

Reforço do sistema de saúde nas zonas rurais da Guiné-Bissau: Lições retiradas da execução do Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil (PIMI)

Policy Brief

Mensagens-chave

- O «Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil» (PIMI) foi implementado na Guiné-Bissau para melhorar a sobrevivência materna e infantil através de uma maior cobertura de serviços de saúde materno-infantil de qualidade essenciais.
- Durante a implementação do PIMI, a cobertura de serviços essenciais de saúde materno-infantil aumentou substancialmente na Guiné-Bissau rural. No entanto, a cobertura permaneceu longe de ser universal, e os aumentos de cobertura não pareceram associados ao PIMI. Além disso, a maior adesão aos serviços de saúde materno-infantil não se traduziu numa redução da mortalidade perinatal, que permaneceu alarmantemente elevada.
- De forma encorajadora, a grande maioria das mulheres aprecia muito os serviços de saúde materno-infantil e considera as unidades de saúde como o local ideal para o nascimento. No entanto, as barreiras geográficas e de acesso financeiro generalizadas limitam a acessibilidade aos serviços para as mulheres que não conseguem ultrapassar as barreiras. Esta situação suscita sérias preocupações em matéria de equidade. Ao mesmo tempo, essas barreiras causam atrasos no atendimento. Juntamente com a qualidade dos cuidados gravemente comprometida devido a limitações materiais e de recursos humanos, os atrasos nos cuidados de emergência, em particular, provavelmente explicam a persistência de uma elevada mortalidade perinatal.
- Estes resultados destacam a importância de uma monitorização e avaliação rigorosas das intervenções de fortalecimento do sistema de saúde, e a necessidade urgente de promover a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde materna e infantil nas zonas rurais da Guiné-Bissau.

Contexto

A Guiné-Bissau é um dos países com maior incidência de mortalidade materna e infantil do mundo.¹ Em resposta, em 2013, foi implementado o «Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil» (PIMI). O PIMI é uma iniciativa de reforço do sistema de saúde em grande escala que visa melhorar a sobrevivência

materna e infantil através de uma maior cobertura de serviços essenciais de saúde materna e infantil (SMI) de qualidade.^{2,3}

Para o efeito, o PIMI procura abordar as restrições específicas do sistema de saúde que comprometem o acesso e a prestação de serviços essenciais de SMI de qualidade na Guiné-Bissau.²⁻

⁵ Procura-se alcançar este objetivo através de um pacote de intervenção abrangente, incluindo isenção de taxas moderadoras para serviços essenciais de SMI, formação, coordenação e supervisão de profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde, fornecimento de medicamentos e consumíveis essenciais, manutenção e reabilitação de unidades de saúde e reforço do sistema de transporte de ambulâncias.^{2,3} A iniciativa dirige-se a todas as mulheres grávidas até 45 dias após o parto e crianças com menos de 5 anos de idade.^{2,3}

Em 2013, o PIMI foi implementado como uma iniciativa piloto em todas as unidades de saúde de cariz público em quatro das 11 regiões de saúde da Guiné-Bissau (PIMI I) antes de ser implementado em todo o país em 2017 (PIMI II).^{2,3} Durante o PIMI I e o PIMI II, a iniciativa foi financiada principalmente pela União Europeia, com cofinanciamento e assistência técnica fornecidos pela UNICEF, Entraide Médicale Internationale e Instituto Marquês Valle Flôr.^{2,3} Em julho de 2021, as suas principais atividades foram transferidas para o programa de saúde do país do Banco Mundial,⁶ antes de ser transferido de volta para o financiamento da União Europeia em junho de 2022 (PIMI III). Durante o PIMI III, está prevista uma transição gradual das atividades do PIMI para o financiamento interno; entretanto, prevê-se que o financiamento da União Europeia seja gradualmente eliminado em junho de 2025.⁷

Em 2019, a União Europeia incumbiu o Projeto de Saúde Bandim para avaliar o impacto do PIMI na cobertura dos serviços de SMI e indicadores de saúde e explorar as barreiras persistentes aos serviços de SMI durante a implementação do PIMI na Guiné-Bissau rural. Para isso, o Projeto Saúde Bandim realizou uma série de estudos em 2019-2023. O presente policy brief resume os principais

resultados dos estudos, que também foram comunicados à Delegação da União Europeia na Guiné-Bissau.⁸⁻¹⁰

Metodologia

Foram implementados três estudos para avaliar o impacto do PIMI na cobertura dos serviços SMI e indicadores de saúde e para explorar as barreiras persistentes aos serviços SMI durante a implementação do PIMI na Guiné-Bissau rural:

1. Um estudo quantitativo que avalia o impacto do PIMI na cobertura dos serviços de SMI e na saúde perinatal (*avaliação de impacto*);
2. Um estudo de métodos mistos que explora as perspetivas das mulheres sobre facilitadores e barreiras persistentes para cuidados peri-parto oportunos e de qualidade (*avaliação do lado da procura*);
3. Um estudo qualitativo que explora as perspetivas dos prestadores de serviços sobre os facilitadores e as barreiras persistentes aos cuidados peri-parto atempados e de qualidade (*avaliação do lado da oferta*).

Todos os estudos foram aninhados no sistema de vigilância demográfica e de saúde rural (SVDS) nacionalmente representativo do Projeto de Saúde Bandim, que monitora as gestações, a utilização de serviços de SMI e a sobrevivência materna e infantil em uma coorte aberta de >50.000 mulheres e crianças.

A *avaliação de impacto* baseou-se totalmente nos dados do SVDS. Aqui, foram utilizadas informações de um total de 23.828 nascimentos registados no SVDS de três coortes de dois anos, cada uma cobrindo diferentes fases do PIMI: (i) pré-PIMI, (ii) PIMI I e (iii) PIMI II. Em linha com a implementação gradual do PIMI, diferenciamos as áreas de implementação inicial e tardia. Avaliamos a

cobertura de cuidados pré-natais e nascimentos em unidades de saúde e mortalidade perinatal (ou seja, natimortos e mortes neonatais precoces durante a primeira semana de vida) por área ao longo do tempo e comparamos desenvolvimentos entre áreas e tempo.

Para a *avaliação do lado da procura*, implementámos novas recolhas de dados em 19 aldeias SVDS selecionadas aleatoriamente. Aqui, conduzimos 258 entrevistas estruturadas e 12 entrevistas em profundidade com mulheres registadas no SVDS que deram à luz durante o PIMI II para explorar barreiras e facilitadores para a assistência peri-parto baseados em unidades de saúde.

Para a *avaliação do lado da oferta*, implementamos novas colheitas de dados nas unidades de saúde alvo das mulheres entrevistadas anteriormente em profundidade.

Aqui, conduzimos 8 entrevistas em profundidade e 192 horas de observações participantes para explorar barreiras e facilitadores para cuidados peri-parto oportunos e de qualidade baseados em unidades de saúde. As colheitas de dados ocorreram durante a transição das atividades principais do PIMI para o financiamento do Banco Mundial, logo após o término do PIMI II.

Principais conclusões

Ao longo do tempo, a cobertura de serviços essenciais de SMI aumentou consideravelmente em toda a Guiné-Bissau rural: Antes do PIMI, aproximadamente um terço das mulheres grávidas obteve quatro ou mais consultas de cuidados pré-natais e partos em instalações. Durante o PIMI II, a cobertura aumentou para aproximadamente metade das gestantes (Figura 1).

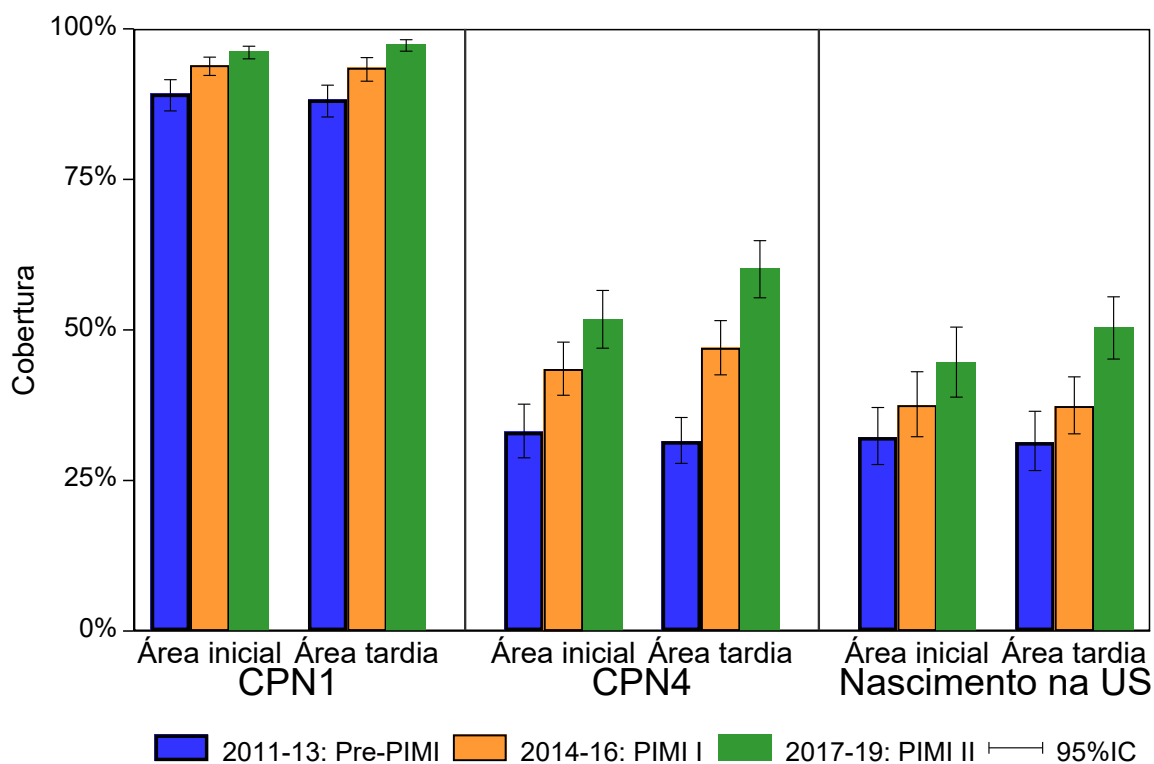
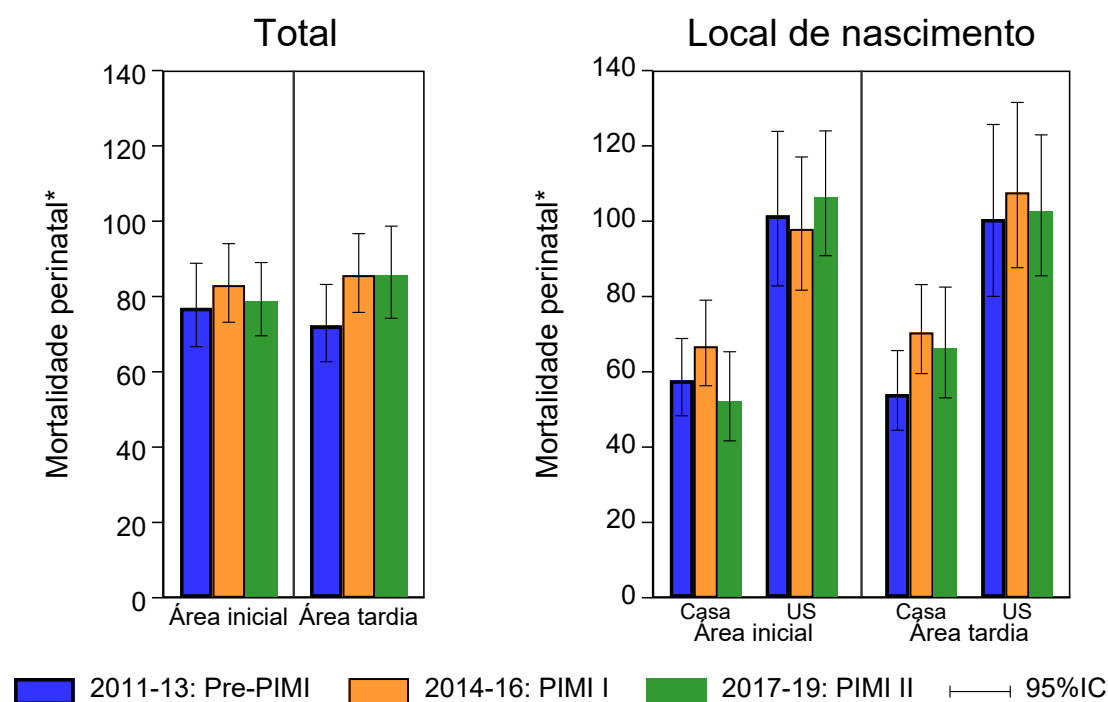


Figura 1: Cobertura de consultas pré-natais (qualquer: CPN1; ≥ 4 : CPN4) e partos em unidades de saúde (US) por área¹¹



*Mortes por 1.000 nascimentos; IC95% truncado em 160 mortes por 1.000 nascimentos.

Figure 2: Mortalidade perinatal por área e local de nascimento. US: Unidade de saúde¹¹

No entanto, a *avaliação de impacto* revelou três preocupações principais:

1. A evolução da cobertura observada foi semelhante na área de implementação inicial e tardia (Figura 1), sugerindo que os *aumentos de cobertura não estavam associados à implementação do PIMI*.
2. Apesar dos aumentos ao longo do tempo, a *cobertura dos serviços essenciais de SMI permaneceu longe de ser universal* durante a implementação do PIMI.
3. *O aumento da cobertura não se traduziu em melhoria da sobrevivência perinatal*: a mortalidade perinatal permaneceu estável em aproximadamente 80 óbitos por 1.000 nascimentos, apesar da implementação do PIMI (Figura 2).

Vários fatores revelados na *avaliação do lado da procura e do lado da oferta* podem explicar estes

resultados. Em primeiro lugar, tanto as mulheres como os prestadores de serviços expressaram uma *elevada preferência pelos serviços de SMI baseados em unidades de saúde*. Aqui, as mulheres entrevistadas geralmente refletiram um alto conhecimento e apreciação dos benefícios de segurança associados aos partos em unidades de saúde. Isto aplicava-se tanto às mulheres que deram à luz em casa como às que deram à luz numa unidade de saúde. Enquanto isso, os prestadores de serviços enfatizaram que as unidades de saúde eram o único lugar razoável para dar à luz e procuraram encorajar as mulheres a utilizar cada vez mais os serviços de SMI baseados em unidades de saúde. Assim, estes foram comumente considerados como um "ideal aspiracional", o que pode explicar aumentos de cobertura geral independentes da implementação do PIMI.

No entanto, ao mesmo tempo, tanto *a avaliação do lado da procura* como *a avaliação do lado da oferta* documentaram *barreiras de acesso ubíquas aos cuidados*, tornando os serviços de SMI baseados em unidades de saúde inatingíveis para as mulheres que não conseguem ultrapassá-los. As restrições de acesso referem-se predominantemente a obstáculos geográficos e financeiros no atendimento, incluindo frequentemente longas distâncias entre aldeias e unidades de saúde, más condições das estradas e uma multiplicidade de pagamentos diretos e indiretos. Apesar das isenções oficiais de taxas de utilização da PIMI, *a avaliação do lado da procura* revelou que a maioria dos nascimentos em unidades de saúde estava associada a pagamentos consideráveis, com custos no ponto de cuidados que ascendiam a até 250.000 XOF (434 USD). Em meio a barreiras persistentes aos cuidados, tanto *a avaliação do lado da demanda* quanto *da oferta* indicaram que as mulheres tendiam a condicionar a procura de cuidados de acordo com os riscos individuais percebidos de complicações no parto.

Além disso, a *avaliação do lado da oferta* documentou que a *prestação de serviços de SMI atempados e de qualidade estava gravemente comprometida por condicionalismos geográficos, materiais e de recursos humanos*. Nas unidades de saúde, medicamentos essenciais, consumíveis, equipamentos adequados e pessoal eram os principais obstáculos. Neste contexto, a falta de fornecimento de material foi explicada pela descontinuação do apoio dos doadores durante a transição das atividades principais do PIMI do financiamento da União Europeia para o do Banco Mundial. Para lidar com as restrições de recursos, os prestadores aplicaram várias estratégias, incluindo pedir às mulheres que comprassem alguns dos materiais em falta, omitir testes e exames e envolver acompanhantes de parto e pessoal de apoio na prestação de cuidados. Essas estratégias exacerbaram as restrições de acesso aos serviços essenciais de SMI, comprometendo a segurança do paciente e do trabalho, difundindo as responsabilidades dos profissionais de saúde e causando atrasos nos cuidados.

Implicações e principais opções políticas

Embora tenhamos verificado que a cobertura aumentou substancialmente desde a implementação do PIMI, a cobertura permaneceu sub-ótima. Isto apesar de os prestadores de serviços e as mulheres considerarem as unidades de saúde como o local ideal para o parto. Enquanto isso, os aumentos de cobertura não pareceram associados ao PIMI e a mortalidade perinatal permaneceu inalterada em um nível elevado. Identificámos barreiras de acesso geográficas e financeiras generalizadas que provavelmente explicam uma cobertura sub-ótima dos serviços de SMI baseados em unidades de saúde. Ao mesmo tempo, essas barreiras causam atrasos nos atendimentos de rotina e de emergência. Juntamente com a qualidade dos cuidados gravemente comprometida devido a limitações materiais e de recursos humanos, os atrasos nos cuidados de emergência, em particular, provavelmente explicam a persistência de uma elevada mortalidade perinatal.

Estas conclusões têm várias *implicações políticas*:

1. Reforçam o *apelo a avaliações no contexto real das intervenções de reforço dos sistemas de saúde*: sendo frequentemente intervenções complexas implementadas em contextos tipicamente igualmente complexos, os efeitos das iniciativas de reforço dos sistemas de saúde são muitas vezes difíceis de prever. Por conseguinte, um acompanhamento e uma avaliação rigorosos são indispensáveis para assegurar a deteção precoce de desenvolvimentos adversos, uma utilização intencional de recursos escassos e aprender com os êxitos e os fracassos.
2. Os nossos resultados revelam pontos de ação específicos que precisam de ser abordados para *promover a acessibilidade a* serviços de saúde potencialmente vitais nas zonas rurais da Guiné-Bissau: a redução das barreiras geográficas e financeiras persistentes aos cuidados.
3. Para *melhorar a qualidade e a prontidão dos cuidados*, é necessário resolver as limitações de recursos materiais e humanos nas unidades de saúde. Este aspeto parece ser particularmente crítico à luz da transição prevista das atividades do PIMI para o financiamento interno, levantando a questão de saber como podem ser assegurados os recursos financeiros que excedem o anterior apoio dos doadores.

Fontes

Este resumo político sintetiza os resultados apresentados nas seguintes teses de doutoramento e relatórios do Projeto de Saúde Bandim à Delegação da União Europeia na Guiné-Bissau:

- Damerow SM. Health systems strengthening for maternal and child health: Real-life effects in rural Guinea-Bissau [Reforço dos sistemas de saúde para a saúde materna e infantil: efeitos na vida real na Guiné-Bissau rural]. Odense: Universidade do Sul da Dinamarca; 2023. Disponível em (em inglês): https://findresearcher.sdu.dk/ws/portalfiles/portal/239833138/FINAL_SMD_Thesis_PURE.pdf
- Fisker AB, Lundgren VM, Field CV, Thysen SM. Coverage and background factors associated with utilisation of obstetric services before and during PIMI-I. A report to the Delegation of the European Union to Guinea-Bissau. Bissau: Bandim Health Project, 2020.
- Fisker AB, Lundgren VM, Damerow SM. Coverage and potential effects of free health care – an analysis of 8 years of data collected through the Bandim Health Project HDSS in 2011-20. A report to the Delegation of the European Union to Guinea-Bissau. Bissau: Bandim Health Project, 2020.
- Damerow SM, Martins JSD, Fisker AB. An in-depth study of barriers and facilitators to the uptake of essential maternal and child health services in Guinea-Bissau. A report to the Delegation of the European Union to Guinea-Bissau. Bissau: Bandim Health Project, 2021.

Este policy brief foi preparado por Sabine Margarete Damerow e Ane Bærent Fisker com a assistência de Paula Marise Silva. Para mais informações, consultar www.measureeffects.org.

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&lastobservations=1 (accessed 30/05/2023).
2. 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 22/05/2022).
3. Instituto Marquês de Valle Flôr. PIMI II – Integrated Programme for The Reduction of Maternal and Child Mortality: Strengthening 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).
4. Instituto Marquês de Valle Flôr. PIMI – Integrated Programme to reduce Maternal and Child mortality – strengthening the availability and quality of Maternal and Child Care in the health administration. s.a. <https://www.imvf.org/en/project/pimi-integrated-programme-to-reduce-maternal-and-child-mortality/> (accessed 20/05/2022).
5. ReliefWeb. New EU support for access to health care for women and small children in Guinea-Bissau. 2013. <https://reliefweb.int/report/guinea-bissau/new-eu-support-access-health-care-women-and-small-children-guinea-bissau> (accessed 23/01/2022).
6. 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.
7. 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/>.
8. Fisker AB, Lundgren VM, Field CV, Thysen SM. Coverage and background factors associated with utilisation of obstetric services before and during PIMI-I. A report to the Delegation of the European Union to Guinea-Bissau. Bissau: Bandim Health Project, 2020.
9. Fisker AB, Lundgren VM, Damerow SM. Coverage and potential effects of free health care – an analysis of 8 years of data collected through the Bandim Health Project HDSS in 2011-20. A report to the Delegation of the European Union to Guinea-Bissau. Bissau: Bandim Health Project, 2020.
10. Damerow SM, Martins JSD, Fisker AB. An in-depth study of barriers and facilitators to the uptake of essential maternal and child health services in Guinea-Bissau. A report to the Delegation of the European Union to Guinea-Bissau. Bissau: Bandim Health Project, 2021.
11. Damerow SM, Lundgren VM, Martins JSD, et al. Monitoring the impact of health system strengthening for maternal and child health in rural Guinea-Bissau: Increased service coverage did not translate into reduced perinatal mortality. 2023 (submitted).