Linha de base da cobertura dos serviços essenciais de saúde materno-infantil e da mortalidade materno-infantil na zona rural da Guiné-Bissau na implementação do PIMI III

Policy Brief

Mensagens-chave

- O "Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil" (PIMI) foi implementado na Guiné-Bissau, como contribuibuição na melhoria da sobrevivência materna e infantil por meio do aumento da cobertura dos serviços essenciais gratuitos de saúde materna e infantil de qualidade.
- Neste policy brief, descrevemos a linha de base do PIMI III. Para isso, avaliamos a cobertura dos serviços essenciais de saúde materno-infantil e a mortalidade das mulheres em idade reprodutiva e crianças na zona rural da Guiné-Bissau entre junho de 2018 e maio de 2023 com base em dados comunitários do sistema de vigilância demográfica e de saúde rural nacionalmente representativo da metodologia do Projeto de Saúde Bandim.
- Durante o período de 5 anos avaliado, a cobertura de qualquer consulta pré-natal (CPN1) foi quase universal, com uma média ao longo do período de 98%, mas a cobertura de quatro ou mais consultas pré-natais (CPN4) e de partos em estabelecimentos de saúde foi abaixo do ideal, com uma média de 59% e 55%, respectivamente. A cobertura de CPN4 e de partos em estabelecimentos de saúde também flutuou bastante durante os anos avaliados, e houve uma variação regional substancial.
- Entretanto, durante o período de 5 anos avaliado, a mortalidade foi alta, com padrões mistos entre os anos avaliados e variações regionais substanciais. A mortalidade das mulheres em idade reprodutiva foi de 5,2 por 1.000 anos-pessoa e houve uma indicação de declínio. Por outro lado, a mortalidade infantil parecia bastante constante. A mortalidade de menores de 5 anos estimada foi de 87 por 1.000 nascidos vivos, a mortalidade infantil foi de 61 por 1.000 nascidos vivos, a mortalidade neonatal foi de 36 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade perinatal (natimortos e mortes na primeira semana de vida) foi de 79 por 1.000 nascidos vivos.
- Considerando as altas e persistentes taxas de mortalidade e a baixa cobertura dos controles regulares de cuidados pré-natais durante a gravidez, bem como de partos em instalações, é provável que grandes ganhos de sobrevivência sejam alcançados por meio de uma melhor cobertura dos serviços de saúde materno-infantil gratuitos e de qualidade.

Contexto

Apesar do notável progresso nas últimas décadas, a Guiné-Bissau continua a se situar entre os países com a maior mortalidade materna e infantil do mundo. Segundo as estimativas internacionais mais recentes, a Guiné-Bissau tem a maior taxa de natimortos do mundo, juntamente com a 5ª maior mortalidade materna e a 6ª maior mortalidade

neonatal (natimortos: 31/1.000 nascimentos; mortalidade materna: 725/100.000 nascidos vivos; mortalidade neonatal: 34/1.000 nascidos vivos).[1] Portanto, a Guiné-Bissau está longe das metas de 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e do Plano de Ação para Todos os Recém-Nascidos de reduzir as taxas de natimortos para menos de 12 mortes por 1.000 nascimentos,[2] a mortalidade materna para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos,[3] e a mortalidade neonatal para menos de 12 mortes por 1.000 nascidos vivos.[3]

Para reduzir a mortalidade materna e infantil, o acesso universal a serviços essenciais de saúde materna e infantil de qualidade é considerado essencial.[4-7] Na Guiné-Bissau, o "Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil" (PIMI) destina-se a aumentar o acesso a serviços de saúde materno-infantil de qualidade e, assim, contribuir para melhorar a sobrevivência materna e infantil.[8-10] O PIMI emprega um pacote de intervenções abrangentes, incluindo uma política de isenção das taxas de usuário que cobre serviços essenciais de saúde materno-infantil e medicamentos, capacitação da equipa médica e administrativa, fortalecimento da cadeia de suprimentos de medicamentos essenciais e consumíveis e fortalecimento do sistema de informações de saúde.[10]

O PIMI foi implementado com financiamento principal fornecido pela União Europeia.[11] A iniciativa foi introduzida primeiramente em quatro das onze regiões de saúde do país em 2013 (PIMI I) antes de ser implementada em todo o país em 2017 (PIMI II).[8,9] Em julho de 2021, após o término do PIMI II, o Banco Mundial integrou as principais atividades do PIMI ao programa de saúde nacional do Banco Mundial.[12] Em julho de 2022, o PIMI retornou ao financiamento da União Europeia (PIMI III). O PIMI III é implementado pelo Instituto Marquês Valle Flôr (IMVF) e pelo Escritório Nacional da Organização Mundial da Saúde na Guiné-Bissau, em colaboração com o Ministério da Saúde da Guiné-Bissau (MINSAP). Durante o PIMI III, as atividades principais do PIMI estão planejadas para serem transferidas para o MINSAP. Entretanto, o financiamento da União Europeia será direcionado para outros tipos de ações.

Para avaliar os efeitos do PIMI III na zona rural da Guiné-Bissau, a Delegação da União Europeia na Guiné-Bissau solicitou o Projeto de Saúde Bandim. Neste policy brief, resumimos as principais conclusões do nosso primeiro relatório que descreve a cobertura de base dos serviços essenciais de saúde materna e infantil e a mortalidade de base do PIMI III na zona rural da Guiné-Bissau.

Métodos

Utilizamos um desenho de estudo observacional baseado em dados do sistema de vigilância demográfica e de saúde rural do Projeto de Saúde Bandim que, em sua configuração atual, está em funcionamento desde 2006. Por meio desse sistema, estamos continuamente monitorando mais de 50.000 mulheres em idade reprodutiva e crianças com menos de 5 anos de idade em uma amostra aleatória nacionalmente representativa de 182 agrupamentos de aldeias em todas as dez regiões rurais de saúde da Guiné-Bissau (ou seja, todas as regiões sanitárias, com exceção da região da capital) (Figura 1).[14]

O sistema de vigilância demográfica e de saúde rural é uma coorte aberta. Após o consentimento informado, as mulheres que cresceram em um grupo de aldeias sob vigilância e atingiram a idade fértil são inscritas como membros da coorte. O mesmo se aplica às mulheres e crianças com

menos de 5 anos de idade que se mudaram para um grupo de aldeias sob vigilância. Em cada visita, as mulheres registradas são questionadas se estão grávidas; se estiverem, o feto ainda não nascido é registrado. As crianças saem da coorte quando completam 5 anos de idade, morrem ou migram para fora da aldeia; as mulheres, quando morrem ou migram para fora da aldeia.

Figura 1: Grupos de aldeias sob vigilância na zona rural da Guiné-Bissau.

Com exceção de um período em 2020, quando a vigilância foi interrompida por 9 meses devido a medidas de controle da pandemia, os membros da coorte são seguidos por meio de visitas domiciliares pelo menos semestrais (visitas mais frequentes em regiões de saúde selecionadas). Após o registro de uma mulher, são coletadas informações sobre etnia, idade, escolaridade e histórico obstétrico. Em todas as visitas domiciliares, as mulheres são questionadas se estão grávidas e/ou tiveram um parto ou aborto espontâneo desde a última visita. Para todas as gestações registradas, coletamos informações sobre o atendimento pré-natal obtido. As informações sobre fatores socioeconômicos são coletadas após o registro de uma gravidez ou de crianças que se mudaram para um grupo de aldeias. Após o registro dos resultados da gravidez e das crianças que se mudaram para um grupo de aldeias, são coletadas informações (adicionais) sobre o atendimento pré-natal obtido e o local de nascimento. Dados sobre vacinação infantil são coletados e atualizados durante cada visita domiciliar.[14]

Para avaliar a cobertura de base dos serviços essenciais de saúde materna e infantil e a mortalidade de base na introdução do PIMI III na zona rural da Guiné-Bissau, definimos cinco coortes anuais de junho de 2018 a maio de 2023 (Figura 2). Para a cobertura de serviços e a mortalidade perinatal, as coortes correspondem a coortes de nascimento; para a mortalidade das mulheres em idade reprodutiva e crianças com menos de 5 anos, uma coorte corresponde ao tempo de observação.

As coortes se enquadram em diferentes estágios de implementação do PIMI: enquanto as três primeiras coortes (junho de 2018 a maio de 2021) abrangem nascimentos/tempo de observação durante o PIMI II, a quarta coorte (junho de 2021 a maio de 2022) abrange nascimentos/tempo de observação durante o período de transição, quando as atividades principais do PIMI foram integradas ao programa de saúde do Banco Mundial do país. A quinta coorte (junho de 2022 a maio de 2023) abrange nascimentos/tempo de observação durante a introdução do PIMI III (Figura 2).

Figura 2: Desenho do estudo: Coortes anuais de nascimentos/observações.

Nas avaliações de cobertura dos serviços, avaliamos três desfechos:

- cobertura de qualquer consulta de cuidados pré-natais (CPN1)
- quatro ou mais consultas de CPN (CPN4)
- partos em estabelecimentos de saúde.

Descrevemos a cobertura em todas as cinco coortes e a evolução ao longo do tempo. Além disso, comparamos a cobertura por fatores contextuais (bens domésticos, educação materna, paridade, idade materna, região e etnia).

Durante os mesmos períodos, avaliamos os padrões de mortalidade. Medimos a mortalidade entre mulheres de 15 a 49 anos como a taxa de mortalidade por 1.000 pessoas-ano de observação. Da mesma forma, avaliamos a mortalidade das crianças prospectivamente acompanhadas com menos de 5 anos de idade. As estimativas são apresentadas como taxas de mortalidade por 1.000 anos-pessoa de observação para diferentes faixas de idade: faixas etárias de 5 anos para mulheres e para neonatos (crianças com menos de 28 dias), pós-neonatais (de 1 a 11 meses) e crianças de 1 a 4 anos. Para cada uma das cinco coortes de 12 meses, estimamos as taxas de mortalidade de menores de 5 anos, de bebês e neonatal como o número de mortes por 1.000 nascidos vivos. Finalmente, descrevemos a proporção de nascimentos que terminam em uma morte perinatal (natimorto ou morte antes dos 7 dias de idade). Para todas as avaliações de mortalidade, estimamos as taxas gerais, durante cada uma das cinco coortes anuais e por região.

Resultados principais

17.633 nascimentos foram elegíveis para as análises de cobertura de cuidados pré-natais e de partos em estabelecimentos de saúde. No total, 98% das mulheres obtiveram CPN1 (16.598/16.873), 59% CPN4 (7.535/12.671) e 55% deram à luz em um estabelecimento de saúde (9.527/17.272). A cobertura do CPN1 era estável ao longo do tempo (variação: 98-99%), mas a cobertura do CPN4 e dos partos em estabelecimentos de saúde era mais variável (variação: CPN4: 54-65%; partos em estabelecimentos de saúde: 51%-58%) (Figura 3).

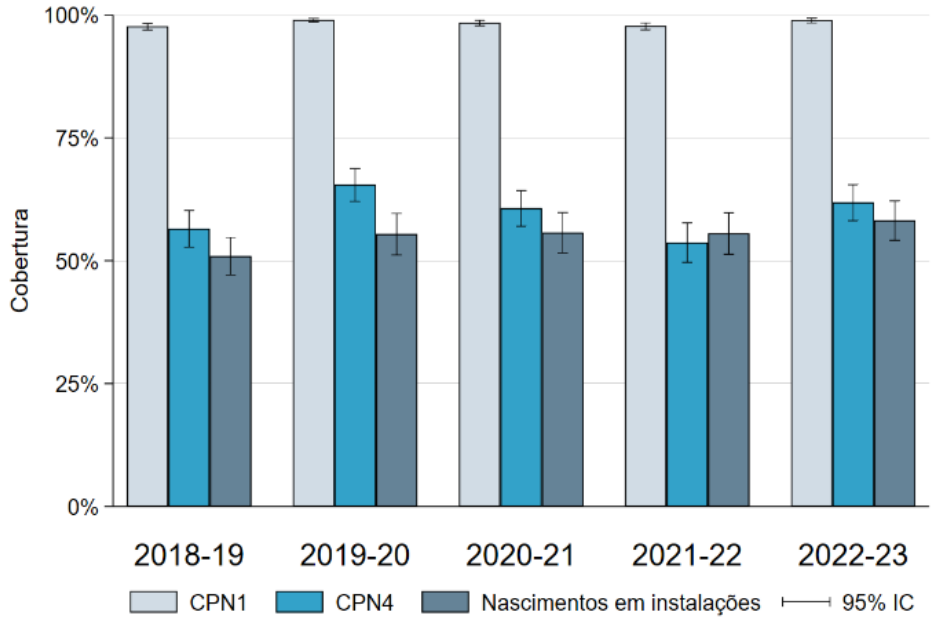

Figura 3: Cobertura de qualquer consulta de atendimento pré-natal (CPN1), quatro ou mais consultas pré-natais (CPN4) e partos em estabelecimentos de saúde para nascimentos entre junho de 2018 e maio de 2023, por coortes de nascimento.

Em relação aos fatores antecedentes, houve uma heterogeneidade regional acentuada, com as taxas de cobertura mais altas sendo observadas em Bolama/Bubaque e as mais baixas em Oio. Da mesma forma, a cobertura diferiu substancialmente entre os grupos étnicos. Também foi observada uma cobertura mais alta entre as mulheres de famílias mais ricas e entre as mulheres que tinham concluído o ensino médio. Embora as primigestas tenham apresentado taxas de cobertura consideravelmente mais altas em comparação com as multíparas, houve um padrão inconsistente para a idade materna.

Nas avaliações de mortalidade, entre as 36.287 mulheres que contribuíram com tempo-pessoa para a análise, 623 morreram durante o período da avaliação. A taxa de mortalidade entre as mulheres em idade reprodutiva foi de 5,19 por 1.000 anos-pessoa (intervalo de confiança (IC) de 95% 4,75-5,59) (Tabela 1). Enquanto a mortalidade parecia ser mais alta durante o primeiro ano de observação, o nível durante os últimos três anos não se alterou significativamente. As estimativas foram mais altas em Oio, Gabu, Quinara e Tombali e aumentaram entre as faixas etárias (Tabela 1, Figura 4).

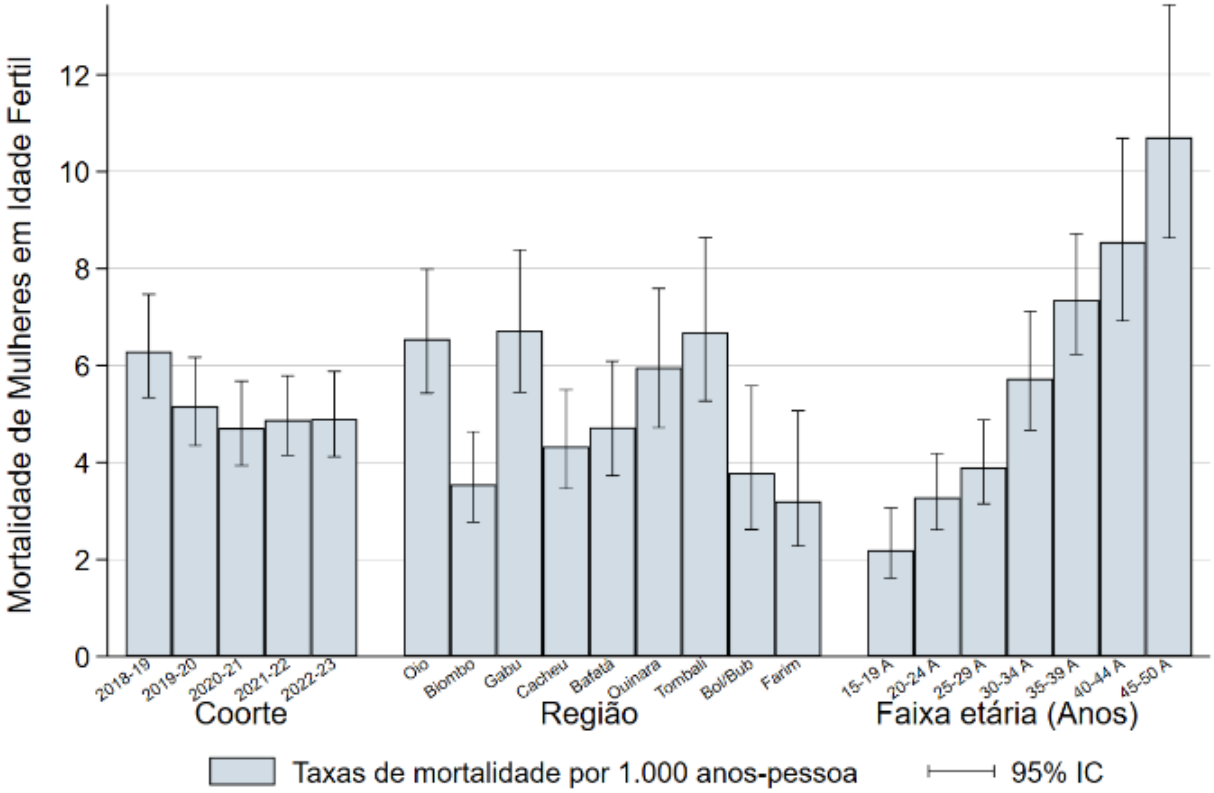

Figura 4: Taxas de mortalidade das mulheres em idade reprodutiva por 1.000 anos-pessoas entre junho de 2018 e maio de 2023, por coorte, região e faixa etária.

Durante o período avaliado, seguimos 37.557 crianças com menos de 5 anos de idade e 1.289 morreram. A mortalidade de menores de 5 anos foi de 87 por 1.000 nascidos vivos. Medimos a mortalidade durante o primeiro ano de vida em 61 por 1.000 nascidos vivos; durante o período neonatal em 36 por 1.000 nascidos vivos (Figura 5). A mortalidade pareceu constante ao longo dos anos, com exceção de 2019-20, em que as taxas foram mais baixas. No entanto, os padrões de mortalidade diferiram substancialmente. Para neonatos, pós-neonatais e mortalidade em crianças de 1 a 4 anos, Oio, Gabu e Farim foram as regiões com os níveis mais altos (Tabela 2, Figura 6).

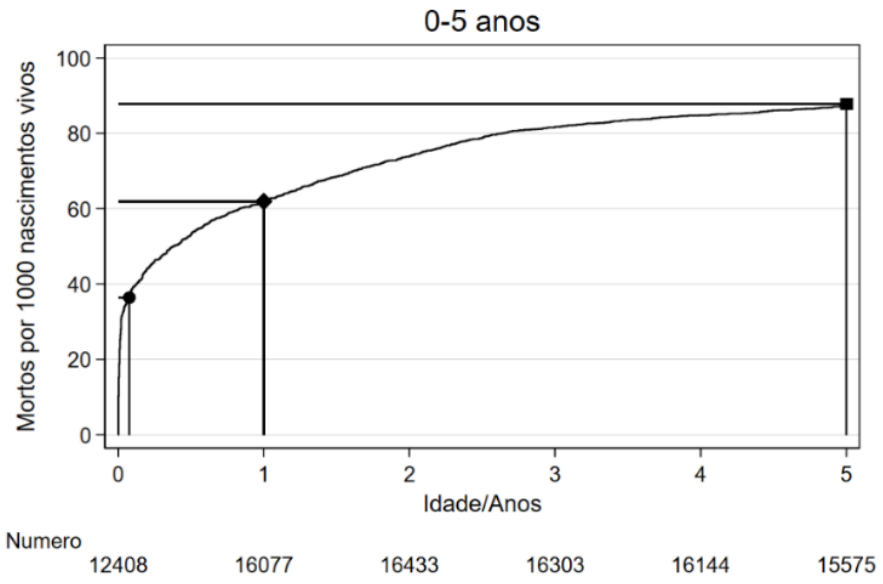

Figura 5: Mortalidade cumulativa estimada entre o nascimento e os 5 anos de idade entre junho de 2018 e maio de 2023. Mortalidade neonatal (ponto), infantil (diamante) e de menores de 5 anos (quadrado).

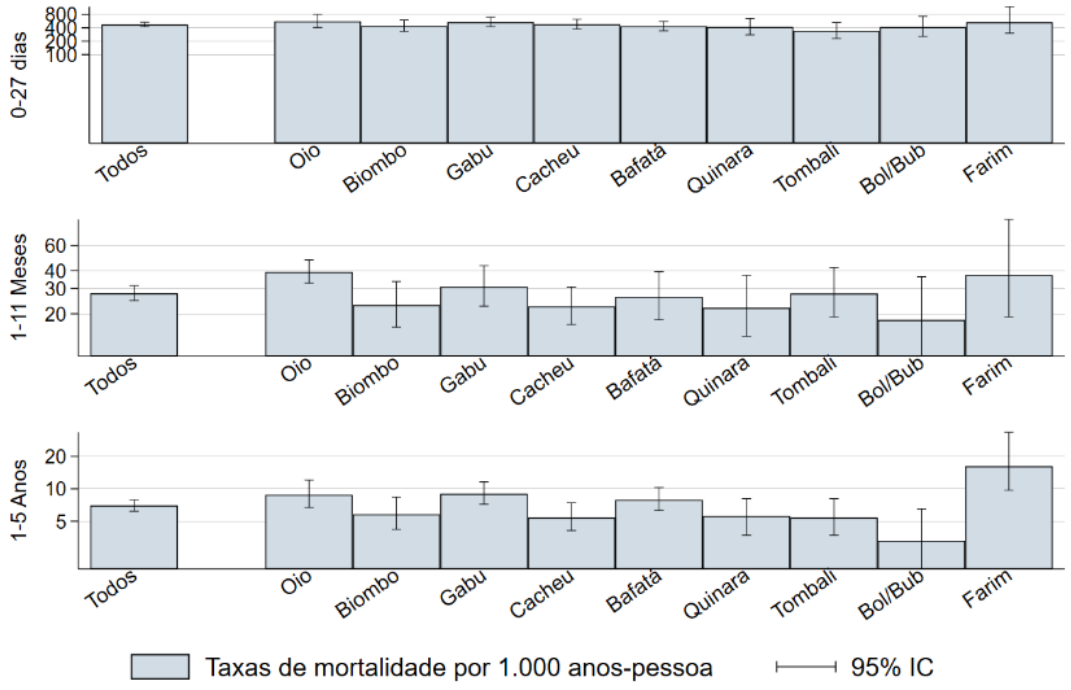

Figura 6: Taxas de mortalidade das crianças por 1.000 anos-pessoas entre junho de 2018 e maio de 2023, por faixa etária e região.

Para a análise da mortalidade perinatal, incluímos 13.090 nascimentos registrados durante a gravidez. Entre esses, 1.029 nascimentos terminaram em um natimorto ou morte neonatal precoce, resultando em uma taxa de mortalidade perinatal de 79 (IC95% 73-85) por 1.000 nascimentos. A proporção foi consistente ao longo do tempo, exceto para a coorte de nascimentos de 2019-20, em que a taxa foi mais baixa (Figura 7).

Observamos taxas de mortalidade perinatal mais altas entre mulheres sem educação formal e uma relação em forma de U para paridade com taxas de mortalidade perinatal mais altas em primigestas e grã-multiparas. Um padrão semelhante também foi observado para a idade materna. Houve também uma variação substancial entre regiões (Tabela 2) e etnias.

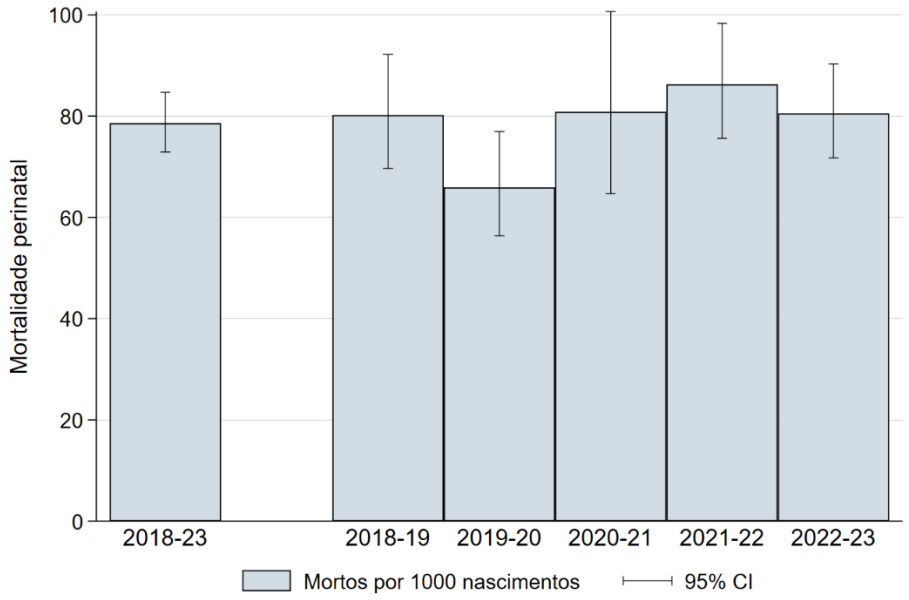

Figura 7: Taxas de mortalidade perinatal por 1.000 nascimentos entre junho de 2018 e maio de 2023, em total e por coorte.

Tabela 1: Mortalidade das mulheres de 15 a 49 anos de idade entre junho de 2018 e maio de 2023.

	Mortes / tempo de observação (anos-pessoa)	**Taxas de mortalidade por 1.000 anos-pessoa (95%IC)**
Todos	623 / 120.047	5,19 (4,75-5,69)
Coorte		
2018-19	151 / 23.997	6,29 (5,34-7,47)
2019-20	123 / 23.838	5,16 (4,35-6,17)
2020-21	108 / 22.938	4,71 (3,94-5,68)
2021-22	119 / 24.361	4,88 (4,15-5,79)
2022-23	122 / 24.912	4,90 (4,12-5,88)
Região		
Oio	99 / 15.108	6,55 (5,43-7,99)
Biombo	54 / 15.195	3,55 (2,77-4,64)
Gabu	100 / 14.865	6,73 (5,45-8,39)
Cacheu	105 / 24.261	4,33 (3,46-5,50)
Bafatá	65 / 13.733	4,73 (3,73-6,09)
Quinara	76 / 12.758	5,96 (4,72-7,59)
Tombali	78 / 11.655	6,69 (5,27-8,64)
Bolama/Bubaque	39 / 10.288	3,79 (2,62-5,58)
Farim	7 / 2.184	3,20 (2,28-5,07)
Faixa etária		
15-19 anos	41 / 18.646	2,20 (1,62-3,06)
20-24 anos	79 / 24.057	3,28 (2,61-4,19)
25-29 anos	88 / 22.580	3,90 (3,15-4,88)
30-34 anos	108 / 18.834	5,73 (4,67-7,12)
35-39 anos	113 / 15.383	7,35 (6,23-8,72)
40-44 anos	103 / 12.049	8,55 (6,92-10,69)
45-50 anos	91 / 8.499	10,71 (8,63-13,44)

Tabela 2: Mortalidade das criancas com menos de 5 anos de idade e mortalidade perinatal entre junho de 2018 e maio de 2023

	Taxas de mortalidade por 1.000 anos-pessoa (95%IC) [Mortes / tempo de observação (anos-pessoa)]			**Mortalidade perinatal* [Mortos / Nascimentos]**
	Neonatal	**1-11 meses**	**12-59 meses**	
Total	473,5 (422,6-532,8) [454 / 959]	27,8 (24,7-31,4) [383 / 13.788]	7,0 (6.2-7,9) [452 / 64.634]	79 (73-85) [1.029/13.090]
Região				
Oio	561,1 (406,4-806,6) [101 / 180]	39,2 (32,7-47,6) [93 / 2.373]	8,8 (6,7-12,1) [87 / 9.896]	78 (64-95) [193/2.478]
Biombo	441,6 (331,7-597,7) [57 / 129]	23,0 (16,1-33,6) [39 / 1.698]	5,8 (4,2-8,4) [44 / 7.599]	74 (61-89) [131/1.782]
Gabu	537,1 (425,0-691,9) [76 / 142]	30,9 (22,6-43,4) [63 / 2.038]	9,0 (7,2-11,6) [84 / 9.282]	98 (87-111) [194/1.977]
Cacheu	480,0 (374,9-625,1) [73 / 152]	22,5 (16,8-30,8) [53 / 2.359]	5,4 (4,1-7,4) [63 / 11.701]	71 (57-87) [145/2.055]
Bafatá	435,3 (344,2-559,7) [56 / 129]	26,3 (18,1-39,3) [48 / 1.828]	7,9 (6,3-10,3) [68 / 8.561]	77 (66-91) [135/1.743]
Quinara	418,7 (278,1-652,1) [34 / 81]	22,0 (13,9-37,1) [27 / 1.226]	5,6 (3,7-8,1) [35 / 6.263]	85 (67-108) [93/1.092]
Tombali	341.2 (231,0-526,2) [30 / 88]	27,7 (19,0-42,1) [37 / 1.336]	5,4 (3,7-8,1) [36 / 6.714]	54 (42-69) [63/1.164]
Bolama/Bubaque	416,7 (255,9-730,5) [15 / 36]	18,1 (10,1-36,3) [11 / 608]	3,3 (1,8-6,5) [10 / 3.074]	90 (69-117) [44/490]
Farim	534,9 (304,0-1.200,0) [12 / 22]	37,3 (19,0-91,2) [12 / 321]	16,2 (9,7-33,5) [25 / 1.543]	100 (57-170) [31/30]

*Taxas de mortalidade perinatal por 1.000 nascimentos com 95%IC.

Implicações e principais opções políticas

- Na introdução do PIMI III, a cobertura dos serviços essenciais de saúde materno-infantil avaliados estava em grande parte abaixo do ideal na zona rural da Guiné-Bissau e apresentava flutuações acentuadas. Ao mesmo tempo, a mortalidade das mulheres em idade reprodutiva e das crianças era alta.
- Como a baixa cobertura é provavelmente determinada pelo comprometimento da acessibilidade e da disponibilidade dos serviços, nossas observações pedem a implementação de intervenções que efetivamente reduzam as barreiras à demanda e à oferta de atendimento. Ao garantir o acesso a serviços de saúde materno-infantil de qualidade, a mortalidade persistentemente alta pode ser reduzida.
- A melhoria do acesso a serviços de saúde materno-infantil de qualidade destina-se a ser operacionalizada pelo PIMI III, que foi implementado em Julho 2022 até Junho 2025 para promover o acesso a serviços essenciais de saúde materno-infantil em toda a Guiné-Bissau. O monitoramento e a avaliação rigorosos e contínuos acompanhando o PIMI III serão fundamentais para garantir que as medidas implementadas alcancem os resultados pretendidos.

Referências

1. UNICEF. UNICEF Data Warehouse: Cross-sector indicators: Neonatal mortality rate, Stillbirth rate, Neonatal deaths, Stillbirths. 2023. https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=.MNCH_ANC4+MNCH_SAB+MNCH_MMR+CME_MRM0+CME_SBR..&startPeriod=2000&endPeriod=2021&lastnobservations=1 (accessed 07/03/2024).
2. World Health Organization. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. 2014. https://apps.who.int/iris/handle/10665/127938.
3. United Nations. Sustainable Development Goals: Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. s.a. https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/.
4. Campbell MRO, Graham WJ, Ronsmans C, Borghi J. Maternal Survival 2: Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The Lancet (British edition)* 2006; **368**(9543): 1284.
5. Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, et al. Maternal Survival 3: Going to scale with professional skilled care. *Lancet* 2006; **368**(9544): 1377-86.
6. Koblinsky MD, Moyer CAP, Calvert CP, et al. Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. *The Lancet (British edition)* 2016; **388**(10057): 2307-20.
7. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* 2014; **384**(9940): 347-70.
8. European Commission. Reducing maternal and child mortality in Guinea-Bissau - PIMI II. 2020. https://ec.europa.eu/international-partnerships/stories/reducing-maternal-and-child-mortality-guinea-bissau-pimi-ii_en (accessed 07/03/2024).
9. Instituto Marquês de Valle Flôr. PIMI II – Integrated Programme for The Reduction of Maternal and Child Mortality: Strenghtening the Availability and Quality of Maternal and Child Healthcare. s.a. https://www.imvf.org/en/project/pimi-ii-reduction-of-maternal-and-child-mortality/ (accessed 20/05/2022).
10. Instituto Marquês de Valle Flôr. PIMI III – Support Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health towards a Universal Health Coverage System. s.a. https://www.imvf.org/en/project/pimi-iii-support-reproductive-maternal-newborn-and-child-health-towards-a-universal-health-coverage-system/ (accessed 07/03/2024).
11. World Bank. Project Appraisal Document on a Proposed Grant in the Amount of SDR 17.2 Million (US$ 25 Million Equivalent) to the Republic of Guinea-Bissau for the Strengthening Maternal and Child Health Service Delivery in Guinea-Bissau Project. Washington, D.C.: World Bank, 2018.
12. World Bank. Performance and Learning Review of the Country Partnership Framework for the Republic of Guinea-Bissau for the Period FY18-21. s.l.: World Bank, 2021.
13. IMVF. PIMI III – Support Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health towards a Universal Health Coverage System. s.a. https://www.imvf.org/en/project/pimi-iii-support-reproductive-maternal-newborn-and-child-health-towards-a-universal-health-coverage-system/.
14. 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.

Este policy brief foi preparado por Sabine Margarete Damerow, Justiniano Sebastião Dunga Martins e Ane Bærent Fisker. Mais informações podem ser encontradas em www.measureeffects.org.