Identificação de lacunas na continuidade dos cuidados maternos e neonatais essenciais num contexto de elevada mortalidade: resultados da Guiné-Bissau rural

Policy brief

Mensagens-chave

- Cuidados integrados e de alta qualidade durante toda a gravidez, parto e período pós-natal precoce são considerados fundamentais para melhorar a sobrevivência materna e perinatal. No entanto, a obtenção da continuidade dos cuidados de gravidez, parto e cuidados pós-natais essenciais é criticamente baixa em toda a África Subsariana.
- Entretanto, existem importantes lacunas de medição: apesar de a Guiné-Bissau estar entre os países com as maiores taxas de mortalidade materna e perinatal do mundo, a obtenção pelas mulheres da continuidade dos cuidados essenciais de gravidez, parto e cuidados pós-natais não foi investigada até à data.
- Nesta policy brief, descrevemos a cobertura da continuidade dos cuidados maternos e neonatais essenciais na Guiné-Bissau rural, definida como a obtenção de quatro ou mais contatos de cuidados pré-natais, parto em unidades de saúde e um contato de cuidados pós-natais nas 24 horas após o parto. As análises basearam-se em 2.258 nascimentos registados através do sistema de vigilância demográfica e de saúde rural nacionalmente representativo do Projeto de Saúde Bandim entre 1 de fevereiro de 2023 e 31 de janeiro de 2024.
- A conclusão da continuidade dos cuidados foi baixa, fixando-se em 35%; para 22% dos nascimentos, as mulheres não obtiveram nenhum dos serviços contribuintes. A conclusão da continuidade dos cuidados foi maior entre as mulheres que vivem perto de uma unidade de saúde, têm um status socioeconómico mais elevado e baixa paridade. Além disso, região, etnia e tempo de evocação foram associados à conclusão da continuidade dos cuidados.
- O baixo nível de obtenção da continuidade dos cuidados nas zonas rurais da Guiné-Bissau realça a necessidade de uma maior atenção à cobertura da continuidade dos cuidados, às barreiras de acesso aos serviços essenciais de saúde materna e infantil e a esforços para aumentar a integração dos serviços.

Contexto

Apesar dos progressos notáveis nas últimas décadas, a Guiné-Bissau continua a figurar entre os países com as mais elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal do mundo. Com uma estimativa de 505 mortes maternas por 100.000 nados-vivos, 29 nados-mortos por 1.000 nascimentos e 33 mortes neonatais por 1.000 nados-vivos,[1] o país continua longe das metas globais para 2030 de menos de 70 mortes maternas por 100.000 nados-vivos,[2] 12 nados-mortos por 1.000 nascimentos,[3] e 12 mortes neonatais por 1.000 nados-vivos.[2]

Para reduzir a mortalidade materna e perinatal, considera-se essencial a prestação de cuidados integrados e de elevada qualidade durante toda a

gravidez, parto e período pós-natal precoce.[4-7] No entanto, a obtenção da continuidade dos cuidados essenciais de gravidez, parto e cuidados pós-natais é alarmantemente baixa em toda a África Subsariana.[8,9] Entretanto, os indicadores globais continuam a centrar-se na obtenção de serviços individuais[3,10-12] e a obtenção da continuidade dos cuidados não é suficientemente monitorizada, conduzindo a lacunas de dados cruciais.

Nesta policy brief, descrevemos as lacunas de cobertura ao longo da continuidade dos cuidados maternos e neonatais essenciais na Guiné-Bissau rural e os fatores antecedentes associados à conclusão da continuidade dos cuidados.

Métodos

Empregámos um estudo transversal aninhado no sistema de vigilância demográfica e de saúde rural (SVDS) do Projeto de Saúde Bandim. Através deste sistema, monitorizamos continuamente >50.000 mulheres em idade reprodutiva e crianças com menos de 5 anos de idade numa amostra aleatória nacionalmente representativa de 182 agrupamentos de aldeias em todas as dez regiões de saúde rurais da Guiné-Bissau (ou seja, todas as regiões de saúde, exceto a região da capital) (Figura 1).[13] Os participantes da coorte são acompanhados através de pelo menos visitas domiciliares semestrais. Durante as visitas domiciliares, perguntamos sobre gravidezes, nascimentos, sobrevivência, adesão a serviços de saúde materno-infantil e fatores antecedentes sociodemográficos.

Entre os nascimentos registados no SVDS entre 1 de fevereiro de 2023 e 31 de janeiro de 2024, avaliou-se a cobertura da gravidez, parto e cuidados pós-natais precoces:

- qualquer contato de cuidados pré-natais (CPN) (CPN1)
- quatro ou mais contatos CPN (CPN4)
- oito ou mais contatos CPN (CPN8)
- parto em unidades de saúde
- primeiro contato materno e/ou neonatal com cuidados pós-natais precoces dentro de 24 horas após o nascimento
- admissão pós-parto de pelo menos 24 horas entre os partos em unidades de saúde

Na mesma coorte, avaliou-se a cobertura da continuidade dos cuidados maternos e neonatais essenciais, definidos como a obtenção de CPN4, parto em unidades de saúde e o primeiro contato materno e/ou neonatal com cuidados pós-natais dentro de 24 horas após o nascimento. Além disso, avaliámos associações entre a conclusão da continuidade dos cuidados e fatores antecedentes:

- nível socioeconómico: bens domésticos, escolaridade materna
- paridade
- idade materna
- região de residência
- etnia
- distância geográfica até à unidade de saúde mais próxima
- tempo de evocação (período durante o qual uma pessoa deve lembrar e relatar informações passadas)

Descrevemos todos os resultados tanto globalmente, como também estratificados por sobrevivência perinatal para ter em conta as necessidades diferenciadas de cuidados das mulheres com complicações.

Figura 1: Aglomerados de aldeias sob vigilância sanitária e demográfica nas zonas rurais da Guiné-Bissau.

Principais resultados

A nossa amostra analítica incluiu um total de 2.258 nascimentos; entre eles, 1.831 foram registados durante a gravidez e, portanto, foram elegíveis para as análises estratificadas (1.740 sobreviventes perinatais; 91 mortes perinatais, ou seja, crianças que nasceram mortas ou morreram na primeira semana de vida).[i]

No geral, a cobertura de CPN1 foi de 99% (2.236/2.258), a cobertura de CPN4 62% (1.403/2.258), a cobertura de CPN8 6% (128/2.258), a cobertura de parto em unidades de saúde de 56% (1.268/2.258) e a cobertura de cuidados pós-natais precoces de 52% (1.167/2.258). Entre as mulheres que deram à luz em uma unidade de saúde, 79% foram admitidas por pelo menos 24 horas (981/1.249);[ii] 85% das mulheres com parto em uma unidade de saúde obtiveram cuidados pós-natais precoces (1.076/1.268). A cobertura de partos em unidades de saúde foi estatisticamente significativamente maior no estrato de morte perinatal (p<0,001); a cobertura da CPN tendeu a ser menor no estrato de morte perinatal (estatisticamente significativa para CPN1; p=0,03) (Figura 2).

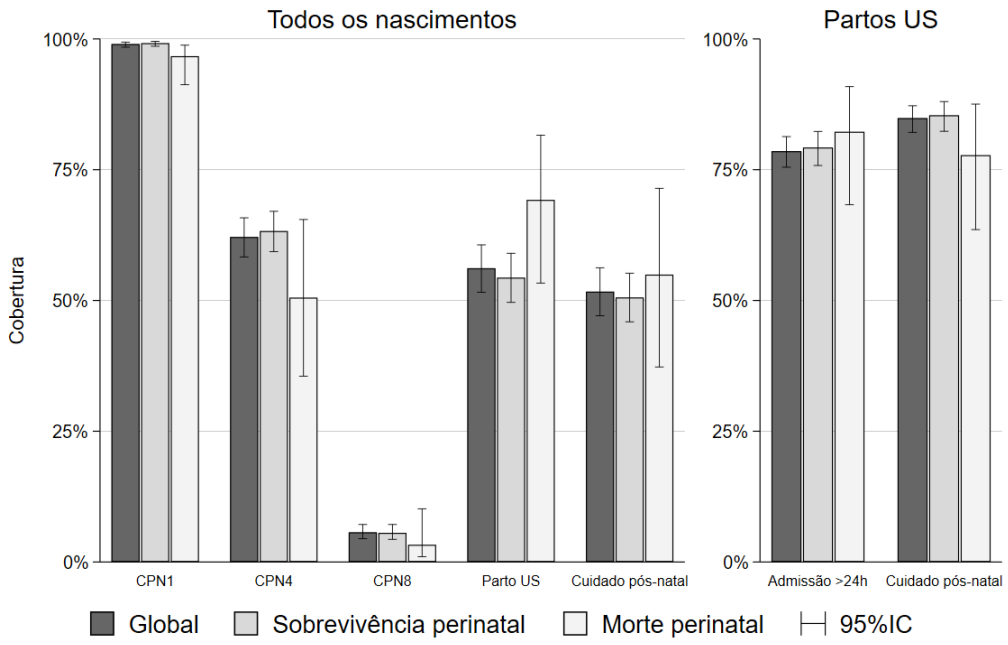

Figura 2: Cobertura de pelo menos um/quatro/oito contatos de cuidados pré-natais (CPN1/CPN4/CPN8), partos em unidades de saúde (Parto US) e cuidados pós-natais precoces (Cuidado pós-natal) dentro de 24 horas após o nascimento entre todas as gestações registadas (esquerda); cobertura de admissão pós-parto de pelo menos 24 horas e cuidados pós-natais precoces dentro de 24 horas entre partos em unidades de saúde (direita). Cobertura global e por estratos de sobrevivência perinatal.[14]

No total, 35% completaram a continuidade dos cuidados de CPN4, parto em unidades de saúde e cuidados pós-natais precoces maternos e/ou neonatais em 24 horas (798/2.258); 22% não obtiveram nenhum desses serviços (494/2.258) (Figura 3). A conclusão da continuidade dos cuidados foi maior entre as mulheres que vivem perto de unidades de saúde (p<0,001), com maior nível socioeconómico (maior escolaridade: p<0,001; mais bens domésticos: p=0,001) e sem ou com um parto prévio (p<0,001). A cobertura também diferiu acentuadamente entre regiões (p<0,001) e etnias (p=0,02). É importante ressaltar que a cobertura também aumentou com maior tempo de evocação (p=0,002). As taxas de conclusão da continuidade dos cuidados foram semelhantes entre os estratos de sobrevivência perinatal (Figura 3).

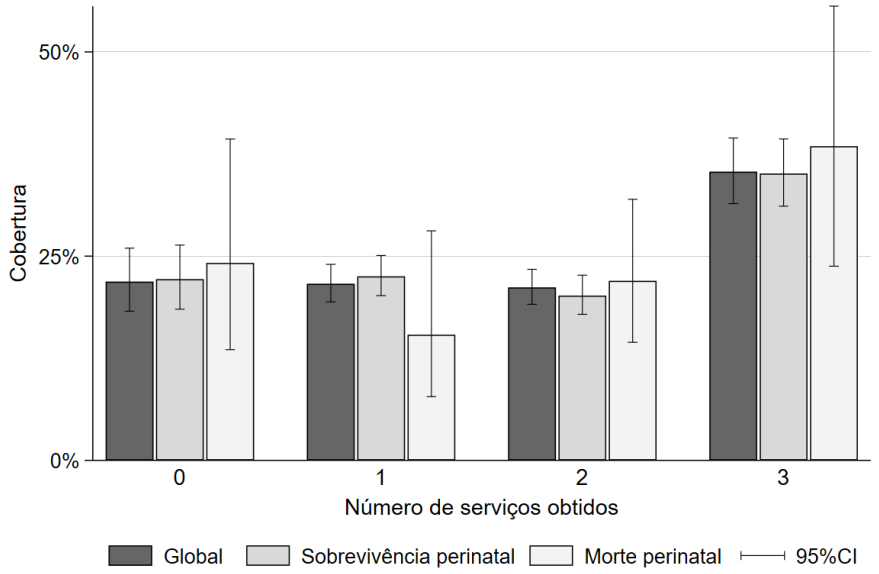

Figura 3: Número de serviços obtidos ao longo da continuidade dos cuidados de quatro ou mais consultas de pré-natal, assistência ao parto qualificada e cuidados pós-natais; geral e por estratos de sobrevivência perinatal.[14]

Principais conclusões e recomendações

- Os nossos resultados indicam uma baixa obtenção da continuidade dos cuidados essenciais de gravidez, parto e cuidados pós-natais na Guiné-Bissau rural e iniquidades na conclusão da continuidade dos cuidados.
- Uma ação concertada que assegure a disponibilidade e a acessibilidade equitativa aos cuidados essenciais na gravidez, no parto e nos cuidados pós-natais é fundamental para promover a obtenção da continuidade dos cuidados.
- Entretanto, os nossos achados indicam a necessidade de uma melhor integração dos serviços, focando em permitir que as mulheres que já têm um contato com uma unidade de saúde alcancem a continuidade completa dos cuidados essenciais de gravidez, parto e cuidados pós-natais.
- Oportunidades imediatas para promover a obtenção da continuidade dos cuidados incluem a garantia de obtenção de cuidados pós-parto adequados entre as mulheres que deram à luz em uma unidade de saúde.

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..&startPeriod=1990&endPeriod=2024&lastnobservations=1 (accessed 03/05/2025).
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. 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.
5. World Health Organization. The World Health Report 2005: Make every mother and child count. Geneva: World Health Organization, 2005.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. World Health Organization. 2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). Geneva: World Health Organization, 2018.
11. World Health Organization, World Bank. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2023.
12. Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators (IAEG-SDGs). Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development. s.l.: United Nations Statistics Division, 2023.
13. 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.
14. 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).

Esta policy brief foi preparada por Sabine Margarete Damerow, Anita Magdalena Zalisz, Kimberly Raisa Nehal, Paula Marise Silva, Oides Furtado e Ane Bærent Fisker. O estudo completo referido neste resumo político está disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/tmi.14136. Mais informações, incluindo uma tradução para o inglês, podem ser encontradas em www.measureeffects.org.

[i] Foram excluídas as gestações registadas após o nascimento para evitar viés de omissão de óbitos perinatais nas informações de resultado do parto coletadas retrospetivamente.
[ii] Foram excluídos deste indicador 19 nascimentos em unidades de saúde com falta de informação de admissão pós-parto.