Percepções, práticas e atitudes das comunidades relacionadas à mortalidade materna na província de Tete, Moçambique: um estudo qualitativo descritivo-exploratório

Mauro Hernani Pio Monteiro [1]
https://orcid.org/0009-0007-7191-5887

Nádia Daudo Osman [3]
https://orcid.org/0009-0009-9863-5007

Zubaida Aissa Ibrahim [2]
https://orcid.org/0009-0004-3516-2066

Nelson Justino Emílio Mugaua [4]
https://orcid.org/0009-0000-2236-4954

[1-4] Instituto Nacional de Saúde (INS). Delegação Provincial de Tete, Moçambique. E-mail: mauro.monteiro@ins.gov.mz

Resumo

Objetivos: avaliar as percepções, práticas e atitudes das comunidades relacionadas à mortalidade materna na província de Tete, Moçambique.

Métodos: realizou-se um estudo qualitativo descritivo, de caráter exploratório, com dados colhidos em Dezembro de 2024, em seis distritos da província de Tete. A amostragem por conveniência e tamanho definido pela saturação teórica incluiu diferentes atores comunitários e profissionais de saúde, como parteiras tradicionais, mães modelo, enfermeiras de saúde materno-infantil, agentes polivalentes de saúde, membros de comitês comunitários, líderes comunitários e familiares de mulheres que faleceram durante a gestação ou 42 dias pós-parto com entrevistas individuais e grupos focais.

Resultados: a primeira demora foi influenciada por crenças religiosas, baixa autonomia das mulheres nas decisões de saúde e desconfiança em relação a profissionais mais jovens. Segunda demora esteve relacionada a longas distâncias, vias degradadas e limitações das casas de espera. A terceira demora envolveu atrasos no atendimento, maus-tratos, cobranças ilícitas e negligência de alguns profissionais de saúde.

Conclusão: as três demoras refletem a necessidade de intervenções integradas a nível comunitário e institucional. Recomenda-se o reforço do papel das parteiras tradicionais e fortalecimento da capacidade dos serviços de saúde para garantir cuidados apropriados.

Palavras-chave *Mortalidade materna, Três demoras, Práticas, Atitudes, Percepções*

Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

https://doi.org/10.1590/1806-9304202600000339

Introdução

Conforme a World Health Organization (WHO),[1] mais que 700 mulheres morreram diariamente de causas evitáveis relacionadas a gravidez e ao parto, o que equivale a uma morte materna a cada dois minutos. Em 2023, registaram-se cerca de 260.000 mortes maternas em todo o mundo, equivalente a aproximadamente 712 mortes por dia. Destes, 92% ocorreram em países de baixo e médio rendimento, sendo que a África Subsaariana com 70% das mortes.[1] O tratamento e o manejo oportuno das complicações obstétricas são essenciais para prevenir a mortalidade materna.[2]

Moçambique assumiu o compromisso de reduzir o rácio de mortalidade materna para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030, conforme os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).[3] No entanto, o país apresenta ainda um rácio elevado, estimado em cerca de 223 mortes por 100.000 nascidos vivos.[1]

Dados do Sistema Comunitário de Vigilância em Saúde e de Eventos Vitais (SIS-COVE), referentes ao período de 2019 a 2021, indicam que uma proporção significativa das mortes maternas ocorre ao nível comunitário, com maior concentração nas regiões Centro e Norte do país.[4] O Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2022-2023 reportou que, na província de Tete, 51% dos partos na província ocorreram em instituições de saúde.[5] No Sistema Nacional de Saúde (SNS), as parteiras tradicionais têm um papel reconhecido na comunidade e são apoiadas e orientadas para referir todas as grávidas às Unidades Sanitárias (US).[6]

Apesar de tudo, continuam barreiras, como as longas distâncias e falta de transporte para chegar às US, dificuldades financeiras, falta de informação sobre sinais de perigo durante a gravidez, e crenças socioculturais que acabam influenciando no atraso a procura de cuidados.[6–9] A infraestrutura precária e a qualidade do atendimento também desencorajam a busca por cuidados.[7,8] Para compreender este cenário, Thaddeus e Maine apresentaram o Modelo Três Demoras, que descreve: (i) o atraso na decisão de procurar cuidados, (ii) o atraso no acesso aos serviços de saúde e (iii) o atraso no recebimento de cuidados adequados nas US.[9]

No contexto moçambicano, a primeira demora envolve aspectos socioculturais que consistem na filiação religiosa, decisão dependente de tutores, percepção sobre profissionais de saúde; barreiras ocupacionais ou econômicas (necessidade da mulher auxiliar na agricultura), barreiras institucionais (exigência da presença dos parceiros nas US e conhecimento de normas por parte da pessoa comunitária de saúde). A segunda demora inclui barreiras geográficas e estruturais, como distâncias e acessibilidade. A terceira demora diz respeito à qualidade de atendimento (demora no atendimento, maus-tratos, cobranças ilícitas), falta de infraestruturas de apoio, como casas de espera para mulheres grávidas, que são muitas vezes precárias e sem alimentação.

Contudo, existem facilitadores que podem reduzir estas barreiras, como agentes comunitárias, parteiras tradicionais e mães modelo (mulheres com experiência e sabedoria na comunidade), que ajudam a divulgar informações corretas e promover práticas seguras.[7,8]

Poucos estudos discutem de forma estruturada as atitudes, conhecimentos e práticas das mulheres, famílias e profissionais, assim como as três demoras. Vidler *et al*.[10] defendem a integração de cuidados, que assegure ligações eficazes entre os diferentes níveis do sistema.[10]

Em Moçambique, incluindo na província de Tete, as informações sobre mortes maternas ocorridas na comunidade são escassas. Embora os Sistemas de Informação para Monitoria e Avaliação (SIS-MA) e SIS-COVE tenham identificado a ocorrência dessas mortes, não há um sistema de monitoramento programático e em tempo real que permita compreender em profundidade os fatores associados. Além disso, o país não dispõe de mecanismos que rastreiem os óbitos maternos durante a gestação ou 42 dias após o parto, o que dificulta a avaliação da situação real e o planeamento de intervenções eficazes em saúde materna. A pesquisa pretende evidenciar dificuldades na saúde materna, com foco em percepções, práticas e atitudes das comunidades relacionadas à mortalidade materna na província de Tete, Moçambique, usando relatos de intermediários comunitários e profissionais do sistema de saúde, complementada por limitado de relatos diretos de familiares das vítimas.

Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, de caráter exploratório, que buscou compreender as percepções, práticas e atitudes das comunidades relacionadas à mortalidade materna na província de Tete, Moçambique. A coleta de dados foi realizada em dezembro de 2024. O estudo foi conduzido e reportado de acordo com os Critérios Consolidados para Reporte de Pesquisa Qualitativa (COREQ).

O estudo foi realizado na província de Tete, nas comunidades e US dos distritos de Mutarara, Doa, Tsangano, Macanga, Angónia e Magoe. A seleção desses distritos foi baseada nos dados de mortalidade comunitária do SIS-COVE 2019-2021, tendo sido escolhidas áreas com maior mortalidade.[4]

A população inclui familiares de gestantes falecidas durante a gravidez ou até 42 dias após o parto, Agentes Polivalentes de Saúde (APS), líderes comunitários ou religiosos, parteiras tradicionais (PT), mães modelo,

comitês comunitários de saúde e provedores de saúde, especificamente enfermeiras de saúde materno-infantil (ESMI).

A amostragem foi por conveniência, considerando participantes com experiência relevante ao fenômeno estudado. Foram incluídos participantes com idade igual ou superior a 18 anos, residentes nas comunidades estudadas e com experiência direta na assistência e convivência com a gestantes falecidas.

O tamanho da amostra foi determinado considerando o princípio da saturação teórica, que orienta os estudos qualitativos e ajuda a identificar o momento em que as entrevistas deixam de trazer novas informações.[11,12,13]

Esse processo foi acompanhado durante a coleta de dados por dois pesquisadores envolvidos na análise. Considerou-se que a saturação foi alcançada quando novas entrevistas passaram a não acrescentar informações relevantes às categorias analíticas definidas. Essa avaliação foi feita de forma global, considerando os diferentes grupos de participantes incluídos no estudo.

Inicialmente, estava prevista a realização de 73 entrevistas individuais, distribuídas entre diferentes categorias de participantes, incluindo 13 entrevistas com APS, 16 com parteiras tradicionais, 15 com ESMI, 13 com líderes comunitários e 16 com familiares de gestantes que faleceram durante a gestação ou até 42 dias após o parto. Além disso, foi planejada a realização de 26 discussões em grupos focais (DGF), sendo 13 com mães modelo e 13 com membros de comitês comunitários de saúde.

A coleta foi conduzida até o momento em que os dados passaram a apresentar repetição de informações, sem surgimento de novos elementos relevantes para os objetivos do estudo. Não houve recusas ou desistências de participantes durante o processo de coleta de dados.

Os instrumentos de coleta de dados foram elaborados com base na revisão da literatura e ajustados à realidade local. Antes do trabalho de campo, realizou-se um ensaio prévio, para validar os instrumentos, e uma reunião de harmonização, que permitiu alinhar a equipa quanto aos procedimentos e ao uso das ferramentas.

A equipe de inquiridores foi composta por profissionais da área médica, saúde publica, enfermagem geral e de saúde materno infantil ambos os sexos, todos com experiência em investigação qualitativa e atuação em saúde pública. A equipe responsável pela condução das entrevistas e das DGF era formada por profissionais da área da saúde, vinculados ao Instituto Nacional de Saúde, com experiência nesse tipo de abordagem. Não houve relação prévia entre os pesquisadores e os participantes antes do início da coleta de dados.

Considera-se que o vínculo institucional dos pesquisadores pode ter influenciado, de alguma forma, as respostas dos participantes, especialmente em temas relacionados à qualidade dos serviços de saúde. Para reduzir esse possível efeito, foram adotadas medidas como a garantia de confidencialidade, anonimato e o reforço da liberdade de expressão dos participantes durante todo o processo de coleta de dados e não foram inclusos profissionais de saúde locais.

Durante a condução das entrevistas individuais e das discussões em grupo focal, não houve presença de pessoas externas além dos participantes e da equipe de pesquisa.

Foram utilizadas entrevistas individuais semiestruturadas e DGF. O roteiro de entrevistas foi desenvolvido para esta investigação e incluiu perguntas abertas relacionadas às percepções, práticas e atitudes das comunidades relacionadas à mortalidade materna. As entrevistas individuais ocorreram de forma presencial, em português, e foram gravadas em áudio, mediante consentimento dos participantes. Cada participante recebeu um código numérico para preservar a confidencialidade porem a diante vai ser usado a função para discrição (sem necessariamente identificar o participante).

Nas DGF, utilizou-se igualmente um roteiro com os principais tópicos da pesquisa. As conversas também foram gravadas em áudio, traduzidas da língua local para português e posteriormente transcritas para análise textual, assegurando a veracidade dos relatos para a posterior análise.

A coleta de dados foi realizada por uma equipa de investigadores de ambos os sexos, previamente capacitados em investigação qualitativa, ética em pesquisa e condução de entrevistas e discussões em grupos focais. Embora a equipa estivesse vinculada ao Instituto Nacional de Saúde, todos os participantes foram informados de que o estudo tinha exclusivamente fins científicos e de que a sua participação, bem como as opiniões partilhadas, não teria qualquer influência sobre os cuidados de saúde recebidos nem sobre a sua relação com os serviços de saúde.

As entrevistas foram traduzidas por três interpretes locais, fluentes nos idiomas local e português, sendo que dois faziam a tradução em separado da mesma informação e o terceiro usado para correções das contradições de interpretação dos primeiro e posteriormente transcritas e codificadas de forma anónima. Foi realizada uma análise de conteúdo dirigida, conforme proposto por Hsieh e Shannon,[14] utilizando como referencial teórico o modelo das três demoras de Thaddeus e Maine.

As categorias analíticas foram definidas a prior, incluindo: (i) decisão de procurar cuidados, (ii) acesso aos serviços de saúde e (iii) qualidade da atenção recebida. Durante o processo analítico, buscou-se também identificar possíveis categorias emergentes fora desse referencial.

As unidades de registo foram codificadas e posteriormente organizadas nas categorias previamente definidas com base no modelo de três demoras. Durante esse processo, também foram consideradas categorias emergentes sempre que novos elementos relevantes eram identificados nos dados.

A codificação dos dados foi realizada por dois pesquisadores independentes. Eventuais divergências foram discutidas até o consenso, assegurando consistência e rigor analítico. A estrutura de codificação utilizada na análise esta apresentada na Tabela 1. A análise de dados foi realizada manualmente, sem o uso de *software* específico para análise qualitativa.

Não foram realizadas notas de campo durante a coleta de dados. As transcrições não foram devolvidas aos participantes para validação, devido a limitações logísticas, e não foi realizada a validação externa dos resultados com os participantes.

Foram analisados aspectos relacionados ao acesso a cuidados pré-natais (CPN) e pós-parto, envolvendo barreiras culturais, econômicas e geográficas que influenciam a busca pelos serviços de saúde; conhecimento das mães matronas sobre a importância das CPN e pós-parto, assim como as práticas adotadas no processo de encaminhamento das gestantes para as US; fatores de riscos associados às mortes maternas, tal como identificados pelos participantes, incluindo demora na procura de serviços e restrições; aplicação das normas do Ministério da Saúde (MISAU) pelos atores comunitários, a sua capacidade para usar ferramentas de registro e encaminhamento e os tipos de cuidados prestados antes e durante o referenciamento.

O protocolo foi aprovado pelo Comitê Interinstitucional de Bioética para a Saúde (CIBS) de Tete (Ref. 58/CIBST/24) e contemplou a investigação dos factores associados à mortalidade materna, incluindo a coleta e análise das percepções, práticas e atitudes de actores comunitários e profissionais de saúde relacionadas às três demoras. Assim, as análises apresentadas neste manuscrito encontram-se abrangidas pelo escopo científico e ético aprovado.

Todos os procedimentos seguiram os princípios da Declaração de Helsinque e da Boa Prática Clínica onde todas as entrevistas e discussões em grupos focais foram conduzidas sob princípios rigorosos de confidencialidade e anonimato. As citações apresentadas no artigo foram identificadas apenas pela categoria do participante e pelo distrito de origem, sem qualquer informação que permitisse a identificação de indivíduos ou de profissionais específicos. Em nenhum momento foram divulgados nomes, unidades sanitárias ou outros elementos identificáveis.

Tabela 1

Estrutura de codificação utilizada na análise de conteúdo.

Código	Categoria	Exemplo
Crenças religiosas	Primeira demora: fatores socioculturais	"...não podem receber sangue por causa da religião..."
Autonomia da mulher	Primeira demora: influência familiar	"...ela precisa esperar o marido decidir..."
Desconfiança em enfermeiras jovens – primeira demora	Primeira demora: fatores socioculturais	"...As vezes por questões culturais, aqui nas periferias existem gestantes muito conservadoras que tem o receio de dar parto na US por conta da idade das enfermeiras que na US assistem o parto. Elas dizem não poder tirar a roupa para uma criança lhes ver...."
Falta de segurança nas casas de espera- primeira	Segunda demora: fatores de segurança	"....La no nosso hospital tem casa para as mulheres gravidas ficarem.....não tem boas condições de segurança..." "...Aqui na US existe casa para espera da mulher gravida mas como podem ver as condições da casa não é das melhores e tenho mobilizado a estrutura local para ver o que pode ser feito para resolver essa questão"
Distância à unidade sanitária	Segunda demora: barreiras geográficas	"...a unidade sanitária é muito distante..."
Dificuldade de transporte	Segunda demora: barreiras econômicas	"...é preciso dinheiro para conseguir chegar ao hospital..."
Longas distâncias	Segunda demora: fatores de acessibilidade	"... Mas tem um problema muito grande aqui na comunidade, que é distância...." "..... Em termos da distância, a distância e muito maior, as condições financeiras também não ajudam....."
Maus-tratos no atendimento	Terceira demora: qualidade de atendimento	"...as enfermeiras chegam a bater nas mulheres..."
Cobranças ilícitas	Terceira demora: sistema de saúde	"...é preciso pagar para ser bem atendida..."

Antes do início das atividades, foram realizadas reuniões com as autoridades de saúde e comunitárias para apresentar os objetivos e metodologias da pesquisa. Todos os participantes foram devidamente informados sobre o propósito do estudo, os possíveis riscos e benefícios, e seus direitos, incluindo a liberdade de se retirar a qualquer momento.

O consentimento informado foi obtido de todos os participantes. O documento foi lido e explicado, e quando necessário, traduzido para o idioma local para participantes que não falavam português. A participação foi formalizada por meio da assinatura ou impressão digital do termo e da assinatura de uma testemunha. Cada participante recebeu uma cópia do termo assinado.

Considerando a sensibilidade das entrevistas realizadas com familiares de mulheres falecidas durante a gestação ou até 42 dias após o parto, foram adoptados cuidados éticos adicionais. As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado, após a obtenção do consentimento informado, respeitando o ritmo e a disponibilidade emocional de cada participante. Os investigadores permaneceram atentos a eventuais sinais de sofrimento emocional durante a condução das entrevistas. Caso fosse identificado sofrimento psicológico, estava previamente planificado o encaminhamento do participante para a unidade sanitária de referência, onde poderia receber acompanhamento por um psicólogo. Contudo, durante a realização do estudo, não foi identificada qualquer situação que justificasse esse encaminhamento.

Resultados

Na pesquisa, participaram 371 indivíduos, distribuídos entre 30 DGF e 41 entrevistas individuais, envolvendo diferentes atores comunitários e profissionais de saúde.

As DGF foram realizadas com dois grupos: mães modelo (n=20 grupos), com média de 12 participantes por grupo, e membros dos comitês comunitários de saúde (n=10 grupos), com média de cerca de 9 participantes por grupo.

Além das DGF, foram realizadas 41 entrevistas individuais, envolvendo diferentes categorias de atores comunitários e profissionais de saúde, incluindo, 8 Agentes Polivalentes de Saúde (APS), 11 parteiras tradicionais (PT), 13 enfermeiras de saúde materno-infantil (ESMI), 6 líderes comunitários e 3 familiares de mulheres que faleceram durante a gestação ou até 42 dias após o parto.

A coleta de dados foi realizada inicialmente em 21 áreas de saúde, distribuídas em seis distritos da província de Tete. No entanto, devido às condições climáticas adversas caracterizadas por chuvas intensas, degradação das vias de acesso, mobilidade populacional, mudança de lideranças e aspectos socioculturais não foi possível alcançar a meta das entrevistas (Tabela 2), assumindo esta condicionante como limitações da pesquisa.

Entre os 41 participantes das entrevistas individuais, a idade variou de 34 a 65 anos, com média de 46 anos. Informações detalhadas sobre as características das atividades realizadas e o perfil sociodemográfico dos participantes encontram-se na Tabela 3.

Primeira Demora: Decisão de procurar cuidados de saúde materna

De forma geral, os relatos indicam que a decisão de procurar cuidados de saúde é fortemente influenciada por fatores socioculturais e familiares, com variações entre diferentes distritos. Observa-se que a autonomia das mulheres nesse processo é frequentemente limitada,

Tabela 2

Caracterização das limitações de entrevistas.

Categoria	Planejado	Realizado	Variação	Limitações
Entrevistas — APS	13	8	–38%	Muitos APEs elegíveis estavam envolvidos em ações de formação e atualização técnica promovidas pelos serviços de saúde
Entrevistas — Parteiras tradicionais	16	11	–31%	Mobilidade transfronteiriça, actividades agrícolas fara das áreas abrangidas, residências de difícil acesso por condições climáticas
Entrevistas — ESMI	15	13	–13%	difícil acesso por condições climáticas, ausência das informantes chaves por motivos laborais
Entrevistas — Líderes comunitários	13	6	–54%	Mobilidade transfronteiriça, actividades agrícolas fara das áreas abrangidas, residências de difícil acesso por condições climáticas, líderes recém-indicados,
Entrevistas — Familiares de óbito materno	16	3	–81%	Contexto sociocultural em que são de linhagens matriarcal (Angónia, Tsangano, Macanga, Doa) em que em situações de viuvez o conjugue regressa a sua família de origem, Mobilidade transfronteiriça, actividades agrícolas fora das áreas abrangidas, residências de difícil acesso por condições climáticas
Discussões em grupo focal — Mães modelo	13	20	+54%	Houve muito boa aderência deste grupo ligado ao facto de existirem grupos de mães modelos treinadas pelas unidades sanitárias para auxiliar na sensibilização comunitária
Discussões em grupo focal — Comitês comunitários	13	10	–23%	Mobilidade transfronteiriça, actividades agrícolas fara das áreas abrangidas, residências de difícil acesso por condições climáticas, comités recém-formados

APS=agentes polivalentes de saúde; ESMI=enfermeiras de saúde materno-infantil.

sendo mediada por normas culturais, crenças religiosas e relações de poder no contexto familiar, o que contribui para atrasos na busca por atendimento.

A afiliação religiosa desempenha um papel determinante na procura de cuidados, sobretudo nas comunidades, sobretudo nos distritos de Tsangano, Angónia e Macanga onde professam Testemunhas de Jeová e Joahan Malangue (Igreja Apostólica Johane Marange, movimento com presença documentada na região e posição doutrinária de recusa a transfusões sanguíneas e intervenções biomédicas) desincentivam a transfusão de sangue, consumo de fármacos ou outro processo biomédico.

> *"... Já, mais para o lado da religião, não pode doar sangue, não pode receber sangue, porque é uma certa religião. Isto também acaba influenciando, não pode tomar algumas vacinas porque é igreja proíbe.... Estamos a falar da igreja Testemunho de Jeová e Joahan Malangue..." (ESMI, Angónia)*

As tomadas de decisão das mulheres não pertencem a si próprias, mas são atribuídas a seus tutores ou familiares mais velhos, o que também influencia no atraso de procura dos serviços, exigindo adicionalmente a presença do parceiro na primeira CPN, especialmente quando o parceiro está ausente ou indisponível.

> *".... Há vezes em que quem acompanha é o marido... ela tem que esperar até o marido voltar para autorizar que ela vá, ou é a sogra, ou é a mãe dela, quem decide para esta ir a Hospital..." (APS, Mutarara)*

Observou-se também que algumas mulheres mais velhas manifestaram receio de receber assistência por enfermeiras jovens, associando a idade à falta de experiência clínica, o que interfere negativamente na confiança e na procura dos serviços de saúde.

> *"... As vezes por questões culturais, aqui nas periferias existem gestantes muito conservadoras que tem o receio de dar parto na US por conta da idade das enfermeiras que na US assistem o parto. Elas dizem não poder tirar a roupa para uma criança lhes ver..." (ESMI, Magoe)*
>
> *"... A nossa comunidade é um pouco negligente porque olha mais a questão da idade, dizem que eu não vou lá ser atendida por uma criança, esse é um grande desafio que temos..." (ESMI, Tsangano)*

No que diz respeito aos atores comunitários, tais como as PT e APS referiram ter conhecimento das normas de funcionamento do sistema de referenciamento previstos pelo MISAU, porém sua implementação enfrenta desafios como a disponibilidade de meios de registro, bem como a falta de seguimento dos programas comunitários pelo sector da saúde, aliado ao facto de a comunidade também preferir não se deslocar devido às longas distâncias, falta de transporte e fatores econômicos.

> *"... Sabemos que dar parto na comunidade não é o recomendado... existe uma distância longa até chegar a US, porque daqui onde estamos para a US não é perto e para sair daqui é muito difícil e gasta-se muito dinheiro..." (PT, Tsangano)*
>
> *"... Elas não trazem nenhum documento. Apenas quando chegam aqui na US informam que foi fulano ou fulano que lhes mandou e como já conhecemos os nossos APS e mães modelo apenas atendemos..." (ESMI, Macanga)*

Tabela 3

Caracterização das atividades e dos participantes.

Característica	Descrição
Distritos abrangidos	6
Áreas de saúde planeadas	21
Áreas de saúde alcançadas	18
Atividades do estudo	
Discussões em grupo focal com mães modelo	20 (média de 12 participantes por grupo)
Discussões em grupo focal com comitês comunitários	10 (média de 9 participantes por grupo)
Entrevistas individuais	41
Total de participantes	371
Idade dos participantes das entrevistas individuais (n=41)	
Faixa etária (anos)	34 - 65
Idade média (anos)	46

Não foi possível desagregar os dados por sexo e por distrito para todos os participantes, nem apresentar a variação do número de participantes por grupo, devido à forma de registo das informações durante a coleta de dados. As informações sobre a idade se referem de forma exclusiva aos participantes das entrevistas individuais (n=41). As características sociodemográficas individuais não foram registadas nas discussões em grupos focais, uma vez que os dados foram recolhidos e documentados de forma agregada ao nível de cada grupo.

Segunda Demora: Chegada tardia às unidades sanitárias

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde, observa-se que as dificuldades enfrentadas pelas comunidades vão além da distância, envolvendo também fatores econômicos e estruturais que limitam o deslocamento.

A segunda demora mostrou-se associada a barreiras geográficas, econômicas e estruturais.

As longas distâncias entre as US e as comunidades dificultam o acesso oportuno ao atendimento, especialmente em contextos de difícil acesso, fazendo com que algumas famílias recorram as parteiras tradicionais.

> *"... As nossas comunidades algumas estão a longas distâncias da US e com a falta de recurso que temos e dificuldade de acesso das vias, por vezes dificultam prover serviços básicos de saúde..." (Membros do comitê de saúde comunitária, Doa)*
> *"... Temos tido várias dificuldades, por causa da distância, há certos partos que acontecem na rua..." (Mães modelo, Angónia)*

As limitações financeiras também foram mencionadas, dificultando não apenas o transporte, mas todo o processo de deslocamento até os serviços de saúde.

> *"... A distância é muito maior, as condições financeiras também não ajudam, porque para sair daqui... até ao Hospital é preciso dinheiro, com isso fica muito complicado. Portanto, se tivermos um hospital por perto, seria bom para a nossa comunidade..." (Membros do comitê de saúde comunitária, Tsangano)*

As barreiras ocupacionais, como a prática da agricultura, juntamente com a falta de infraestruturas de apoio, como, por exemplo, casas de espera para mulheres grávidas, foram apontadas pelos entrevistados como fatores que influenciam a procura pelos serviços de saúde para mulheres grávidas e pós-parto. Muitas dessas mulheres têm que ajudar seus maridos e família nos campos agrícolas que garantem o sustento da família, o que frequentemente as obriga a se deslocar para locais distantes de suas residências habituais. Quando essa realidade se soma à escassez das casas de espera para mulheres grávidas ou às péssimas condições das existentes, que não garantem segurança e não disponibilizam alimentação, a utilização desses espaços torna-se desestimulante.

> *"... A falta de casa mãe espera pode estar a influenciar a situação de partos na comunidade, uma vez que aqui existem comunidades muito distantes e com acesso difícil, principalmente nas estações chuvosas..." (ESMI, Tsangano)*
> *"... A nossa US tem casa mãe espera, mas sem condições... é preciso dinheiro de transporte para chegar ao hospital e quando chegar vai ser preciso comida, sabão..." (Mães modelo, Doa)*
> *"... As mães precisam de casa mãe espera, por exemplo, mães que vivem nos povoados mais distantes daqui é meio difícil elas chegar aqui enquanto estiver na fase ativa, fora isso as vias de acesso não sãos boas..." (Líderes, Magoe)*

Terceira Demora: recebimento de cuidados adequados na unidade sanitária

Em relação ao atendimento nas US, os relatos evidenciam fragilidade na qualidade de assistência, influenciando diretamente a confiança da comunidade nos serviços. Experiências negativas relacionadas à demora, conduta dos profissionais e cobranças informais tendem a impactar a decisão de procurar atendimento institucional.

Na terceira demora, os entrevistados relatam constrangimentos associados à qualidade e à prontidão do atendimento, incluindo demora, maus-tratos e cobranças ilícitas.

> *"... No hospital, para não ser atendido mal, só dando dinheiro as enfermeiras que assistem os partos... aí sim, quando ela vê o dinheiro vais merecer um bom atendimento, sem isso, você leva chapadas mesmo com dores de parto..." (Mães modelo, Doa)*
> *".... Temos visto enfermeiras a baterem nas mulheres quando estão a sentir dor durante o parto... a melhor coisa é nos nascermos na comunidade porque não ajuda ir ao hospital..." (Mães modelo, Macanga)*

Outro aspecto identificado durante as entrevistas com familiares de mulheres grávidas que faleceram na US, antes, durante ou no pós-parto, refere-se à percepção sobre a atuação das enfermeiras. Os três familiares de mulheres falecidas entrevistados relataram não identificar razões que, em sua percepção, justificassem a morte e atribuíram responsabilidade a aspectos da assistência recebida, incluindo atraso no atendimento, atendimento inadequado ou possível insuficiência técnica. Essa percepção é reforçada pelos relatos como:

> *"... Ir ao hospital é muito importante, mas o problema está no atendimento, posso ir ao hospital enquanto estou mal, chamar enfermeira e não me ajudar, são poucas que ajudam e isso é uma das coisas que fazem com que não nos dirijamos ao hospital..." (Familiar da vítima, Angónia)*

"...Ela teve um parto normal e não era o primeiro parto dela e, como nós aqui não temos hospital por perto, as pessoas nascem aqui mesmo. E a morte dela foi por falta de cuidados de saúde depois de parto..." (Familiar da vítima, Doa)

Discussão

A busca tardia dos serviços de saúde materna continua a ser um problema na província de Tete, influenciando na mortalidade materna. Estudos demonstram que esses achados são consistentes com outros estudos publicados nos países da África Subsariana.[15,16] Para a primeira demora, estudos mostraram que existem normas religiosas que desencorajam procedimentos médicos como uso de fármacos, vacinas e transfusões de sangue, afetando a adesão às consultas pré-natais e campanhas de vacinação. Estes resultados são semelhantes aos estudos que evidenciam o papel da religião na procura de cuidados, dependendo dos princípios e envolvimento das lideranças. Em Moçambique, Agadjanian e Cau constataram que as crenças religiosas e as normas sociais podem influenciar na decisão de recorrer aos serviços de saúde.[17] No contexto da África Oriental, incluindo Moçambique, estudo mostra que as práticas religiosas podem funcionar como barreiras ou facilitadores.[17] A obrigação da presença do parceiro masculino e a dependência da família na primeira consulta pré-natal revelam baixa autonomia das mulheres, já relacionada à menor utilização dos serviços de saúde, o que contribui para atrasos deles. Diversos estudos revelam que, em países de baixa e média renda, os fatores sociais e culturais continuam a deixar as mulheres de lado nas decisões familiares, incluindo a sua própria saúde.[15,18,19] Barreiras culturais ligadas à idade das enfermeiras e o julgamento de falta de experiência também surgiram como determinantes, confirmando que algumas mulheres mais velhas têm receio de receber assistência por enfermeiras jovens, associando a idade e a experiência dos profissionais à qualidade do atendimento. Essa visão reduz a procura por serviços de saúde.[15] Os fatores econômicos e ocupacionais, como a prática agrícola, são essenciais para a sobrevivência, obrigando as mulheres a permanecerem em áreas distantes das US. Resultados de estudos anteriores confirmam que mulheres com trabalhos agrícolas têm menor probabilidade de iniciar atendimento pré-natal cedo.[18] Além disso, a pobreza e os custos diretos e indiretos como alimentação e transporte, são dificuldades importantes.[8,20]

No caso da segunda demora, a pesquisa identificou que as longas distâncias, vias de acesso difícil e a falta de transporte influenciam na procura dos serviços de saúde. Esse achado é confirmado por vários outros estudos, que apontam que o segundo atraso é fortemente influenciado por barreiras geográficas e estruturais, com concordância nos casos relativos a longas distâncias,[21–25] embora em um contexto de sistema de saúde distinto, estudo realizado nos Estados Unidos também evidencia que as desigualdades geográficas no acesso aos serviços obstétricos permanecem um desafio para o acesso oportuno aos cuidados maternos.[26] Porém, alguns destes artigos discutem também a questão da falta do encaminhamento comunitário, das US e da baixa renda como fatores da segunda demora,[21] que, na definição clássica das demoras, são considerados elementos da primeira demora, pois fazem com que as mulheres permaneçam em casa. Por outro lado, a melhoria das casas de espera influencia a aderência às consultas pré-natais, sendo considerada uma intervenção associada à melhoria da segunda demora. Neste estudo, as casas de espera foram classificadas como parte da segunda demora, por estarem diretamente relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, especialmente em contextos de difícil deslocamento. No entanto, observou-se que, mesmo quando disponíveis, essas estruturas frequentemente apresentam condições precárias, como ausência de alimentação, segurança e conforto mínimo, o que limita sua utilização.

Por fim, a terceira demora, em que resultados de estudos revelam demora no atendimento, maus-tratos e cobranças ilícitas por parte dos profissionais de saúde, motivos que reduzem a confiança das mulheres grávidas nas US e acabam optando pelo parto em casa. Estudos realizados no Hospital Central de Maputo e em hospitais distritais da província, constataram relatos de desrespeito como humilhações, gritos, falta de privacidade, abandono durante o trabalho de parto e a realização de procedimentos sem consentimento.[27] Resultados semelhantes foram observados em diferentes regiões da África Subsaariana, incluindo a África Ocidental, onde práticas desrespeitosas, como violência psicológica, física e cobranças ilícitas, afetam negativamente as mulheres durante o parto nas US.[16,28,29] Estudos realizados com profissionais de saúde indicam que essas práticas estão relacionadas ao excesso de trabalho e falta de recursos nas US, mostrando que ações devem incluir formação em cortesia, aumento de quadro e melhoria das infraestruturas.[30,31]

Outro aspecto crucial é a falta de infraestruturas de apoio adequadas, incluindo casas de espera para mulheres grávidas. Mesmo quando estas existem, muitas vezes apresentam condições precárias, sem alimentação, privacidade e segurança, o que desanima o seu uso. Estudos feitos em diferentes países africanos observaram que as casas de espera podem reduzir a mortalidade materna e perinatal, mas quando oferecem condições mínimas de conforto e assistência logística.[32]

Os achados deste estudo apresentam restrições nas informações sobre o conhecimento das mulheres em

relação aos sinais de perigo durante a gravidez e o pós-parto, tampouco das consultas pré-natais e do parto na unidade sanitária.

Além disso, embora inicialmente tenham sido selecionadas 21 áreas de saúde, foi possível alcançar 18, em função das condições climáticas adversas, especialmente chuvas intensas e degradação das vias de acesso, o que pode ter limitado a abrangência dos dados.

Também se reconhece a possibilidade de viés de resposta nas discussões em grupo, uma vez que os participantes podem ter sido influenciados por experiências recentes ou por dinâmicas coletivas.

Outro aspecto relevante refere-se à faixa etária dos 41 participantes, que variou de 34 a 65 anos, com ausência de indivíduos mais jovens. Essa característica pode estar relacionada à composição dos grupos incluídos no estudo, que envolveram predominantemente líderes comunitários, parteiras tradicionais e outros atores com maior experiência nas comunidades.

Por outo lado pontos positivos formam identificados, como situações em que APS's, parteiras tradicionais, líderes Comunitários, comités de comunitário de saúde demonstraram conhecimento sobre as Unidades Sanitárias como sendo locais adequados para a prestação de cuidados à mulher grávida, igualmente entendem a existência de normas do Ministério da Saúde (MISAU) que limitam a assistência ao parto no nível comunitário como também reportou-se experiencias motivacionais que melhorou a aderência das gestantes para as casas para mãe espera como a existência de hortas hospitalares que as gestantes usam para confecionar os seus alimento e este achado apesar de não ser dominante em outras US, constitui um facto importante.

Os resultados deste estudo evidenciam que as três demoras continuam a representar um desafio significativo para a redução da mortalidade materna na província de Tete. A primeira demora, reflete principalmente influências socioculturais e limitações na autonomia das mulheres; a segunda está relacionada às dificuldades de acesso geográfico e estrutural; e a terceira evidencia fragilidade na qualidade e humanização do atendimento.

Dessa forma, torna-se fundamental o fortalecimento de estratégias que promovam a educação comunitária, ampliem o acesso aos serviços de saúde e melhores a qualidade da assistência prestada, que podem orientar estratégias comunitárias e institucionais com potencial de reduzir barreiras associadas a mortalidade materna.

Limitações

A saturação dos dados foi avaliada globalmente, considerando o conjunto dos grupos participantes, e não separadamente por categoria. Dessa forma, não é possível assegurar saturação em subgrupos com menor número de entrevistas, particularmente entre familiares de mulheres falecidas, representados por apenas três entrevistas individuais.

Não foram realizadas notas de campo nem devolução das transcrições ou validação dos achados pelos participantes, o que pode limitar a dependabilidade e a confirmabilidade da interpretação qualitativa.

Constatou-se que a organização sociocultural da família constituiu limitação nos distritos de Tsangano, Angónia e Macanga, que por se tratar de famílias matrilineares quando há situações de viuvez o cônjuge sobrevivente regressa à sua família de origem dificultando a sua localização. A mobilidade sazonal e a mobilidade transfronteiriça das Parteiras Tradicionais, Lideres comunitários pois as áreas selecionadas para o estudo estão próximas a fronteiras, associados a desafios de acesso geográficos nas áreas de estudo constituiu igualmente uma limitações para este estudo uma vez que distritos como Doa e Mutarara, em que a comunidade depende da agricultura e da pecuária para subsistência e sua deslocação para áreas mais recônditas em períodos de estiagem ou escassez de recursos naturais é frequente.

Assim como factores climáticos alinhou-se as limitações pois os distritos de Macanga e Tsangano, por conta de degradação e erosão das vias de acesso durante a época chuvosa impossibilitaram o acesso a áreas de estudo selecionadas e também a ausência temporária dos Agentes Polivalentes Elementares associado a ações de formação e atualização técnica promovidas pelos serviços de saúde, com duração variável entre três e seis meses surgiu como limitação para esta pesquisa.

Agradecimentos

Agradecemos ao Governo da Flandres e ao Instituto de Medicina Tropical (ITM) pelo apoio financeiro.

Contribuição dos autores

Monteiro MHP: liderou a implementação do estudo, coordenou a coleta de dados, participou na análise e redação do manuscrito.

Ibrahim ZA: contribui para a implementação, análise de dados e redação do manuscrito.

Osman ND: prestou apoio técnico e contribuiu para a análise dos dados e revisão do manuscrito.

Mugaua NJE: prestou apoio técnico científico, supervisionou a coleta de dados e contribuiu para a análise e redação do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram nenhum conflito de interesse.

Disponibilidade de dados

Os dados utilizados e analisados neste estudo estão disponíveis mediante solicitação aos autores, respeitando

os padrões éticos e garantindo a confidencialidade dos participantes. Durante o processo de armazenamento, os dados não continham nenhuma identificação que permitisse a identificação dos participantes. Cada entrevista transcrita foi codificada para não permitir associação com o nome do indivíduo, exceto pela equipe de pesquisa. As informações inseridas no banco de dados eram tratadas de forma confidencial e o acesso era limitado a indivíduos autorizados.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality: 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, UNDESA/Population Division. Geneva: WHO; 2025. [acesso em 2025 Nov 7]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240108462
2. World Health Organization (WHO). Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. 2nd ed. Geneva: WHO; 2017. [acesso em 2025 Nov 7]. Disponível em: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3bda1306-da5d-487d-b2ad-aff995112a7a/content
3. United Nations Population Fund (UNFPA). State of World Population 2023. 8 billion lives, infinite possibilities. New York: UNFPA; 2023. [acesso em 2025 Nov 7]. Disponível em: https://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2023-8-billion-lives-infinite-possibilities
4. Instituto Nacional de Saúde (INS). Sistema Comunitário de Vigilância em Saúde e Eventos Vitais (SIS-COVE): relatório sobre causas de morte em Moçambique, 2019 - 2021. Maputo: INS; 2023. [acesso em 2025 Nov 7]. Disponível em: https://ins.gov.mz/lancados-relatorios-sobre-causas-de-morte-em-mocambique/
5. Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MISAU). Inquérito Demográfico e de Saúde 2022-2023: relatório final. Maputo: INE; 2024. [acesso em 2025 Nov 7]. Disponível em: https://www.ine.gov.mz/documents/20119/190711/01-%20Inqu%C3%A9rito%20Demogr%C3%A1fico%20e%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20Relat%C3%B3rio.pdf/342a6a44-1c16-35bf-b65c-5b6104143bea?version=1.1&t=1693309521024&download=true
6. Ministério da Saúde (Moçambique). Estratégia para o fortalecimento das intervenções da parteira tradicional. Maputo: Ministério da Saúde; 2009. [acesso em 2025 Nov 7]. Disponível em: https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/MOZ-CC-10-03-PLAN-STRATEGY-2009-prt-Estrategia-Parteiras-Tradicionais.pdf
7. Teshale MY, Bante A, Belete AG, Crutzen R, Spigt M, Stutterheim SE. Barriers and facilitators to maternal healthcare in East Africa. BMC Pregnancy Childbirth.2025;25:111. doi:10.1186/s12884-025-07225-8
8. Assefa EM, Berhane Y. Delays in emergency obstetric referrals in Addis Ababa hospitals in Ethiopia: A facility-based, cross-sectional study. BMJ Open. 2020; 10 (6): e033771. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033771
9. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med. 1994; 38 (8): 1091–110. doi:10.1016/0277-9536(94)90226-7
10. Vidler M, Kinshella MLW, Sevene E, Lewis G, von Dadelszen P, Bhutta Z, *et al*. Transitioning from the three delays to continuity of care. BMC Pregnancy Childbirth. 2023; 23: 748. doi:10.1186/s12884-023-06055-w
11. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? Field Methods. 2006; 18 (1): 59-82. doi:10.1177/1525822X05279903
12. Hennink MM, Kaiser BN, Weber MB. What influences saturation? Qual Health Res. 2019; 29 (10): 1483-96. doi:10.1177/1049732318821692
13. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. Qual Health Res. 2016; 26 (13): 1753-60. https://doi.org/10.1177/1049732315617444
14. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005; 15 (9): 1277-88.
15. Gebeyehu NA, Gelaw KA, Lake EA, Adela GA, Tegegne KD, Shewangashaw NE. Women's decision-making autonomy in maternal health. Women's Health. 2022; 18: 17455057221122618. doi:10.1177/17455057221122618
16. Kassa ZY, Tsegaye B, Abeje A. Disrespect and abuse during childbirth in sub-Saharan Africa. BMC Int Health Hum Rights. 2020; 20: 23. doi:10.1186/s12914-020-00242-y
17. Cau BM, Agadjanian V. Religion and Use of Institutional Child Delivery Services: Individual and Contextual Pathways in Mozambique. Int Perspect Sexual Reprod Health. 2019; 45: 35-43. https://doi.org/10.1363/45e7719
18. Munguambe K, Boene H, Vidler M, Bique C, Sawchuck D, Firoz T, *et al*. Health care seeking behaviours in Mozambique. Reprod Health. 2016; 13 (Suppl. 1): 31. doi:10.1186/s12978-016-0141-0
19. Olwanda E, Opondo K, Oluoch D, Croke K, Maluni J, Jepkosgei J, *et al*. Women's autonomy and maternal health decision making in Kenya: Implications for service delivery reform - a qualitative study. BMC Women's Health. 2024; 24 (1): 181. https://doi.org/10.1186/s12905-024-02965-9

20. Muhajarine N, Shakurun N, Ahmed MS, Andre F, Chicumbe S. Maternal healthcare utilisation in Mozambique. BMJ Glob Health. 2025;10:e018121. doi:10.1136/bmjgh-2024-018121

21. Geleto A, Chojenta C, Musa A, Loxton D. Barriers to access and utilization of emergency obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa: A systematic review of literature. Syst Rev. 2018; 7 (1): 183. https://doi.org/10.1186/s13643-018-0842-2

22. Dotse-Gborgbortsi W, Nilsen K, Ofosu A, Matthews Z, Tejedor-Garavito N, Wright J, *et al*. Distance is a "big problem": a geographic analysis of proximity to maternal health services in Ghana. BMC Pregnancy Childbirth. 2022; 22: 672. doi:10.1186/s12884-022-04998-0

23. Knight HE, Self A, Kennedy SH. Why are women dying when they reach hospital on time? A systematic review of the "third delay." PloS One. 2013; 8 (5): e63846. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063846

24. Eshetu D, Aschalew Z, Bante A, Negesa B, Gomora D, Ejigu N, *et al*. Delay in reaching emergency obstetric care. PLoS Glob Public Health. 2024; 4: e0002964. doi:10.1371/journal.pgph.0002964

25. Belay DG, Dunne J, Lassi Z, Mengistu TS, Alemu MB, Pereira G, *et al*. Healthcare access barriers and maternal healthcare service uptake in 14 sub-Saharan African countries (2017–2021): a propensity score matched analysis. BMJ Public Health. 2026; 4 (1): e001391. doi:10.1136/bmjph-2024-001391

26. Fontenot J, Brigance C, Lucas R, Stoneburner A. Access to obstetric hospitals. BMC Pregnancy Childbirth. 2024; 24: 350. doi:10.1186/s12884-024-06535-7

27. Galle A, Manaharlal H, Cumbane E, Picardo J, Griffin S, Osman N, *et al*. Disrespect during childbirth in Mozambique. BMC Pregnancy Childbirth. 2019; 19: 369. doi:10.1186/s12884-019-2532-z

28. Bradley S, McCourt C, Rayment J, Parmar D. Disrespectful intrapartum care in Africa. Soc Sci Med. 2016; 169: 157-70. doi:10.1016/j.socscimed.2016.09.039

29. Ahmed SAE, Mahimbo A, Dawson A. Intrapartum care experiences in Africa. BMC Pregnancy Childbirth. 2023; 23: 27. doi:10.1186/s12884-022-05319-1

30. Adu-Bonsaffoh K, Tamma E, Maya E, Vogel JP, Tunçalp Ö, Bohren MA. Mistreatment of women during childbirth. Reprod Health. 2022; 19: 82. doi:10.1186/s12978-022-01372-3

31. Lusambili AM, Obure J, Wisofschi S, Nyaga L, Mulama K, Temmerman M. Disrespectful maternity care in Kenya. BMJ Open. 2022; 12: e057515. doi:10.1136/bmjopen-2021-057515

32. Katangolo-Nakashwa N, Shilunga A, Mahoto S, Haufiku D, Alfeus A, Iita H, *et al*. Effectiveness of maternity waiting homes in Africa. J Glob Health Sci. 2025; 7: e18. doi:10.35500/jghs.2025.7.e18

Recebido em 9 de Junho de 2026
Versão final apresentada em 30 de Agosto de 2026
Aprovado em 31 de Agosto de 2026

Editor Associado: Melania Amorim