Medição da continuidade dos cuidados maternos e neonatais essenciais em contextos de elevada mortalidade: lições aprendidas com um estudo observacional na Guiné-Bissau rural

Research Brief

Mensagens-chave

- Apesar de os cuidados integrados e de alta qualidade durante toda a gravidez, parto e período pós-natal precoce serem fundamentais para melhorar a sobrevida materna e perinatal, há pouco foco na medição da obtenção da continuidade dos cuidados.
- Isto reflete-se nas métricas de saúde globais centradas na obtenção de serviços maternos e neonatais individuais, em vez da integração dos serviços, e na falta de clareza conceptual e de consenso internacional sobre como medir a obtenção da continuidade dos cuidados.
- Baseando-nos numa revisão da literatura que inclui as recomendações atuais de cuidados da Organização Mundial de Saúde, propomos medir a obtenção da continuidade dos cuidados de serviços maternos e neonatais essenciais com base nos seguintes indicadores:
  - quatro ou mais contatos de cuidados pré-natais,
  - partos em unidades de saúde, e
  - o primeiro contato pós-natal dentro de 24 horas após o nascimento.
- Aplicámos o indicador proposto num estudo transversal na zona rural da Guiné-Bissau. Aqui, avaliamos a obtenção da continuidade dos cuidados e fatores de base associados entre 2.258 gestações acompanhadas por visitas domiciliares regulares pelo sistema de vigilância demográfica e de saúde rural nacionalmente representativo do Projeto de Saúde Bandim.
- No estudo, encontramos uma ressalva metodológica importante: um maior tempo de evocação (=recall time) materna foi estatisticamente significativamente associado a uma maior obtenção da continuidade dos cuidados relatada (p=0,002): mulheres entrevistadas dentro de 1 mês após o parto relataram continuidade dos cuidados em 28%, mulheres entrevistadas entre 6-12 meses pós-parto em 46%.
- Assim, o momento de indagação de informações sobre a realização de cuidados em entrevistas domiciliares parece crítico: acreditámos que quanto mais cedo os dados forem coletados, mais confiáveis eles serão. Isso justifica cautela na interpretação das informações de obtenção de cuidados dos inquéritos domiciliares, que geralmente empregam tempos de evocação de até 2 anos. É necessária mais investigação para descobrir as causas principais desta associação e compreender plenamente as suas implicações.

Contexto geral

Cuidados contínuos e de alta qualidade durante toda a gravidez, parto e período pós-natal precoce são considerados essenciais para melhorar os resultados em saúde e reduzir a mortalidade de mães e recém-nascidos.[1-4] No entanto, em ambientes de alta mortalidade, a proporção de mulheres e recém-nascidos que atingem a continuidade dos cuidados de gravidez, parto e cuidados pós-natais é criticamente baixa.[5,6] Ao mesmo tempo, há uma falta de consenso sobre como medir a obtenção da continuidade dos cuidados, e o monitoramento de rotina relacionado é negligenciado. Isso é refletido pelas métricas de saúde globais que se concentram na cobertura de serviços maternos e neonatais individuais em vez da continuidade dos cuidados mais ampla, deixando lacunas significativas no rastreamento da realização da continuidade dos cuidados.

Com base em uma revisão da literatura que inclui as recomendações atuais de cuidados da Organização Mundial da Saúde (OMS), propomos aqui uma operacionalização de como medir a realização da continuidade dos cuidados de serviços maternos e neonatais essenciais. Além disso, descrevemos as principais lições metodológicas aprendidas com a aplicação do indicador proposto num estudo observacional na Guiné-Bissau rural.

Definir a realização da continuidade dos cuidados e operacionalizar a sua medição

Para obter uma visão geral das abordagens existentes para medir a realização da continuidade dos cuidados maternos e neonatais, revisamos um total de 17 estudos relacionados dos últimos 10 anos da África Subsaariana.[i] Todos os estudos revistos tinham em comum o fato de definirem a continuidade dos cuidados com base na realização de serviços em três momentos:[5-21]

- durante a gravidez,
- intraparto e
- no período pós-parto precoce.

No entanto, encontramos diferenças substanciais entre estudos na forma como a medição da continuidade dos cuidados foi operacionalizada (Figura 1): para os cuidados durante a gravidez, os estudos geralmente consideraram quatro ou mais contatos de cuidados pré-natais (CPN) (CPN4),[5-20] mas um estudo também utilizou qualquer contato de cuidados pré-natais (CPN1) numa operacionalização alternativa,[6] enquanto outro estudo considerou a pontualidade na obtenção da CPN para além da CPN4.[19] Um estudo considerou oito ou mais contatos de CPN (CPN8).[21] Para o cuidado intraparto, alguns estudos consideraram a assistência ao parto qualificada,[5,9,10,13-15,17,18,20] outros, partos em unidades de saúde.[6-8,11,12,16,19,21] Para os cuidados durante o período pós-parto precoce, encontramos as maiores variações: um estudo considerou o primeiro contato de cuidados pós-natais dentro de 24 horas após o nascimento,[21] mais estudos consideraram o primeiro contato com cuidado pós-natais nos primeiros dois dias após o nascimento,[6,9,13,14,16,19] outros dentro de seis semanas após o nascimento[5,7,11,15,17,18] ou seis semanas após a alta do local de nascimento.[12] Enquanto isso, dois estudos consideraram três ou mais contatos pós-natais em momentos definidos após o nascimento (dois dias, uma semana e seis semanas[10] vs. dois dias, duas semanas e seis semanas[20]) (Figura 1).[ii]

Comparando as medições empregadas com as recomendações atuais da OMS para os CPN,[22] cuidados intraparto,[23] e provisão de cuidado pós-natais, [24,25] encontramos desvios substanciais, especialmente para CPN e cuidado pós-natais.

Para os CPN, desde 2016, a OMS tem recomendado CPN8 para garantir um acompanhamento rigoroso da gravidez e reduzir o risco de complicações como abortos espontâneos e mortes perinatais. Assim, o modelo CPN8 substituiu o modelo CPN4 anteriormente recomendado. No entanto, a cobertura dos CPN8 permanece criticamente baixa em ambientes de alta mortalidade. Nos 54 países prioritários da "Countdown to 2030 Initiative", a cobertura dos CPN8 foi recentemente estimada em 11%,[26] o que está a dificultar uma avaliação significativa da obtenção da continuidade dos cuidados com base no CPN8.

Para os cuidados pós-natal, a OMS recomenda o primeiro contato de cuidados dentro de 24 horas após o nascimento, independentemente do local de nascimento.[24,25] No entanto, os inquéritos aos agregados familiares – a principal fonte de dados para a cobertura dos serviços na ausência de dados administrativos de rotina fiáveis em contextos de baixo e médio rendimento – registam frequentemente o momento dos contatos pós-natais em termos de dias e não de horas.[27] Embora isso limite a classificação precisa dos contatos usando o ponto de corte de 24 horas até o momento, acreditamos que isso pode ser resolvido (i) investigando mais detalhadamente o momento do primeiro contato pós-natal durante as entrevistas domiciliares, ou (ii) recorrendo a dados de rotina, se disponíveis e confiáveis.

Entretanto, as recomendações da OMS sublinham a importância da assistência ao parto qualificada,[23] que é mais comumente implementada através de modelos de parto em unidade de saúde em ambientes de baixa e média renda.

Assim, com base na nossa revisão da literatura, propomos medir a continuidade da prestação de cuidados com base nos seguintes indicadores (Figura 1):

- CPN4,
- parto em unidade de saúde (ou assistência ao parto qualificada, em ambientes onde os cuidados intraparto qualificados também são prestados fora das unidades de saúde), e
- o primeiro contato de cuidado pós-natal dentro de 24 horas após o nascimento.

Recomendamos também a substituição dos CPN4 pelo CPN8 como indicador de cuidados pré-natais assim que for alcançada uma maior cobertura de mais contatos com os CPN em contextos de elevada mortalidade.

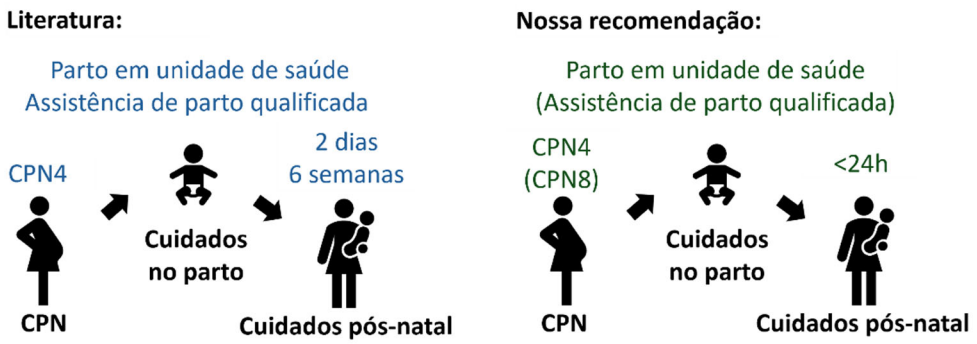

Figura 1: Abordagens mais comuns para medir a realização da continuidade dos cuidados maternos e neonatais identificadas na literatura (esquerda) e a nossa recomendação (direita) com base em uma revisão das diretrizes atuais dos cuidados da Organização Mundial de Saúde e limitações ao seu emprego. CPN: cuidados pré-natais; CPN4/8: quatro/oito ou mais contatos de cuidados pré-natais.

Lições retiradas da aplicação do indicador da continuidade dos cuidados de saúde

Aplicámos o indicador proposto no nosso recente estudo transversal utilizando dados longitudinais de nível individual do sistema de vigilância demográfica e de saúde rural (SVDS) nacionalmente representativo do Projeto de Saúde Bandim (PSB) na Guiné-Bissau.[28] Através deste sistema, monitorizamos continuamente a obtenção dos serviços de saúde materno-infantil, a sobrevivência e os fatores sociodemográficos de base numa coorte aberta de >50.000 mulheres em idade reprodutiva e crianças com menos de 5 anos de idade numa amostra aleatória de 182 aglomerados de aldeias em todas as regiões da Bissau-Guiné, com exceção da região da capital.[29]

Entre os nascimentos registados no SVDS entre 1 de fevereiro de 2023 e 31 de janeiro de 2024 (n=2.258), avaliamos a proporção de mulheres que atingiram a continuidade dos CPN4, parto em unidade de saúde e o primeiro contato de cuidado pós-natal em 24 horas. Além disso, avaliamos a realização de todos os serviços contribuintes e dos CPN1 e CPN8 e, entre as mulheres que deram à luz em uma unidade de saúde, a admissão pós-parto de pelo menos 24 horas. Também avaliamos associações entre a obtenção de cuidados e os bens domésticos, escolaridade materna e idade, paridade, região e etnia, distância até a unidade de saúde mais próxima e tempo de evocação.[28]

Enquanto 35% dos partos avaliados (n=798) completaram a continuidade dos cuidados, 22% (n=494) não alcançaram nenhum dos serviços contribuintes (Figura 2). A cobertura dos serviços individuais incluídos na avaliação da continuidade dos cuidados foi muito maior: 62% (n=1.403) para os CPN4, 56% (n=1.268) para o parto em unidade de saúde e 52% (n=1.167) para o cuidado pós-natal (Figura 3), ressaltando a necessidade de medição da continuidade dos cuidados. Além disso, encontramos uma maior possessão de bens domésticos e escolaridade materna, baixa paridade, região e etnia, morar perto de uma unidade de saúde e maior tempo de evocação associado a maior conclusão da continuidade de cuidados.[28]

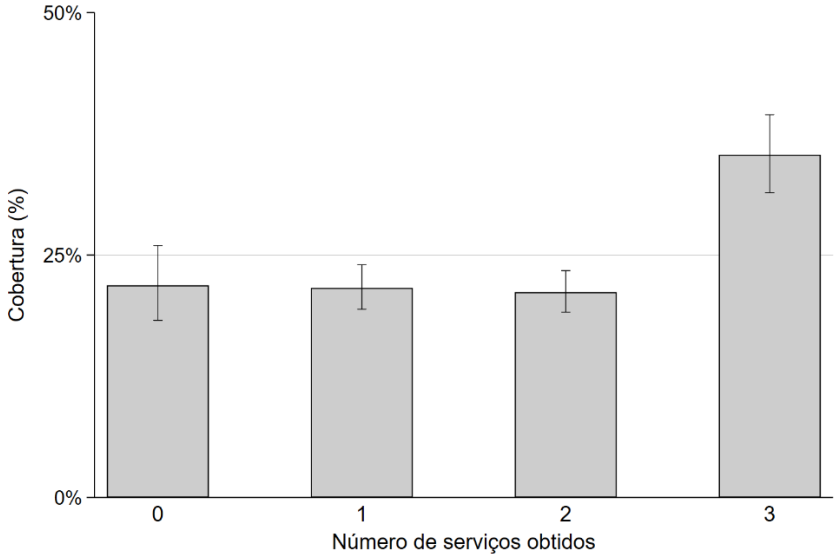

Figura 2: Obtenção da continuidade dos cuidados de, pelo menos, quatro contatos de cuidados pré-natais, parto em unidade de saúde e o primeiro contato de cuidados pós-natais dentro de 24 horas após o nascimento.

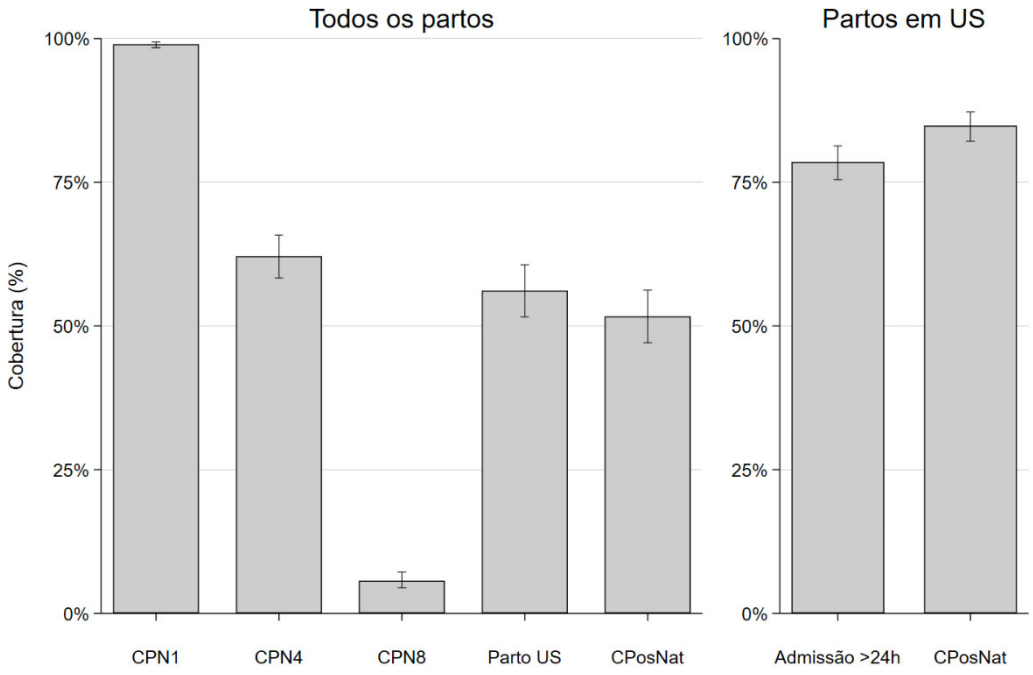

Figura 3: Cobertura de pelo menos um/quatro/oito contatos de cuidados pré-natais (CPN1/CPN4/CPN8), parto em unidade de saúde (US) e cuidados pós-natais (CPosNat) entre todas as gestações registadas (esquerda); cobertura de admissão pós-parto e cuidados pós-natais entre partos em unidade de saúde (direita).[28]

Embora as associações entre a obtenção de cuidados e os bens domésticos,[6,14,17] educação materna, [5-7,14] paridade,[6] região de residência[6,7,14,17] (que está altamente correlacionada com a etnia na Guiné-Bissau) e (percebida) distância da unidade de saúde[5,17] estão bem documentados na literatura, estudos anteriores focaram-se menos no tempo de evocação. Na nossa revisão de literatura, não identificamos nenhum estudo relatando associações entre o tempo de evocação e a obtenção da continuidade dos cuidados. No entanto, os nossos resultados indicam que isso é crítico: a obtenção da continuidade dos cuidados relatados aumentou de 28% (173/620) para uma evocação materna de menos de 1 mês, mais de 34% (326/945) para ≥1-3 meses, para 43% (253/592) para ≥3-6 meses e 46% (46/101) para ≥6-12 meses (p=0,002) (Figura 4). Aqui, acreditamos que as estimativas baseadas em um curto período de evocação são mais confiáveis, pois:

- elas provavelmente são menos afetadas pelo viés de memória, e
- a proximidade temporal com o evento em questão pode mitigar o risco de as mulheres fornecerem respostas socialmente desejáveis, especialmente em situações em que outros membros do agregado familiar estão presentes durante o inquérito.

A atual falta de atenção ao tempo de evocação e como isso influencia a obtenção de cuidados relatados é altamente problemática. Isto deve-se ao facto de os inquéritos domiciliares em grande escala, como os Inquéritos Demográficos e de Saúde (DHS) e os Inquéritos de Indicadores Múltiplos e de Saúde (MICS) – as principais fontes para as estimativas de obtenção de serviços em contextos de baixo e médio rendimento –

normalmente empregam tempos de evocação de até dois anos.[30,31] Assim, os nossos achados exigem a medição tanto da obtenção da continuidade dos cuidados quanto da realização de serviços individuais de saúde materno-infantil com base em dados de rotina mais oportunos.

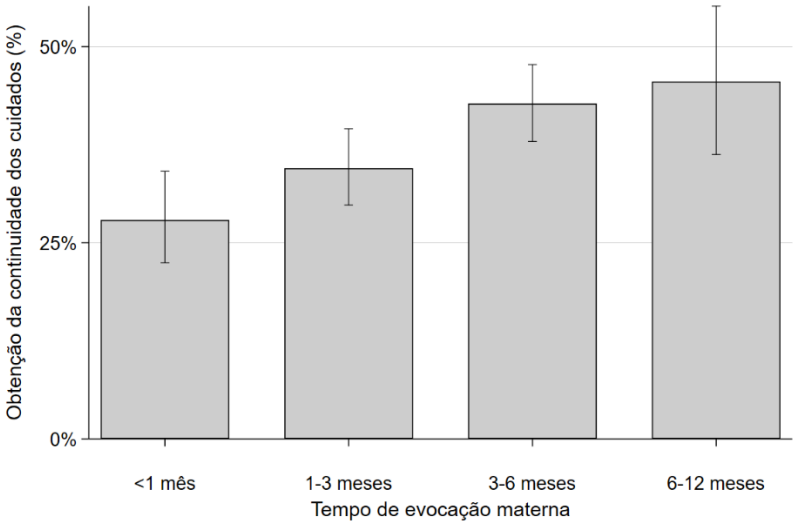

Figura 4: Obtenção da continuidade dos cuidados relatada de pelo menos quatro contatos de cuidados pré-natais, parto em unidade de saúde e o primeiro contato de cuidados pós-natais dentro de 24 horas após o nascimento por tempo de evocação.[28]

Principais recomendações

- Embora propomos medir a obtenção da continuidade dos cuidados maternos e neonatais essenciais com base nos CPN4, no parto em unidade de saúde e no primeiro contato de cuidado pós-natal dentro de 24 horas após o nascimento, recomendamos ter em consideração os seguintes aspetos:
    - em contextos onde também são prestados cuidados intraparto especializados fora das unidades de saúde, a assistência ao parto qualificada pode ser mais informativa do que o parto em unidade de saúde e a assistência ao parto qualificada deve então substituir o parto em unidade de saúde;
    - os CPN4 deve ser substituídos pelos CPN8 assim que a cobertura dos CPN8 for suficientemente elevada para permitir avaliações informativas da continuidade dos cuidados em contextos de elevada mortalidade.
- A associação identificada entre um maior tempo de evocação materna e um maior relato da obtenção da continuidade dos cuidados requer mais pesquisas aprofundadas para descobrir determinantes e implicações subjacentes.
- Enquanto isso, a associação questiona o emprego de dados de inquéritos de rotina em avaliações da obtenção da continuidade dos cuidados e convida para o monitoramento com base em dados de rotina oportunos.

Referências

1. World Health Organization, UNICEF. Ending Preventable newborn deaths and stillbirths by 2030: Moving faster towards high-quality universal health coverage in 2020-2025. s.l.: World Health Organization, UNICEF, 2020.
2. World Health Organization. The World Health Report 2005: Make every mother and child count. Geneva: World Health Organization, 2005.
3. Tinker A, ten Hoope-Bender P, Azfar S, Bustreo F, Bell R. A continuum of care to save newborn lives. Lancet 2005; 365(9462): 822-5.
4. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. Lancet 2007; 370(9595): 1358-69.
5. Alem AZ, Shitu K, Alamneh TS. Coverage and factors associated with completion of continuum of care for maternal health in sub-Saharan Africa: a multicountry analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2022; 22(1): 422.
6. Asefa A, Gebremedhin S, Marthias T, et al. Wealth-based inequality in the continuum of maternal health service utilisation in 16 sub-Saharan African countries. International Journal for Equity in Health 2023; 22(1): 203.
7. Sserwanja Q, Musaba MW, Mutisya LM, Olal E, Mukunya D. Continuum of maternity care in Zambia: a national representative survey. BMC Pregnancy Childbirth 2021; 21(1): 604-.
8. Dadi TL, Medhin G, Kasaye HK, et al. Continuum of maternity care among rural women in Ethiopia: does place and frequency of antenatal care visit matter? Reproductive Health 2021; 18(1): 220.
9. Emiru AA, Alene GD, Debelew GT. Women's retention on the continuum of maternal care pathway in west Gojjam zone, Ethiopia: multilevel analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2020; 20(1): 258.
10. Shibanuma A, Ansah EK, Kikuchi K, et al. Evaluation of a package of continuum of care interventions for improved maternal, newborn, and child health outcomes and service coverage in Ghana: A cluster-randomized trial. PLoS Med 2021; 18(6): e1003663.
11. Haile D, Kondale M, Andarge E, Tunje A, Fikadu T, Boti N. Level of completion along continuum of care for maternal and newborn health services and factors associated with it among women in Arba Minch Zuria woreda, Gamo zone, Southern Ethiopia: A community based cross-sectional study. PLOS ONE 2020; 15(6): e0221670.
12. Sserwanja Q, Mukunya D, Nabachenje P, et al. Continuum of care for maternal health in Uganda: A national cross-sectional study. PLOS ONE 2022; 17(2): e0264190.
13. Bobo FT, Asante A, Woldie M, Dawson A, Hayen A. Evaluating equity across the continuum of care for maternal health services: analysis of national health surveys from 25 sub-Saharan African countries. International Journal for Equity in Health 2023; 22(1): 239.
14. Oyedele OK, Fagbamigbe AF, Akinyemi OJ, Adebowale AS. Coverage-level and predictors of maternity continuum of care in Nigeria: implications for maternal, newborn and child health programming. BMC Pregnancy Childbirth 2023; 23(1): 36.
15. Addisu D, Mekie M, Melkie A, et al. Continuum of maternal healthcare services utilization and its associated factors in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. Women's Health 2022; 18: 17455057221091732.
16. Birhanu F, Yitbarek K, woldie M. Client retention in the continuum of maternal health services in Ethiopia. BMC Health Services Research 2023; 23(1): 569.
17. Gizachew Tadele T, Demissie M, Worku A, Berhane Y. Predictors of maternal and newborn health service utilization across the continuum of care in Ethiopia: A multilevel analysis. PLoS One 2022; 17(2).

18. Sserwanja Q, Gatasi G, Musaba MW. Evaluating continuum of maternal and newborn healthcare in Rwanda: evidence from the 2019–2020 Rwanda demographic health survey. BMC Pregnancy Childbirth 2022; 22(1): 781.
19. Gryseels C, Dossou J-P, Vigan A, et al. Where and why do we lose women from the continuum of care in maternal health? A mixed-methods study in Southern Benin. Tropical Medicine & International Health 2022; 27(3): 236-43.
20. Yeji F, Shibanuma A, Oduro A, et al. Continuum of Care in a Maternal, Newborn and Child Health Program in Ghana: Low Completion Rate and Multiple Obstacle Factors. PLOS ONE 2015; 10(12): e0142849.
21. Nuhu AGK, Dwomoh D, Amuasi SA, et al. Impact of mobile health on maternal and child health service utilization and continuum of care in Northern Ghana. Scientific Reports 2023; 13(1): 3004.
22. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization, 2016.
23. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018.
24. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization, 2022.
25. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization, 2014.
26. Jiwani SS, Amouzou-Aguirre A, Carvajal L, et al. Timing and number of antenatal care contacts in low and middle-income countries: Analysis in the Countdown to 2030 priority countries. J Glob Health 2020; 10(1): 010502.
27. USAID, Data for Impact. Postnatal care coverage for women / Postnatal care for women. s.a. https://www.data4impactproject.org/prh/womens-health/safe-motherhood/postnatal-care-coverage-for-women/ (accessed 04/04/2025).
28. Damerow SM, Zalisz AM, Nehal KR, Silva PM, Furtado O, Fisker AB. Identification of gaps in the continuum of maternal and neonatal care in a high-mortality setting: An observational study in rural Guinea-Bissau. Trop Med Int Health 2025; 10.1111/tmi.14136 (epub ahead of print).
29. Thysen SM, Fernandes M, Benn CS, Aaby P, Fisker AB. Cohort profile : Bandim Health Project's (BHP) rural Health and Demographic Surveillance System (HDSS)-a nationally representative HDSS in Guinea-Bissau. BMJ open 2019; 9(6): e028775.
30. Croft TN, Allen CK, Zachary BW, et al. Guide to DHS Statistics. Rockville, Maryland: ICF, 2023.
31. Unicef. MICS7: Tools. s.a. https://mics.unicef.org/tools (accessed 20/12/2024).

Este resumo de pesquisa foi elaborado por Sabine Margarete Damerow, Anita Magdalena Zalisz, Anna Linulf, Kimberly Raisa Nehal, Paula Marise Silva, Oides Furtado e Ane Bærent Fisker. O estudo completo referido neste resumo está disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/tmi.14136. Para mais informações, consultar www.measureeffects.org.

---

[i] Revisámos aqui estudos com foco na obtenção de cuidados maternos e neonatais e, assim, desconsideramos estudos que incluíam serviços prestados além do período neonatal.

[ii] Um estudo não definiu o momento de obtenção do cuidados pós-natais: 8.Dadi TL, Medhin G, Kasaye HK, et al. Continuum of maternity care among rural women in Ethiopia: Is the place and frequency of antenatal visits important? *Reproductive Health* 2021; **18**(1): 220.