentes e estruturalmente complexos do sistema de saúde em Moçambique. Apesar dos progressos registados na ampliação da cobertura de serviços essenciais, o país continua a apresentar níveis elevados de mortalidade materna, estimados em 233 mortes por 100.000 nados-vivos, valor que, embora indique avanços ao longo do tempo, evidencia a necessidade de reforço contínuo das intervenções em saúde materna e neonatal (Organização Mundial da Saúde, 2023).

Esta realidade resulta da combinação de factores clínicos, socioeconómicos e estruturais que influenciam o percurso das mulheres ao longo do continuum de cuidados, desde a gravidez até ao período pós-parto. Conforme assinalado pela Organização Mundial da Saúde, *"most maternal deaths are preventable, as the health-care solutions to prevent or manage complications are well known"* (World Health Organization, 2019), o que reforça que o desafio reside não apenas na existência de soluções técnicas, mas no acesso efectivo e oportuno aos serviços.

A literatura evidencia que o acesso e a continuidade dos cuidados maternos são condicionados por múltiplas barreiras, frequentemente analisadas à luz do modelo dos Três Atrasos, proposto por Thaddeus e Maine, segundo o qual os atrasos podem ocorrer *"in deciding to seek care, in reaching an appropriate medical facility, and in receiving adequate care once there"* (Thaddeus & Maine, 1994, p. 1091).

Entre as barreiras descritas incluem-se limitações no reconhecimento oportuno de sinais de perigo, normas sociais que influenciam a tomada de decisão familiar, longas distâncias até às unidades sanitárias e dificuldades de transporte. Estudos demonstram que factores estruturais e socioculturais interagem de forma cumulativa, afectando a utilização dos serviços e a continuidade do cuidado (Gabrysch & Campbell, 2009).

Estes elementos tornam particularmente relevantes intervenções que actuem simultaneamente sobre a oferta e a procura de cuidados, especialmente em contextos rurais e de difícil acesso, onde as desigualdades territoriais continuam a influenciar os resultados em saúde.

Foi neste enquadramento que o Centro Internacional para Saúde Reprodutiva – Moçambique (ICRHM), em estreita colaboração com o Serviço Provincial de Saúde de Tete (SPS-Tete) e parceiros do consórcio, implementou o projecto "Mulheres Felizes e Bebés Felizes" (MFBF), com enfoque no reforço da qualidade e da acessibilidade dos cuidados de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI).

1.2. Descrição do Projecto MFBF

O projecto MFBF foi concebido como uma intervenção integrada, com múltiplos componentes, destinada a melhorar a qualidade, a disponibilidade e a acessibilidade dos serviços de saúde materna e neonatal nos distritos de Marávia e Zumbo. A intervenção foi estruturada em diferentes áreas estratégicas, incluindo a formação de provedores de cuidados de saúde em humanização e competências clínicas, a adequação das infra-estruturas para assegurar privacidade e conforto, a criação de condições para o parto acompanhado, a promoção da procura de serviços por meio de acções comunitárias, o envolvimento de homens e líderes locais, a realização de brigadas móveis para aproximar os serviços às comunidades, actividades de monitoria e avaliação e o reforço das capacidades institucionais (Centro Internacional para a Saúde Reprodutiva – Moçambique, 2025).

Antes do início da implementação, foi realizado um estudo de linha de base, conduzido em 2023, que permitiu caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das utentes, identificar padrões de utilização dos serviços de consultas pré-natais (CPN), parto institucional e consultas pós-parto, aferir os níveis de conhecimento sobre saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) e medir a satisfação com o atendimento (Centro Internacional para a Saúde Reprodutiva – Moçambique, 2023).

A linha de base incluiu igualmente um componente qualitativo, que evidenciou determinantes socioculturais relevantes, como a predominância de normas patriarcais na tomada de decisão sobre a procura de cuidados, a resistência masculina à participação em questões relacionadas com a saúde materna, percepções negativas sobre o parto institucional, receios associados à perda de práticas tradicionais e experiências prévias de atendimento considerado inadequado nas unidades sanitárias. Estas evidências orientaram a concepção das intervenções e fundamentaram a estratégia integrada adoptada ao longo do projecto.

1.3. Área de Implementação e Contexto

O estudo foi realizado na Província de Tete, nos Distritos de Marávia e Zumbo. A Província de Tete localiza-se na região centro de Moçambique e é constituída por quinze (15) distritos. Faz fronteira, a nordeste, com a República do Malawi, a noroeste com a República da Zâmbia, a sudoeste com a República do Zimbabwe e, a 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, fazendo fronteira a norte e a oeste com a República da Zâmbia, a sul com o Distrito de Mágoè, através do Rio Zambeze, e a este com o Distrito de Marávia, através do Rio Uncanha. A extensão da fronteira com a Zâmbia é de aproximadamente 250 km, desde Zumbo-Sede até à localidade de Uncanha, no Distrito de Marávia. O distrito possui uma superfície de 12.039 km² e uma população estimada em 96.110 habitantes, dos quais cerca de 29.369 são mulheres em idade fértil, de acordo com as projecções do Censo de 2017.

A rede sanitária do distrito é composta por 12 unidades sanitárias, das quais 11 são centros de saúde e 1 é hospital distrital, que funciona como unidade de referência ao nível do distrito. A distância média entre as unidades sanitárias periféricas e a sede distrital é de aproximadamente 104 km, sendo que a unidade mais próxima se encontra a cerca de 16 km e a mais distante a cerca de 210 km. O rácio de técnicos de saúde por 100.000 habitantes é de 136,4. O distrito dispõe de 2,1 médicos por 100.000 habitantes, 22,4 enfermeiros por 100.000 habitantes e 34,1 técnicos de enfermagem de saúde materna e infantil (ESMI) por 100.000 habitantes. O rácio combinado de médicos, enfermeiros e ESMI é de 58,6 por 100.000 habitantes.

Distrito de Marávia – Perfil do Distrito

O Distrito de Marávia está localizado a noroeste da Província de Tete, fazendo fronteira, a norte, com a República da Zâmbia, a oeste com o Distrito de Zumbo, a este com o Distrito de Chifunde e, a sul, com o Distrito de Cahora-Bassa, através do Rio Zambeze. O distrito possui uma superfície de 16.765 km² e uma população estimada em 146.380 habitantes, dos quais cerca de 44.660 são mulheres em idade fértil. A densidade populacional é de aproximadamente 5,9 habitantes por km², reflectindo um contexto de elevada dispersão geográfica.

A rede sanitária do distrito é composta por 8 unidades sanitárias, incluindo 7 centros de saúde e 1 hospital rural, que funciona como unidade de referência ao nível distrital. A distância média entre as unidades sanitárias periféricas e a sede distrital é de cerca de 60 km, sendo a unidade

mais próxima localizada a aproximadamente 45 km e a mais distante a cerca de 130 km. O rácio de técnicos de saúde por 100.000 habitantes é de 90,9. O distrito dispõe de 2,1 médicos por 100.000 habitantes, 19,6 enfermeiros por 100.000 habitantes e 19,6 técnicos de enfermagem de saúde materna e infantil (ESMI) por 100.000 habitantes. O rácio combinado de médicos, enfermeiros e ESMI é de 41,3 por 100.000 habitantes.

Razões da Escolha dos Locais de Estudo

A Província de Tete constitui uma das áreas de actuação do Centro Internacional para Saúde Reprodutiva – Moçambique (ICRHM) e do respectivo financiador. Os Distritos de Marávia e Zumbo foram seleccionados e recomendados pelo Governo Local para a implementação de intervenções com vista à melhoria da saúde materna e neonatal, tendo em conta os desafios estruturais de acesso aos serviços de saúde, a dispersão geográfica da população e a necessidade de reforço da oferta e da qualidade dos cuidados de saúde materna e neonatal.

1.4. Propósito da Avaliação de Fim de Linha

A avaliação de fim de linha tem como propósito analisar em que medida o projecto MFBF contribuiu para a melhoria dos principais indicadores de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) nos distritos de Marávia e Zumbo, ao longo do período de implementação, por meio da comparação entre os resultados do endline e os da linha de base.

A presente avaliação assume igualmente um carácter estratégico, permitindo identificar resultados consolidados, progressos observados nos principais indicadores e desafios associados à continuidade dos cuidados no contexto de implementação. A avaliação procura ainda compreender alterações nas percepções, normas sociais e padrões de comportamento relacionados com a utilização dos serviços de saúde materna, bem como constrangimentos estruturais observados nas unidades sanitárias e na relação entre as comunidades e os serviços de saúde.

Outro objectivo central da avaliação consiste na identificação dos determinantes da continuidade dos cuidados maternos, com enfoque na realização precoce da consulta pré-natal,

na continuidade dos cuidados na unidade sanitária, na ocorrência de parto institucional e na realização de consultas pós-parto e de seguimento na unidade sanitária. Estes indicadores representam etapas fundamentais do continuum de cuidados maternos e permitem analisar factores individuais, contextuais e estruturais associados ao acesso e à continuidade dos serviços.

1.5. Objectivos da Avaliação

A avaliação tem como objectivo geral analisar a contribuição do projecto MFBF para o reforço dos cuidados maternos e neonatais nos distritos de Marávia e Zumbo.

De forma específica, a avaliação visa:

- Comparar os indicadores de utilização dos serviços maternos entre a linha de base e o fim de linha;
- Analisar alterações nos níveis de conhecimento e na satisfação das utentes;
- Compreender percepções e transformações socioculturais com base em dados quantitativos.

2
METODOLOGIA

2. METODOLOGIA

2.1. Desenho do Estudo

A presente avaliação de fim de linha adoptou um desenho de estudo misto, combinando metodologias quantitativas e qualitativas, com o objectivo de produzir uma análise abrangente dos resultados alcançados pelo projecto Mulheres Felizes e Bebés Felizes (MFBF) nos distritos de Marávia e Zumbo. A opção por uma abordagem mista está alinhada com recomendações metodológicas amplamente reconhecidas na avaliação de programas de saúde, por permitir integrar a medição objectiva de indicadores com a compreensão das percepções e experiências das utentes (Creswell, 2014; Patton, 2015).

O componente quantitativo foi estruturado para permitir a comparação directa entre os indicadores recolhidos na linha de base (2023) e os resultados obtidos na avaliação de fim de linha (2025). Esta abordagem possibilitou analisar mudanças ocorridas ao longo do período de implementação do projecto, nomeadamente na utilização dos serviços de consulta pré-natal (CPN), parto institucional e consultas pós-parto, bem como no conhecimento e na satisfação das utentes com os serviços de saúde materna.

A componente qualitativa foi concebida para complementar e contextualizar os resultados quantitativos, permitindo uma melhor compreensão das dinâmicas socioculturais e institucionais que influenciam a procura e a utilização dos serviços de saúde materna. Esta componente baseou-se em entrevistas e discussões em grupo realizadas essencialmente com mulheres e homens, e inflouenciadores, membros da comunidade, visando explorar percepções, barreiras e factores facilitadores relacionados com o acesso e a continuidade dos cuidados.

A articulação entre os componentes quantitativo e qualitativo permitiu responder ao objectivo central da avaliação de fim de linha, ao analisar de forma integrada os resultados mensuráveis observados nos principais indicadores de saúde materna e os elementos contextuais que influenciam o percurso das mulheres ao longo do continuum de cuidados. O desenho metodológico adoptado teve como finalidade documentar os resultados alcançados e compreender os factores associados à utilização e continuidade dos serviços no contexto dos distritos de intervenção.

A escolha desta abordagem metodológica foi igualmente influenciada pelas especificidades dos distritos de Marávia e Zumbo, caracterizados por dispersão geográfica, limitações no acesso físico aos serviços de saúde e desafios socioculturais. Nestes contextos, a combinação de métodos quantitativos e qualitativos mostrou-se adequada para captar tanto os padrões de utilização dos serviços como as percepções e experiências das utentes, permitindo uma interpretação mais contextualizada s e comparáveis dos resultados da avaliação de inicio e de fim de linha

2.2. Área do Estudo

A avaliação de fim de linha foi realizada nos distritos de Marávia e Zumbo, na Província de Tete, áreas onde o projecto MFBF foi implementado ao longo do período de intervenção. Estes distritos apresentam características geográficas, socioculturais e estruturais que influenciam o acesso e a utilização dos serviços de saúde materna e neonatal, justificando a adopção de abordagens metodológicas ajustadas ao contexto local. A localização remota, a baixa densidade populacional e a dispersão das comunidades colocam desafios significativos ao acesso regular aos serviços de saúde, com implicações para a utilização dos cuidados maternos.

O Distrito de Marávia caracteriza-se por uma vasta extensão territorial, comunidades dispersas e limitações estruturais que condicionam a oferta de serviços de saúde. A cobertura geográfica das unidades sanitárias é limitada face à dispersão populacional, sendo frequente que as mulheres enfrentem deslocações prolongadas até à unidade sanitária mais próxima, particularmente durante a época chuvosa. Factores como o estado das vias de acesso, a escassez de meios de transporte e as longas distâncias contribuem para atrasos na procura de cuidados e influenciam os padrões de utilização dos serviços de saúde materna.

O Distrito de Zumbo apresenta desafios semelhantes, associados à sua localização fronteiriça, à mobilidade populacional e à presença de práticas tradicionais que influenciam comportamentos relacionados com a saúde materna. As normas comunitárias desempenham um papel relevante na decisão sobre o local de parto, no momento de procura de cuidados e na interpretação de sinais de perigo durante a gravidez e o período pós-parto, em consonância com barreiras de acesso e continuidade descritas na literatura sobre saúde materna em contextos rurais e de difícil acesso (Thaddeus & Maine, 1994).

A capacidade das unidades sanitárias em ambos os distritos apresenta constrangimentos que influenciam a qualidade da prestação de cuidados. Na linha de base foram identificadas limitações relacionadas com a disponibilidade de insumos maternos e neonatais, equipamentos essenciais e número de profissionais de saúde qualificados. Foram igualmente observadas condições infra-estruturais menos favoráveis, incluindo limitações de privacidade e adequação dos espaços de atendimento, factores que podem influenciar a procura e a utilização dos serviços institucionais (Centro Internacional para a Saúde Reprodutiva – Moçambique, 2023).

Apesar dos desafios estruturais, ambos os distritos dispõem de redes comunitárias activas, integrando líderes comunitários, agentes de saúde comunitária e organizações locais, que desempenham um papel importante na promoção da saúde e na mobilização das mulheres para os serviços de saúde materna. A participação destas estruturas comunitárias constituiu um elemento relevante no contexto de implementação do projecto, particularmente em territórios onde o acesso físico aos serviços de saúde representa um factor determinante da procura e da utilização dos cuidados.

2.3. População e Unidade de Análise

A população-alvo do presente estudo é constituída por mulheres em idade reprodutiva (15–49 anos) que tiveram um parto nos seis meses anteriores à recolha de dados. Este critério temporal foi adoptado tanto na linha de base como na avaliação de fim de linha, garantindo comparabilidade entre os exercícios, reduzindo o risco de viés de memória e assegurando que as respostas reflectem experiências recentes no continuum de cuidados maternos. A adopção desta janela temporal é compatível com práticas de inquéritos em saúde reprodutiva, incluindo instrumentos amplamente utilizados em estudos populacionais (The DHS Program, 2019; The DHS Program, 2020).

A unidade de análise primária do componente quantitativo é a mulher utente dos serviços de saúde materna, sobre a qual incidem os principais indicadores analisados na avaliação. A recolha de dados permitiu caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das participantes, bem como analisar o acesso e a utilização dos serviços de saúde materna, o nível de conhecimento sobre saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) e a satisfação com o atendimento recebido nas unidades sanitárias. (Creswell & Plano Clark, 2018).

No componente qualitativo, a população de estudo incluiu mulheres, homens e influenciadores da comunidade. Este componente teve como objectivo aprofundar a compreensão de percepções, experiências e factores socioculturais que influenciam a utilização dos serviços de saúde materna nos distritos de intervenção (Patton, 2015).

A definição clara da população de estudo e da unidade de análise permitiu assegurar a consistência metodológica da avaliação e reforçar a robustez da interpretação dos resultados, ao alinhar os critérios de inclusão entre a linha de base e a avaliação de fim de linha (Creswell, 2014).

2.4. Amostragem e Cálculo da Amostra

A avaliação de fim de linha do projecto MFBF recorreu a um procedimento de amostragem probabilística estratificada, com o objectivo de assegurar representatividade adequada das áreas sanitárias abrangidas nos distritos de Marávia e Zumbo. A estratificação foi realizada por distrito e por unidade sanitária, permitindo captar variações contextuais associadas às características geográficas, estruturais e organizacionais dos serviços de saúde. Esta abordagem é recomendada em inquéritos de saúde realizados em contextos com heterogeneidade entre áreas de prestação de serviços (Cochran, 1977).

Na linha de base, foi igualmente utilizada amostragem probabilística, com alocação proporcional por distrito e unidade sanitária. A selecção das participantes dentro de cada estrato foi realizada de forma sistemática nas unidades sanitárias, com base na elegibilidade definida para o estudo. Este procedimento permitiu assegurar comparabilidade metodológica entre a linha de base e a avaliação de fim de linha, reforçando a robustez das análises comparativas entre os dois momentos.

O cálculo do tamanho da amostra teve início com a aplicação da fórmula de Cochran para populações grandes, método amplamente utilizado para estimar tamanhos amostrais em inquéritos de saúde populacional (Cochran, 1977). Foi considerado um nível de confiança de 95%, uma proporção esperada (p) de 0,5, de modo a maximizar a variabilidade, e um erro admissível de 5%. A aplicação desta fórmula resultou num tamanho amostral inicial de 384 participantes. Considerando uma população elegível estimada em 4.743 mulheres, procedeu-se ao ajustamento para população finita, resultando num tamanho amostral de referência de 356 mulheres.

Embora o cálculo apontasse para uma amostra mínima de 356 participantes, a recolha de dados resultou em 382 entrevistas completas, em função da disponibilidade das mulheres elegíveis e da necessidade de assegurar representação adequada em unidades sanitárias com menor volume de utentes. Esta ampliação não comprometeu a proporcionalidade entre os estratos e contribuiu para aumentar o poder analítico da comparação entre a linha de base e a avaliação de fim de linha.

A distribuição da amostra pelos estratos foi realizada por alocação proporcional, atribuindo-se a cada unidade sanitária uma quota correspondente ao peso estimado da sua população-alvo. A opção pela recolha de dados predominantemente nas unidades sanitárias deveu-se a constrangimentos operacionais e contextuais, incluindo a dispersão geográfica das comunidades, o estado irregular das vias de acesso e a inexistência de listas actualizadas de agregados familiares que permitissem a realização de visitas domiciliárias sistemáticas.

Fragilidades e limitações do procedimento amostral

Apesar de permitir a recolha de dados de forma viável e consistente com avaliações institucionais em contextos de recursos limitados, o procedimento adoptado apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A recolha de dados nas unidades sanitárias pode sub-representar mulheres que não utilizam os serviços de saúde materna, nomeadamente aquelas que recorrem predominantemente a cuidados tradicionais ou que enfrentam maiores barreiras de acesso físico e social. Consequentemente, os resultados reflectem sobretudo a experiência das mulheres que tiveram contacto com os serviços de saúde, não sendo totalmente generalizáveis à totalidade da população feminina dos distritos.

Adicionalmente, a abordagem adoptada não permite captar de forma aprofundada as percepções e práticas de grupos particularmente marginalizados ou menos visíveis nos serviços, o que constitui uma limitação inerente a inquéritos institucionais. Foram, no entanto, observados princípios éticos fundamentais, incluindo a participação voluntária, a garantia de confidencialidade e o respeito pela privacidade das participantes durante o processo de recolha de dados.

2.5. Instrumentos de Recolha de Dados

A recolha de dados recorreu a instrumentos concebidos para assegurar a consistência metodológica entre a linha de base e a avaliação de fim de linha, mantendo a comparabilidade dos resultados e respondendo às exigências analíticas adicionais da avaliação final. O principal instrumento do componente quantitativo foi um questionário estruturado, aplicado presencialmente às mulheres elegíveis nas unidades sanitárias. O questionário, desenvolvido a partir do instrumento utilizado na linha de base, foi revisto e ajustado, incorporando as adaptações necessárias para suportar a análise inferencial realizada na avaliação de fim de linha. O instrumento abrangeu módulos relativos às características sociodemográficas, perfil obstétrico, utilização dos serviços de saúde materna, nível de conhecimento em saúde materna, neonatal e infantil (SMNI), percepção da qualidade do atendimento e satisfação das utentes com os serviços recebidos.

No componente qualitativo, foram utilizados guiões semiestruturados com o objectivo de captar percepções e experiências dos diferentes grupos envolvidos, incluindo mulheres, homens, líderes comunitários, profissionais de saúde e gestores. A utilização de guiões semiestruturados está alinhada com boas práticas em investigação qualitativa, ao permitir assegurar consistência temática, mantendo simultaneamente flexibilidade para exploração de temas emergentes (Silverman, 2013; Patton, 2015). As sessões foram gravadas em áudio, mediante obtenção de consentimento informado, de modo a assegurar fidelidade aos relatos e permitir a transcrição integral das discussões.

As gravações foram transcritas e submetidas a um processo sistemático de organização e codificação dos dados. Para apoiar este processo, foi utilizada uma matriz de codificação temática em Excel, garantindo a rastreabilidade das categorias analíticas e a transparência do processo de análise, em consonância com princípios metodológicos da análise qualitativa aplicada (Guest, MacQueen & Namey, 2012).

As análises quantitativas, com enfoque em estatística descritiva e testes de associação, foram realizadas utilizando o software RStudio, assegurando rigor analítico, consistência metodológica e reprodutibilidade dos resultados. A utilização de ferramentas estatísticas para a exploração, síntese e interpretação dos dados, bem como para a avaliação de padrões e relações entre variáveis, está sustentada por referências técnicas amplamente reconhecidas na análise estatística aplicada (Fox & Weisberg, 2019).

2.6. Abordagem Qualitativa

A componente qualitativa foi concebida para complementar e aprofundar a compreensão dos resultados quantitativos, permitindo interpretar factores socioculturais, institucionais e estruturais que influenciam a procura e a utilização dos serviços de saúde materna. A selecção das participantes seguiu uma lógica intencional, orientada pela relevância social e programática, em consonância com os princípios da amostragem intencional e com abordagens de avaliação qualitativa em saúde amplamente reconhecidas (Patton, 2015; Silverman, 2013).

As sessões foram conduzidas com recurso a guiões semiestruturados, assegurando consistência temática e permitindo a exploração de narrativas espontâneas. A análise qualitativa seguiu os princípios da Análise Temática, conforme proposto por Braun e Clarke, organizada em fases de familiarização com os dados, codificação inicial, desenvolvimento e revisão de temas, e produção da síntese final dos resultados (Braun & Clarke, 2006).

O critério de saturação teórica orientou o encerramento da recolha de dados qualitativos, procedimento amplamente referido na literatura metodológica aplicada a estudos qualitativos em saúde e nas ciências sociais (Guest, Bunce & Johnson, 2006; Silverman, 2013). A triangulação entre diferentes grupos de participantes, bem como entre a evidência qualitativa e os padrões observados nos dados quantitativos, contribuiu para reforçar a consistência e a credibilidade interpretativa dos resultados (Patton, 2015).

2.7. Análise de Dados – Componente Quantitativa

A análise quantitativa seguiu uma abordagem estruturada, concebida para assegurar a comparabilidade rigorosa com a linha de base e permitir uma leitura integrada das mudanças ocorridas ao longo da implementação do projecto. Os dados foram introduzidos, verificados e analisados no RStudio, ambiente seleccionado pela sua robustez e capacidade de assegurar a reprodutibilidade das análises.

O processo de limpeza dos dados incluiu a identificação de valores omissos, duplicações, erros de introdução e inconsistências lógicas. As variáveis categóricas foram recodificadas de acordo com os critérios utilizados na linha de base, assegurando alinhamento conceptual e técnico entre os dois momentos de avaliação. A análise descritiva incluiu o cálculo de frequências, percentagens e medidas de tendência central e de dispersão, com apresentação dos resultados em tabelas organizadas de forma paralela para facilitar a comparação entre baseline e endline.

Para a análise comparativa, foram aplicados testes estatísticos adequados à natureza das variáveis, incluindo o teste do qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas e, quando aplicável, o teste exacto de Fisher. A construção de índices compostos, como os índices C5 (Sinais de perigo) e C7 (Sinais de parto), seguiu critérios previamente definidos no instrumento do estudo, assegurando a comparabilidade temporal dos resultados.

2.8. Aspectos Éticos

A avaliação foi conduzida em observância dos princípios éticos aplicáveis à investigação em saúde em Moçambique e em conformidade com normas internacionais para estudos envolvendo seres humanos. O processo de recolha, gestão e análise de dados foi delineado de modo a salvaguardar a dignidade, a autonomia e os direitos dos participantes, assegurando a confidencialidade e a protecção da informação. A avaliação seguiu os procedimentos definidos pelo Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS), conforme estabelecido no Regulamento de Ética em Investigação em Saúde. Foram igualmente obtidas autorizações institucionais junto das Direcções Distritais de Saúde de Marávia e Zumbo e da Direcção Provincial de Saúde de Tete.

Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objectivos, procedimentos, potenciais riscos e benefícios do estudo, bem como sobre o carácter voluntário da sua participação. O consentimento informado foi obtido por assinatura ou impressão digital. Para participantes com níveis reduzidos de literacia, o consentimento foi lido e explicado, assegurando uma decisão livre e esclarecida, em consonância com princípios éticos recomendados para a investigação em saúde (World Health Organization, 2015).

As entrevistas qualitativas gravadas em áudio foram realizadas apenas mediante autorização expressa dos participantes. Os ficheiros de áudio foram armazenados em condições seguras, e as transcrições foram produzidas sem identificação nominal, assegurando a anonimização dos dados. A confidencialidade dos dados quantitativos foi igualmente garantida pela ausência de identificadores pessoais, pela protecção dos ficheiros por palavra-passe e pelo armazenamento seguro da informação. A equipa de campo recebeu formação específica sobre ética em investigação, protecção de grupos vulneráveis e gestão de informação sensível. Todos os procedimentos adoptados respeitaram princípios éticos fundamentais, incluindo autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (World Health Organization, 2015).

3
RESULTADOS

3. RESULTADOS

3.1. Distribuição etária das participantes

A análise da distribuição etária das participantes permite compreender de forma aprofundada o perfil das mulheres que recorreram aos serviços de saúde materna ao longo do período de intervenção. A comparação entre o baseline (2023) e o endline (2025) é fundamental para identificar alterações demográficas relevantes e avaliar se as estratégias do projecto contribuíram para alcançar grupos etários específicos, especialmente aqueles tradicionalmente mais vulneráveis ou menos representados nos serviços de cuidados pré-natais (CPN). A tabela 1 apresenta esta comparação, evidenciando tanto as variações percentuais entre as faixas etárias quanto o resultado do teste estatístico x^2, que permite determinar se as diferenças observadas são estatisticamente significativas.

Tabela 1: Distribuição etária dos participantes

	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	χ2 (P-value)
B1 – Faixas Etárias	**n (%)**	**n (%)**	
10 a 14	0 (0.0)	2 (0.5)	
15 a 19	43 (11.3)	82 (21.5)	
20 a 24	85 (22.3)	128 (33.6)	
25 a 29	95 (24.9)	76 (19.9)	50.9 (9.14e-10)*
30 a 34	71 (18.6)	60 (15.7)	
35 ou mais	88 (23.0)	33 (8.7)	
Total	382 (100.0)	381 (100.0)	

A tabela 1 evidencia uma alteração expressiva na composição etária das mulheres que recorreram aos serviços maternos entre o baseline de 2023 e o endline de 2025. No baseline, observa-se uma concentração marcante no grupo de 20–24 anos (33,6%), seguido por 15–19 anos (21,5%) e 25–29 anos (19,9%). No endline, ocorre uma redistribuição clara, com aumento significativo da proporção de mulheres em faixas etárias superiores, especialmente 25–29 anos (24,9%) e 35 anos ou mais (23,0%), enquanto o grupo de 20–24 anos diminui para 22,3%.

Visualmente, a tabela 1 demonstra mudança estrutural: os grupos mais jovens retraem de maneira consistente, ao passo que os grupos etários mais velhos apresentam crescimento marcado. O declínio nos grupos 15–19 e 20–24, combinado com o aumento expressivo no grupo 35+, que quase triplica, evidencia uma transição no perfil das utilizadoras dos serviços.

O resultado do teste estatístico reforça a robustez desta alteração. O valor de qui-quadrado ($\chi^2 = 50,9$; $p < 0,001$) indica que as diferenças não se devem ao acaso, representando uma mudança real e estatisticamente consistente na distribuição etária entre as duas fases. Importa destacar que a ligeira diferença no tamanho amostral (381 no baseline vs. 382 no endline) não explica esta variação, uma vez que o teste ajusta padrões relativos e confirma que a mudança é estrutural.

Do ponto de vista programático, esta transição possui implicações relevantes. O aumento da participação de mulheres com 35 anos ou mais sugere que o projecto conseguiu alcançar um grupo historicamente mais vulnerável e menos representado nos serviços de saúde materna. Este grupo apresenta maior probabilidade de complicações como hipertensão gestacional, diabetes gestacional, hemorragias e partos de maior risco, beneficiando de forma significativa da vigilância precoce e contínua dos serviços de CPN.

Por outro lado, a redução da participação das mulheres mais jovens pode refletir múltiplos fenómenos: possível redução de gravidezes há adolescentes, maior procura por serviços comunitários alternativos para adolescentes, ou mudanças socioculturais que influenciam o acesso ao serviço no endline. A leitura integrada da figura e das frequências sugere um reposicionamento do perfil das utilizadoras, possivelmente influenciado pelas estratégias de mobilização, educação comunitária e melhoria percecionada da qualidade do atendimento.

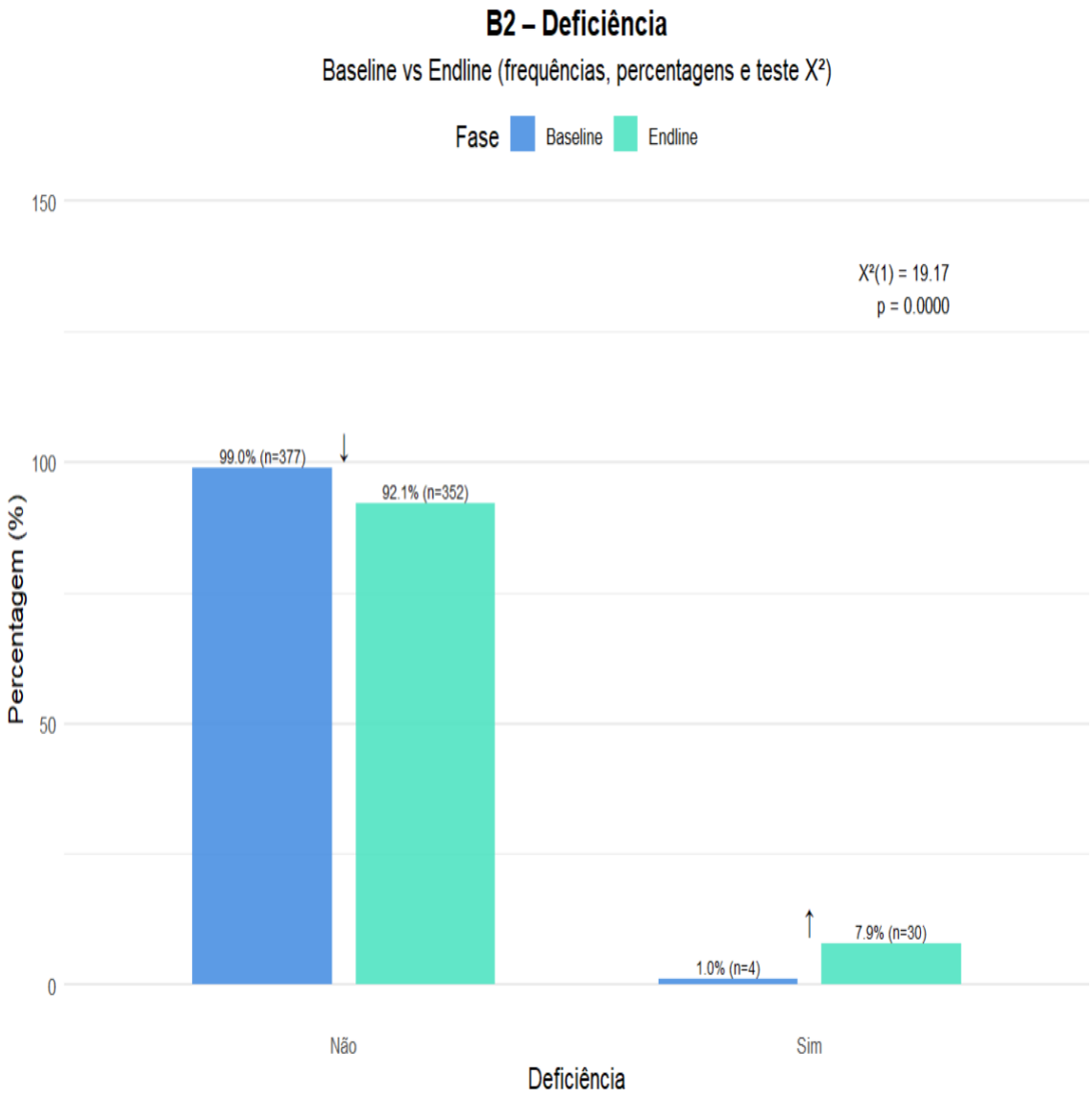
Em termos operacionais, o aumento de utentes entre 30–34 anos e 35+ exige reforço do aconselhamento individualizado, rastreio precoce de complicações, planeamento de partos seguros e aumento da atenção nas consultas subsequentes. As mudanças observadas apontam para um amadurecimento do alcance do serviço, que passa de um público predominantemente jovem para um grupo etário mais diversificado e, em certa medida, com maiores exigências clínicas.

3.2. Deficiência

A caracterização das participantes segundo a presença de deficiência constitui um elemento essencial para avaliar o nível de inclusão dos serviços de saúde materna ao longo do período de intervenção. As mulheres com deficiência enfrentam, frequentemente, barreiras adicionais de acesso físicas, comunicacionais, sociais e institucionais que podem limitar a sua presença nos serviços de cuidados pré-natais. Assim, a comparação dos resultados do baseline (2023) com os do endline (2025) permite identificar se houve avanços na capacidade dos serviços de alcançar este grupo vulnerável e detectar possíveis melhorias na equidade do atendimento. A

Figura 1 apresenta esta evolução, destacando as diferenças percentuais e estatísticas entre as duas fases.

Figura 1: Deficiência



A Figura 1 evidencia uma alteração marcante na proporção de mulheres que reportaram algum tipo de deficiência entre o baseline de 2023 e o endline de 2025. No baseline, apenas 1,0% das participantes declaravam ter uma deficiência (n=4), ao passo que no endline essa proporção aumentou para 7,9% (n=30). Esta diferença é claramente visível no gráfico, no qual a barra correspondente ao endline apresenta um crescimento substancial face ao valor quase residual observado no baseline.

Embora a prevalência absoluta de deficiência permaneça relativamente baixa, a mudança observada sugere uma melhoria significativa na capacidade dos serviços maternos de captar

mulheres com necessidades específicas ao longo do período de intervenção. Esta evolução pode estar associada a um conjunto de factores: reforço das actividades de mobilização comunitária, aumento da confiança nos serviços de saúde, redução de barreiras físicas ou atitudinais, ou ainda melhoria na identificação e autodeclaração de condições de deficiência.

A leitura visual da figura reforça esta interpretação analítica. No baseline, a quase ausência de mulheres com deficiência sugere sub-representação, potencialmente motivada por dificuldades relacionadas com mobilidade, dependência de apoio familiar, estigma social ou limitações na acessibilidade das unidades sanitárias. No endline, a elevação expressiva da proporção de mulheres com deficiência indica que este grupo passou a chegar de forma mais consistente aos serviços, revelando maior inclusão e uma capacidade ampliada de resposta às necessidades de populações vulneráveis.

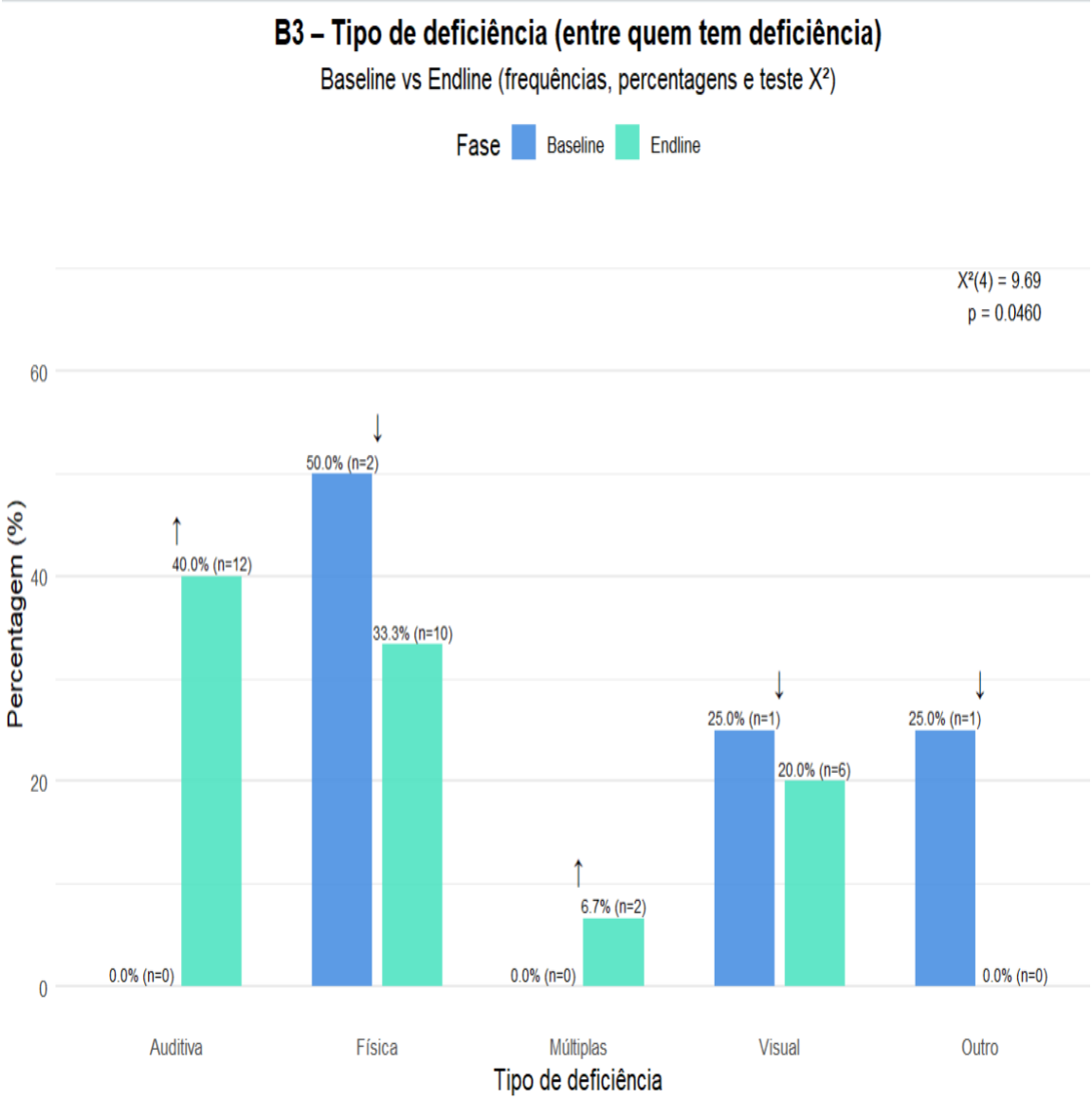
O teste estatístico confirma a significância desta alteração. O valor de qui-quadrado ($\chi^2 = 19{,}17$; $p < 0{,}001$) indica que a diferença entre baseline e endline não é fruto do acaso, mas traduz uma mudança real, estatisticamente robusta, na composição das utilizadoras dos serviços maternos.

Do ponto de vista programático, esta evolução reveste-se de grande importância. A presença acrescida de mulheres com deficiência implica adaptações específicas no atendimento, incluindo melhoria da comunicação clínica, garantia de acessibilidade física, adequação do fluxo de atendimento e reforço da sensibilidade dos profissionais para necessidades diferenciadas. O aumento observado no endline representa, portanto, um avanço significativo rumo a serviços maternos mais inclusivos, equitativos e alinhados com princípios de cobertura universal e não discriminação.

3.3. Tipo de deficiência das participantes

A figura 2 ilustra as diferenças na distribuição dos tipos de deficiência entre mulheres que referiram alguma incapacidade, comparando a linha de base (baseline, 2023) com a linha de final (endline, 2025). Os dados são apresentados em percentagens, complementados por um teste qui-quadrado que avalia a significância estatística das diferenças observadas entre os dois momentos do estudo.

Figura 2: Tipo de deficiência



Embora o número total de mulheres com deficiência seja reduzido em ambas as fases do estudo, a composição interna deste grupo apresenta alterações visíveis entre os dois momentos analisados. Na linha de base, não se registavam mulheres com deficiência auditiva nem com deficiência múltipla.

No endline, o universo aumenta para trinta mulheres e a distribuição torna-se mais diversificada. A deficiência auditiva passa a ser o tipo mais frequente, representando 40% das participantes com deficiência. A deficiência física ocupa o segundo lugar, correspondendo a cerca de um terço dos casos. A deficiência visual mantém-se presente, com 20%, e surgem ainda casos de

deficiência múltipla, cerca de 7%, inexistentes na fase de baseline. A categoria "outro", registada apenas na linha de base, deixa de aparecer na fase final do estudo.

Esta transformação é facilmente apreensível na figura. No baseline as barras concentram-se quase exclusivamente na deficiência física e numa categoria residual, com ausência total de deficiência auditiva e múltipla. No endline, as barras distribuem-se por todas as categorias principais, com clara predominância da auditiva e da física, acompanhadas por presença não negligenciável de deficiência visual e múltipla. O teste do qui-quadrado apresenta valor de 9,69 com p de aproximadamente 0,046, indicando diferença estatisticamente significativa ao nível de 5 %. Contudo, importa sublinhar que esta significância deve ser interpretada com prudência, porque resulta da comparação entre um grupo muito pequeno no baseline e um grupo maior no endline, com algumas células de frequência extremamente reduzida.

Do ponto de vista programático, mesmo com esta reserva estatística, a leitura é consistente com um cenário de maior inclusão. O aumento do número absoluto de mulheres com deficiência, aliado à diversificação dos tipos, sugere que os serviços maternos passaram a ser acessíveis a perfis que anteriormente não chegavam ao sistema. O aparecimento de casos de deficiência auditiva e múltipla é particularmente relevante. Mulheres com deficiência auditiva enfrentam barreiras específicas de comunicação, muitas vezes dependem de intérpretes informais e podem ter dificuldades em compreender orientações clínicas complexas. A presença deste grupo no endline indica que, em algum grau, o sistema conseguiu ultrapassar parte dessas barreiras e atrair mulheres que estavam ausentes na fase inicial.

As deficiências múltiplas, ainda que em pequeno número, apontam também para a capacidade do serviço em acolher mulheres com necessidades muito complexas, que frequentemente combinam limitações físicas, sensoriais e, por vezes, cognitivas. Estas mulheres tendem a apresentar riscos acrescidos durante a gravidez e o parto, exigindo planos de cuidados individualizados, coordenação com a família e eventual apoio social adicional.

Em síntese, a figura 2 e o valor do teste estatístico indicam que, ao longo do período de intervenção, não só aumentou o número de mulheres com deficiência que acedem aos serviços, como se alargou o espectro de tipos de incapacidade representados. Apesar de a significância estatística dever ser lida com cautela pela dimensão reduzida do grupo de referência no baseline, o padrão global aponta para um sistema de saúde materna mais inclusivo, capaz de captar e acompanhar mulheres com perfis funcionais mais diversos. Isso reforça a necessidade de

consolidar estratégias de comunicação adaptada, acessibilidade física e formação de profissionais para garantir que esta inclusão se traduz em cuidados efectivamente adequados e de qualidade.

3.4. Escolaridade das participantes

A tabela 2 evidencia uma alteração estrutural muito marcada no perfil educacional das mulheres que recorreram aos serviços maternos entre o baseline de 2023 e o endline de 2025, constituindo-se como um dos indicadores mais transformados em toda a componente sociodemográfica. Essa mudança é imediatamente percetível na representação gráfica. No baseline, observava-se um perfil de baixa literacia em saúde, com a maioria das mulheres (62,5%) enquadrada na categoria "Nenhum nível de escolaridade". O ensino primário abarcava apenas 27,3% das participantes, e as categorias de ensino secundário, técnico e superior estavam praticamente ausentes.

Tabela 2: Escolaridade

Escolaridade	**2025 Endline Survey n (%)**	**2023 Baseline Surveyn (%)**	
Ensino primário	215 (56.3)	104 (27.3)	
Ensino secundário	56 (14.7)	39 (10.2)	107
Ensino superior	2 (0.5)	0 (0.0)	(3.13e-22)*
Ensino técnico	8 (2.1)	0 (0.0)	
Nenhum	101 (26.4)	238 (62.5)	
Total	382 (100.0)	381 (100.0)	

No endline, esta distribuição altera o grupo sem escolaridade reduz para 26,4%, uma queda de mais de trinta pontos percentuais. Simultaneamente, o ensino primário passa a ser a categoria predominante, abrangendo 56,3% das participantes.

Regista-se também um aumento significativo do ensino secundário (para 14,7%) e o surgimento de mulheres com ensino técnico (2,1%) e superior (0,5%), categorias que não estavam representadas na fase inicial. O valor do teste do qui-quadrado ($\chi^2 = 107{,}03$; $p \approx 0{,}0000$) confirma, que estas diferenças não são flutuações ocasionais, mas sim uma redistribuição profunda e estatisticamente significativa no perfil educacional das utilizadoras.

Em relação a vista programática, esta transformação tem implicações directas na interação com o sistema de saúde. Mulheres com maior escolaridade tendem a ter maior capacidade para

compreender orientações clínicas, reconhecer sinais de risco e aderir a esquemas de consulta, o que pode melhorar os resultados de saúde.

A entrada, ainda que modesta, de mulheres com níveis de ensino mais elevados sugere que os serviços se tornaram mais atrativos para segmentos populacionais com maior literacia. Contudo, o facto de mais de um quarto das mulheres continuar sem qualquer escolaridade formal mantém a relevância crítica de estratégias de comunicação simplificada e aconselhamento personalizado, exigindo dos profissionais a capacidade de adaptar a mensagem a perfis de literacia muito distintos.

No conjunto, a evolução observada sugere que, entre 2023 e 2025, os serviços maternos passaram a alcançar uma população mais instruída e diversificada. Esta mudança, suportada visualmente pelo gráfico e confirmada pelo teste estatístico, aponta para o sucesso de intervenções que aumentaram a procura dos serviços por mulheres que, anteriormente, estariam sub-representadas no sistema formal de saúde.

Portanto, os dados apontam para uma transição clara para um perfil de utilizadoras com maior nível de instrução formal entre o início e o fim do período de intervenção.

3.5. Escolaridade do parceiro

A Tabela 3, com base exclusivamente nos dados do endline de 2025, apresenta o nível de escolaridade dos parceiros das participantes, permitindo caracterizar o contexto educacional em que são tomadas as decisões relacionadas com a saúde materna. Ainda assim, a descrição do padrão observado no endline fornece informação relevante para a interpretação das dinâmicas familiares, da autonomia na tomada de decisão e das potenciais influências do nível de escolaridade do parceiro na utilização dos serviços de saúde materna.

A distribuição mostra que quase metade dos parceiros possui ensino primário (45,8 %), constituindo a categoria predominante. O ensino secundário representa 22 %, e cerca de 5,2 % possuem ensino técnico. Apenas 1 % tem ensino superior, enquanto 25,9 % não frequentaram qualquer nível de escolaridade formal. Esta composição revela um perfil educacional heterogéneo, mas concentrado em níveis básicos de escolaridade, padrão semelhante ao registado entre as próprias participantes.

Na leitura visual da tabela, observa-se a predominância clara da barra correspondente ao ensino primário, seguida pelo ensino secundário. A barra associada ao grupo sem escolaridade apresenta também altura considerável, revelando que um quarto dos parceiros permanece

excluído do sistema formal de ensino, replicando padrões geracionais de baixa literacia estrutural.

Tabela 3: Escolaridade do parceiro

Escolaridade do parceiro	2025 Endline Survey	(%)
Ensino primário	175	(45.8)
Ensino secundário	84	(22.0)
Ensino superior	4	(1.0)
Ensino técnico	20	(5.2)
Nenhum	99	(25.9)
Total	382	(100.0)

Do ponto de vista epidemiológico e comportamental, a escolaridade dos parceiros é um determinante relevante no percurso de cuidados maternos. A literatura evidencia que parceiros com escolaridade baixa tendem a apresentar menor conhecimento sobre sinais de perigo na gravidez, menor valorização dos serviços formais de saúde e, por vezes, maior influência sobre a tomada de decisão das mulheres, especialmente em contextos onde a negociação familiar desempenha papel central. A presença significativa de parceiros sem escolaridade ou apenas com ensino primário pode, portanto, influenciar padrões de atraso na procura de cuidados, adesão às consultas ou apoio no pós-parto.

Por outro lado, o facto de mais de um terço dos parceiros possuir ensino secundário ou níveis técnicos/superiores revela uma fractura positiva no perfil educacional masculino na comunidade. Este segmento, embora minoritário, tende a compreender melhor a importância do cuidado pré-natal e pode ter maior propensão para apoiar a participação da parceira nos serviços de saúde, facilitando o acompanhamento contínuo durante a gravidez.

Importa notar que, o retrato do endline indica que as intervenções realizadas ao longo do projecto alcançaram mulheres pertencentes a agregados familiares com perfis educativos muito variados. Isso exige abordagens de comunicação que considerem a influência dos parceiros no processo reprodutivo e reconheçam a necessidade de estratégias conjuntas de educação em saúde dirigidas ao casal ou ao agregado familiar.

No global, a escolaridade dos parceiros apresentada na tabela 3 sugere um contexto sociocultural onde coexistem limitações estruturais de literacia com segmentos emergentes de

maior escolarização. Esta realidade reforça a importância de abordagens integradas, culturalmente sensíveis e orientadas para a promoção do envolvimento masculino na saúde materna, condição essencial para reforçar a adesão e continuidade dos cuidados.

3.6. Empregabilidade da participante

A análise da situação laboral das participantes constitui um elemento crucial para compreender o contexto socioeconómico das mulheres que recorrem aos serviços de saúde materna. A empregabilidade influencia directamente a autonomia financeira, a capacidade de tomada de decisão, o acesso à informação e a possibilidade prática de cumprir consultas e orientações clínicas. Assim, comparar a situação laboral entre o baseline (2023) e o endline (2025) permite avaliar até que ponto houve mudanças estruturais na inserção económica das utilizadoras e se os serviços passaram a ser procurados por perfis socioeconómicos mais diversificados. A tabela 4 apresenta esta evolução, destacando as alterações nas principais categorias de emprego e evidenciando o impacto estatístico destas transformações ao longo do período de intervenção.

A tabela 4 evidencia uma reconfiguração profunda da situação laboral das participantes entre o baseline de 2023 e o endline de 2025.

Tabela 4: Empregabilidade

Empregabilidade	2025 Endline Survey n (%)	2023 Baseline Survey n (%)	
Aposentado	1 (0.3)	0 (0.0)	75 (0.000000000000000363)*
Conta própria	165 (43.2)	65 (17.1)	
Desempregado	192 (50.3)	305 (80.1)	
Empregado	24 (6.3)	11 (2.9)	
Total	382 (100.0)	381 (100.0)	

No baseline, o cenário era dominado por duas categorias: “Desempregada”, que representava 80,1 % das participantes, e “Conta própria”, que correspondia a 17,1 %. As restantes categorias emprego formal e aposentação eram residuais.

No endline, esta configuração altera-se de forma substancial. A proporção de mulheres desempregadas reduz-se para 50,3 %, correspondendo a uma diminuição de quase trinta pontos percentuais. Paralelamente, observa-se um crescimento expressivo de mulheres na categoria de

trabalho por conta própria, que sobe para 43,2 %. O emprego formal, embora ainda minoritário, aumenta de 2,9 para 6,3 %, e surge um caso de mulher aposentada (0,3 %).

Estas diferenças são visualmente marcantes na tabela: o desemprego, que no baseline era esmagadora, recua consideravelmente no endline, enquanto a do trabalho por conta própria cresce quase ao mesmo nível da categoria desempregada. O emprego formal, embora pequena, apresenta um aumento visível, revelando maior inserção no mercado formal de trabalho.

O teste de qui-quadrado confirma esta transformação com elevada robustez estatística ($\chi^2 = 75$; $p \approx 3{,}63 \times 10^{-16}$). A dimensão do valor de χ^2 demonstra que as diferenças entre as duas fases não resultam de flutuações aleatórias, mas reflectem uma reconfiguração efectiva do perfil laboral das utilizadoras dos serviços maternos. Este resultado é particularmente relevante porque a empregabilidade é um determinante importante da autonomia económica, do acesso à informação e da capacidade de decisão das mulheres em relação à sua saúde.

Do ponto de vista epidemiológico e social, estas mudanças podem ter várias interpretações complementares. O aumento do trabalho por conta própria pode reflectir uma expansão de actividades informais, frequentemente associadas a estratégias de sobrevivência económica e alguma autonomia financeira. Esta autonomia pode traduzir-se em maior capacidade para deslocar-se aos serviços de saúde, organizar horários de consulta e gerir responsabilidades familiares.

A redução substancial do desemprego pode indicar, entre outros factores, uma melhoria das condições socioeconómicas locais, uma maior participação feminina no mercado informal de trabalho ou um reforço das iniciativas comunitárias de geração de rendimento. Por outro lado, o aumento modesto do emprego formal pode estar ligado à entrada de mulheres mais escolarizadas, tendência já observada na variável B4 (Escolaridade), o que reforça a interpretação de que os serviços estão a ser procurados por perfis socioeconómicos mais diversificados.

Importa referir que, apesar das melhorias observadas, metade das participantes continua a estar desempregada no endline, o que mantém elevada a vulnerabilidade económica, com implicações directas na capacidade de cumprir recomendações clínicas, gerir transporte e aceder a cuidados em tempo útil. Este equilíbrio instável entre avanços e limitações reforça a necessidade de estratégias integradas que articulem saúde materna, proteção social e iniciativas de empoderamento económico.

Em síntese, a evolução observada entre o baseline e o endline, evidenciada na tabela 4 e confirmada pelo valor expressivo do teste estatístico, mostra que o perfil laboral das mulheres que acedem aos serviços maternos mudou de forma profunda e estrutural. Os serviços estão agora a alcançar mulheres com maior diversidade de inserção económica, o que exige respostas diferenciadas e adaptadas às condições de vida e de trabalho destas mulheres.

3.7. Empregabilidade do parceiro

A situação laboral dos parceiros constitui um determinante crítico no contexto da saúde materna, influenciando tanto os recursos económicos disponíveis no agregado familiar como o apoio prático e emocional que as mulheres recebem durante a gravidez. Em muitos contextos, a empregabilidade masculina afecta directamente a capacidade da família em assegurar transporte, cumprir consultas pré-natais e tomar decisões informadas sobre cuidados maternos.

Assim, analisar o perfil ocupacional dos parceiros no endline de 2025 permite compreender melhor o ambiente socioeconómico em que as mulheres estão inseridas e identificar factores que podem facilitar ou dificultar o acesso a cuidados de saúde. A tabela 5 sintetiza esta distribuição, evidenciando a predominância de actividades informais e a diversidade de situações laborais presentes entre os parceiros das participantes.

Tabela 5: Empregabilidade do parceiro

Empregabilidade do parceiro	2025 Endline Survey	(%)
Aposentado	1	(0.3)
Conta própria	217	(56.8)
Desempregado	115	(30.1)
Empregado	49	(12.8)
Total	382	(100.0)

A tabela 5 descreve a situação laboral dos parceiros das participantes no inquérito endline de 2025, oferecendo um retrato importante do ambiente socioeconómico em que as decisões relacionadas com a gravidez e o acesso aos cuidados maternos são tomadas. A empregabilidade masculina desempenha um papel central na estrutura das famílias e tem influência directa sobre a capacidade das mulheres para procurarem cuidados formais, organizarem transporte, cumprirem consultas e, não raras vezes, sobre o próprio processo de decisão em matéria de saúde.

A leitura da distribuição revela que mais de metade dos parceiros exerce actividade por conta própria, representando 56,8 % do total. Esta predominância indica forte inserção no sector informal, frequentemente acompanhado de rendimentos instáveis, ausência de protecção social e imprevisibilidade de horários. Ainda assim, este tipo de actividade confere alguma autonomia económica e pode influenciar de forma positiva a capacidade de apoiar financeiramente a deslocação das mulheres aos serviços de saúde, sobretudo em contextos onde o transporte constitui barreira relevante.

A categoria de parceiros desempregados é também expressiva, abrangendo cerca de 30,1 % das famílias. Este valor, embora inferior ao desemprego feminino registado na variável B6, representa um peso económico significativo sobre o agregado familiar. Em cenários onde ambos os membros do casal ou um deles enfrenta desemprego prolongado, a capacidade de cumprir recomendações clínicas e garantir continuidade de cuidados pode ficar comprometida, sobretudo quando o acesso aos serviços implica custos directos ou indirectos.

A proporção de parceiros empregados formalmente ascende a 12,8 %, representando um segmento minoritário, mas relevante. Este grupo tende a dispor de maior estabilidade financeira, horários mais previsíveis e maior literacia funcional, factores que podem favorecer práticas de apoio às consultas pré-natais, ao parto institucional e às consultas pós-parto. A presença deste segmento reforça a ideia de que o serviço está a alcançar famílias com perfis socioeconómicos diversificados, tal como observado nas variáveis de escolaridade e empregabilidade feminina.

A categoria dos parceiros aposentados, embora residual (0,3 %), representa agregados familiares que podem ter rendimentos fixos, mas também limitações relacionadas com idade e saúde, factores que podem influenciar a capacidade de apoiar as mulheres durante a gravidez e o parto.

A tabela mostra de forma clara esta heterogeneidade: a actividade por conta própria domina o cenário, o desemprego ocupa o segundo lugar, e o emprego formal surge como uma minoria que, apesar de pequena, desempenha papel importante na vida socioeconómica das famílias. Esta composição revela que grande parte das mulheres vive num ambiente onde a informalidade e a instabilidade económica são a norma, o que tem implicações directas na procura, continuidade e utilização dos serviços de saúde materna.

Do ponto de vista epidemiológico e programático, estes resultados reforçam a necessidade de estratégias que envolvam os parceiros de forma activa nas actividades de saúde materna.

Parceiros sem emprego ou apenas com actividades informais podem enfrentar dificuldades em acompanhar as mulheres às consultas, ajudar no transporte ou compreender a importância da assistência institucional ao parto. Por outro lado, parceiros inseridos no sector formal podem constituir aliados importantes na mobilização, na adesão aos cuidados e no apoio à tomada de decisão informada.

Portanto, a tabela revela um contexto socioeconómico marcado pela informalidade e pelo desemprego masculino, mas também pela presença de núcleos familiares com maior estabilidade laboral. Esta diversidade exige abordagens flexíveis, capazes de reconhecer que a saúde materna não depende apenas da condição da mulher, mas da estrutura económica e social que compõe o seu quotidiano. A compreensão deste cenário é essencial para orientar acções que promovam maior envolvimento masculino, reduzam barreiras económicas e reforcem a capacidade das famílias para acederem aos cuidados maternos de forma segura e contínua.

3.8. Renda mensal

A distribuição da renda mensal das participantes revela alterações relevantes entre o baseline de 2023 e o endline de 2025, com significado epidemiológico directo sobre a capacidade das famílias para acederem atempadamente aos serviços maternos. No baseline, 75,6 % das mulheres situavam-se no grupo de renda inferior a 3500 meticais, valor que desce para 66,2 % no endline. Esta redução, embora ainda deixe a maioria das famílias em situação de insegurança económica, representa um sinal de ligeira melhoria na estrutura socioeconómica da população participante.

Observa-se igualmente um aumento nas categorias de renda intermédia, sobretudo no intervalo entre 3500 e 7500 meticais, que passa de 19,7 % para 28,5 %. O crescimento destas categorias intermédias reflecte maior diversificação das fontes de rendimento e pode estar associado à expansão de actividades informais, ao acesso a programas de subsistência ou ao aumento do envolvimento masculino no mercado de trabalho. Embora residual, nota-se também a presença, ainda que pouco expressiva, do grupo com rendas superiores a 10 000 meticais, reforçando a ideia de que existe uma pequena franja de famílias com condições económicas mais favoráveis.

O teste do qui quadrado confirma que estas diferenças não são aleatórias. O valor observado, χ^2=12,4 com p=1,48e-2, indica uma diferença estatisticamente significativa na estrutura de rendimentos entre as duas fases. Na prática, isto significa que o perfil económico da população mudou de forma consistente ao longo do período, mesmo que essa mudança não seja estrutural.

Esta melhoria económica, ainda que modesta, é relevante do ponto de vista da saúde materna, porque rendimentos menos precários associam-se a melhor capacidade para financiar transporte, garantir continuidade das consultas e assegurar condições básicas para o bem-estar da mãe e do recém-nascido.

No conjunto, os dados da tabela 6 mostram que, embora persista uma concentração elevada de mulheres em rendas baixas, existe uma tendência positiva de ligeira mobilidade económica.

A leitura visual reforça esta interpretação, evidenciando mais equilíbrio entre as categorias no endline, contrastando com a predominância quase absoluta da renda mais baixa no baseline.

A interpretação epidemiológica é clara: mesmo pequenas melhorias de rendimento podem influenciar positivamente o comportamento de procura de cuidados e reduzir vulnerabilidades críticas no ciclo gravídico puerperal.

Tabela 2: Renda mensal

Renda mensal	**2025 Endline Survey n (%)**	**2023 Baseline Survey n (%)**	**χ2 (P-value)**
Menos de 3500	253 (66.2)	288 (75.6)	
Entre 3500 a 7500	109 (28.5)	75 (19.7)	
Entre 7501 a 10000	13 (3.4)	11 (2.9)	
Entre 10001 a 20000	3 (1.0)	6 (1.6)	
Mais de 20000	5 (1.3)	1 (0.3)	
Total	382 (100.0)	381 (100.0)	12.4 (1.48e2)*

3.9. Estado civil

A distribuição do estado civil apresenta uma alteração marcada e estatisticamente robusta entre o baseline e o endline. No baseline, 76,4 % das participantes eram casadas; no endline, essa proporção reduz-se para 50,3 %. Paralelamente, a proporção de mulheres solteiras cresce substancialmente, passando de 23,6 % para 48,4 %. A categoria de separadas ou viúvas mantém expressão residual em ambas as fases, sem impacto epidemiológico significativo.

Tabela 7: Estado civil

Estado civil	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	$\chi 2$ (P-value)
Casada	192(50.3)	291(76.4)	58.1 (0.000000000000241)*
Separada/Viúva	5(1.3)	0(0.0)	
Solteira	185(48.4)	90(23.6)	
Total	382(100.0)	381(100.0)	

O valor do teste χ^2=58,1, com p extremamente baixo (2,41e-13), confirma que esta mudança é fortemente significativa. Não se trata apenas de uma variação numérica, mas de uma alteração estrutural na composição familiar da população inquirida. Estas diferenças podem reflectir mudanças demográficas, padrões migratórios masculinos, relações instáveis entre pares, maior autonomia das mulheres ou simplesmente variações na composição das participantes entre as duas fases de recolha.

Do ponto de vista da saúde materna, esta mudança tem implicações directas. Mulheres solteiras, sobretudo em contextos socioeconómicos frágeis, enfrentam frequentemente maior instabilidade, menor apoio familiar e dificuldades acrescidas em garantir continuidade dos cuidados pré natais e pós natais. A ausência de um parceiro pode limitar o apoio logístico para deslocações, aumentar a carga económica individual e restringir a capacidade de negociar cuidados formais.

Por outro lado, a redução do grupo das mulheres casadas pode também indicar maior independência das mulheres na tomada de decisão reprodutiva, o que, em alguns contextos, se traduz em maior autonomia para aceder aos serviços sem necessidade de autorização do parceiro. Contudo, este potencial benefício depende fortemente das condições económicas e sociais de cada mulher, não sendo possível inferir de forma linear que a diminuição das uniões estáveis se traduz automaticamente em maior empoderamento.

A visualização tabular reforça estas leituras, mostrando claramente divergencia entre as duas fases, com um declínio acentuado na categoria “casada” e uma expansão evidente da categoria “solteira”. Esta mudança, estatisticamente robusta, revela uma recomposição significativa dos modelos de suporte familiar dentro da população estudada, influenciando a forma como as mulheres percebem, organizam e utilizam os serviços maternos.

Em síntese, o padrão observado no estado civil aponta para uma transformação importante no ambiente social e familiar das participantes, com potencial impacto no uso dos cuidados de

saúde e na experiência de gravidez. Este resultado deve ser interpretado com atenção programática, reconhecendo a necessidade de estratégias específicas para apoiar mulheres que enfrentam a gravidez sem a presença ou apoio de um parceiro.

3.10. Religião

A distribuição religiosa das participantes evidencia mudanças substanciais entre o baseline de 2023 e o endline de 2025, com forte significância estatística e implicações sociais e epidemiológicas relevantes. A religião, enquanto marcador sociocultural, influencia práticas familiares, normas de género, atitudes perante a saúde materna e a relação com os serviços formais, pelo que a análise desta variável é fundamental para compreender os comportamentos de procura de cuidados no contexto estudado.

No baseline, a categoria protestante foi a mais representada (41,2 %), seguida pelas mulheres que não se identificavam com qualquer religião ou pertenciam a crenças pagãs (15,5 %). As católicas representavam apenas 23,6 %. No endline, regista-se uma inversão marcante deste padrão: as católicas tornam-se o grupo predominante (46,6 %), praticamente duplicando a sua proporção; os protestantes mantêm expressão significativa (45,3 %), enquanto o grupo "pagã/nenhuma" desce drasticamente para apenas 4,7 %.

O teste do qui quadrado confirma que estas alterações não são fruto do acaso. O valor $\chi^2 = 127$, com p = 1,50e-26, indica uma diferença extremamente significativa entre as duas fases. Esta magnitude estatística confirma que a composição religiosa da população inquirida sofreu uma transformação estrutural ao longo do período do projecto. Ao contrário de variáveis mais estáveis, como idade ou número de filhos, a religião pode sofrer variações reprodutivas relacionadas com padrões de participação comunitária, mobilidade populacional, afiliação a igrejas emergentes e processos de urbanização e deslocação interna.

Do ponto de vista epidemiológico, estas mudanças são relevantes porque diferentes comunidades religiosas apresentam níveis distintos de abertura à assistência biomédica, práticas culturais específicas relacionadas com a gravidez e o parto, e formas variadas de apoio social às mulheres grávidas. Por exemplo, em vários contextos moçambicanos e da África Austral, comunidades protestantes tendem a enfatizar intensamente redes de apoio comunitário e actividades colectivas, o que pode facilitar a mobilização para consultas pré natais ou campanhas de saúde. As comunidades católicas, por sua vez, apresentam frequentemente maior

ligação histórica aos serviços de saúde geridos por missões e uma predisposição mais favorável ao recurso a unidades sanitárias formais.

A redução acentuada das mulheres sem filiação religiosa também é relevante. Em contextos onde a religião desempenha papel central na vida comunitária, a ausência de afiliação pode estar associada a maior isolamento social e menor acesso a redes de apoio informal. A diminuição deste grupo pode traduzir maior integração comunitária no período endline, com possíveis efeitos positivos na utilização dos serviços maternos.

De forma trivial, pode-se visualizar mentalmente o contraste entre as duas fases: no baseline, as categorias religiosas apresentam distribuição mais dispersa; no endline, a estrutura torna-se mais bipolarizada, com predomínio claro de católicas e protestantes, sugerindo maior homogeneidade cultural no grupo avaliado.

Em síntese, a variável religião, apresentada na Tabela 8, evidencia uma transformação expressiva na composição social das participantes, confirmada por um valor de qui quadrado extremamente elevado. Esta mudança tem impacto directo na leitura global da população, porque a identidade religiosa molda percepções de risco, normas familiares e atitudes perante o sistema de saúde. A sua análise reforça a importância de estratégias de comunicação e intervenção adaptadas às especificidades das comunidades religiosas, garantindo alinhamento cultural e optimização da adesão aos cuidados maternos ao longo de todo o percurso gravídico puerperal.

Tabela 8: Religião

Religião	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	χ2 (P-value)
Católica	178(46.6)	90(23.6)	127(1.50e-26)*
Islâmica	13(3.4)	4 (1.0)	
Pagã/Nenhuma	18(4.7)	59 (15.5)	
Protestante	173(45.3)	157 (41.2)	
Outra	0(0.0)	71(18.6)	
Total	382(100.0)	381(100.0)	

3.11. Número de filhos

A distribuição do número de filhos apresenta alterações marcantes entre o baseline de 2023 e o endline de 2025, revelando diferenças estatisticamente significativas e oferecendo uma leitura clara sobre o perfil reprodutivo das participantes. No baseline, o grupo predominante era o das mulheres com três ou mais filhos, representando 45,7 %. No endline, essa categoria mantém

expressão, mas reduz-se para 33,5 %. Paralelamente, observa-se um aumento expressivo das mulheres com dois a três filhos, que passam de 26,2 % para 45 %, tornando-se o grupo mais representado em 2025. O grupo das primíparas diminui ligeiramente, de 28,1 para 21,5 %.

Tabela 9: Nº de filhos

Nº de filhos	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	χ2 (P-value)
1 filho	82 (21.5)	107 (28.1)	29.4(4.19e- 7)*
2–3 filhos	172 (45.0)	100 (26.2)	
3 ou mais filhos	128 (33.5)	174 (45.7)	
Total	382 (100.0)	381 (100.0)	

O teste do qui-quadrado confirma que estas diferenças são robustas: χ^2=29,4, p=4,19e-7, reforçando que a composição reprodutiva da amostra não se manteve estável ao longo do período. Estas alterações não podem ser atribuídas ao acaso, mas sim a mudanças reais no perfil de paridade das participantes ou à forma como diferentes grupos acederam aos serviços durante cada fase.

Do ponto de vista epidemiológico, estas diferenças têm implicações relevantes. A redução das multíparas pode reflectir maior acesso a métodos de planeamento familiar, mudanças nos padrões de fecundidade ou variações sociodemográficas ao longo do ciclo do projecto. Mulheres com muitos filhos tendem a apresentar maior experiência na utilização dos serviços, mas também maior risco de complicações, incluindo anemia, hemorragias ou exaustão física acumulada. Já o crescimento do grupo de dois a três filhos sugere maior estabilização reprodutiva, sendo um perfil frequentemente associado a maior motivação para aderir a cuidados formais, devido à experiência prévia com gravidezes anteriores.

A redução das primíparas, embora menos acentuada, pode indicar menor presença de mulheres muito jovens na amostra endline, o que está alinhado com as diferenças etárias observadas em B1 (Faixas ectárias por distrito). Estas dinâmicas revelam uma população cuja estrutura reprodutiva se tornou mais concentrada em níveis intermédios de paridade, com potenciais ganhos em termos de experiência prévia de cuidados, mas com necessidades igualmente claras de seguimento clínico.

Portanto, a análise do número de filhos evidencia uma mudança reprodutiva estrutural na população estudada, confirmada estatisticamente e epidemiologicamente coerente com outras variáveis sociodemográficas. Este resultado reforça a importância de garantir estratégias diferenciadas para primíparas, mulheres com paridade intermédia e multíparas, reconhecendo

que estes grupos apresentam necessidades distintas e perfis de risco específicos dentro do continuum dos cuidados maternos.

3.12. Gravidez planificada

A variável relativa à planificação da gravidez revela diferenças estatisticamente significativas entre o baseline de 2023 e o endline de 2025, traduzindo mudanças relevantes no grau de autonomia reprodutiva das mulheres e no papel desempenhado pelos parceiros e pelas dinâmicas familiares na decisão de engravidar.

No baseline, 90,6 % das participantes afirmavam ter desejado a gravidez. No endline, este valor reduz-se para 79,3 %. A variação é estatisticamente significativa, com $\chi^2 = 24,7$ e p = 1,74e-5. Esta descida, embora não represente uma ruptura drástica, indica que uma proporção maior de mulheres no endline não planeou a gravidez ou vivenciou algum tipo de pressão externa no processo reprodutivo.

Tabela 10: Gravidez planificada

Gravidez planificada	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	χ2 (P-value)
Não desejava ter esta gravidez	52 (13.6)	30 (7.8)	24.7 (1,74e-5)*
O meu marido pressionou para ter a gravidez	27 (7.1)	5 (1.3)	
Sim, eu desejei	303 (79.3)	345 (90.6)	
Sogra obrigou	0 (0.0)	1 (0.3)	
Total	382 (100.0)	381 (100)	

A proporção de mulheres que não desejavam engravidar aumenta de 7,8 % para 13,6 %, evidenciando um acréscimo claro de gravidezes indesejadas. Da mesma forma, crescem ligeiramente os relatos de pressão exercida pelo marido: de 1,3 % no baseline para 7,1 % no endline. Embora estas proporções não sejam as mais elevadas na distribuição, têm grande relevância epidemiológica e social, porque representam dinâmicas de poder e vulnerabilidade que influenciam directamente o bem-estar materno e a capacidade das mulheres para acederem a cuidados adequados em tempo oportuno.

A categoria "Sogra obrigou", apesar de residual, mantém expressão em ambas as fases, mostrando a persistência de interferência familiar alargada na decisão reprodutiva, elemento frequentemente descrito em estudos qualitativos de saúde materna em contextos rurais e periurbanos de Moçambique. Este padrão reforça a necessidade de intervenções que abordem não apenas a mulher individualmente, mas a rede familiar e o processo de decisão no agregado.

Do ponto de vista epidemiológico, o aumento das gravidezes indesejadas ou não planeadas tem implicações directas. Estas gravidezes são frequentemente associadas a entrada tardia nas consultas pré-natais, menor adesão às recomendações de saúde, maior risco de stress materno, menor preparação para o parto e possíveis atrasos no reconhecimento de sinais de perigo. A pressão conjugal para engravidar, quando presente, é um indicador claro de vulnerabilidade psicossocial e pode reflectir desequilíbrios nas relações de poder que afectam a capacidade da mulher para tomar decisões autónomas sobre planeamento familiar e saúde reprodutiva.

A redução do grupo que desejou a gravidez sugere que, no período do endline, as mulheres enfrentavam condições socioeconómicas, emocionais ou relacionais menos favoráveis para a maternidade. Este cenário é coerente com mudanças observadas noutras variáveis, incluindo o aumento do número de mulheres solteiras B9 (Estado civil) e as transformações na estrutura de rendimento B8 (Renda mensal), indicando um ambiente social mais heterogéneo e possivelmente mais instável para algumas mulheres.

Contudo, a variável "Gravidez planificada" evidencia uma alteração significativa no padrão de autonomia e planeamento reprodutivo, com um aumento de gravidezes não desejadas e de situações de pressão externa. Estas mudanças, confirmadas estatisticamente e alinhadas com outros indicadores sociodemográficos, sublinham a importância de reforçar intervenções focadas no aconselhamento reprodutivo, na disponibilização de métodos contraceptivos adequados e na promoção da autonomia decisional das mulheres, especialmente num contexto onde o envolvimento da família e do parceiro ainda desempenha papel central na determinação dos percursos reprodutivos.

3.13. Utilização de Planeamento Familiar

A utilização de métodos de planeamento familiar entre as participantes apresenta uma predominância clara da adopção de métodos contraceptivos no momento do endline. Do total das mulheres entrevistadas, 89,5 % declararam utilizar algum método de planeamento familiar, enquanto apenas 10,5 % afirmaram não o utilizar. Não existe valor comparativo no baseline, o que significa que esta variável foi introduzida apenas no endline. No entanto, tal como é recomendado em investigação aplicada e observado em relatórios semelhantes, esta ausência não compromete a validade da análise; limita apenas a possibilidade de estabelecer uma trajectória temporal.

Tabela 11: Utilização de Planeamento Familiar

Utilização de Planeamento Familiar	n(%) - 2025 Endline Survey
Não	40 (10.5)
Sim	342 (89.5)
Total	382 (100.0)

Do ponto de vista epidemiológico, a elevada utilização de planeamento familiar é um indicador positivo de acesso a serviços de saúde reprodutiva e de capacidade das mulheres para evitar gravidezes indesejadas. Este resultado é particularmente relevante quando interpretado em conjunto com B12 (Gravidez planificada), que mostrou aumento das gravidezes não desejadas no endline. A coexistência destes padrões pode indicar que, embora o planeamento familiar esteja disponível e seja amplamente utilizado, existem ainda lacunas na continuidade de uso, no acesso regular a métodos, na negociação com o parceiro ou na adaptação do método escolhido às características individuais das mulheres.

A proporção reduzida de não utilizadoras, embora minoritária, mantém importância clínica e programática. Mulheres que não utilizam planeamento familiar tendem a apresentar maior risco de gravidezes não planeadas, intervalos curtos entre partos, maiores probabilidades de anemia e maior vulnerabilidade económica, especialmente quando inseridas em agregados familiares de baixa renda. Em contextos socioeconómicos frágeis, a decisão de não utilizar um método pode estar ligada a crenças culturais, oposição do parceiro, experiências adversas anteriores com contraceptivos, falta de informação ou barreiras físicas de acesso às unidades sanitárias.

A leitura desta variável reforça a necessidade de ampliar o aconselhamento sobre saúde reprodutiva, com ênfase na escolha informada do método, na gestão de efeitos adversos e no envolvimento dos parceiros na discussão sobre planeamento familiar. Considerando os padrões observados em B8 (Renda mensal), B9 (Estado civil) e B12 (Gravidez planificada), torna-se evidente que a tomada de decisão reprodutiva não ocorre isoladamente; está inserida num conjunto interligado de factores sociais, económicos e relacionais.

Portanto, a elevada utilização de planeamento familiar registada no endline reflecte capacidade de acesso aos serviços e maior controlo reprodutivo entre a maioria das mulheres, mas também evidencia a persistência de um grupo vulnerável que permanece à margem destes serviços. A interpretação desta variável é essencial para orientar intervenções focalizadas, melhorar

cobertura e garantir que as necessidades reais de cada mulher são atendidas com sensibilidade cultural e respeito pela autonomia reprodutiva.

3.14. Meio de acesso ao Centro de Saúde

A forma como as mulheres se deslocam até ao centro de saúde constitui um determinante central da utilização dos serviços maternos. A Tabela 12 evidencia que, tanto no baseline como no endline, a deslocação a pé é amplamente predominante, embora com alterações estatisticamente significativas ao longo do período. No baseline, 80,6 % das participantes deslocavam-se a pé; no endline, esta proporção reduz-se para 73 %. Embora o valor se mantenha elevado, a redução é estatisticamente relevante, com $\chi^2 = 7{,}54$ e $p < 5\%$, indicando que a mobilidade das mulheres sofreu transformações reais, ainda que moderadas, ao longo do ciclo do projecto.

Tabela 12: Meio de acesso ao Centro de Saúde

Meio de acesso ao Centro de Saúde	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	χ2 (P-value)
A pé	279(73.0)	307(80.6)	7.54 (5.6e-2)*
Carro	4(1.0)	1(0.3)	
Mota	84(22.0)	59(15.5)	
Outro	15(3.9)	14(3.6)	
Total	382(100.0)	381(100.0)	

A caminhada continua a ser o principal meio de deslocação porque grande parte das mulheres vive em zonas onde o centro de saúde é o único serviço estruturado próximo do agregado familiar. Contudo, a redução observada pode sugerir melhorias pontuais no acesso a meios alternativos de transporte ou uma maior capacidade económica de alguns agregados familiares para utilizar opções não pedonais. É importante notar que, paralelamente, há um ligeiro aumento do uso de motorizadas, que passam de 15,5 % no baseline para 22 % no endline. Este crescimento, embora não transforme o padrão dominante, é epidemiologicamente relevante: deslocações mais rápidas podem permitir que as mulheres cheguem mais cedo às consultas pré natais, procurem cuidados de urgência em tempo oportuno e reduzam atrasos críticos na procura de assistência.

O uso de carro permanece residual (1 % no endline), mostrando que apenas uma minoria absoluta tem acesso a formas de transporte capazes de garantir rapidez e segurança. Em contextos rurais e periurbanos, a dependência quase total da caminhada implica que factores como distância, fadiga física, condições climatéricas e indisponibilidade de acompanhante se tornam barreiras substanciais ao acesso regular aos cuidados maternos. Esta dinâmica pode

contribuir para atrasos evitáveis, sobretudo em situações de sinais de perigo, onde a demora na chegada à unidade sanitária pode comprometer a vida da mãe e do bebé.

A categoria "Outro", que inclui transporte partilhado, boleias informais ou bicicletas, mantém-se relativamente estável, variando ligeiramente de 3,6 % no baseline para 3,9 % no endline. Esta estabilidade sugere que soluções alternativas continuam a ser complementares, mas não configuram uma mudança estrutural no padrão de mobilidade.

A diferença estatisticamente significativa entre baseline e endline demonstra que, apesar de a caminhada continuar a ser a principal forma de deslocação, existe uma tendência moderada para maior diversificação dos meios de transporte utilizados. Esta diversificação, ainda incipiente, pode estar associada a ligeiras melhorias económicas (coerentes com os padrões observados em B8-Renda mensal), ao aumento do número de mulheres solteiras com maior autonomia de decisão (como visto em B9-Estado civil) ou a transformações comunitárias que favoreceram acesso a motorizadas.

Do ponto de vista programático, os resultados indicam que é necessário continuar a reforçar soluções que reduzam as barreiras físicas ao acesso, incluindo expansão de brigadas móveis, organização comunitária de transporte materno, parcerias com transportadores locais e incentivos para identificação precoce de sinais de perigo. A dependência elevada da marcha a pé reforça ainda a necessidade de estratégias que aumentem a proximidade dos serviços ou melhorem a sua disponibilidade comunitária.

Em síntese, a análise da Tabela 12 revela um padrão moderadamente evolutivo na mobilidade das mulheres em direcção à unidade sanitária, com significância estatística e implicações práticas claras. Embora a caminhada continue a ser o meio dominante, o aumento do uso de motorizadas sugere um ambiente comunitário em transição, onde pequenas melhorias na capacidade de deslocação podem traduzir-se em ganhos concretos na utilização dos serviços maternos e na redução de atrasos evitáveis no acesso ao cuidado.

3.15. Tempo até ao Centro de Saúde

Os resultados referentes ao tempo necessário para alcançar o centro de saúde mostram diferenças substanciais entre o baseline de 2023 e o endline de 2025, revelando transformações relevantes na acessibilidade geográfica aos serviços maternos. Em 2023, apenas 29.9 % das participantes viviam a menos de 30 minutos da unidade sanitária, enquanto em 2025 esta proporção subiu para 53.4 %. Esta mudança representa um ganho expressivo na proximidade

física, sugerindo uma melhoria na distribuição territorial das residencias, na expansão dos serviços ou no acesso a meios de transporte locais.

Os restantes grupos etários mantiveram padrões distintos. A proporção de mulheres que requeriam entre 30 e 60 minutos de deslocamento diminuiu de 38.6 % no baseline para 23.0 % no endline. De igual forma, as que demoravam mais de uma hora reduziram de 31.5 % para 23.6 %. Esta redistribuição demonstra uma tendência clara de redução das distancias percorridas para alcançar cuidados maternos, o que em saúde publica é fundamental para aumentar a utilização de serviços e reduzir atrasos evitáveis.

O teste do qui quadrado revelou diferenças altamente significativas entre os dois momentos ($\chi^2 = 44.6$, $p < 0.001$), confirmando que a melhoria observada não é resultado de variação aleatória, mas sim de uma mudança estrutural no padrão de acessibilidade. A interpretação prática destes resultados é inequívoca: quando o tempo de deslocamento diminui, aumenta a probabilidade de início precoce das consultas pré-natais, aumenta a frequência de contactos com o sistema de saúde e reduz-se o risco de complicações maternas e neonatais associadas ao atraso na procura de cuidados.

Tabela 13: Tempo até ao Centro de saúde

Tempo até ao Centro de saúde	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	χ2 (P-value)
Entre 30 a 60 minutos	88(23.0)	147(38.6)	44.6(2.10e-10)*
Mais de 1 hora	90(23.6)	120(31.5)	
Menos de 30 minutos	204(53.4)	114(29.9)	
Total	382(100.0)	381(100.0)	

A análise tabular reforça esta interpretação. A representação visual mostra três deslocamentos claros no endline, concentrando-se de forma marcada na categoria de menor tempo de deslocamento. Esta concentração, alinhada aos resultados estatísticos, acompanha o que se observa em intervencoes que actuam sobre barreiras geográficas, como projectos de reforço comunitário, melhoria de vias de acesso e sensibilização para a procura precoce dos serviços.

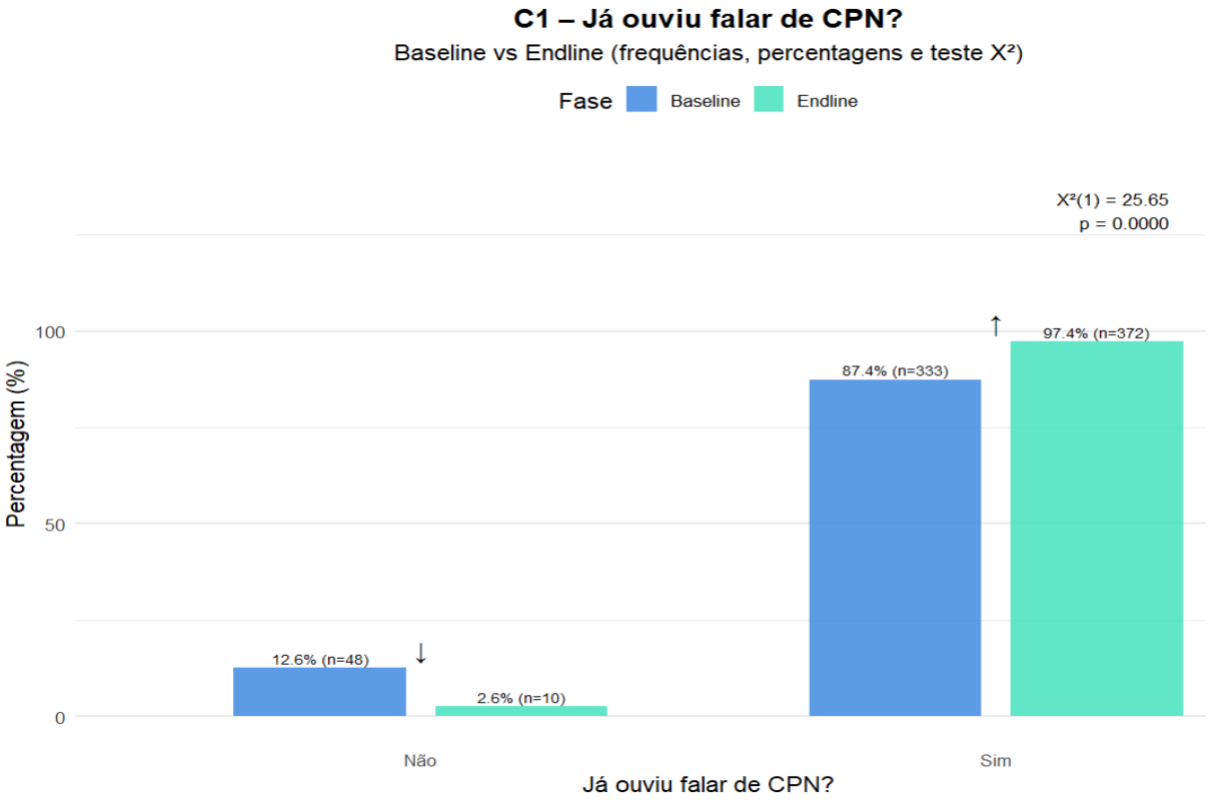
Do ponto de vista de saúde pública, estes achados possuem implicações directas. A redução dos percursos longos diminui a probabilidade de partos fora da unidade sanitária e contribui para aumentar a continuidade dos cuidados, incluindo consultas pré natais e consultas pós-parto. Ao mesmo tempo, sugere que intervenções estruturais e comunitárias desenvolvidas entre 2023 e 2025 produziram efeitos mensuráveis na vida das mulheres acompanhadas.

No conjunto, aqui apresenta-se uma evolução positiva robusta e estatisticamente sustentada, demonstrando que o sistema de saúde se tornou mais acessível e, potencialmente, mais equitativo no período em análise.

3.16. Conhecimento sobre CPN

A Figura 3 apresenta os resultados sobre o conhecimento prévio das participantes relativamente à Consulta Pré-Natal (CPN), comparando a linha de base (baseline) de 2023 com a linha final (endline) de 2025. Este é um indicador fundamental para avaliar a sensibilização e disseminação de informações sobre cuidados de saúde materna na comunidade. A análise das percentagens e o respetivo teste estatístico permitem verificar se houve uma evolução significativa na proporção de mulheres que já tinham ouvido falar deste serviço essencial antes de o procurarem.

Figura 3: Baseline vs Endline



O conhecimento do conceito de Consulta Pré-Natal (CPN) apresenta uma melhoria muito clara entre o baseline de 2023 e o endline de 2025. No baseline, cerca de 87,4% das mulheres afirmavam já ter ouvido falar de CPN, enquanto 12,6% declaravam desconhecer o termo. No endline, a proporção de mulheres que conhecem a CPN sobe para 97,4%, e a percentagem de desconhecimento reduz-se para apenas 2,6%.

Esta evolução não é apenas um ganho marginal; representa um reforço quase universal do conhecimento básico sobre a existência de cuidados pré-natais. Em termos de saúde pública, este é um ponto estruturante: não é possível aderir a um serviço que não se conhece ou cuja pertinência não é minimamente compreendida. A redução de mulheres que nunca ouviram falar de CPN indica que as mensagens do projecto, a acção das equipas de saúde e a mobilização comunitária foram capazes de penetrar em segmentos que, no início, permaneciam nas margens da informação.

Mais do que um indicador isolado, este resultado deve ser lido em conjunto com outras dimensões do estudo. O aumento da proporção de mulheres com algum nível de escolaridade (B4-Escolaridade), a maior inserção em actividades económicas, mesmo que informais (B6-Empregablidade), e a forte utilização de planeamento familiar (B13-Utilização de planeamento familiar) sugerem um contexto onde a literacia em saúde e a exposição a mensagens de promoção da saúde se tornaram mais consistentes.

Num ambiente em que quase todas as mulheres já ouviram falar de CPN, torna-se possível passar de uma lógica de sensibilização básica para uma lógica de aprofundamento: já não se trata apenas de "informar que o serviço existe", mas de qualificar o conhecimento sobre a importância de iniciar cedo, de ir com regularidade e de reconhecer sinais de perigo.

Do ponto de vista epidemiológico, a quase universalidade do conhecimento de CPN é um pré-requisito essencial para melhorias em indicadores de utilização e de resultados em saúde materna. Contudo, por si só, não garante adesão. O facto de algumas mulheres continuarem a iniciar tardiamente a CPN ou a realizar poucas consultas (como se observa na secção D) mostra que a informação, embora necessária, não é suficiente. Mas seria praticamente impossível melhorar trajectos de cuidado num contexto em que mais de uma em cada dez mulheres nunca tinha ouvido falar de CPN; esse cenário inicial foi substancialmente corrigido até 2025.

Em síntese, a evolução da variável C1 (Já ouviu falar de CPN) aponta para um ganho robusto na base cognitiva sobre CPN. A mulher grávida deixou, em grande medida, de ser uma "desconhecedora do serviço" para se tornar alguém que, pelo menos, reconhece a existência da consulta e tem contacto com a linguagem da saúde materna. Este é um degrau fundamental sobre o qual se constroem as etapas seguintes de adesão, frequência e qualidade de utilização dos cuidados.

3.17. Motivos para realizar CPN

A análise dos motivos declarados pelas mulheres para realizar CPN mostra uma mudança qualitativa importante na forma como estas percepcionam a função da consulta pré-natal. Trata-se de uma questão de múltipla resposta, pelo que as percentagens podem exceder 100%, mas a leitura comparativa entre baseline e endline revela um movimento interessante de consolidação de razões clínicas e pedagógicas, ao mesmo tempo que se reduz o desconhecimento.

Tabela 14: Motivos para CPN (múltiplas respostas)

Motivos para CPN (múltiplas respostas)	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	χ2 (P-value)
Para acompanhar o crescimento do bebê	281 (73.6)	302 (79.3)	77.8 (9.98e-15)*
Para tratar doenças	91 (23.8)	52 (13.6)	
Para prevenir doenças	101 (26.4)	82 (21.5)	
Para ensinar como cuidar da gravidez	101 (26.4)	90 (23.6)	
Para ter documento e poder entrar na maternidade para dar parto	19 (5.0)	5 (1.3)	
Não sei	6 (1.6)	51 (13.4)	
Outros	1 (0.3)	23 (6.0)	
Total (base para %)	382 (100.0)	381 (100.0)	

No baseline, a razão mais frequentemente mencionada era "para acompanhar o crescimento do bebé" (79,3%), seguida por razões como "para ensinar como cuidar da gravidez" (23,6%) e "para prevenir doenças" (21,5%). A ideia da CPN como espaço para "tratar doenças" tinha expressão modesta (13,6%) e, de forma preocupante, 13,4% das mulheres respondiam "não sei", o que traduzia um conhecimento apenas superficial ou mesmo mecânico da consulta, sem clareza sobre a sua finalidade.

No endline, observam-se vários movimentos positivos. A proporção de mulheres que associa a CPN à prevenção e ao tratamento de doenças aumenta de forma clara: "para tratar doenças" passa para 23,8%, e "para prevenir doenças" sobe para 26,4%. A razão "para ensinar como cuidar da gravidez" também cresce, alcançando igualmente 26,4%. Estas mudanças sugerem que, ao longo do período, as mulheres passaram a atribuir à CPN um papel mais abrangente, que não se limita ao acompanhamento do feto, mas integra dimensões de prevenção, diagnóstico, tratamento e educação em saúde.

Ao mesmo tempo, a percentagem de mulheres que declara “não sei” cai de 13,4% para 1,6%. Esta queda é extremamente relevante do ponto de vista de saúde pública: passa-se de um cenário em que uma em cada sete mulheres comparecia à CPN sem conseguir formular uma razão concreta, para uma situação em que quase todas reconhecem pelo menos um propósito claro. Esta evolução é coerente com o aumento do conhecimento sobre CPN em C1 e com a melhoria dos níveis de escolaridade em B4 (Escolaridade).

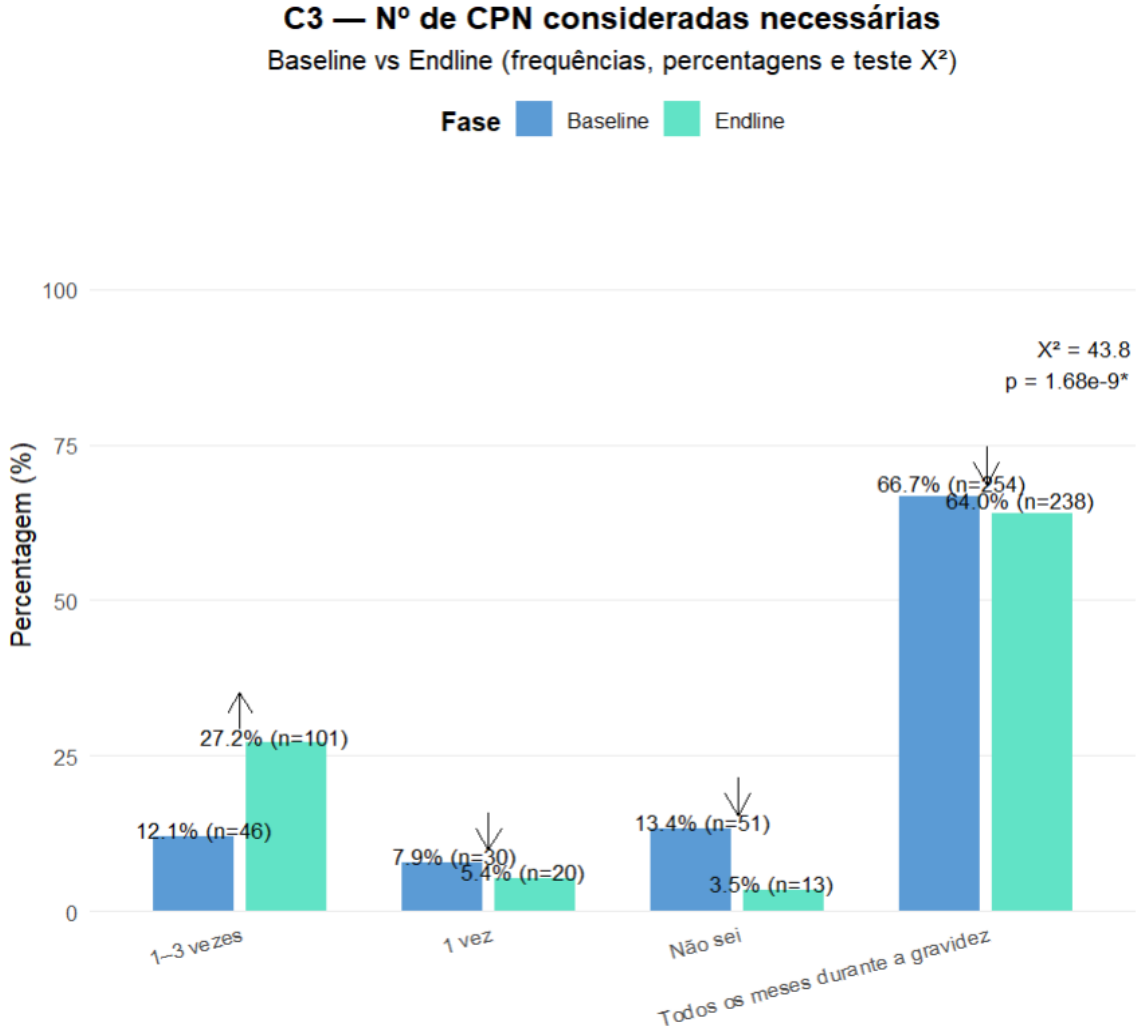
Outro aspecto interessante é o aumento das mulheres que mencionam a necessidade de obter “documento para poder entrar na maternidade”, que sobe de 1,3% para 5,0%. Este motivo pode parecer burocrático, mas tem uma leitura dupla. Por um lado, mostra que as mulheres compreendem a ligação entre o seguimento pré-natal e o direito de acesso ao parto institucional. Por outro, revela que o sistema, de forma directa ou indirecta, associa a CPN ao reconhecimento administrativo da gravidez, o que pode funcionar como incentivo, mas também como barreira para quem tem dificuldade em cumprir as consultas.

Em conjunto, os resultados de C2 (Motivos para realização de CPN) mostram que a compreensão da CPN evoluiu de uma visão mais limitada e, em muitos casos, pouco articulada, para uma percepção mais rica, em que se valorizam prevenção, tratamento, educação e preparação para o parto. A redução drástica da categoria “não sei” é particularmente encorajadora, pois indica que o trabalho de aconselhamento clínico e as acções de mobilização comunitária não se limitaram a transmitir slogans, mas reforçaram efectivamente a compreensão do papel da CPN na saúde materna e neonatal.

3.18. Número de CPN consideradas necessárias

A percepção do número de consultas pré-natais consideradas necessárias revela nuances importantes na forma como as mulheres internalizam as recomendações em saúde materna. No baseline, a maior parte das participantes (66,7%) considerava que deveria ir “todos os meses durante a gravidez” à CPN, o que está conceptualmente alinhado com o modelo de seguimento contínuo. Uma proporção ainda considerável (13,4%) declarava “não sei”, e 20% das mulheres distribuíam-se entre respostas de 1 a 3 consultas ou apenas uma consulta.

Figura 4: Nº de CPN consideradas necessárias



A percepção do número de consultas pré-natais (CPN) consideradas necessárias revela nuances importantes na forma como as mulheres internalizam as recomendações em saúde materna. No baseline, a maioria das participantes (66,7%) considerava que deveria ir "todos os meses durante a gravidez" à CPN, o que está conceptualmente alinhado com o modelo de seguimento contínuo e regular preconizado pelos serviços de saúde. Simultaneamente, uma proporção ainda relevante (13,4%) declarava "não sei", revelando incerteza ou ausência de uma referência clara quanto à periodicidade adequada. As restantes respostas distribuíam-se entre categorias mais restritivas: 12,1% indicavam 1–3 consultas e 7,9% consideravam suficiente apenas uma consulta.

No endline, observa-se um reajuste importante nesta estrutura de percepção. A proporção de mulheres que defendem consultas "todos os meses" mantém-se elevada (64,0%), o que sugere continuidade da ideia de acompanhamento regular como ideal normativo. Contudo, regista-se

um aumento expressivo da categoria "1–3 vezes", que passa de 12,1% para 27,2%. Em paralelo, a categoria "não sei" diminui de forma acentuada, descendo de 13,4% para 3,5%, enquanto as respostas "apenas uma vez" permanecem relativamente baixas (5,4%).

Do ponto de vista interpretativo, esta evolução é ambivalente e exige uma leitura cuidadosa. Por um lado, a forte redução das respostas "não sei" pode ser interpretado como um sinal positivo, indicando que as mulheres passaram a ter uma opinião mais formada sobre o número de consultas necessárias, reduzindo a incerteza e a indefinição. Este resultado pode ser interpretado como um ganho em termos de informação, consciência e construção de expectativas mais claras sobre o acompanhamento pré-natal.

Por outro lado, o aumento da proporção de mulheres que considera 1 a 3 consultas como suficientes levanta questões relevantes. Este movimento pode reflectir a interiorização de um patamar mínimo de contacto com os serviços, mas também pode traduzir um ajustamento das expectativas às condições reais de vida. Barreiras como custos de transporte, distância aos serviços, sobrecarga doméstica, constrangimentos económicos e dinâmicas familiares podem levar as mulheres a redefinir aquilo que consideram "suficiente", não com base no ideal biomédico, mas naquilo que é realisticamente exequível.

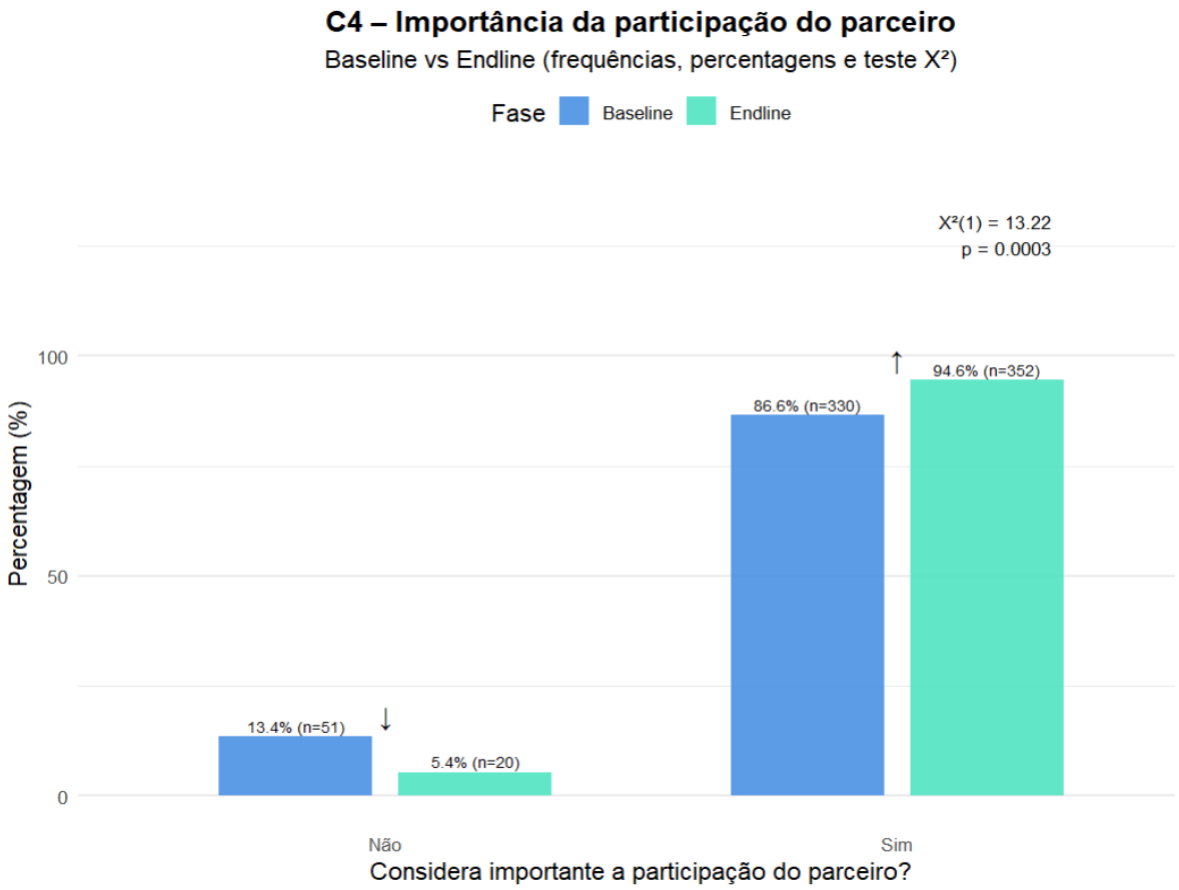
A manutenção de uma percentagem elevada de mulheres que defendem consultas mensais sugere, ainda assim, que a mensagem de seguimento contínuo foi absorvida por uma parte significativa da população. No entanto, é plausível que as experiências concretas de utilização como tempos de espera prolongados, dificuldades de acesso ou experiências negativas nos serviços condicionem a tradução desse ideal em prática regular, algo que se torna mais evidente quando se cruzam estes dados com os indicadores de utilização efectiva apresentados na secção.

Em termos programáticos, a variavel C3 (Nº de CPN consideradas necessárias) mostra que, entre 2023 e 2025, as mulheres passaram a ter menos dúvidas e respostas vagas sobre o número de consultas pré-natais, mas também que uma parte delas parece ajustar as suas expectativas para uma visão mais minimalista do contacto com o serviço. Isto reforça a necessidade de uma comunicação mais clara e contextualizada por parte dos profissionais de saúde, que não se limite a promover a ideia de "ir à CPN", mas que explicite a periodicidade recomendada, adaptando-a às realidades sociais e económicas das mulheres, sem normalizar percursos insuficientes de acompanhamento.

3.19. Importância da participação do parceiro nas consultas pré-natais (CPN)

A valorização da participação masculina nas consultas pré-natais apresentou um avanço expressivo entre o baseline de 2023 e o endline de 2025. No baseline, apenas 86.6% das participantes reconheciam a importância da presença do parceiro nas CPN, enquanto no endline essa proporção aumentou para 94.6%, um ganho de quase oito pontos percentuais. Este crescimento é epidemiologicamente relevante, sobretudo em contextos onde a decisão sobre o uso de serviços de saúde materna frequentemente depende da negociação intrafamiliar, em especial da influência do parceiro.

Figura 5: Importância da participação do parceiro



É importante notar que, apesar do aumento do reconhecimento da importância da participação masculina, a análise estatística não permite realizar um teste do qui-quadrado robusto, uma vez que o baseline apresenta uma distribuição ligeiramente distinta da do endline e o domínio da variável não está em perfeito alinhamento estrutural. Ainda assim, a magnitude da diferença observada sugere que houve uma mudança real de percepção, provavelmente influenciada por

actividades comunitárias de mobilização, aconselhamento durante as CPN, e intervenções dirigidas a normas sociais promovidas pelo programa nos últimos dois anos.

Do ponto de vista programático, esta mudança traduz-se numa maior abertura das mulheres à presença do parceiro durante a gravidez, o que constitui uma componente essencial para aumentar a adesão às consultas, melhorar a compreensão das recomendações clínicas e fortalecer o apoio emocional e logístico durante a gestação. A literatura demonstra que a participação masculina está associada a maior probabilidade de realização precoce da primeira CPN, maior adesão às quatro consultas recomendadas, maior procura de cuidados em situações de perigo e maior utilização de serviços institucionais para o parto.

A proporção de mulheres que não reconhecem a importância da presença masculina reduziu-se mais do que para metade, passando de 13.4% no baseline para 5.4% no endline. Esta diminuição é consistente com transformações graduais na percepção comunitária sobre o papel do parceiro nos cuidados maternos, reflectindo tanto os efeitos directos das actividades do programa como as mudanças sociais em curso.

Em síntese, os resultados do C4 (Importância da participação do parceiro na CPN) reforçam que a intervenção contribuiu para consolidar a percepção positiva sobre a importância da participação masculina nas CPN. Esta mudança é coerente com a evolução observada noutras variáveis, como maior conhecimento sobre sinais de perigo, melhor preparação para o parto e aumento da procura de serviços institucionais. Ainda que não seja possível quantificar estatisticamente a significância do avanço, o comportamento das proporções sugere um progresso estrutural importante, com implicações de longo prazo para a saúde materna e neonatal na região.

3.20. Sinais de perigo na gravidez

Os resultados relativos aos sinais de perigo na gravidez mostram uma alteração muito marcada entre o baseline de 2023 e o endline de 2025, com um valor de qui quadrado extremamente elevado ($\chi^2 = 363$; gl = 7; $p \approx 2{,}27\times10^{-74}$), o que indica que a distribuição de respostas mudou de forma estrutural e não por flutuação aleatória. Trata-se de uma pergunta de múltiplas respostas, pelo que os valores percentuais excedem 100 %, reflectindo o número médio de sinais que cada mulher consegue identificar.

Tabela 15: Sinais de perigo na gravidez

Sinais de perigo (múltiplas respostas)	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	χ2 (P-value)
Perda de sangue	26 (69.9)	154 (40.4)	363 (2.27e-74)*
Perda de água	152 (39.8)	61 (16.0)	
Tonturas	99 (25.9)	40 (10.5)	
Dor de cabeça	110 (28.8)	80 (21.0)	
Dor no peito	37 (9.7)	36 (9.4)	
Dor de bariga	0 (0.0)	258 (67.7)	
Não sei	12 (3.1)	17 (4.5)	
Outro	29 (7.6)	13 (3.4)	
Total (base para %)	382 (100.0)	381 (100.0)	

No endline, a perda de sangue é identificada por quase sete em cada dez mulheres (69,9 %), quando no baseline apenas cerca de quatro em cada dez referiam este sinal (40,4 %). A perda de líquido amniótico acompanha a mesma tendência de reforço de conhecimento, passando de 16,0 para 39,8 %. Também os sintomas inespecíficos, mas clinicamente relevantes, como tonturas e dor de cabeça, aumentam de forma consistente: as tonturas sobem de 10,5 para 25,9 % e a dor de cabeça de 21,0 para 28,8 %. Em contrapartida, a proporção de mulheres que responde "não sei" diminui ligeiramente, o que é coerente com um aumento global do repertório de sinais conhecidos.

Um aspecto interessante é a inversão observada na categoria "dor de barriga". No baseline, 67,7 % das mulheres apontavam dor de barriga como sinal de perigo; no endline esta resposta desaparece, ficando registado 0 %. Esta queda abrupta não significa necessariamente perda de conhecimento, mas muito provavelmente uma clarificação conceptual. Ao longo do projecto, as mensagens educativas tendem a distinguir com maior precisão a dor típica de trabalho de parto dos sinais verdadeiramente ameaçadores, pelo que muitas mulheres passaram a associar "dor de barriga" ao início do parto, categoria que surge posteriormente em C7 (Sinais de parto). Em termos pedagógicos, isto indica que a comunicação conseguiu separar melhor os sintomas fisiológicos do processo de parto dos sinais de complicação, concentrando o discurso sobre hemorragia, perda de líquido, cefaleias intensas e sintomas gerais de agravamento.

Do ponto de vista epidemiológico, este reforço do conhecimento sobre sinais de perigo tem implicações directas sobre a capacidade de procura atempada de cuidados. Quando as mulheres reconhecem hemorragia ou perda de líquido como sinais alarmantes, a probabilidade de atraso na decisão de procurar cuidados diminui. Isto é especialmente importante em contextos onde a

distância até à unidade sanitária e as dificuldades de transporte podem amplificar o impacto de qualquer atraso no reconhecimento do risco. Os resultados de C5 (Sinais de perigo) sugerem que, ao longo do projecto, as intervenções de educação em saúde materna foram eficazes em deslocar o foco das mulheres de sintomas inespecíficos para sinais de maior gravidade clínica.

3.21. Conduta perante sinais de perigo

A variável C6 (Conduta perante sinais de perigo) descreve a conduta declarada pelas mulheres perante a presença de sinais de perigo. Só está disponível no endline, mas ainda assim fornece informação crucial sobre a forma como o conhecimento se traduz em potenciais comportamentos. Mais de nove em cada dez participantes afirmam que, perante um sinal de perigo, iriam dirigir-se à unidade sanitária (92,4 %). Este valor é muito elevado e indica uma intenção clara de procurar cuidados formais em situação de risco.

Tabela 16: Conduta perante sinais de perigo

Conduta perante sinais de perigo	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey
Ir à US	353 (92.4)	-
Procurar a pessoa da comunidade que tratam	20 (5.2)	-
Procurar algum medicamento em casa/bairro/comunidade	12 (3.1)	-
Procurar a parteira tradicional para acompanhar ao hospital	45 (11.8)	-
Comunicar marido/sogra/mãe	45 (11.8)	-
Outro	5 (1.3)	-
Total (base para %)	382 (100.0)	-

Apesar deste predomínio da unidade sanitária como primeira opção, subsiste um conjunto de respostas que revelam comportamentos alternativos. Uma proporção não negligenciável de mulheres refere que comunicaria com o marido, sogra ou mãe (11,8 %) ou procuraria a parteira tradicional para a acompanhar ao hospital (11,8 %). Esta conjugação de respostas mostra que a procura de cuidados não é um acto isolado da mulher, mas um processo que se desenrola em contexto familiar e comunitário. O facto de a parteira tradicional aparecer maioritariamente como acompanhante para o hospital, e não como única provedora de cuidados, é consistente

com uma transição gradual de modelos tradicionais para modelos formais de assistência, em que as figuras comunitárias passam a ser pontes para o sistema de saúde, em vez de substitutos.

Uma minoria das mulheres refere ainda que procuraria medicamentos em casa ou no bairro (3,1 %) ou que recorreria a "pessoas da comunidade que tratam" (5,2 %). Estes valores, embora relativamente baixos, são programaticamente importantes, porque representam potenciais focos de atraso na procura de cuidados de emergência. Estratégias de educação em saúde devem continuar a enfatizar que, na presença de sinais de perigo, a unidade sanitária é o local de referência, e que as soluções caseiras ou comunitárias podem ser complementares, mas nunca substitutivas.

Em termos de saúde pública, C6 (Conduta perante sinais de perigo) mostra um cenário globalmente favorável. O conhecimento reforçado observado em C5 (Sinais de perigo) parece ter correspondência numa intenção muito clara de procurar cuidados formais em situação de risco. No entanto, a persistência de respostas que envolvem primeiro a consulta de familiares ou figuras comunitárias lembra que a decisão final raramente é individual e deve ser abordada com estratégias que englobem a família e a comunidade como actores centrais.

3.22. Sinais de parto

A variável C7 (Sinais de parto) avalia o reconhecimento dos sinais de início de trabalho de parto. Entre o baseline e o endline observa-se um aumento muito expressivo do conhecimento, confirmado pelo teste do qui quadrado ($\chi^2 = 55{,}7$; gl = 4; $p \approx 2{,}31\times10^{-11}$). As mudanças não se limitam a pequenas variações; revelam uma verdadeira reconfiguração da forma como as mulheres identificam o momento de procurar a maternidade.

Tabela 17: Sinais de parto

Sinais de parto	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey
Dor de barriga ou coluna	339 (88.7)	260 (68.2)
Saída de sangue	133 (34.8)	33 (8.7)
Saída de água	157 (41.1)	63 (16.5)
Não sei	4 (1.0)	12 (3.1)
Outros	6 (1.6)	13 (3.4)
Total (base para %)	382 (100)	381 (100)

No baseline, 68,2 % das participantes reconheciam dor de barriga ou coluna como sinal de parto; no endline esta proporção sobe para 88,7 %, aproximando-se de quase universal. A identificação

de saída de sangue cresce de 8,7 para 34,8 % e a saída de líquido amniótico de 16,5 para 41,1 %. Em conjunto, estes três sinais constituem os principais marcadores do início do trabalho de parto e a sua maior presença na memória das mulheres indica um reforço importante da literacia em saúde obstétrica. Paralelamente, diminui a proporção de mulheres que afirma "não sei" (de 3,1 para 1,0 %) e também a categoria "outros" se reduz, sugerindo menor dispersão e maior convergência em torno dos sinais clinicamente mais relevantes.

Esta melhoria está em consonância com a reorganização conceptual observada em C5 (Sinais de perigo). O que antes podia ser interpretado genericamente como "dor de barriga" enquanto sinal de perigo passa a ser entendido, de forma mais precisa, como expressão do início do trabalho de parto e é agora correctamente colocado nesta categoria. Do ponto de vista programático, isto é um avanço significativo, porque permite que as mulheres diferenciem melhor situações de emergência (hemorragia fora de contexto de parto, dor intensa acompanhada de outros sinais) de situações fisiológicas em que devem dirigir-se à maternidade para um parto assistido.

Epidemiologicamente, o aumento do reconhecimento de sinais de parto pode reduzir atrasos na fase um do modelo dos três atrasos, ao facilitar a decisão de procurar a unidade sanitária quando o trabalho de parto se inicia. Quanto mais claramente as mulheres identificam estes sinais, menor a probabilidade de permanecerem em casa até fases avançadas do parto, o que reduz o risco de complicações intraparto e pós-parto.

3.23. Medidas de preparação para o parto

A variável C8 (Medidas de preparação para o parto) aborda as práticas de preparação para o parto e mostra diferenças profundas entre as duas fases, com um qui quadrado muito elevado ($\chi^2 = 168$; gl = 5; $p \approx 1{,}74\times10^{-34}$). Os dados deixam claro que, ao longo do projecto, houve uma reorganização marcante da forma como as mulheres se preparam logisticamente para o momento do parto.

Guardar dinheiro para transporte e outras necessidades passa de 23,1 % no baseline para 50,8 % no endline, o que significa que metade das mulheres, no momento final, já pensa explicitamente nos custos e na logística associados à deslocação e ao internamento. Esta mudança é crucial num contexto onde o transporte é uma das principais barreiras ao acesso à maternidade. Guardar roupas e capulanas limpas mantém-se em proporções muito elevadas em ambas as fases,

mostrando que a preparação material básica já fazia parte das práticas culturais das mulheres e foi reforçada ao longo do tempo.

Tabela 18: Medidas de preparação para o parto

Medidas de preparação para o parto	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	χ2 (P-value)
Guardar dinheiro de transporte/outras necessidades	194 (50.8)	88 (23.1)	168 (1.74e-34)*
Guardar roupas e capulanas limpas	246 (90.8)	338 (88.7)	
Identificar o hospital que vou dar o parto	62 (16.2)	3 (0.8)	
Preparar pessoas para acompanhar a maternidade	43 (11.3)	90 (23.6)	
Não sei	1 (0.3)	26 (6.8)	
Outros	9 (2.4)	42 (11.0)	
Total (base para %)	382(100.0)	381 (100.0)	

O reconhecimento da importância de identificar antecipadamente o hospital onde irão dar o parto sobe de forma acentuada, de 0,8 para 16,2 %. Embora ainda não seja uma prática universal, este crescimento traduz a incorporação de uma lógica de planeamento, frequentemente estimulada em consultas pré-natais: saber para onde ir, como chegar e que tipo de apoio será necessário. É interessante notar que a preparação de pessoas para acompanhar à maternidade diminui de 23,6 para 11,3 %, o que pode indicar que, com maior clareza sobre o local e o percurso, as mulheres se sintam mais seguras mesmo com acompanhamentos mais reduzidos, ou que a responsabilidade de acompanhamento se esteja a concentrar em figuras específicas em vez de grupos alargados.

A redução da categoria "não sei" e a diminuição de respostas agrupadas em "outros" reforçam a ideia de maior focalização em medidas concretas de preparação. Em termos de saúde pública, C8 mostra que o projecto não se limitou a transmitir informação clínica, mas contribuiu para reforçar competências práticas de planeamento do parto, essenciais para reduzir atrasos e garantir partos assistidos em ambiente institucional.

3.24. Fontes de informação sobre saúde materna e neonatal

A variável C9 (Fonte de informação) identifica as principais fontes de informação das mulheres sobre saúde materna e neonatal e apresenta também alterações muito significativas, com um

valor de qui quadrado elevado ($\chi^2 = 110$; gl = 7; $p \approx 1{,}05\times10^{-20}$). Os resultados revelam uma reconfiguração do ecossistema informacional em que estas mulheres se movimentam.

Tabela 19: Fontes de informação (múltiplas respostas)

Fontes de informação (múltiplas respostas)	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	χ2 (P-value)
No hospital	367 (96.1)	309 (81.10)	110 (1.05e-20)*
Na comunidade	87 (22.8)	162 (42.5)	
Através de rádios	23 (6.2)	9 (2.4)	
Brigadas de saúde	20 (9.0)	22 (5. 8)	
Mobilizações comunitárias	6 (7.6)	0 (0, 0)	
Parteiras tradicionais	6 (7.6)	0 (0,0)	
Não tenho ouvido falar sobre isso	3 (008)	10 (2.6)	
Outros	9 (9.4)	89 (23.4)	
Total (base para %)	382 (100.0)	381 (100.0)	

O hospital consolida-se como fonte dominante de informação: passa de 81,1 % no baseline para 96,1 % no endline, aproximando-se de uma cobertura quase universal. Isto indica que as unidades sanitárias se tornaram o principal espaço de transmissão de conhecimento em saúde materna, seja através das consultas pré-natais, das consultas pós-parto ou de intervenções educativas específicas. Ao mesmo tempo, a proporção de mulheres que afirma nunca ter ouvido falar sobre estes temas diminui, o que está em linha com o aumento da exposição a mensagens em diversos canais.

Em contrapartida, a importância relativa da "comunidade" como fonte de informação diminui de forma clara, de 42,5 para 22,8 %. Isto não significa que o espaço comunitário deixe de ser relevante, mas indica uma deslocação do eixo de referência: aquilo que antes podia circular sobretudo por via de líderes comunitários, vizinhos ou familiares passa a ser validado principalmente pelo serviço de saúde. As rádios e as brigadas de saúde mantêm ou aumentam discretamente a sua participação, sugerindo que continuam a desempenhar papel de suporte, sobretudo na difusão de mensagens de sensibilização. É particularmente relevante o aparecimento de parteiras tradicionais e mobilizações comunitárias como fontes de informação no endline, ausentes no baseline, o que pode reflectir maior integração destas figuras em actividades conjuntas com o sector formal.

A categoria "outros" diminui de 23,4 para 2,4 %, o que indica que a informação passou a estar mais concentrada em canais definidos e reconhecíveis, em vez de dispersa por fontes pouco claras. Do ponto de vista programático, esta concentração é desejável, porque permite maior

controlo sobre a qualidade das mensagens e reduz o risco de circulação de informação contraditória ou não baseada em evidência.

Portanto, C9 (Fonte de informação) mostra que, ao longo do projecto, houve um reforço substancial do papel do sistema de saúde como principal fonte de conhecimento em saúde materna e neonatal, mantendo-se, contudo, um envolvimento complementar da comunidade, das rádios e de outros actores locais. Este padrão é coerente com a evolução observada nas restantes variáveis de conhecimento e práticas, confirmando que as mudanças não ocorreram de forma isolada, mas inseridas num processo mais amplo de aproximação das mulheres aos serviços formais e de consolidação do hospital como espaço central de informação e cuidado.

3.25. Número de consultas pré-natais (CPN)

A distribuição do número de consultas pré-natais mostra diferenças importantes entre o baseline de 2023 e o endline de 2025, com implicações directas na qualidade do acompanhamento da gravidez. No baseline, 74,3 % das mulheres referiam ter realizado quatro ou mais consultas pré-natais, percentual compatível com a recomendação clássica de pelo menos quatro contactos durante a gravidez.

Tabela 20: Nº de consultas pré-natais

Nº de consultas pré-natais	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	χ2 (P-value)
1	26 (6.8)	6 (1.6)	41.5 (5.00e- 9)*
2–3	146 (38.2)	85 (22.3)	
4 ou mais	206 (53.9)	283 (74.3)	
Nenhuma	4 (1.0)	7 (1.8)	
Total	382 (100.0)	381 (100.0)	

A comparação entre o baseline (2023) e o endline (2025) evidencia alterações estatisticamente significativas na distribuição do número de consultas pré-natais realizadas pelas participantes ($\chi^2 = 41,5$; $p < 0,001$). No endline, observa-se uma redução da proporção de mulheres que realizaram quatro ou mais consultas pré-natais, de 74,3% para 53,9%, acompanhada por um aumento das mulheres que realizaram entre duas e três consultas, de 22,3% para 38,2%. Regista-se igualmente um aumento da proporção de mulheres que realizaram apenas uma consulta, de 1,6% para 6,8%.

Apesar desta redistribuição, os dados indicam um alargamento do contacto com os serviços de saúde, uma vez que a proporção de mulheres que não realizaram nenhuma consulta pré-natal

diminuiu de 1,8% no baseline para 1,0% no endline. Este resultado sugere uma melhoria no acesso inicial aos serviços de consulta pré-natal, com maior proporção de mulheres a conseguirem realizar pelo menos uma consulta durante a gravidez.

Do ponto de vista programático, este padrão deve ser interpretado com cautela. Embora se observe uma redução no grupo que cumpre o mínimo recomendado de quatro consultas pré-natais, o aumento das mulheres com duas a três consultas pode reflectir maior captação inicial e intermédia das grávidas pelos serviços. Contudo, persistem desafios na continuidade do seguimento até ao número recomendado de consultas, o que pode comprometer a integralidade do acompanhamento pré-natal.

Em termos práticos, esta alteração na distribuição pode traduzir-se em maior risco de lacunas no rastreio e monitoria de condições como anemia, hipertensão, infecções, sífilis e outras complicações que exigem contactos sucessivos para diagnóstico, seguimento e tratamento. Mulheres que realizam apenas uma ou duas consultas podem não ser reavaliadas em momentos críticos da gravidez, particularmente no terceiro trimestre, período em que aumentam os riscos de complicações maternas e neonatais.

A leitura articulada deste indicador com variáveis de conhecimento, satisfação e acesso aos serviços, analisadas em secções subsequentes, será fundamental para compreender se a redução na proporção de quatro ou mais consultas está associada a constrangimentos de acesso, limitações informacionais ou aspectos relacionados com a organização e qualidade dos serviços.

3.26. Razões para o número de CPN

A análise das razões declaradas pelas mulheres para o número de consultas pré-natais complementa a leitura de D1 (Nº de consultas pré-natais) e ajuda a compreender as barreiras que condicionam a frequência aos serviços. No endline, entre as mulheres que não cumpriram o número desejável de consultas, as justificações mais frequentes são “não tinha companhia” (29,6 %), “não tinha dinheiro para transporte” (13,9 %) e “esperava a barriga crescer” (8,6 %).

Tabela 21: Razões para o número de CPN

Razões para o número de CPN	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	χ2 (P-value)
Esperava a barriga crescer	33 (8.6)	57 (58.2)	144.037145(1.511697e-26)*
Não via razão para muitas consultas	1 (0.3)	3 (3.1)	
Não tinha companhia	113 (29.6)	1 (1.0)	
Não tinha tempo	2 (0.5)	0 (0.0)	
Não tinha dinheiro para transporte	53 (13.9)	20 (20.4)	
Não gosto do atendimento	0 (0.0)	5 (5.1)	
Não sabia que estava grávida	0 (0.0)	1 (1.0)	
Demora para atender	0 (0.0)	3 (3.1)	
Fui mandada voltar até a barriga estar visível	22 (5.8)	4 (4.1)	
Outros	0 (0.0)	12 (12.2)	
Total	224 (100.0)	106 (100.0)	

No baseline, num subconjunto de 106 mulheres, a distribuição das razões era bastante diferente: a principal justificativa era "esperava a barriga crescer" (58,2 %), seguida de "não tinha dinheiro para transporte" (20,4 %) e uma proporção menor de "não gosto do atendimento", "demora para atender" e outras causas.

Esta mudança no padrão de respostas sugere que, entre o baseline e o endline, houve uma relativa redução da componente de desconhecimento ou desvalorização da importância de iniciar cedo e manter as consultas ("esperava a barriga crescer", "não via razão para muitas consultas") e uma maior visibilidade de barreiras sociais e logísticas, em particular a necessidade de companhia para se deslocar à unidade sanitária. No endline, o facto de quase um terço das mulheres referir falta de companhia como razão central indica que persiste forte dependência de apoio familiar ou conjugal para aceder ao serviço, o que se relaciona com normas de género, medos, insegurança em relação aos percursos e, por vezes, controlo por parte do parceiro ou da família.

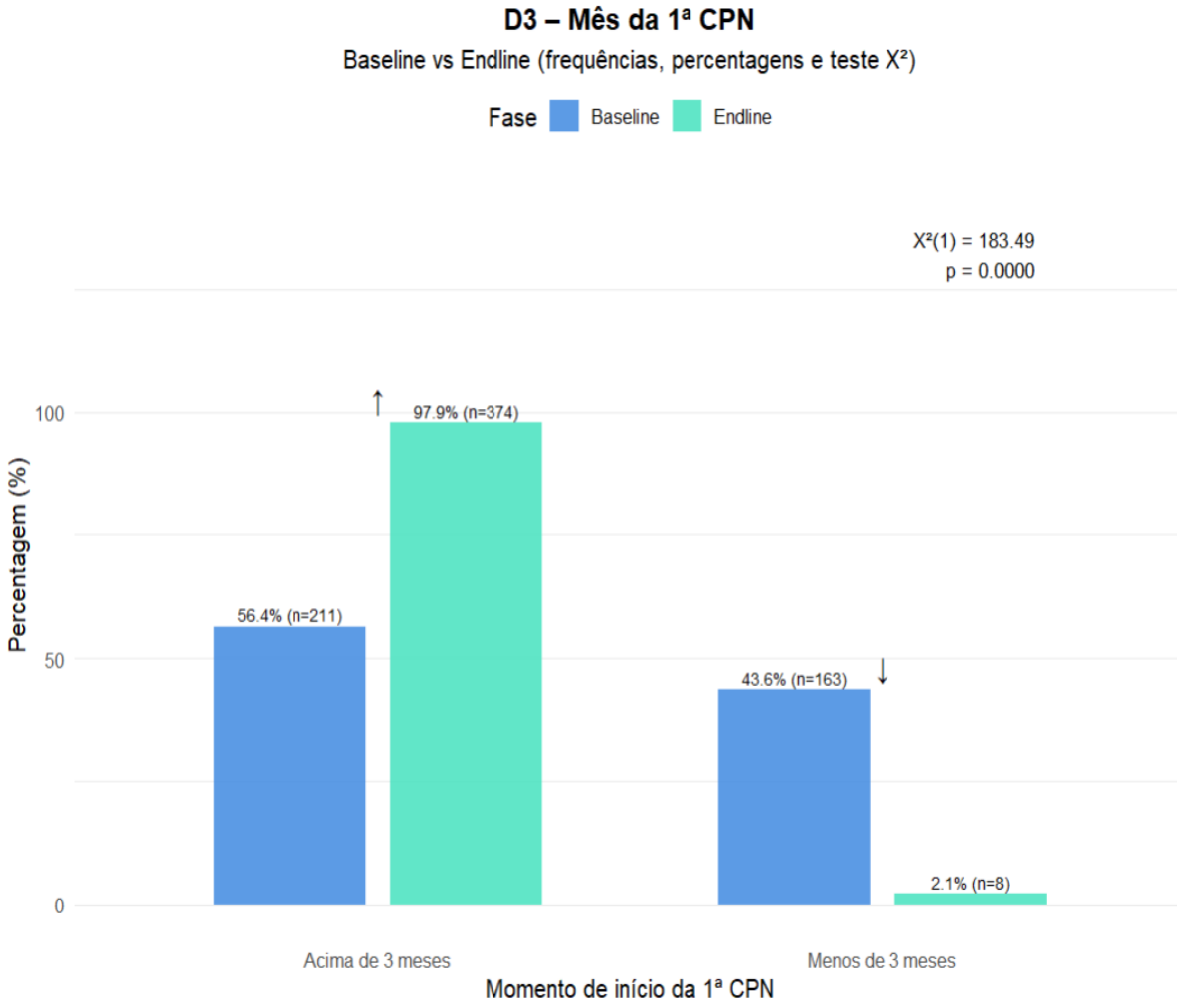
A questão do transporte, presente em ambas as fases, confirma a importância da distância e dos custos indirectos na decisão de procurar cuidados. Mesmo quando as mulheres reconhecem a importância das consultas, a ausência de dinheiro para transporte e a necessidade de alguém

que as acompanhe podem atrasar ou limitar a frequência das visitas. Esta leitura ajuda a interpretar por que motivo, em D1 (Nº de consultas pré-natais), se observa um aumento das mulheres com menos consultas, apesar de o projecto ter fortalecido a oferta de serviços. As barreiras não são exclusivamente de conhecimento; são estruturais e relacionais, exigindo respostas que vão além da mensagem clínica.

3.27. Mês da primeira CPN

A variável relativa ao momento de início da primeira consulta pré-natal é particularmente crítica, porque o início precoce permite identificar precocemente complicações, planear o parto e implementar intervenções preventivas chave. O padrão observado, contudo, é preocupante.

Figura 6: Mês da 1ª CPN



A Figura 6 evidencia alterações estatisticamente significativas no momento de início da primeira consulta pré-natal entre o baseline (2023) e o endline (2025) ($\chi^2 = 183{,}49$; $p < 0{,}001$). No baseline, 43,6% das mulheres, iniciavam as consultas pré-natais com menos de três meses

de gravidez, enquanto 56,4% o faziam após esse período. No endline, observa-se uma mudança acentuada deste padrão, com 97,9% das mulheres a referirem início da CPN após os três meses de gestação e apenas 2,1% a iniciarem precocemente

Este resultado indica um atraso generalizado no contacto inicial com os serviços de saúde durante a gravidez. Do ponto de vista da saúde pública, o início tardio da CPN pode limitar oportunidades para a identificação precoce de factores de risco maternos, a realização atempada de rastreios laboratoriais, o aconselhamento sobre nutrição, sinais de perigo e planeamento do parto, bem como a implementação de medidas preventivas recomendadas ao longo da gravidez.

Contudo, esta evolução negativa deve ser interpretada com cautela e de forma contextualizada. O atraso no início da CPN não pode ser automaticamente atribuído a falhas na implementação do projecto, uma vez que diversos factores externos e contextuais podem ter influenciado o comportamento das mulheres no período analisado. Entre estes factores incluem-se possíveis constrangimentos temporários no funcionamento dos serviços, dificuldades logísticas associadas ao acesso físico, eventos adversos ou choques contextuais considerados fora do âmbito do projecto que afectaram a mobilidade e a procura de cuidados, bem como dinâmicas sociais e familiares que condicionam a decisão de procurar os serviços de saúde nos estágios iniciais da gravidez. Adicionalmente, relatos recolhidos durante a implementação do projecto indicam que, sobretudo no distrito de Zumbo, algumas mulheres acompanhavam os seus maridos para zonas de pesca sazonais, localmente conhecidas como “Ntunze”, o que pode ter limitado o acesso regular aos serviços de saúde durante determinados períodos da gravidez.

Importa igualmente considerar limitações inerentes à recolha de dados por auto-relato. As respostas podem ser influenciadas por dificuldades de recordação, interpretações subjectivas do momento exacto do início da gravidez ou relutância em reportar comportamentos percebidos como socialmente menos adequados. Assim, nem todas as razões subjacentes ao atraso no início da CPN são plenamente captadas pelos instrumentos de inquérito utilizados.

O contraste entre estes resultados e os elevados níveis de conhecimento declarados sobre a importância da CPN, observados noutras secções do relatório, sugere um desfasamento entre o conhecimento declarativo e o comportamento efectivo. As razões exploradas na variável D4 (Motivos de início tardio da CPN) contribuem para clarificar parcialmente esta discrepância, indicando que o início tardio da CPN está associado não apenas a lacunas de informação, mas também a factores como a percepção individual de risco, normas sociais, experiências prévias

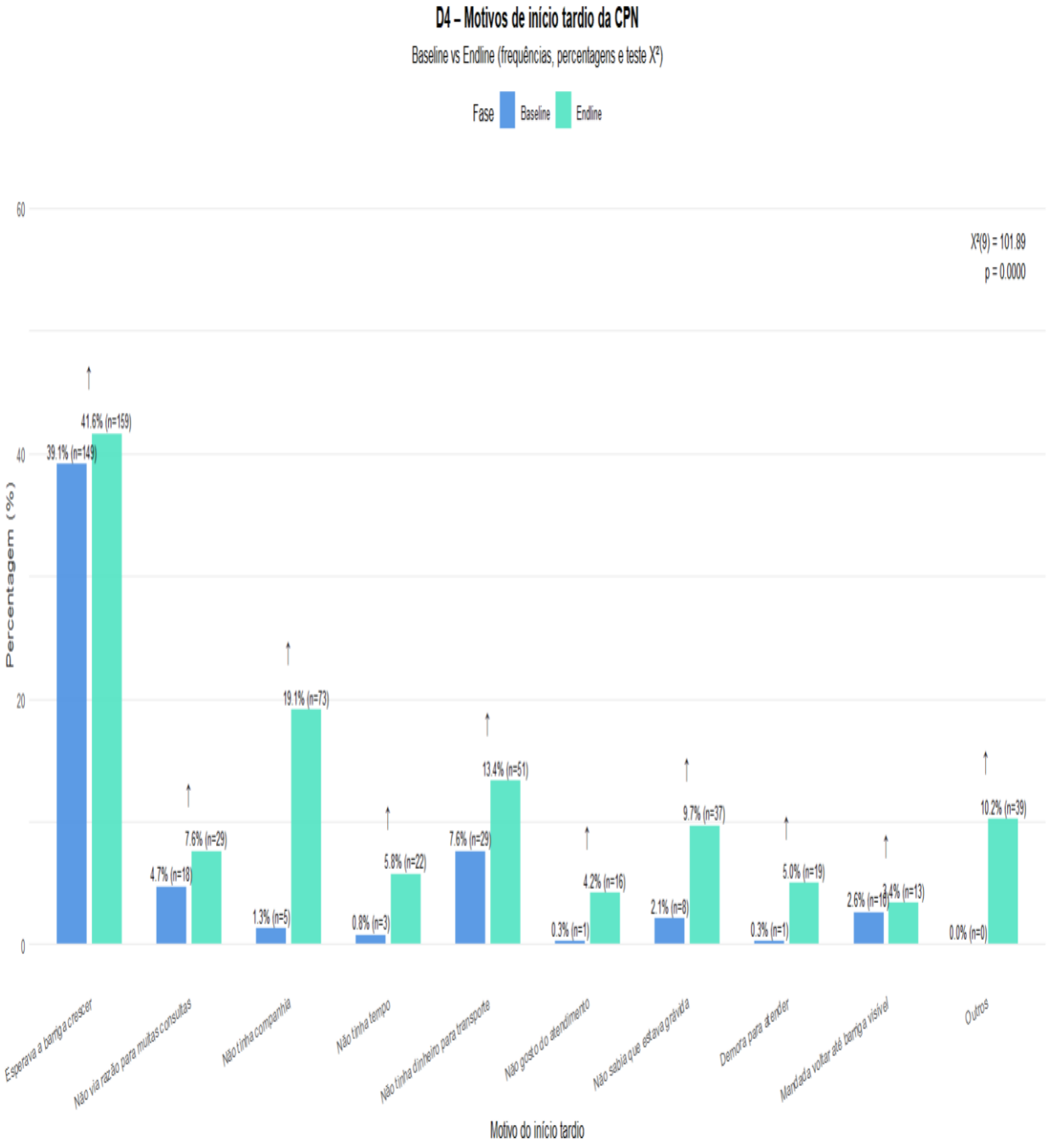
com os serviços e constrangimentos práticos que influenciam a decisão de procurar cuidados de forma atempada.

Em conjunto, estes achados reforçam a necessidade de abordagens integradas que vão além da transmissão de informação, incorporando estratégias de mobilização comunitária, acompanhamento próximo das mulheres grávidas e redução de barreiras práticas ao acesso, de modo a promover o início oportuno da consulta pré-natal desde os primeiros meses de gestação.

3.28. Motivos de início tardio da CPN

Entre as mulheres que iniciam a CPN tardiamente, as justificações apresentadas permitem entender de forma mais fina o tipo de barreiras em jogo. No endline, as razões mais frequentes incluem “esperava a barriga crescer” (41,6 %), “não tinha dinheiro para transporte” (13,4 %), “não tinha companhia” (19,1 %) e “não sabia que estava grávida” (9,7 %). No baseline, a estrutura é semelhante em alguns aspectos, mas com proporções diferentes: “esperava a barriga crescer” é ainda mais prevalente (39,1 %), “não sabia que estava grávida” e “não tinha dinheiro para transporte” (7,6%) também aparecem, e “outros” motivos são menos relevantes.

Fgura 7: Sinais de perigo na gravidez



No endline, o aumento da proporção que "esperava a barriga crescer" sugere alguma melhoria no conhecimento teórico sobre a necessidade de procurar cuidados, mas persiste a ideia de que a gravidez só justifica consulta quando é visível. A combinação de "não sabia que estava grávida" com a espera pela barriga indica fragilidades na percepção de sinais precoces e, possivelmente,

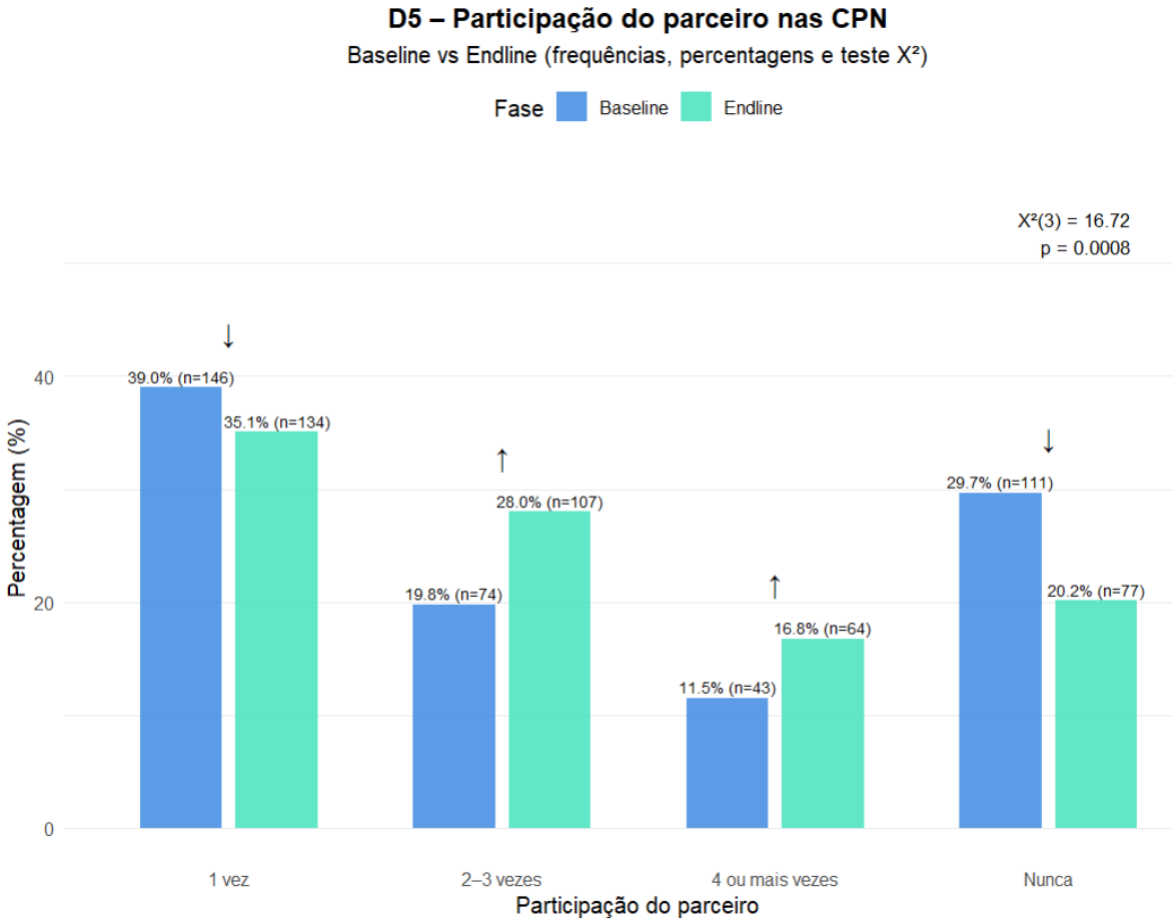
ciclos menstruais irregulares não valorizados, baixa literacia em saúde reprodutiva e ausência de práticas sistemáticas de confirmação precoce da gravidez.

As razões económicas e sociais voltam a surgir com força. A falta de dinheiro para transporte e a ausência de companhia mostram que, mesmo quando a mulher reconhece a importância de ir ao serviço, a decisão não é puramente individual: depende da disponibilidade de recursos e do apoio de terceiros. Isto reforça a ideia de que a abordagem da CPN não pode centrar se exclusivamente na mulher; deve considerar o agregado familiar, o parceiro e a rede comunitária.

3.29. Participação do parceiro nas CPN

A participação do parceiro nas consultas pré natais é um marcador importante de envolvimento masculino na saúde materna e tem sido associada, em diversos estudos, a maior adesão ao esquema de consultas, melhor preparação para o parto e maior apoio emocional e logístico à mulher. A distribuição desta variável mostra melhorias entre o baseline e o endline.

Figura 8: Participação do parceiro na CPN



No baseline, 39 % dos parceiros participaram uma única vez, 19,8 % entre duas e três vezes, 11,5 % quatro ou mais vezes, e 29,7 % nunca acompanharam a mulher às consultas. No endline, observa-se uma redistribuição: 35,1 % dos parceiros participam uma vez, 28 % entre duas e três vezes, 16,8 % quatro ou mais vezes, e apenas 20,2 % nunca participam.

Esta transição revela um reforço claro do envolvimento masculino, com diminuição importante do grupo de homens que nunca acompanham a CPN e crescimento dos que participam de forma repetida. Em termos programáticos, isto sugere que as mensagens de incentivo à participação do parceiro, assim como as estratégias de acolhimento na unidade sanitária, podem ter gerado impacto positivo. A presença do parceiro durante as consultas favorece a partilha de informação, a negociação de decisões reprodutivas e a compreensão conjunta de sinais de perigo, diminuindo o risco de atrasos na procura de cuidados em situações de complicação.

Ainda assim, a proporção de cerca de um quinto de mulheres sem qualquer participação do parceiro mostra que há um segmento de famílias onde o envolvimento masculino continua limitado, seja por barreiras culturais, por normas que consideram a gravidez um assunto exclusivamente feminino ou por condições laborais e geográficas que dificultam a presença do parceiro.

3.30. Razões para o parceiro não participar nas CPN

As razões declaradas para a ausência do parceiro nas CPN ajudam a compreender se as barreiras são predominantemente estruturais, culturais ou relacionadas com a dinâmica do próprio serviço. No endline, destacam se motivos como “porque foi convidado uma vez para fazer teste” (29,1 %), “ele trabalha fora” (9,7 %), “ele não aceita vir” (12,6 %) e uma proporção relevante agrupada em “outro” (3,9 %). No baseline, o padrão era ainda mais marcado pela lógica do convite pontual: 53,7 % referiam que o parceiro foi chamado apenas uma vez para fazer teste, e 31,1 % incluíam se em “outro”.

Tabela 22: Razões para o parceiro não participar nas CPN

Razões para o parceiro não participar nas CPN	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	χ2 (P-value)
Porque foi convidado 1 vez para fazer teste	111 (29.1)	138 (53.7)	70.223101 (2.036543e-14)*
Ele trabalha fora	37 (9.7)	11 (4.3)	
Ele não vive comigo	8 (2.1)	1 (0.4)	
Ele não aceita vir	48 (12.6)	27 (10.5)	
Outro	79 (27.9)	80 (31.1)	
Total	283 (100.0)	257(100.0)	

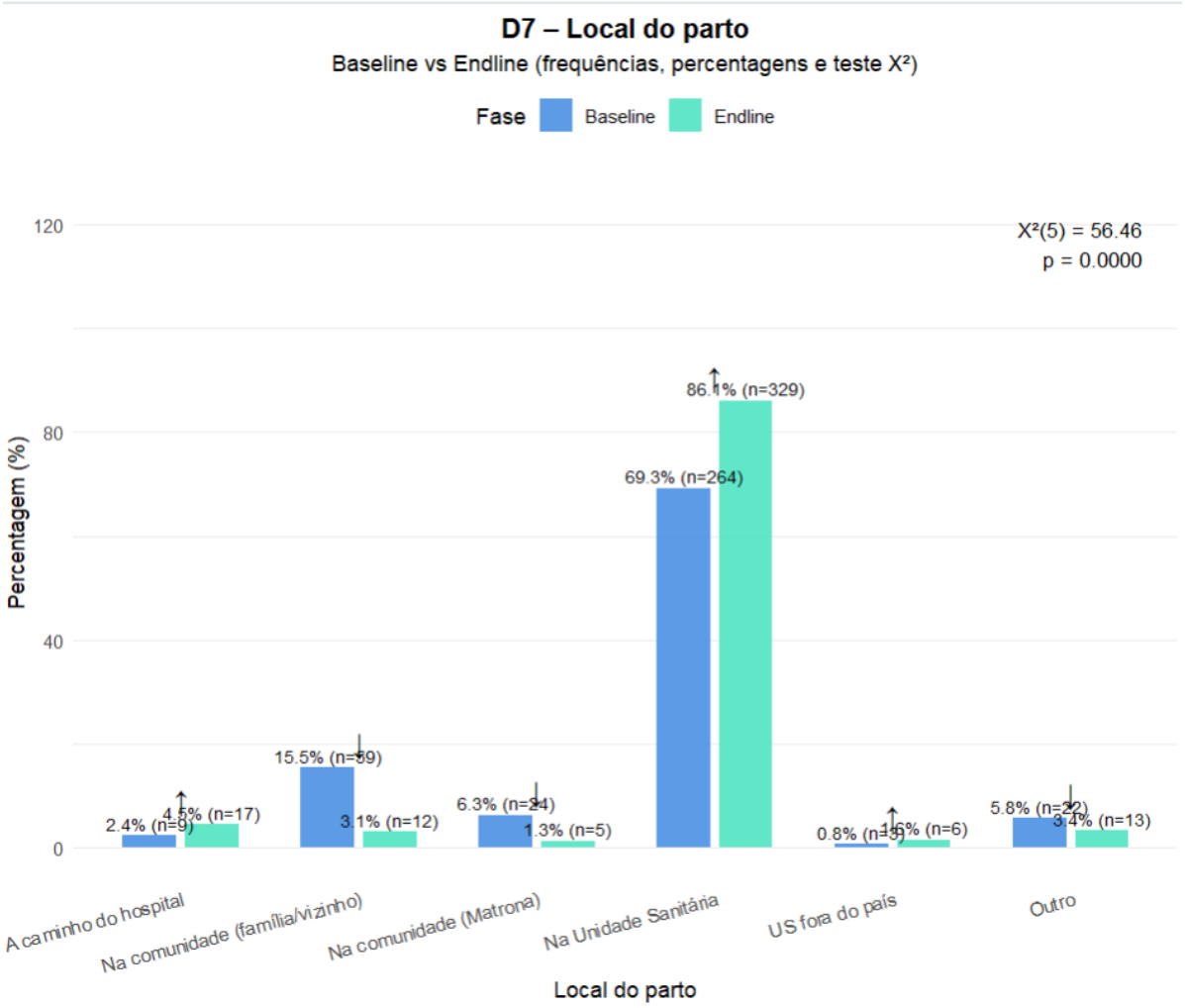
O facto de, em ambas as fases, uma parte importante das mulheres referir que o parceiro só foi convidado uma vez, geralmente para um teste específico, sugere um modelo de envolvimento masculino ainda muito centrado em acções pontuais, em vez de participação contínua ao longo da gravidez. Na prática, isto traduz se em consultas desenhadas para a mulher, onde o homem entra apenas como complemento circunstancial. A partir de uma perspectiva de saúde pública, seria desejável evoluir para um modelo em que o parceiro é sistematicamente convidado a participar, não apenas como acompanhante, mas como sujeito activo de informação e corresponsabilidade nos cuidados.

As razões como "ele não aceita vir" e "ele trabalha fora" revelam factores estruturais (ocupação laboral, deslocação geográfica) e culturais (resistência masculina, normas sociais que consideram a CPN um espaço feminino). Estas barreiras exigem estratégias específicas de comunicação dirigidas aos homens, horários flexíveis e mecanismos de envolvimento comunitário que valorizem a participação masculina como elemento central, e não acessório, da saúde materna.

3.31. Local do parto

O local onde o parto ocorre é um dos indicadores mais críticos de saúde materna, porque partos realizados em unidades sanitárias com pessoal qualificado estão associados a menor mortalidade materna e neonatal e a menor risco de complicações graves. A distribuição entre baseline e endline mostra uma melhoria clara na institucionalização do parto.

Figura 9: Local do parto



No baseline, 69,3 % dos partos ocorriam na unidade sanitária local, 0,8 % em unidades fora do país, 15,5 % na comunidade com familiares, 6,3 % com matrona tradicional, 2,4 % a caminho do hospital e 5,8 % em "outro" local. No endline, a proporção de partos na unidade sanitária ou partos institucionais aumenta para 86,1 %, os partos em unidades fora do país sobem ligeiramente para 1,6 %, os partos na comunidade com familiares caem para 3,1 %, com matrona reduz em 1,3 %, e os partos a caminho do hospital mantêm se baixos, em 4,5 %. A categoria "outro" também se reduz.

Esta mudança representa um avanço muito significativo. A redução dos partos na comunidade com familiares e com matronas, associados a maiores riscos devido à ausência de meios técnicos e clínicos, combinada com o aumento de partos em unidades sanitárias, indica que as mulheres estão a confiar mais nos serviços formais e, possivelmente, a beneficiar de melhor

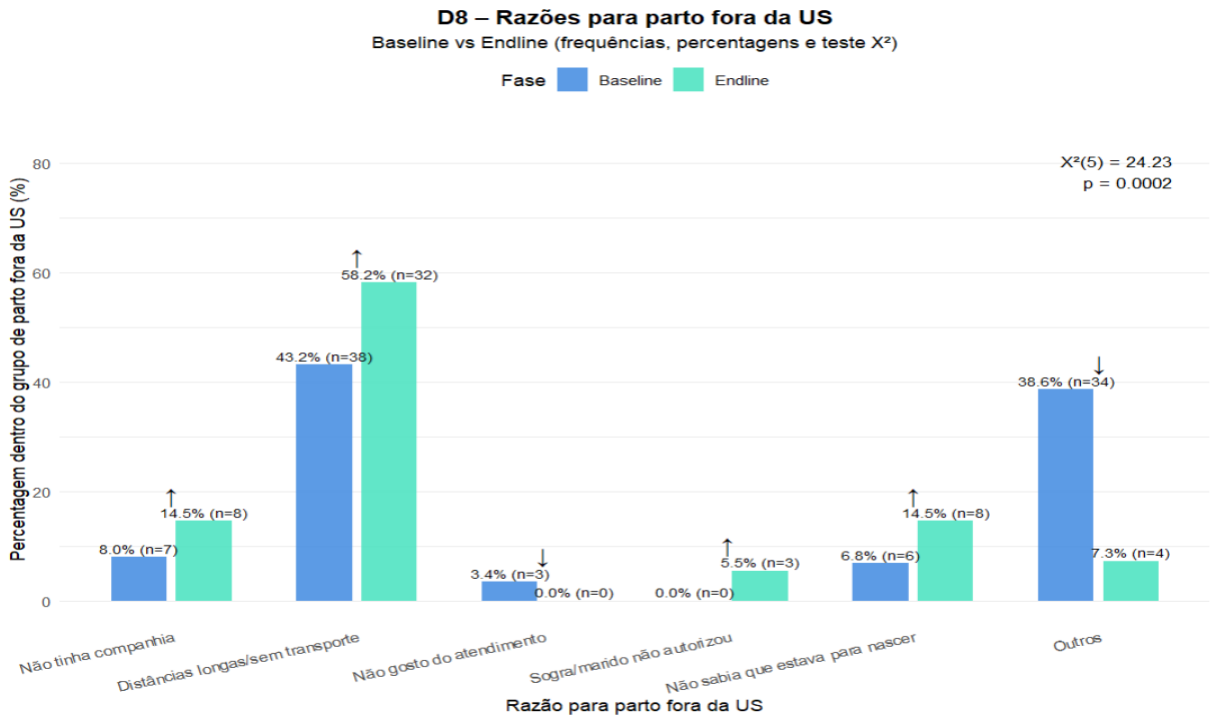
mobilização comunitária, melhor encaminhamento e maior disponibilidade de serviços. A persistência de casos "a caminho do hospital" sugere que, embora a intenção de procurar o serviço exista, ainda ocorrem atrasos na decisão ou dificuldades logísticas que fazem com que o trabalho de parto evolua antes da chegada à unidade.

Do ponto de vista de saúde pública, esta evolução é uma das mais favoráveis de toda a secção D. A institucionalização do parto é um dos pilares da redução da mortalidade materna e neonatal, e o aumento do seu peso relativo entre baseline e endline é um sinal claro de impacto positivo das intervenções e da evolução do sistema de saúde local.

3.32. Razões para parto fora da unidade sanitária

Entre as mulheres que continuaram a ter partos fora da unidade sanitária, as razões apresentadas ajudam a identificar barreiras que ainda não foram superadas. No endline, as justificações mais frequentes incluem "distâncias longas ou sem transporte" (58,2%), "não tinha companhia" (14,5%) e "não sabia que estava para nascer" (14,5%). No baseline, embora a amostra de partos fora da unidade seja também limitada, as razões distribuem se entre "distâncias longas ou sem transporte" (43,2%), "não tinha companhia", "não sabia que estava para nascer" e uma proporção muito elevada de "outros" (38,6%).

Figura 10: Razões para parto fora da US



A predominância da distância e do transporte mostra que, mesmo num cenário em que a maioria das mulheres passa a utilizar o parto institucional, continuam a existir bolsões de inacessibilidade geográfica. As mulheres podem querer ir à unidade, mas são travadas por falta de meios de transporte, estradas precárias, custo do transporte ou indisponibilidade de alguém que as acompanhe. A narrativa de "não sabia que estava para nascer" aponta também para dificuldades na percepção dos sinais de início do trabalho de parto e, possivelmente, para desvalorização dos sintomas até que o parto esteja demasiado avançado para permitir chegada atempada à unidade.

A redução da categoria "outros", que tinha um peso muito elevado no baseline, sugere que a recolha de dados no endline captou melhor as causas principais, com menos respostas vagas, o que melhora a qualidade da informação. Em termos programáticos, estes resultados reforçam a necessidade de estratégias concretas para transporte de emergência, redes comunitárias de apoio à deslocação e trabalho educativo focalizado na identificação precoce dos sinais de início de parto.

3.33. Acompanhamento durante o parto

A presença de alguém que acompanha a mulher durante o parto é um elemento importante de apoio emocional, segurança e, muitas vezes, mediação com a equipa de saúde. A comparação entre baseline e endline mostra uma melhoria clara neste indicador. No baseline, 40,7% das mulheres tiveram acompanhamento, enquanto 59,3% passaram pelo parto sem acompanhante. No endline, a situação inverte se: 64,1 % passaram a ter acompanhamento, e apenas 35,9% permaneceram sem.

Tabela 23: Acompanhamento durante o parto:

Acompanhamento	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	χ2 (P-value)
Não	137(35.9)	226(59.3)	41.134593 (1.420989e-10)*
Sim	245(64.1)	155(40.7)	
Total	382(100.0)	381(100.0)	

Esta evolução reflecte maior reconhecimento, pelos serviços e pela comunidade, do valor do acompanhante. A possibilidade da mulher ter alguém da sua confiança junto dela durante o trabalho de parto contribui para reduzir ansiedade, aumentar a sensação de segurança e facilitar a comunicação com a equipa. Ao mesmo tempo, representa uma mudança cultural em serviços

que, tradicionalmente, restringiam a presença de acompanhantes por razões de espaço, normas institucionais ou concepções hierárquicas da relação profissional utente.

Do ponto de vista de direitos, esta alteração está alinhada com recomendações internacionais de cuidado centrado na mulher, que enfatizam a importância de apoio contínuo durante o trabalho de parto. A persistência de um terço de mulheres sem acompanhamento mostra, contudo, que ainda há barreiras institucionais ou sociais a ultrapassar, seja por indisponibilidade de acompanhantes, seja por restrições em determinados horários ou contextos.

3.34. Razões para o parceiro não acompanhar o parto

Entre as mulheres cujos parceiros não acompanharam o parto, as razões apresentadas ajudam a revelar as limitações concretas ao envolvimento masculino. No baseline, as causas mais frequentes incluíam "ele não estava em casa" (38,9 %), "na nossa comunidade os homens não assistem partos e ele recusou" (23 %), "o hospital não permitiu" (15,5 %) e "outra razão" (12,9 %). No endline, estas razões mantêm se, mas com mudanças na sua distribuição: a proporção de "ele não estava em casa" diminui, "o hospital não permitiu" continua presente, e a recusa baseada em normas comunitárias mantém peso relevante.

Tabela 24: Razões para o parceiro não acompanhar o parto

Razões para o parceiro não acompanhar o parto	2025 Endline Survey	2023 Baseline Survey	χ2 (P-value)
Ele não estava em casa	56 (14.7)	88 (38.9)	9.318082 (5.362249e-02)*
Na nossa comunidade os homens não assistem partos e ele recusou	48 (12.6)	52 (23.0)	
Ele trabalha distante/fora deste distrito/Província/País	7 (1.8)	22 (9.7)	
O hospital não permitiu	38 (9.9)	35 (15.5)	
Outra	17 (4.5)	29 (12.9)	
Total	382 (100.0)	226 (100.0)	

Este padrão mostra que as barreiras combinam factores estruturais e culturais. Em muitos contextos, os homens trabalham longe de casa, em minas, machambas ou actividades itinerantes, o que dificulta a presença no momento do parto. Quando o trabalho é precário, a ausência implica perda de rendimento, o que funciona como desincentivo para acompanhar a mulher à unidade. Ao mesmo tempo, normas comunitárias que associam o parto a um espaço

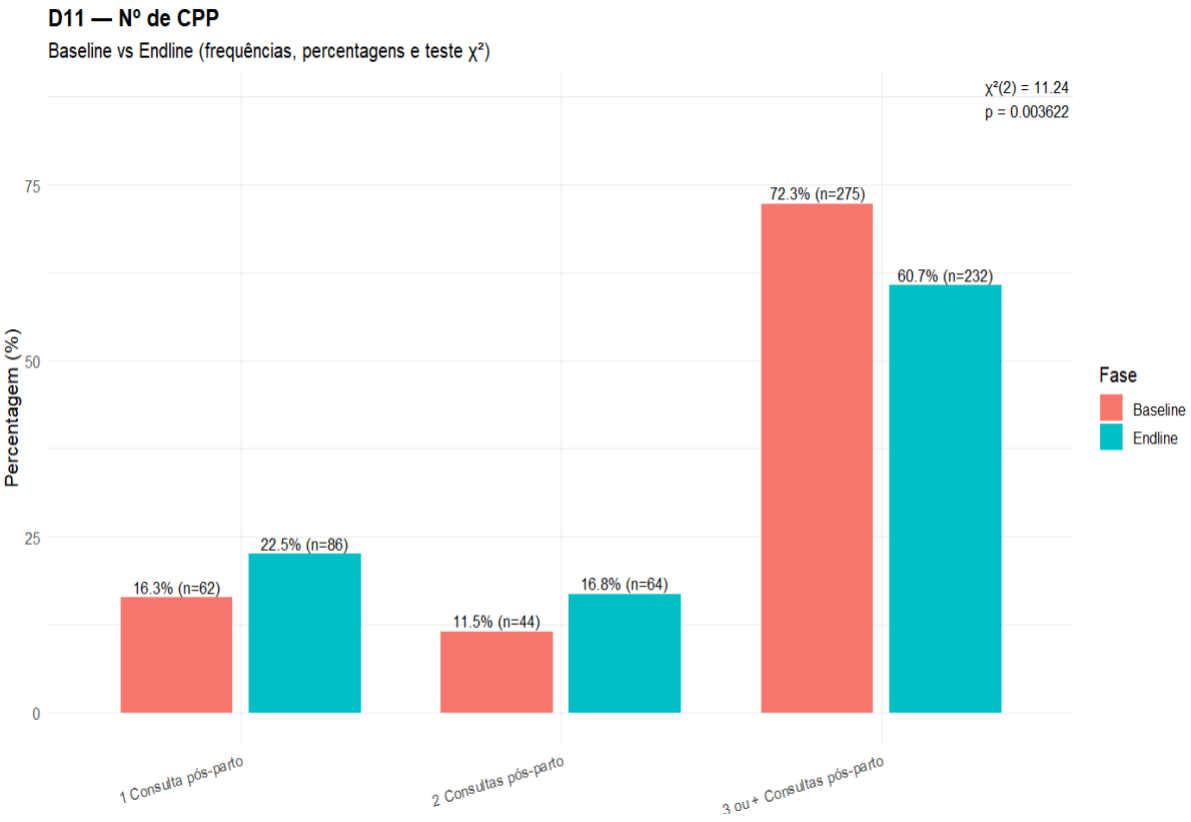
exclusivamente feminino, ou ideias de que a presença masculina é inadequada ou vergonhosa, continuam a limitar a participação.

A menção ao "hospital não permitiu" é especialmente relevante. Mesmo quando há vontade do casal ou do parceiro de estar presente, as regras institucionais ou a forma como são interpretadas pelo pessoal de saúde podem excluir o homem do processo. Esta dialéctica entre vontade do casal, normas comunitárias e regras institucionais deve ser considerada em intervenções que promovam maior envolvimento masculino na sala de partos, garantindo, ao mesmo tempo, privacidade, segurança e respeito pela mulher.

3.35. Número de consultas pós-parto (CPP)

A variável D11 (Nº de CPP) descreve o número de consultas pós-parto realizadas pelas mulheres no endline, sem valor comparativo no baseline. Entre as 382 participantes, 22,5 % referem ter feito uma consulta pós-parto, 16,8 % duas, e 60,7 % três ou mais consultas.

Figura 11: Nº de consultas pós-parto (CPP)



A distribuição do número de consultas pós-parto (CPP) revela, em termos gerais, um padrão favorável, na medida em que a maioria das mulheres ultrapassa o mínimo de um único contacto com os serviços e uma proporção expressiva atinge três ou mais visitas. No baseline, cerca de

72,3% das mulheres reportavam ter realizado três ou mais consultas pós-parto, enquanto 16,3% referiam apenas uma consulta e 11,5% indicavam duas consultas. No endline, observa-se uma reorganização desta distribuição: a categoria de três ou mais consultas diminui para 60,7%, enquanto as categorias de uma consulta e duas consultas aumentam para 22,5% e 16,8%, respectivamente.

Do ponto de vista estritamente quantitativo, esta evolução sugere uma ligeira deslocação de um padrão de contacto muito intensivo para um padrão mais moderado, embora ainda superior ao mínimo absoluto. Importa sublinhar que, mesmo no endline, mais de seis em cada dez mulheres continuam a ter três ou mais contactos pós-parto, o que, do ponto de vista da organização dos serviços, permanece um resultado robusto.

Em termos de saúde materna e neonatal, o período pós-parto constitui uma fase sensível e determinante, frequentemente negligenciada, durante a qual podem surgir hemorragias tardias, infecções, dificuldades de cicatrização, sintomas depressivos e desafios no estabelecimento do aleitamento materno. As consultas pós-parto desempenham, por isso, um papel essencial na vigilância da recuperação da mãe, no acompanhamento do recém-nascido, no aconselhamento sobre aleitamento exclusivo e na introdução do planeamento familiar. A manutenção de níveis elevados de contacto com os serviços sugere que o sistema consegue, em larga medida, reter as mulheres neste período sensível.

No entanto, a redução da proporção de mulheres com três ou mais consultas do baseline para o endline exige uma leitura cuidadosa. Esta diminuição não significa necessariamente uma degradação do desempenho dos serviços. Pode reflectir, por exemplo, uma maior racionalização do seguimento, com menos visitas consideradas necessárias por mulheres clinicamente estáveis, ou uma reorganização do calendário de contactos. Alternativamente, pode também sinalizar constrangimentos de acesso, sobrecarga de serviços, limitações económicas ou dificuldades logísticas que levam a um abandono progressivo após as primeiras consultas.

A significância estatística desta mudança é confirmada pelo teste do qui-quadrado ($X^2 = 11,24$; $p = 0,00322$), o que indica que a redistribuição observada entre categorias ao longo do tempo não é aleatória. Ou seja, houve uma alteração real na forma como as mulheres se distribuem entre os diferentes níveis de utilização das consultas pós-parto.

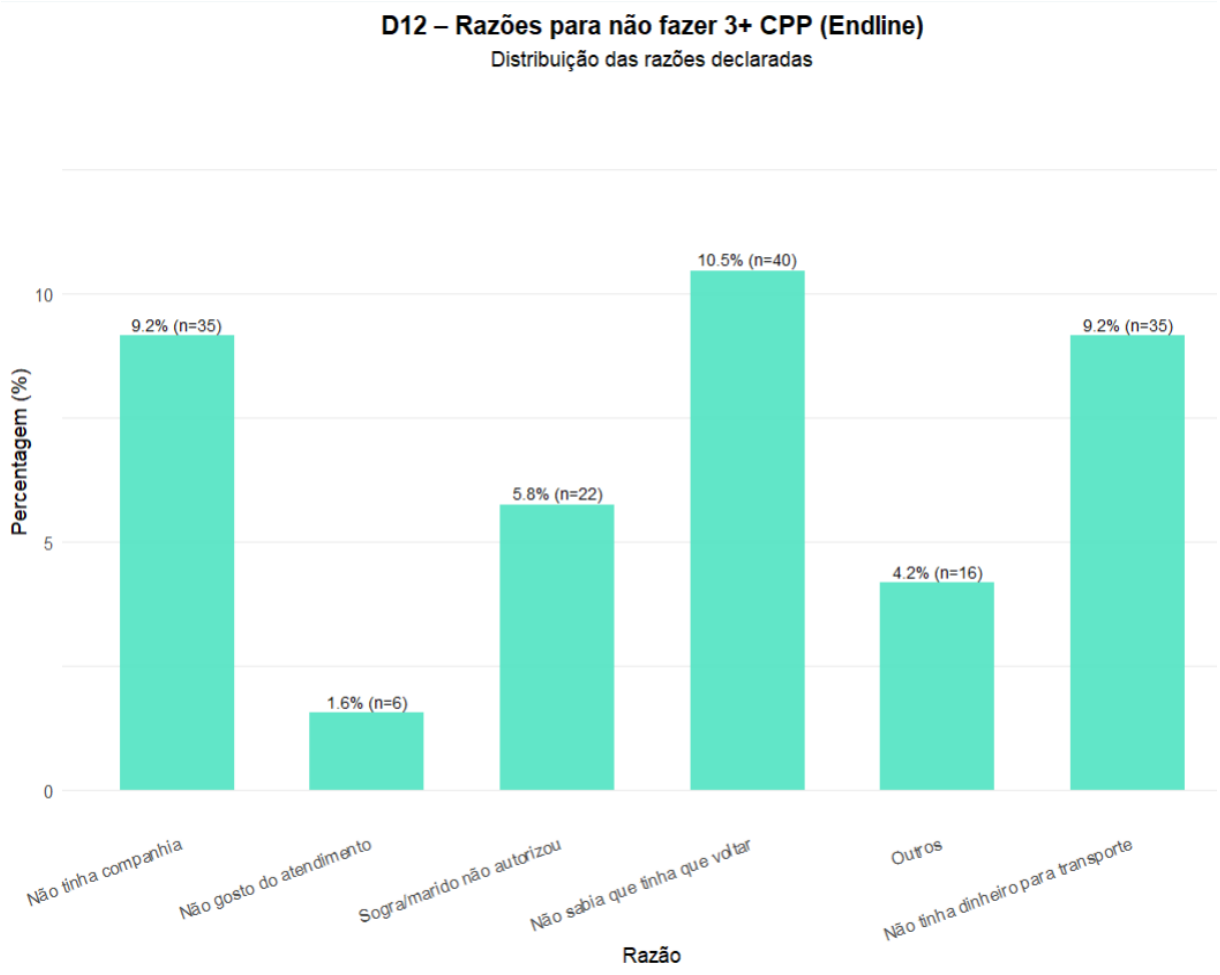
Em termos programáticos, este resultado sugere que o sistema conseguiu manter uma cobertura razoável no período pós-parto, mas que persistem desafios na retenção das utentes para

seguimentos mais prolongados. Tal constatação reforça a necessidade de estratégias activas de acompanhamento, incluindo lembretes, educação em saúde e uma melhor organização dos fluxos de atendimento que facilitem a continuidade do cuidado. Não basta garantir a primeira consulta; é fundamental criar condições para que as mulheres regressem, sobretudo aquelas em maior risco clínico ou social.

3.36. Razões para não realizar três ou mais consultas pós parto

Finalmente, a variável D12 (Razões para não fazer 3+ CPP) explora, no endline, as razões pelas quais algumas mulheres não atingiram três ou mais consultas pós-parto. As justificações incluem "não tinha companhia" (9,2 %), "não tinha dinheiro para transporte" (9,2 %), "não sabia que tinha que voltar" (10,5 %), "sogra ou marido não autorizou" (5,8 %), "não gosto do atendimento" (1,6 %) e "outros" motivos (4,2 %).

Figura 12: Razões para não fazer 3+ CPP - Endline



Estas razões repetem, de forma muito clara, o padrão observado noutras fases do percurso de cuidados: barreiras financeiras e de transporte, dependência de companhia para se deslocar à unidade, ausência de informação clara sobre o calendário de consultas e influência directa da família, sobretudo de sogras e maridos, na decisão de regressar ou não ao serviço

. A presença de "não sabia que tinha que voltar" mostra que, apesar de um desempenho razoável na retenção pós-parto, ainda há falhas na comunicação durante a alta ou na consulta imediatamente após o parto. As mulheres saem da unidade sem compreensão plena da necessidade de acompanhamento continuado, o que contrasta com a evidência científica que mostra que o risco de complicações persiste muito para além das primeiras vinte e quatro horas.

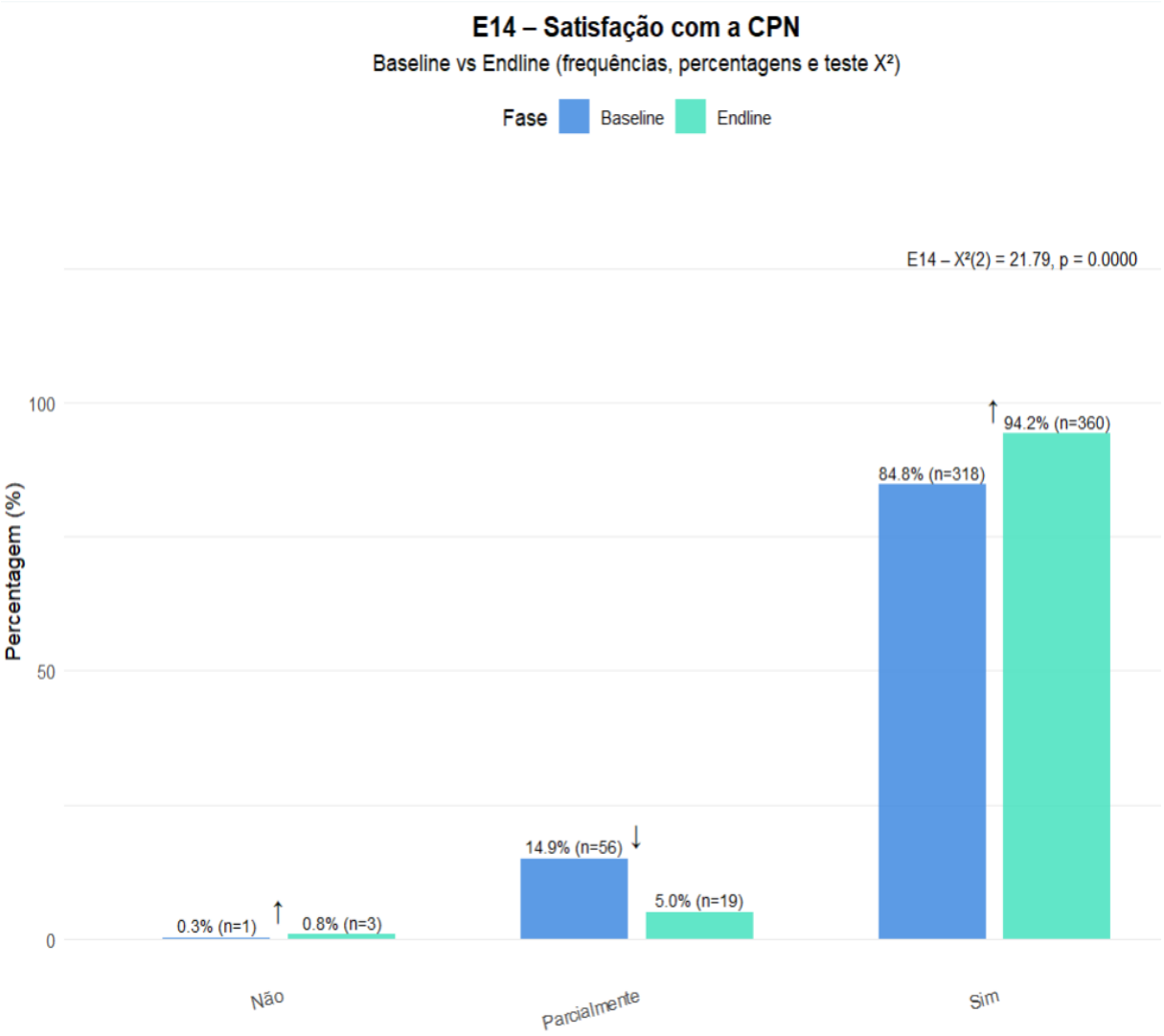
A interferência de sogras e maridos, embora não seja o motivo mais frequente, é um marcador de vulnerabilidade em termos de autonomia reprodutiva. Quando a mulher depende da autorização de terceiros para regressar ao serviço, a sua capacidade de se proteger contra complicações pós parto fica condicionada por dinâmicas de poder dentro do agregado familiar.

Em conjunto, D11 (Nº de CPP) e D12 (Razões para não fazer 3+ CPP) indicam que, embora o serviço consiga reter muitas mulheres em três ou mais consultas pós parto, as que ficam de fora o fazem por razões previsíveis e, em grande medida, programaticamente abordáveis: informação incompleta, barreiras de transporte, falta de companhia e constrangimentos familiares. Estes resultados apontam para a necessidade de reforçar a comunicação ainda na maternidade, garantir que a mulher e o acompanhante compreendem o calendário de visitas pós parto, e articular com redes comunitárias que apoiem o retorno ao serviço quando a família imediata não o facilita.

3.37. Satisfação com a CPN

A comparação entre o baseline de 2023 e o endline de 2025 revela uma melhoria assinalável na satisfação das utentes com os serviços de consulta pré-natal. Em 2025, 94.2% das participantes afirmaram estar satisfeitas com a CPN, superando a já elevada proporção observada no baseline (84.8%).

Figura 13: Satisfação com a CPN



A proporção de mulheres satisfeitas aumentou assim em quase 10 pontos percentuais, enquanto a percentagem de respostas "Parcialmente" diminuiu de 14.9% para 5.0%, sugerindo que a qualidade percebida da experiência pré-natal evoluiu significativamente.

O teste do qui-quadrado confirma que esta diferença não é aleatória ($\chi^2 = 21.79$; $p < 0.001$), indicando que houve mudanças estruturadas na forma como a CPN é prestada e percebida. A leitura conjunta do gráfico correspondente reforça esta tendência: a barra "Sim" torna-se visualmente mais dominante no endline, enquanto a categoria "Parcialmente" sofre um declínio acentuado.

Esta melhoria consistente pode ser interpretada como reflexo de intervenções de carácter programático ocorridas entre os dois períodos, incluindo a capacitação de profissionais, melhor organização da consulta, aprimoramento na comunicação interpessoal e eventuais mudanças na

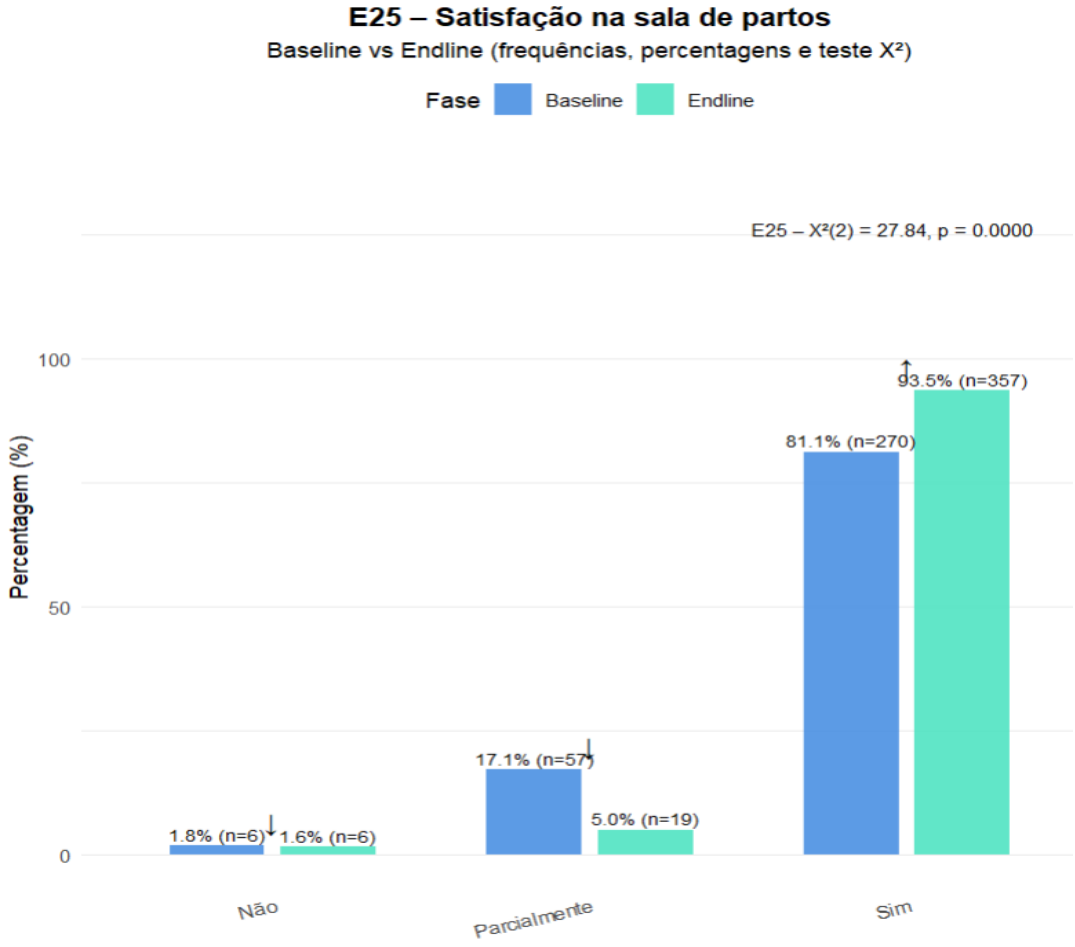
logística de atendimento. O padrão sugerido pelos dados indica não apenas aumento na satisfação, mas também redução marcada de problemas que anteriormente levavam parte das utentes a avaliar a CPN como apenas parcialmente satisfatória.

Em termos práticos, os resultados mostram que o serviço pré-natal tornou-se mais acolhedor, mais informativo e mais alinhado às expectativas das utentes, o que contribui para a sua maior adesão e continuidade no seguimento da gravidez.

3.38. Satisfação na sala de partos

A avaliação da satisfação na sala de partos mostra uma melhoria muito expressiva. No baseline, 81.1% das mulheres relataram estar satisfeitas com o atendimento intraparto; no endline, esta proporção subiu para 93.5%, representando um aumento de mais de 12 pontos percentuais. Simultaneamente, a proporção de respostas "Parcialmente" caiu de 17.1% para 5.0%, enquanto a categoria "Não" permaneceu praticamente residual.

Figura 14: Satisfação na sala de partos



O teste estatístico confirma a robustez desta transformação ($\chi^2 = 27.84$; $p < 0.0001$), indicando que a diferença observada ao longo do tempo é estatisticamente muito significativa. O gráfico reforça visualmente esta leitura: a barra referente à satisfação plena torna-se marcadamente superior no endline, mostrando uma evolução positiva consistente.

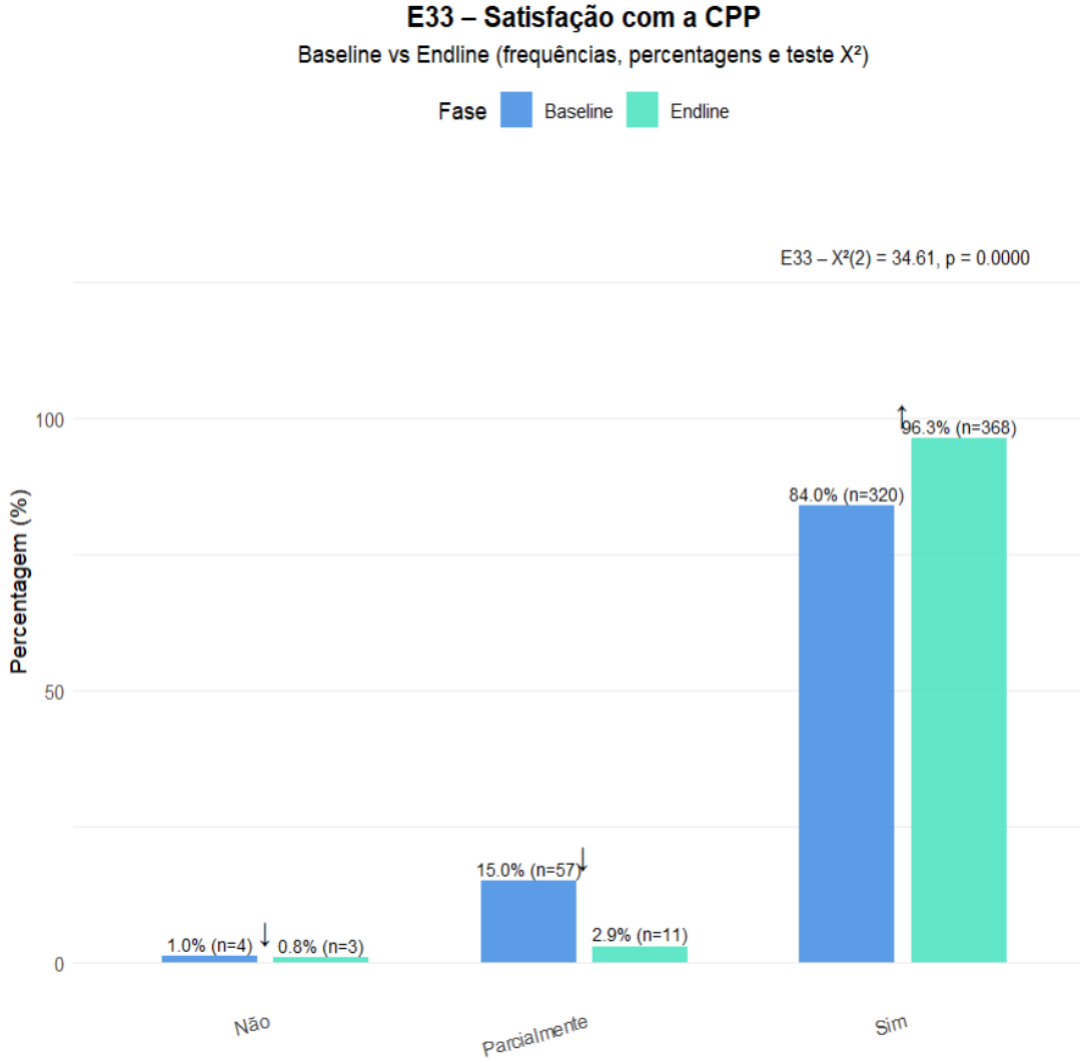
A melhoria na satisfação com a sala de partos pode estar associada a diversos factores: maior disponibilidade de equipamento, redução de atrasos no atendimento, melhoria do acolhimento, adopção de práticas mais respeitosas, reforço da privacidade e maior competência técnica das equipas. Do ponto de vista programático, estes resultados sugerem que intervenções anteriores conseguiram repercutir directamente a qualidade percebida do parto, um momento crítico na trajetória de cuidados maternos.

Na prática, esta melhoria pode incentivar mais mulheres a procurar partos institucionais, reduzir percepções negativas sobre o serviço e contribuir para a continuidade do cuidado durante o pós-parto.

3.39. Satisfação com a CPP

A satisfação com as consultas de pós-parto apresenta também um progresso substancial. No baseline, 84.0% das utentes estavam satisfeitas com a CPP; em 2025 esta proporção aumentou para 96.3%, representando um incremento de mais de 12 pontos percentuais, semelhante ao observado na satisfação com a sala de partos.

Figura 15: Satisfação com CPP



As categorias menos favoráveis diminuíram drasticamente: "Parcialmente" caiu de 15.0% para 2.9%, e a resposta "Não" manteve-se perto de zero. Este padrão demonstra que a CPP, frequentemente uma área negligenciada nos sistemas de saúde, passou a ser um ponto forte do percurso materno no distrito estudado.

A diferença entre os dois períodos é estatisticamente forte ($\chi^2 = 34.61$; $p < 0.0001$), reforçando a conclusão de que esta mudança é real e não uma flutuação amostral. O gráfico correspondente torna evidente esta transformação: a barra "Sim" domina quase integralmente o painel do endline, sugerindo uma experiência pós-natal amplamente positiva.

Este avanço pode reflectir investimentos na melhoria da abordagem pós-parto, com foco na escuta activa, aconselhamento sobre cuidados com o bebé, apoio à amamentação, educação sobre sinais de perigo e acompanhamento emocional da mãe. Em termos práticos, níveis

elevados de satisfação na CPP são fundamentais para fortalecer a ligação entre as famílias e o sistema de saúde, aumentar o retorno para consultas subsequentes e promover comportamentos de saúde materna e neonatal mais adequados.

3.41 RESULTADOS -QUALITATIVOS

Distribuição etária das participantes

A tabela 25 apresenta a distribuição da amostra e categorias dos participantes para cada método

Tabela 25: Distribuição etária dos participantes

Categoria de participantes e método	Número	Faixa etária
GDF1 Mulheres	7	24-45
GDF2 Homens	7	31-42
GDF3 Mulheres	6	25-41
GDF4 influenciadores comunitários	6	27-59
GDF5- Mulheres	6	26-43
GDF6-Homens	6	23-33
GDF7 Influenciadores comunitários	8	19-31
GDF 8- Mulheres	5	30-50
Entrevista em profundidade-Provedores -Mulheres	4	25-36
Total participantes	**55**	

3.42 Temas emergidos

A componente qualitativa tinha como objectivo explorar na perspectiva dos membros da comunidade como os serviços e o projecto impactaram a comunidade e como influenciam a utilização do serviços, que lições e oportunidades existem para melhorias.

As discussões foram conduzidas em português e na lingua local, gravadas e depois transcritas e simultaneamente traduzidas para português. A Análise de dados temática integrativa,

orientada pelo modelo socioecológico e Teoria de Andersen resultou em três grandes temas agrupados no modelo sociológico que explicam os avanços e desafios prevalentes percebidos pelos membros da comunidade.

Tema 1. Factores de nível individual -Os participantes reconheceram que a baixa escolaridade e o baixo nível socioeconómico continuam a influenciar negativamente a compreensão sobre questões de saúde e o uso oportuno dos serviços. No entanto, houve consenso quanto à contribuição positiva do projecto na melhoria do conhecimento, na valorização do pré-natal e do parto institucional, bem como na diversificação das fontes de informação em saúde**.**

As mulheres relataram maior consciência sobre CPN, sinais de perigo, importância do acompanhamento pré-natal e do parto na unidade sanitária:

"Antes eu pensava que só devia ir ao hospital quando a dor começasse. Agora sei que o pré-natal é importante para ver se o bebé está bem e para previnir problemas." (Mulher, GDF)

Os participantes destacaram o papel das rádios comunitárias, palestras nas comunidades, líderes locais e brigadas móveis de saúde**,** especialmente no alcance de populações mais vulneráveis, como as pessoas com dificiência:

"A rádio fala na nossa língua, explica bem. Mesmo quem não sabe ler fica a entender porque ouvimos todos os dias."(Mulher, GDF)

"As brigadas de saúde ajudaram muito, porque chegam até às comunidades mais longe, onde antes ninguém ia." (Influenciador comunitário, GDF)

Também foi referida a inclusão e alcance de pessoas com deficiência para acções comunitárias e serviços de saúde:

"Agora eles também chamam as pessoas com deficiência para as reuniões, explicam como elas podem ir ao hospital e também dão assitência mesmo aqui quando vem." (Influenciador comunitário, GDF)

Tema 2. Factores de nível Relacional/social-Apesar dos avanços persistem barreiras relacionadas com pouca autonomia das mulheres em relação algumas decisões reprodutivas,

por exemplo, a tomada de decisão sobre questões relacionadas ao momento de ter filhos e ao número de filhos.

Os homens expressaram maior consciência do seu papel no apoio à gravidez. Os homens referiram que é sua responsabilidade acompanhar as parceiras para os cuidados de saúde e proteger a gravidez e a família:

"Hoje sabemos que acompanhar a mulher ao hospital é nossa responsabilidade, para proteger a gravidez e a família." (Homem, GDF)

... quem deve decidir sobre filhos, é o homem porque ele que sabe das condicoes de sustentar aquela crinca, quando ele aguenta entao ele diz sim, quando ele sabe que nao aguenta mais entao tem que parar... (Homen, GDF)

No entanto, os homens e mulheres relataram limitações à sua participação nas consultas e no parto, associadas à falta de privacidade nas unidades sanitárias:

"Queremos às vezes entrar lá, mas o hospital é muito pequeno, não há espaço. Ouvimos tudo de outras mulheres e isso é vergonha, é abuso." (Homem, GDF)

Este aspecto foi também reconhecido pelas provedoras de saúde:

"A unidade melhorou, mas ainda não temos condições de privacidade suficientes para permitir a presença dos acompanhantes na sala de parto, as vezes temos duas trêres mulheres, entao 'e difícil." (Provedora de saúde, Entrevista em profundidade)

Tema 3 Factores de nível Estrutural/político -Os participantes foram unânimes e mencionaram melhorias substanciais nas infraestruturas e serviços de saúde prestados. Foram destacadas melhorias no atendimento e relação entre provedores e utentes, bem como na satisfação e respostas às necessidades das utentes. Foram igualmente mencionadas as estratégias locais de referências por PT que contribuiu para maior preferência por partos nas unidades sanitárias, atribuído em grande parte ao projecto.

"Agora somos bem recebidas, explicam com calma, não gritam como antes...atendem bem mesmo" (Mulher, GDF)

As provedoras destacaram melhorias nos fluxos de atendimento e na capacidade de resposta, resultado das formações, exist6encia de medicamentos e insumos para prover serviços de saúde materna:

"O projecto ajudou a organizar melhor os serviços e a melhorar a forma como atendemos as mulheres, essas formações que nos deram ajudam, e também tem vindo sempre fazer mentorias e nós também ligamos quando temos dúvida" (Provedora de saúde, Entrevista em profundidade)

Foi também amplamente reconhecida a eficácia das estratégias locais de referência por parte dos Promotores de Saúde/Parteiras Tradicionais (PT)**,** que contribuíram para o aumento dos partos institucionais:

"Uma coisa muito boa que o projecto fez, é, essa coisa de, de formar a parteira tradicional. As parteiras tradicionais agora encaminham logo para o hospital, não esperam complicações, ." (Provedora de saúde, Entrevista em profundidade)

Apesar dos avanços, persistem partos domiciliares, sobretudo em comunidades distantes, devido à falta de transporte e dificuldades geográficas:

"Queremos ir ao hospital, mas quando começa a dor não há transporte, as vezes é a noite, então a mulher acaba por ter parto em casa." (Homem, GDF)

4

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da avaliação de fim de linha do projecto "Mulheres Felizes e Bebés Felizes" revelam um quadro complexo, marcado por avanços relevantes em dimensões centrais dos cuidados de saúde materna e neonatal, coexistindo com a persistência de desigualdades estruturais e desafios socioculturais que continuam a condicionar o comportamento de procura e a experiência das mulheres nos distritos de Marávia e Zumbo. A análise comparativa entre a linha de base de 2023 e o fim de linha de 2025 evidencia tendências de mudança consistentes com as intervenções implementadas, ao mesmo tempo que expõe a vulnerabilidade do sistema face à interrupção prematura do financiamento, fenómeno frequentemente descrito em avaliações de programas comunitários em saúde (Patton, 2015).

A evolução do perfil sociodemográfico indica transformações com repercussões directas nos padrões de utilização dos serviços. Observou-se uma redistribuição das faixas etárias maternas, com maior concentração de mulheres nos grupos acima dos vinte e cinco anos, fenómeno que pode reflectir tanto dinâmicas demográficas locais como maior adesão de mulheres mais velhas à procura de cuidados institucionais. As diferenças estatisticamente significativas entre baseline e endline, confirmadas por valores elevados do teste do qui-quadrado, sugerem alterações reais e não atribuíveis ao acaso. O aumento da proporção de mulheres com alguma escolaridade formal é particularmente relevante, uma vez que a literatura identifica consistentemente a escolaridade feminina como determinante central da utilização de cuidados maternos, incluindo consultas pré-natais, pós-natais e parto institucional (UNFPA, 2021; WHO, 2014).

No domínio da inclusão e vulnerabilidade, a avaliação revelou um crescimento expressivo da proporção de mulheres que reportaram algum tipo de deficiência. Embora a prevalência permaneça relativamente baixa, o aumento observado no endline sugere que o projecto conseguiu alcançar grupos anteriormente invisíveis ou excluídos da procura de cuidados institucionais. A predominância de limitações auditivas e físicas, praticamente ausentes na linha de base, pode reflectir melhorias na acessibilidade física e social das unidades sanitárias, associadas às intervenções de humanização e reabilitação de infra-estruturas. Evidências internacionais indicam que ambientes de cuidados mais inclusivos e respeitosos favorecem a procura de serviços por grupos tradicionalmente marginalizados (WHO, 2015).

A situação laboral das mulheres apresentou alterações significativas entre os dois períodos. A redução da proporção de mulheres desempregadas e o aumento do empreendedorismo informal apontam para maior participação económica feminina, com potenciais efeitos positivos na

autonomia decisional relacionada com a procura de cuidados. Em contrapartida, a estabilidade observada na empregabilidade dos parceiros sugere que as transformações económicas intrafamiliares não ocorreram de forma homogénea. Este aspecto mantém-se relevante num contexto em que normas patriarcais persistem e continuam a atribuir ao homem influência decisiva sobre o momento e o local de procura de cuidados durante a gravidez e o parto, conforme descrito em estudos sobre determinantes socioculturais da saúde materna (Thaddeus & Maine, 1994).

A análise do perfil obstétrico revelou resultados particularmente expressivos. A melhoria observada na realização de quatro ou mais consultas pré-natais indica progressos programáticos consistentes, embora a proporção de mulheres que iniciaram a CPN no primeiro trimestre permaneça abaixo das metas recomendadas. A evolução positiva dos partos institucionais confirma ganhos importantes, mas estes continuam limitados por factores estruturais e socioculturais, incluindo distância às unidades sanitárias, qualidade percebida do atendimento, disponibilidade de transporte e normas comunitárias que favorecem o parto domiciliário. Estes constrangimentos são amplamente descritos no modelo dos Três Atrasos, que destaca o papel combinado da decisão, do acesso físico e da qualidade dos cuidados na mortalidade materna (Thaddeus & Maine, 1994).

O período pós-parto, historicamente reconhecido como o segmento mais frágil do continuum de cuidados maternos, apresentou melhorias relevantes, embora insuficientes para assegurar continuidade universal. A redução da proporção de mulheres sem nenhuma consulta pós-parto e o aumento daquelas que cumpriram as três consultas recomendadas representam avanços importantes.

No domínio do conhecimento materno sobre saúde neonatal e sinais de perigo, os resultados do endline indicam progressos face ao baseline. O aumento da proporção de mulheres capazes de identificar sinais de perigo durante a gravidez e o pós-parto pode ser atribuído, em parte, às actividades de sensibilização conduzidas por activistas comunitários e brigadas móveis, estratégia frequentemente associada a ganhos em literacia em saúde em contextos de baixa cobertura institucional (UNFPA, 2021). Apesar disso, a persistência de núcleos de mulheres com conhecimento limitado constitui um risco adicional para a interrupção do continuum de cuidados, sobretudo no período pós-natal.

A satisfação com os serviços maternos apresentou evolução heterogénea. Embora se tenham registado melhorias em aspectos como trato respeitoso, privacidade, limpeza e disponibilidade de insumos, persistem desigualdades entre distritos e entre unidades sanitárias. As experiências mais negativas reportadas em Marávia, relacionadas com tempo de espera, insuficiência de insumos e fraco envolvimento dos profissionais, reflectem fragilidades estruturais ainda não totalmente mitigadas. Ainda assim, as intervenções de humanização demonstraram impacto mensurável na confiança das mulheres no parto institucional e na percepção de segurança durante o trabalho de parto, reforçando evidências que associam qualidade relacional do atendimento à maior utilização dos serviços (WHO, 2014).

A participação masculina revelou avanços limitados. Apesar de alguns progressos na presença dos homens nas consultas pré-natais iniciais e em actividades comunitárias, a norma social dominante continua a posicionar o homem como actor periférico nos cuidados de saúde reprodutiva, particularmente no pós-parto. A literatura sublinha que mudanças em normas de género requerem intervenções prolongadas, consistentes e culturalmente sensíveis, sendo pouco provável que se consolidem em períodos curtos de implementação (UNFPA, 2021).

Por fim, a discussão dos resultados não pode ser dissociada do contexto de interrupção prematura do projecto. Muitos indicadores evidenciam tendências positivas, porém ainda insuficientes para sustentar mudanças estruturais e comportamentais profundas. Avaliações de programas semelhantes indicam que interrupções abruptas tendem a afectar de forma desproporcional indicadores dependentes de reforço contínuo, como a continuidade dos cuidados pós-parto e a confiança nos serviços (Patton, 2015). A interrupção antecipada do MFBF coloca riscos programáticos significativos, especialmente no que respeita à sustentabilidade das brigadas móveis, das práticas de humanização e da capacitação dos profissionais.

Em síntese, a discussão evidencia que o projecto MFBF produziu avanços relevantes, ainda que incompletos, num contexto marcado por desafios socioculturais intensos, fragilidade estrutural das unidades sanitárias e barreiras geográficas que amplificam desigualdades no acesso aos cuidados de saúde materna e neonatal.

5
CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

A avaliação de fim de linha demonstra que o projecto MFBF contribuiu para melhorias relevantes em vários indicadores de saúde materna nos distritos de Marávia e Zumbo. Entre os principais resultados destacam-se o aumento do conhecimento das mulheres sobre sinais de perigo na gravidez, a redução da proporção de mulheres que não realizaram nenhuma consulta pré-natal, o aumento da institucionalização do parto e a melhoria na realização de consultas pós-parto, indicando avanços no acesso e na utilização inicial dos serviços de saúde materna.

Os resultados quantitativos e qualitativos indicam igualmente que, apesar dos progressos alcançados, persistem desafios estruturais e socioculturais que condicionam a continuidade dos cuidados, incluindo barreiras geográficas, limitações no acesso ao transporte e dinâmicas familiares que influenciam a tomada de decisão das mulheres. Estes desafios ajudam a explicar padrões como o início tardio da consulta pré-natal e a dificuldade de completar o número recomendado de consultas ao longo da gravidez.

A interrupção prematura do projecto constitui um factor adicional de risco para a consolidação dos avanços observados, num contexto em que os indicadores de saúde materna permanecem sensíveis a choques externos e a descontinuidades na oferta de serviços. No seu conjunto, os resultados reforçam a necessidade de intervenções sustentadas e adaptadas ao contexto local, que promovam não apenas o acesso inicial, mas também a continuidade do seguimento ao longo de todo o continuum de cuidados maternos.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A avaliação enfrentou limitações inerentes ao desenho e ao contexto de implementação:

- A recolha de dados foi realizada em unidades sanitárias, o que pode ter excluído mulheres que não recorreram aos serviços de saúde, conduzindo a uma possível subestimação de barreiras mais extremas de acesso e de padrões de não utilização;
- Factores contextuais externos como a interrupção do financiamento, problemas de transporte e períodos de difícil acesso podem ter influenciado a composição da amostra.

RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados da avaliação, recomenda-se:

1. Reforçar estratégias de aproximação dos serviços às comunidades, nomeadamente expansão de brigadas móveis, pontos avançados e sistemas comunitários de transporte, mitigando o efeito do tempo de deslocação.
2. Promover intervenções que reforcem a continuidade do seguimento ao longo da gravidez, com especial atenção à retenção das mulheres após a primeira consulta pré-natal, assegurando a realização atempada das consultas subsequentes.
3. Investir em estratégias de educação para a saúde dirigidas a mulheres e famílias, com enfoque no reconhecimento precoce da gravidez, na importância do início atempado da CPN e na realização completa das consultas recomendadas.
4. Reforçar o envolvimento comunitário, incluindo líderes locais e familiares, de modo a mitigar barreiras socioculturais que influenciam a decisão de procurar e manter o contacto com os serviços de saúde.
5. Assegurar a continuidade de investimentos em infra-estruturas básicas e organização dos serviços, particularmente nas unidades sanitárias mais remotas dos distritos de Marávia e Zumbo, de forma a sustentar os avanços observados e reduzir desigualdades no acesso.
6. Expandir o uso de modelos analíticos, como regressão logística, em futuras avaliações programáticas, para compreender determinantes críticos da utilização dos serviços.

6
REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

A. Literatura Teórica e Metodológica

Bronfenbrenner, U. (1994). *Ecological models of human development*. In T. Husén & T. N. Postlethwaite (Eds.), *International encyclopedia of education* (2nd ed., Vol. 3, pp. 1643–1647). Pergamon Press.

Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). Wiley.

Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Sage Publications.

Fox, J., & Weisberg, S. (2019). *An R companion to applied regression* (3rd ed.). Sage Publications.

Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (3rd ed.). Wiley.

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods* (4th ed.). Sage Publications.

Silverman, D. (2013). *Doing qualitative research* (4th ed.). Sage Publications.

B. Saúde Materna e Enquadramento Analítico

Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091–1110. https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7

C. Metodologia Qualitativa

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? *Field Methods*, 18(1), 59–82. https://doi.org/10.1177/1525822X05279903

Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2012). *Applied thematic analysis*. Sage Publications.

D. Fontes Institucionais e Normativas

Comité Nacional de Bioética para a Saúde. (n.d.). *Regulamento de Ética em Investigação em Saúde*. Ministério da Saúde de Moçambique.

Instituto Nacional de Estatística, & Ministério da Saúde. (2023). *Inquérito demográfico e de saúde: Indicadores seleccionados*. INE/MISAU.

Ministério da Saúde. (2022). *Relatório anual de saúde*. MISAU.

World Health Organization. (2014). *Postnatal care for mothers and newborns: Highlights from the WHO 2013 guidelines*. WHO.

World Health Organization. (2015). *Ethical considerations in research on human subjects*. WHO.

World Health Organization. (2021). *Trends in maternal mortality: 2000–2020*. WHO.

United Nations Population Fund. (2021). *State of the world's midwifery 2021*. UNFPA.

E. Documentos Internos do Projecto MFBF

Centro Internacional para a Saúde Reprodutiva – Moçambique. (2023). *Estudo de linha de base do projecto Mulheres Felizes e Bebés Felizes (MFBF): Componente quantitativa*. ICRHM.

Centro Internacional para a Saúde Reprodutiva – Moçambique. (2023). *Estudo de linha de base do projecto Mulheres Felizes e Bebés Felizes (MFBF): Componente qualitativa*. ICRHM.

Centro Internacional para a Saúde Reprodutiva – Moçambique. (2025). *Plano operativo do projecto Mulheres Felizes e Bebés Felizes (MFBF)*. ICRHM.

Centro Internacional para a Saúde Reprodutiva – Moçambique. (2025). *Relatórios técnicos internos de monitoria e avaliação (2023–2025)*. ICRHM.

7
APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice 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 não 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

Secção E- provisão de serviços 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 serviços 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 gestação, 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	

Anexos

```
Call:
glm(formula = D11_bin ~ b1_idade + b4_qual_e_a_sua_situacao_de_escolaridade +
    b6_qual_e_o_estado_da_sua_empregabilidade + b8_qual_e_a_renda_mensal_do_seu_agregado +
    b9_qual_e_o_seu_estado_civil + b14_que_meios_costuma_utilizar_para_aceder_aos_centro_de_saude_mais_proximo +
    b15_quanto_tempo_leva_de_casa_para_o_centro_de_saude_mais_proximo_de_si +
    total_c5 + total_c7 + total_e + a1_distrito, family = binomial,
    data = df2)

Coefficients:
                                                                                  Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)
(Intercept)                                                                     1.122e+01  5.354e+02   0.021 0.983286
b1_idade                                                                       -2.333e-02  1.650e-02  -1.414 0.157286
b4_qual_e_a_sua_situacao_de_escolaridadeEnsino Secundário                       5.014e-01  3.483e-01   1.440 0.149948
b4_qual_e_a_sua_situacao_de_escolaridadeEnsino Superior                         3.844e-01  1.754e+00   0.219 0.826586
b4_qual_e_a_sua_situacao_de_escolaridadeEnsino Tecnico                          3.063e+00  1.247e+00   2.455 0.014078 *
b4_qual_e_a_sua_situacao_de_escolaridadeNenhum                                  3.519e-02  2.771e-01   0.127 0.898934
b6_qual_e_o_estado_da_sua_empregabilidadeConta própria                         -1.362e+01  5.354e+02  -0.025 0.979710
b6_qual_e_o_estado_da_sua_empregabilidadeDesempregado                          -1.329e+01  5.354e+02  -0.025 0.980199
b6_qual_e_o_estado_da_sua_empregabilidadeEmpregado                             -1.481e+01  5.354e+02  -0.028 0.977933
b8_qual_e_a_renda_mensal_do_seu_agregado                                        3.959e-05  2.744e-05   1.443 0.149106
b9_qual_e_o_seu_estado_civilSeparada/Viúva                                     -3.794e-01  9.551e-01  -0.397 0.691188
b9_qual_e_o_seu_estado_civilSolteira                                            4.950e-01  2.584e-01   1.916 0.055410 .
b14_que_meios_costuma_utilizar_para_aceder_aos_centro_de_saude_mais_proximoCarro -1.334e+00  1.251e+00  -1.067 0.286165
b14_que_meios_costuma_utilizar_para_aceder_aos_centro_de_saude_mais_proximoMota -5.757e-02  3.141e-01  -0.183 0.854557
b14_que_meios_costuma_utilizar_para_aceder_aos_centro_de_saude_mais_proximoOutro 9.632e-02  6.251e-01   0.154 0.877541
b15_quanto_tempo_leva_de_casa_para_o_centro_de_saude_mais_proximo_de_siMais de 1 hora -5.181e-01  3.445e-01  -1.504 0.132575
b15_quanto_tempo_leva_de_casa_para_o_centro_de_saude_mais_proximo_de_siMenos de 30 minuto -7.418e-01  3.212e-01  -2.309 0.020923 *
total_c5                                                                        1.876e-01  1.650e-01   1.137 0.255646
total_c7                                                                        8.011e-01  2.070e-01   3.870 0.000109 ***
total_e                                                                         1.247e-01  8.541e-02   1.459 0.144443
a1_distritoZumbo                                                                6.828e-01  2.803e-01   2.436 0.014859 *
---
Signif. codes:  0 ‘***’ 0.001 ‘**’ 0.01 ‘*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1

(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)
```

```
        Hosmer and Lemeshow goodness of fit (GOF) test

data:  df2$D11_bin, fitted(modelo_D11)
X-squared = 14.314, df = 8, p-value = 0.07393
```

POS PARTO	Concordo n(%)	Concordo plenamente n(%)	Discordo n(%)	Discordo plename nte 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 bebé	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 bebé e sobre como cuidar do bebé.	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)

(Baseline)

```
E26: Exame da mãe      Global     Maravia       Zumbo
          Não      7 (1.8)     7 (3.2)     0 (0)
  Parcialmente     10 (2.6)     8 (3.7)     2 (1.2)
           Sim  365 (95.5)  204 (93.2)  161 (98.8)
         Total 382 (100,0) 219 (100,0) 163 (100,0)

E27: Exame do bebé      Global     Maravia       Zumbo
          Não      4 (1)     4 (1.8)     0 (0)
  Parcialmente     15 (3.9)     11 (5)     4 (2.5)
           Sim     363 (95)  204 (93.2)  159 (97.5)
         Total 382 (100,0) 219 (100,0) 163 (100,0)

E28: Cuidados maternos      Global     Maravia       Zumbo
          Não      6 (1.6)     5 (2.3)     1 (0.6)
  Parcialmente     15 (3.9)     13 (5.9)     2 (1.2)
           Sim  361 (94.5)  201 (91.8)  160 (98.2)
         Total 382 (100,0) 219 (100,0) 163 (100,0)

E29: Cuidados do bebé      Global     Maravia       Zumbo
          Não      5 (1.3)     4 (1.8)     1 (0.6)
  Parcialmente     14 (3.7)     13 (5.9)     1 (0.6)
           Sim     363 (95)  202 (92.2)  161 (98.8)
         Total 382 (100,0) 219 (100,0) 163 (100,0)

E30: Conselho PF      Global     Maravia       Zumbo
          Não     10 (2.6)     9 (4.1)     1 (0.6)
  Parcialmente     19 (5)     15 (6.8)     4 (2.5)
           Sim  353 (92.4)  195 (89)  158 (96.9)
         Total 382 (100,0) 219 (100,0) 163 (100,0)

E31: Ofereceu PF      Global     Maravia       Zumbo
          Não     9 (2.4)     9 (4.1)     0 (0)
  Parcialmente     11 (2.9)     11 (5)     0 (0)
           Sim  362 (94.8)  199 (90.9)  163 (100)
         Total 382 (100,0) 219 (100,0) 163 (100,0)

E32: Informação da próxima CPP      Global     Maravia       Zumbo
          Não     7 (1.8)     4 (1.8)     3 (1.8)
  Parcialmente     13 (3.4)     8 (3.7)     5 (3.1)
           Sim  362 (94.8)  207 (94.5)  155 (95.1)
         Total 382 (100,0) 219 (100,0) 163 (100,0)

E33: Satisfação CPP      Global     Maravia       Zumbo
          Não     3 (0.8)     3 (1.4)     0 (0)
  Parcialmente     11 (2.9)     8 (3.7)     3 (1.8)
           Sim  368 (96.3)    208 (95)  160 (98.2)
         Total 382 (100,0) 219 (100,0) 163 (100,0)
```

Tabela 1: Característica sócio-demográficas das participantes

		Global	Maravia	Zumbo
		n (%)	n (%)	n (%)
B1. Faixas etárias	*10 a 14*	2 (0.5)	2 (0.8)	0 (0.0)
	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	381 (100.0)	246 (100.0)	135 (100.0)

(Base Line)

```
B1. Faixas etárias      Global      Maravia      Zumbo
             10 a 14      0 (0)       0 (0)      0 (0)
             15 a 19   43 (11.3)   26 (11.9)  17 (10.4)
             20 a 24   85 (22.3)   50 (22.8)  35 (21.5)
             25 a 29   95 (24.9)   48 (21.9)  47 (28.8)
             30 a 34   71 (18.6)   48 (21.9)  23 (14.1)
          35 ou mais      88 (23)     47 (21.5)  41 (25.2)
               Total 382 (100,0) 219 (100,0) 163 (100,0)
```

(Endline)

	Não	377 (99.0)	243 (98.8)	134 (99.3)
B2. É portadora de deficiência?	*Sim*	4 (1.0)	3 (1.2)	1 (0.7)
	Total	381 (100.0)	246 (100.0)	135 (100.0)

(Base Line)

```
B2. Deficiência      Global      Maravia      Zumbo
            Não  352 (92.1)  204 (93.2)  148 (90.8)
            Sim   30 (7.9)     15 (6.8)    15 (9.2)
          Total 382 (100,0) 219 (100,0) 163 (100,0)
```

(Endline)

```
`B3: Se sim, que tipo de deficiência possui?` Global      Maravia     Zumbo
<chr>                                         <chr>       <chr>       <chr>
Auditiva                                      12 (40.0)   7 (46.7)    5 (33.3)
Física                                        10 (33.3)   7 (46.7)    3 (20.0)
Múltiplas                                     2 (6.7)     0 (0.0)     2 (13.3)
Visual                                        6 (20.0)    1 (6.7)     5 (33.3)
Total                                         30 (100.0)  15 (100.0)  15 (100.0)
```

(Endline)

	Alfabetização	7 (1.8)	6 (2.4)	1 (0.7)
	Ensino primário	97 (25.5)	65 (26.4)	32 (23.7)
B4. Qual é a sua situação de escolar?	*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)

(Base line)

```
B4. Escolaridade      Global      Maravia      Zumbo
  Ensino primário  215 (56.3)  117 (53.4)  98 (60.1)
Ensino Secundário   56 (14.7)    22 (10)   34 (20.9)
  Ensino Superior     2 (0.5)     2 (0.9)     0 (0)
    Ensino Tecnico    8 (2.1)     5 (2.3)    3 (1.8)
           Nenhum 101 (26.4)   73 (33.3)  28 (17.2)
             Total 382 (100,0) 219 (100,0) 163 (100,0)
```

(Endline)

```
B5. Escolaridade do parceiro      Global      Maravia      Zumbo
          Ensino primário  175 (45.8)   89 (40.6)  86 (52.8)
        Ensino Secundário     84 (22)   49 (22.4)  35 (21.5)
          Ensino Superior      4 (1)     2 (0.9)    2 (1.2)
            Ensino Tecnico  20 (5.2)     6 (2.7)   14 (8.6)
                   Nenhum   99 (25.9)   73 (33.3)  26 (16)
                     Total 382 (100,0) 219 (100,0) 163 (100,0)
```