

Mortalidade de mulheres e crianças e cobertura dos serviços essenciais de saúde materna e infantil durante o PIMI III

Policy Brief

Mensagens-chave

- O «Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil» (PIMI) foi implementado na Guiné-Bissau para contribuir para melhorar a sobrevivência materna e infantil através da maior cobertura de serviços essenciais de saúde materna e infantil de qualidade.
- Nesta policy brief, descrevemos a mortalidade de mulheres e crianças e a cobertura dos serviços essenciais de saúde materna e infantil durante o PIMI III. Para tal, avaliamos a mortalidade de mulheres em idade reprodutiva e de crianças com menos de 5 anos e a mortalidade perinatal, bem como a cobertura dos cuidados pré-natais, parto em unidades de saúde, admissão pós-parto e cuidados pós-natais nas zonas rurais da Guiné-Bissau de junho de 2022 a junho de 2024, com base em dados comunitários do sistema nacional representativo de vigilância demográfica e de saúde rural (SVDS) do Projeto de Saúde Bandim (PSB). Utilizando a informação recolhida através do SVDS do PSB, avaliamos também a mortalidade materna entre junho de 2018 e junho de 2024.
- Entre junho de 2022 e junho de 2024, a mortalidade entre mulheres em idade reprodutiva manteve-se elevada, em 4,69 por 1.000 pessoas-ano. A mortalidade estimada para menores de 5 anos era de 82 por 1.000 nados-vivos, a mortalidade infantil de 61 por cada 1.000 nados-vivos e a mortalidade neonatal de 33 por 1.000 nados-vivos. A taxa de mortalidade perinatal também foi elevada, com 74 por 1.000 nascimentos.
- A taxa estimada de mortalidade materna entre 2018 e 2024 foi de 507 por 100.000 nascimentos vivos.
- Entre junho de 2022 e junho de 2024, a cobertura de qualquer contacto de cuidados pré-natais esteve próxima de ser universal, situando-se nos 99%, mas a cobertura recomendada de oito ou mais contactos foi baixa, apenas 6%. A cobertura de quatro ou mais contactos de cuidados pré-natais, parto em unidades de saúde e cuidados pós-natais em 24 horas foi subótima, situando-se entre 52-61%. Entre as mulheres que tiveram um parto numa unidade de saúde, 20% não permaneceram no hospital pelo menos 24 horas após o parto para observação pós-parto e 15% não obtiveram contacto pós-natal no prazo de 24 horas.
- As taxas de mortalidade são persistentemente elevadas e a cobertura dos serviços essenciais de saúde materna e infantil é insuficiente nas zonas rurais da Guiné-Bissau. Existe uma necessidade urgente de medidas direcionadas adicionais para melhorar a acessibilidade e a disponibilidade de serviços de saúde materna e infantil de qualidade e promover a cobertura universal de saúde em todo o país.

Contexto

Apesar do notável progresso feito nas últimas décadas, a Guiné-Bissau continua a figurar entre os países com as taxas mais elevadas de mortalidade materna e infantil a nível mundial. De acordo com as estimativas internacionais mais recentes, o país regista 505 mortes maternas por cada 100.000 nados vivos, 29 natimortos por cada 1.000 nascimentos e 33 mortes neonatais e 69 mortes com menos de 5 anos por cada 1.000 nados vivos.¹ Assim, a Guiné-Bissau está longe dos objetivos de 2030 de reduzir a mortalidade materna para menos de 70 mortes por 100.000 nados vivos,² de natimortos para menos de 12 mortes por cada 1.000 nascimentos,³ e a mortalidade neonatal e sub-5 para menos de 12 e 25 mortes por cada 1.000 nados vivos, respetivamente.²

O acesso universal a serviços essenciais de saúde materna e infantil (SMI) de alta qualidade é considerado fundamental para melhorar a sobrevivência materna e infantil.⁴⁻⁷ Na Guiné-Bissau, foi implementado o 'Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil' (PIMI) com o objetivo de aumentar o acesso a serviços de SMI de qualidade e, assim, melhorar a sobrevivência materna e infantil.⁸⁻¹⁰ O PIMI foi implementado com financiamento central fornecido pela União Europeia.¹¹ O programa foi introduzido pela primeira vez em quatro das onze regiões de saúde do país em 2013 (PIMI I), antes de ser implementado a nível nacional em 2017 (PIMI II).^{8,9} Em julho de 2021, após o fim do PIMI II, o Banco Mundial integrou as atividades centrais do PIMI no seu programa nacional de saúde (período de transição).¹² Em junho de 2022, o PIMI voltou a ser financiado pela União Europeia (PIMI III). Durante o PIMI III, as atividades principais do PIMI

serão transferidas para o Ministério de Saúde Pública (MINSAP).¹³

Ao longo da sua implementação, o PIMI utilizou um design de intervenção abrangente, incluindo uma política de isenção de taxas de utilizador que abrange serviços essenciais de SMI e medicamentos, desenvolvimento de capacidades para pessoal médico e de gestão, fortalecimento da cadeia de abastecimento de medicamentos e consumíveis essenciais e reforço do sistema de informação em saúde.¹⁰

O PIMI III foi implementado pelo Instituto Marquês Valle Flôr (IMVF) e pelo escritório da Organização Mundial da Saúde na Guiné-Bissau, em colaboração com o MINSAP. A Delegação da União Europeia na Guiné-Bissau comissionou o Projeto de Saúde Bandim (PSB) para avaliar os efeitos do PIMI III.

Para a avaliação do PIMI, o PSB baseia-se no seu sistema nacionalmente representativo de vigilância demográfica e de saúde rural (SVDS). Este SVDS monitoriza gravidezes, nascimentos, a utilização de intervenções de saúde e mortes numa coorte aberta de mais de 50.000 mulheres e crianças com menos de 5 anos de idade nas zonas rurais da Guiné-Bissau.¹⁴ Desta forma, o SVDS fornece informações baseadas na população sobre a cobertura de serviços e mortalidade a partir de uma amostra nacionalmente representativa da população-alvo completa do PIMI nas zonas rurais da Guiné-Bissau, independentemente dos dados das unidades de saúde.

Nesta policy brief, fornecemos estimativas atualizadas para a mortalidade de mulheres em idade reprodutiva, crianças com menos de 5 anos, mortalidade perinatal e cobertura dos serviços essenciais de SMI durante o PIMI III. Além disso, fornecemos estimativas de mortalidade materna e

avaliámos as proporções de mortes infantis e maternas por local de morte para facilitar a interpretabilidade das estimativas de mortalidade originadas de dados das unidades de saúde. Por fim, comparámos as taxas de mortalidade materna nos dados do DHIS2 com as avaliadas através do SVDS do PSB.

Métodos

Utilizámos um desenho de estudo observacional baseado em dados do SVDS do PSB que, na sua configuração atual, está em funcionamento desde 2006. Através deste sistema, monitorizamos continuamente >50.000 mulheres em idade reprodutiva e crianças com menos de 5 anos numa amostra aleatória representativa a nível nacional de 182 agrupamentos de aldeias em todas as dez regiões rurais de saúde da Guiné-Bissau (ou seja, todas as regiões de saúde, com exceção da região da capital) (Figura 1).¹⁴



Figura 1: Aglomerados de aldeias sob vigilância em toda a zona rural da Guiné-Bissau.

O SVDS rural é uma coorte aberta. Com consentimento informado, as mulheres que cresceram num aglomerado de aldeias sob vigilância e atingiram a idade fértil são inscritas como membros da coorte. O mesmo se aplica a mulheres e crianças com menos de 5 anos que se mudaram para um aglomerado de aldeias sob vigilância. Em cada visita, as mulheres registadas

são questionadas se estão grávidas; caso se verifique uma gravidez, a criança ainda por nascer é registada. As crianças saem da coorte ao atingirem os 5 anos de idade, falecerem ou emigrarem; mulheres em caso de morte ou emigração.

Os membros da coorte são acompanhados através de visitas domiciliárias pelo menos bi-anuais (com visitas mais frequentes a regiões de saúde selecionadas durante períodos selecionados). Após o registo de uma mulher, são recolhidas informações sobre etnia, idade, escolaridade e história obstétrica. Em todas as visitas domiciliárias, para além de serem questionadas sobre uma gravidez atual, as mulheres são questionadas sobre se tiveram um parto ou aborto espontâneo desde a última visita. Para todas as gravidezes registadas, recolhemos informações sobre os cuidados pré-natais (CPN) obtidos. A informação sobre os fatores socioeconómicos de origem é recolhida aquando do registo de uma gravidez ou de crianças imigradas. Após o registo dos resultados da gravidez e das crianças imigradas, é recolhida informação (adicional) sobre os CPN obtidos, o local de nascimento e os cuidados pós-natais obtidos, incluindo se e quanto tempo a mulher permaneceu numa unidade de saúde após o nascimento. Os dados sobre as vacinas infantis são recolhidos e atualizados em cada visita domiciliar.¹⁴ Após o registo de uma morte, realiza-se uma breve entrevista para classificar a causa e o local da morte.

Para a avaliação principal da mortalidade entre crianças e mulheres em idade reprodutiva, mortalidade perinatal e cobertura dos serviços essenciais de SMI, definimos o período de observação como junho de 2022-24. Isto fornece uma visão abrangente dos padrões de mortalidade e cobertura durante o PIMI III e permite a

comparação com as estimativas anteriores ao PIMI-III (Figura 2). Para a mortalidade materna e para a descrição do local de morte, incluímos informações de Junho de 2018-24.

Para a avaliação da mortalidade perinatal e da cobertura dos serviços, o período de observação corresponde aos nascimentos que ocorrem durante este período. Para a mortalidade de mulheres em idade reprodutiva, mortalidade materna e mortalidade de crianças com menos de 5 anos, o período de observação corresponde ao tempo de observação.

Avaliámos os seguintes resultados com base em dados do SVDS rural:

- Mortalidade de mulheres em idade reprodutiva;
- mortalidade de crianças com menos de 5 anos;
- mortalidade perinatal;

- prováveis mortes maternas em 2018-24;
- local de morte para mortes maternas e de menores de 5 anos
- proporção de mulheres que obtiveram um/quatro/oito ou mais contactos CPN (CPN1/CPN4/CPN8);
- proporção de mulheres que tiveram parto numa unidade de saúde;
- proporção de mulheres que tiveram parto numa unidade de saúde e permaneceram lá pelo menos 24 horas após o parto (admissão pós-parto);
- proporção de mulheres que tiveram contacto pós-natal materno e/ou do recém-nascido no prazo de 24 horas após o parto;
- cobertura de vacinação infantil.

Também avaliámos associações entre fatores de base (bens domésticos, escolaridade materna, paridade, idade materna, região, etnia e distância até à unidade de saúde mais próxima) e a cobertura e mortalidade perinatal.



Figura 2: Coortes anuais de nascimento/observação abordadas nesta policy brief e no relatório base anterior.

Principais conclusões

Entre 29.824 mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos seguidas entre junho de 2022 e junho de 2024, 240 mulheres morreram durante os 51.180 pessoas-ano de observação. Assim, a taxa de mortalidade foi de 4,69 por 1.000 pessoas-ano (Intervalo de confiança a 95% (IC) 95%: 4,15-5,32).

Durante o mesmo período, 23.662 crianças com menos de 5 anos foram acompanhadas durante

31.049 pessoas-ano e foram registadas 514 mortes. A mortalidade estimada em menores de 5 anos foi de 82 por 1.000 nados vivos, enquanto a mortalidade infantil foi de 61 por 1.000 nados vivos e a mortalidade neonatal de 33 por 1.000 nados vivos. A taxa de mortalidade perinatal também foi elevada, com 74 por 1.000 nascimentos (IC 95%: 67-82).

Em 2018-24, acompanhámos 38.412 mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos e registámos

742 óbitos. 100 destas mortes foram provavelmente mortes maternas ocorridas durante a gravidez, o parto ou nos primeiros 42 dias após o parto. Com 19.702 nados vivos das mulheres sob vigilância, isto traduz-se numa taxa de mortalidade materna de 507 por 100.000 nados vivos. Assim, a taxa de mortalidade materna é comparável à estimativa do DHIS2 para 2022 (548 mortes por 100.000 nados vivos)¹⁵, que se baseia em nascimentos em unidades de saúde. No entanto, deve notar-se que, com base nas nossas análises, apenas 58% das mortes maternas ocorrem em unidades de saúde, o que leva a um quadro altamente incompleto ao basear as avaliações de mortalidade materna apenas nos dados das unidades de saúde. No caso das mortes com menos de 5 anos, isto é ainda mais acentuado: apenas 40% das 1.533 mortes de menores de 5 anos em 2018-24 ocorreram em unidades de saúde.

Um total de 7.006 nascimentos foram elegíveis para as análises de cobertura. No total, 99% obtiveram CPN1 (6.761/6.824), 61% CPN4 (3.140/5.109), 6% CPN8 (290/5.109), 59% dos partos foram em unidades de saúde (4.070/6.925) e 52% obtiveram cuidados pós-natais (2.435/4.704). Entre os partos em unidades de saúde, 80% permaneceram no hospital pelo menos 24 horas após o nascimento (admissão pós-parto) (2.440/3.034) e 85% obtiveram cuidados pós-natais (2.240/2.628) (Figura 3).

Encontrámos uma associação negativa pronunciada entre a cobertura de CPN1, CPN4, parto em unidades de saúde e cuidados pós-natais (entre todos os nascimentos) e a distância até à unidade de saúde mais próxima: em comparação com as mulheres que vivem perto da unidade de saúde mais próxima (<2 km), as taxas de cobertura entre as mulheres que vivem mais longe caíram

significativamente. Observámos a maior queda na cobertura de cuidados pós-natais e no parto em unidades de saúde. A cobertura de cuidados pós-natais entre mulheres que viviam a <2 km da unidade de saúde mais próxima era de 74% (861/1.156), mas apenas 41% para aquelas que viviam a mais de 8 km de distância (476/1.171; Odds Ratio (OR) 0,29 (IC 95% 0,21-0,41)). De forma semelhante, a cobertura de partos em unidades de saúde entre mulheres que viviam a <2 km da unidade de saúde mais próxima era de 82% (1.399/1.707), mas apenas 49% para aquelas que viviam a mais de 8 km de distância (832/1.690; OR 0,25 (IC 95% 0,18-0,35)). Este padrão foi diferente para os resultados avaliados entre partos em unidades de saúde (admissão pós-parto e cuidados pós-natais entre partos em unidades de saúde), onde a distância deixou de estar associada à cobertura.

Entretanto, encontrámos uma heterogeneidade regional pronunciada nas taxas de cobertura, com as taxas mais elevadas de CPN, parto baseado em unidades de saúde e cuidados pós-natais (entre todos os nascimentos) observadas em Bolama/Bubaque. As taxas de cobertura mais baixas foram observadas em Oio/Farim, exceto para CPN8 e admissão pós-parto, onde Gabu (CPN8) e Cacheu (admissão pós-parto) tiveram a menor cobertura. De forma semelhante, houve heterogeneidades pronunciadas entre os grupos étnicos ao longo dos desfechos.

Também observámos que a cobertura do CPN4, CPN8, partos em unidades de saúde e do cuidado pós-natal (tanto entre partos em unidades de saúde como entre todos os nascimentos) estão associados à riqueza do agregado familiar: em comparação com o grupo mais pobre, as mulheres atribuídas aos grupos mais ricos tiveram uma cobertura estatisticamente significativamente

superior. De forma semelhante, uma maior escolaridade materna esteve associada a uma maior cobertura para a maioria dos resultados. As mulheres com partos anteriores apresentaram taxas de cobertura estatisticamente significativamente mais baixas de CPN4, CPN8, partos em unidades de saúde e cuidados pós-

natais (entre todos os partos) em comparação com primigestas. Em comparação com as mulheres adolescentes (<20 anos), as mulheres nos grupos etários mais velhos (≥20 anos) eram estatisticamente significativamente menos propensas a ter um parto em unidades de saúde (entre todos os nascimentos).

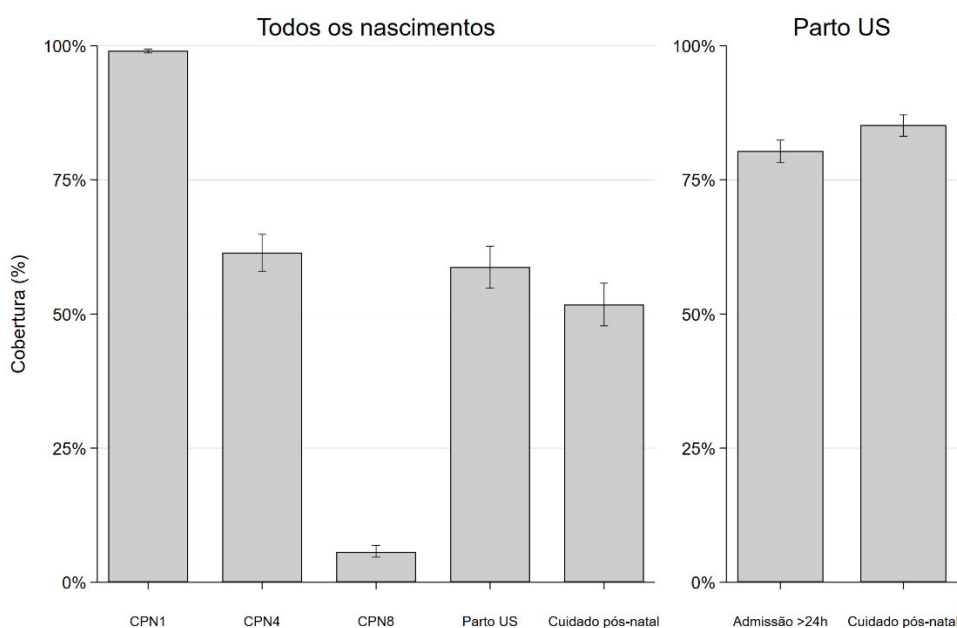


Figura 3: Cobertura de pelo menos uma/quatro/oito consultas de cuidados pré-natais (CPN1/CPN4/CPN8), partos em unidades de saúde (partos US) e cuidado pós-natal entre todas as gravidezes registadas (esquerda); cobertura de admissão pós-parto e cuidados pós-natais entre partos US (direita).

Implicações e principais opções de política

- Taxas de mortalidade persistentemente elevadas e a cobertura inadequada dos serviços essenciais de SMI nas zonas rurais da Guiné-Bissau são provavelmente impulsionadas por desafios contínuos na acessibilidade e disponibilidade dos serviços, evidenciando a necessidade urgente de mais intervenções que visem as necessidades de cuidados não satisfeitas causadas por barreiras aos cuidados.
- As nossas análises mostram que a obtenção de cuidados está fortemente associada a uma maior riqueza do agregado familiar e a distâncias mais curtas até às unidades de saúde, sugerindo assim que os obstáculos financeiros e geográficos continuam a ser desafios importantes nas zonas rurais da Guiné-Bissau. Como estes obstáculos afetam desproporcionalmente os agregados familiares mais pobres, isso implica graves preocupações com a equidade. Garantir a verdadeira gratuidade dos serviços essenciais e melhorar o acesso aos transportes são pilares para o progresso.
- Lacunas na continuidade dos cuidados, especialmente a cobertura inadequada da observação pós-parto e do cuidado pós-natal atempada entre mulheres que tiveram parto em unidades de saúde, representam oportunidades perdidas e devem ser priorizadas. Manter as mulheres sob cuidados após o contacto inicial com os CPN é outro passo fundamental. O reforço da prontidão para as unidades de saúde será essencial para responder à crescente procura de serviços.
- Além disso, esforços coordenados entre as partes interessadas são essenciais para maximizar o impacto. A monitorização contínua dos resultados de equidade, cobertura e mortalidade – e a utilização de informação tanto de dentro como de fora das unidades de saúde – é vital para orientar esses esforços e avaliar eficazmente o progresso.

Referências

1. Unicef. UNICEF Data Warehouse: Cross-sector indicators, Geographic area: Guinea-Bissau, Time period: 2023. 2025. https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=GNB.MNCH_MMR+CME_MRM0+CME_SBR+CME_MRY0T4..&startPeriod=1990&endPeriod=2025&lastno bservations=1.
2. 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/> (accessed 30/12/2024).
3. World Health Organization. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. 2014. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/127938> (accessed 3/12/2024).
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: 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).
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. Thyssen 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.
15. INASA. Anuario Estatístico Saude 2022 (Available at <https://www.inasa.gw/wp-content/uploads/2024/06/Anuario-estatistico-2022.pdf>), 2024.

Esta policy brief foi elaborada por Sabine Margarete Damerow, Justiniano Sebastião Dunga Martins, Linea Olga Karlqvist e Ane Bærent Fisker. Traduzida de inglês para português por Paula Marise Silva. Mais informações podem ser encontradas em www.measureeffects.org.