



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

A realidade das puérperas do Hospital Nacional Simão Mendes
no período de Janeiro a Fevereiro de 2021

Sadja Milaco

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA E
DESENVOLVIMENTO**

DEZEMBRO, 2022



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

A realidade das puérperas do Hospital Nacional Simão Mendes
no período de Janeiro a Fevereiro de 2021

Autora: Sadjá Milaco

Orientadora: Doutora Cátia Sá Guerreiro

Coorientadora: Professora Doutora Ana Abecasis

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau
de Mestre em Saúde Pública e Desenvolvimento

Agradecimentos

O meu agradecimento vai em especial à minha família, minhas manas, a vocês agradeço por todo o apoio nessa caminhada, por terem estado comigo desde o início e em tudo que proponho realizar. Não seria possível sem o vosso apoio. Vocês são a minha referência, admiro muito as mulheres que são.

Ao Justiniano Sebastião Dunga Martins, um excelente médico investigador, agradeço por entrares na minha luta e fazeres parte da nossa batalha. Agradeço pela sua disponibilidade, desde a entrega da carta de autorização de estudo no Hospital Nacional Simão Mendes, a submissão de protocolo no Comité Nacional de Ética, assim como a realização do trabalho de campo com muito profissionalismo e dedicação. Sou muito grata à tua participação no estudo e por toda a experiência partilhada, e do seu espírito de trabalho em equipa.

À professora Cátia Sá Guerreiro, minha orientadora, uma excelente profissional e uma ótima professora e orientadora. Agradeço pela partilha de conhecimento, por todas as críticas, as correções e comentários foram muito construtivos para o desenvolvimento do trabalho, para o meu crescimento académico e motivação para seguir em frente.

À minha coorientadora professora Ana Abecasis, e a todos os professores do Mestrado, agradeço e muito pela partilha de conhecimento e pela disponibilidade ao longo deste Mestrado.

Aos meus amigos e colegas de Mestrado, que de forma direta e indireta me apoiaram desde o início, em especial ao colega Jeremias S. Chone - foi um colega dentro e fora de mestrado que espero levar para a vida; ao colega Xadrique Siabo e a colega Isabel Sousa,

agradeço por todos os trabalhos curriculares que realizamos em equipa, vou levar a experiência e a partilha de conhecimento para a vida.

Por mim, dou graças a Deus pela força e coragem em abraçar mais um desafio académico. Sou muito grata pelas oportunidades literárias que tive e continuo a ter, por toda a aprendizagem e conhecimento adquiridos ao longo deste mestrado.

Resumo

Contexto: O cuidado pré-natal oferece uma oportunidade única para melhorar a saúde materno-fetal, reduzindo o risco de morbidade e mortalidade materna, desde que seja de boa qualidade e utilizado regularmente por gestantes. É essencial que todas as mulheres tenham acesso a cuidados de saúde de alta qualidade durante a gravidez, parto e pós-parto. Atualmente na Guiné-Bissau a maioria das mulheres grávidas têm um mínimo de quatro consultas pré-natais, contudo a taxa de mortalidade materna ainda é elevada. Nesse contexto o presente estudo tem como objetivo descrever a realidade vivida pelas puérperas guineenses que recorrem ao Hospital Nacional Simão Mendes, no que concerne a procura de cuidados de saúde durante a gestação até ao momento do parto.

Método: Realizamos um estudo descritivo de abordagem qualitativa. A amostra foi constituída por 54 mulheres guineenses em pós-parto no HNSM, selecionadas intencionalmente por variação máxima. Os dados foram recolhidos através de uma entrevista em profundidade semiestruturada, realizada entre 1 e 20 de Fevereiro. O “modelo de três atrasos” informou o processo analítico de conteúdo.

Resultados: Da análise de conteúdo efetuada emergiram sete categorias: Como descobriram que estavam grávidas/diagnóstico de gravidez; procura de atendimento após o diagnóstico de gravidez; Uso de serviço de saúde materna; Decisão em procurar atendimento; Conhecimento sobre cuidados de saúde materna; Barreiras de acessibilidade; Perceção de serviço de qualidade. Identificaram-se barreiras que influenciaram a procura e utilização de cuidado pré-natal: a perceção da própria mulher sobre a importância do recurso a cuidados de saúde, e a influência da família como principais causas do primeiro atraso; após tomada a decisão em procurar atendimento enfrentam as barreiras de acessibilidade física, económica e de informação constituindo o segundo atraso; nas unidades de saúde o terceiro atraso deve-se a longos tempos de espera, encaminhamento inadequado e greves.

Conclusões: No presente estudo as barreiras descritas vivenciadas pelas puérperas refletem a realidade vivida por mulheres guineenses durante a gestação. Contribuindo para atrasos na procura e utilização oportuna de cuidado pré-natal, assim como, atrasos em receber cuidado de saúde de qualidade. Em síntese as barreiras identificadas servem de pontos estratégicos para elaborar estratégias e políticas focadas nos fatores que atrasam a procura e utilização de cuidados pré-natal e nos fatores relacionadas a oferta de serviços para a prestação de cuidados de saúde à mulher grávida, com o objetivo de melhorar a saúde materna na Guiné-Bissau.

Palavras-chave: cuidado pré-natal, barreiras, mulheres grávidas, saúde materna, Guiné-Bissau

Abstract

Context: Prenatal care offers a unique opportunity to improve the maternal context, the risk of maternal pregnancy, from maternity, from maternity, from maternity, and its regular use by the maternity. It is essential that all women have access to high-quality health care during pregnancy, childbirth and postpartum. Currently in Guinea-Bissau most pregnant women have a minimum of four prenatal consultations, however the maternal mortality rate is even higher. The present study aims to describe the reality experienced by Guinean puerperal women who resort to the Simão Mendes National Hospital, with no objective of health care during pregnancy until the moment of delivery.

Method: We carried out a descriptive study with a qualitative approach. The sample consisted of 54 Guinean women in postpartum at the HNSM, intentionally selected by maximum women. Data were collected from February through a semi-structured in-depth interview, carried out between February 1 and 20. The “three delay model” informed the content analytics process.

Results: of the content analysis emerged seven categories: diagnosis that she was pregnant/pregnant; Seeking care after pregnancy diagnosis; Use of maternal health service; Decision to seek care; Knowledge about maternal health care; Accessibility barriers; Perception of quality service. Barriers that firstly influenced the search and use of prenatal care were identified: the perception of the very importance of using health care, and the family of the family as the main causes of delay; making the decision to seek care as barriers to physical, economic and information accessibility constituting the second delay; in health facilities the third delay is due to long waiting times, prevention, and strikes.

Conclusions: Conclusions: In the present study, the described barriers experienced by puerperal women reflect the reality experienced by Guinean women during pregnancy. Contributing to delays in seeking and timely utilization of antenatal care, as well as delays in receiving quality health care. In summary, the identified barriers serve as strategic points to develop strategies and policies focused on the factors that delay the demand and use of prenatal care and on factors related to the provision of services for the provision of health care to pregnant women, with the objective of to improve maternal health in Guinea-Bissau.

Keywords: prenatal care, barriers, pregnant women, maternal health, Guinea-Bissau

índice

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1.	Estado da arte.....	1
1.1.1.	Generalidades sobre saúde materna	1
1.1.2.	O cuidado pré-natal.....	2
1.1.3.	A mortalidade materna – contextualização	9
1.1.4.	Alguns indicadores em Saúde Materna.....	10
1.1.5.	O modelo dos três atrasos	11
1.1.6.	Saúde materna na Guiné-Bissau.....	15
1.1.7.	Generalidades sobre a Guiné-Bissau - Contexto histórico, político, económico e social.....	15
1.1.8.	Sistema nacional de saúde.....	18
1.1.9.	Apoios à saúde materna na Guiné-Bissau	26
1.1.10.	Cobertura de cuidados pré-natais na Guiné-Bissau	27
1.1.11.	Assistência ao parto na Guiné-Bissau.....	29
1.1.12.	A mortalidade materna na Guiné-Bissau	30
1.2.	Objetivos	31
1.2.1.	Objetivo Geral.....	31
1.2.2.	Objetivos Específicos.....	32
2	MATERIAIS E MÉTODOS	33
2.1.	Local de estudo	33
2.2.	Tipo de estudo.....	33
2.3.	Participantes no estudo e técnica de amostragem.....	34
2.4.	Recolha de dados	35
2.5.	Análise de dados	37
2.6.	Considerações éticas	38
3	RESULTADOS	39
3.1.	Caraterísticas sociodemográficas/obstétricas das participantes.....	39
3.2.	Categoria 1: Como descobriram que estavam grávidas/diagnóstico de gravidez.....	43

3.3.	Categoria 2: Procura de atendimento após diagnóstico de gravidez	44
3.4.	Categoria 3: Uso de serviços de saúde materna.....	46
3.5.	Categoria 4: Decisão de procura de atendimento	47
3.6.	Categoria 5. Conhecimentos sobre cuidados de saúde materna	48
3.7.	Categoria 6. Barreiras de acessibilidade	49
3.8.	Categoria 7. Percepção de serviço de qualidade	52
4	DISCUSSÃO	55
4.1.	1º Atraso: Decisão de procurar cuidados	55
4.2.	2º Atraso: atraso em chegar a uma unidade de saúde	57
4.3.	3º Atraso: atraso em receber cuidados adequados	61
4.4.	Limitações de estudo	63
5	CONCLUSÃO	65
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
	ANEXO	76

Lista de acrónimos

ARO	Alto Risco Obstétrico
ASC	Agentes de Saúde Comunitária
AS	Áreas Sanitárias
BA	Bacteriúria Assintomática
CNES	Comité Nacional de Éticas em Saúde
CMI	Centro Materno Infantil
CPN	Cuidados Pré-Natais
DRS	Direção Regional de Saúde
DSTs	Doenças sexualmente transmissíveis
EPMM	Mortalidade Materna Evitável
ERS	Entidade Regional de Saúde
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
HR	Hospitais Regionais
MICS	Inquérito aos Indicadores Múltiplos
MINSAP	Ministério de Saúde Pública
ODS	Objetivo do Desenvolvimento Sustentável
ODM	Objetivo Desenvolvimento de Milénio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PED	Países em desenvolvimento
PEN	Plano Estratégico Nacional
PIMI	Programa Integrado da Redução da mortalidade materna
PNLS	Programa Nacional de Luta Contra Sida
PNDS	Programa Nacional de Desenvolvimento Sanitário
RS	Região Sanitária
SAB	Setor Autónomo de Bissau
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TMM	Taxa de Mortalidade Materna
UM MMEIG	Grupo Interinstitucional de Estimativas da Mortalidade Materna

UNDP	Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
UNICEF	Fundo das Nações para a Infância
UNIOGBIS	Gabinete das Nações Unidas para a Consolidação da Paz na Guiné-Bissau

1 INTRODUÇÃO

1.1. Estado da arte

1.1.1. Generalidades sobre saúde materna

A prestação de cuidados de saúde específicos à mulher durante a gravidez por meio da rede pública de serviços de saúde foi um desenvolvimento relativamente tardio na obstetrícia moderna. Até o final dos anos 1930 as autoridades do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte decidiram que todas as mulheres deveriam fazer check-ups regulares durante a gravidez como parte integrante de assistência à saúde materna. Durante a segunda metade do século XX, a consciência internacional cresceu diante das dimensões da tragédia da mortalidade materna; governos nacionais colaboraram com técnicos, assistência e agências doadoras para garantir que mulheres grávidas em países em desenvolvimento (PED) também tivessem acesso a cuidados de saúde materna (1).

No entanto, garantir o acesso a cuidados de saúde a mulheres grávidas durante o trabalho de parto e parto foi um esforço muito mais complexo do que disponibilizar serviços durante o período pré-natal, este muito mais longo e menos imprevisível. Como resultado, houve maior enfoque em fornecer cuidados pré-natais com inadequada atenção ao parto. Posteriormente, verificou-se que as intervenções de cuidados pré-natais por si só não abordam as principais causas da mortalidade materna que resultam de complicações surgidas durante o trabalho de parto e pós-parto imediato. Com essa compreensão, houve uma reorientação dos programas de saúde materna para garantir que as mulheres tenham acesso tanto aos cuidados pré-natais como aos cuidados durante o período de trabalho de parto e parto, incluindo o encaminhamento de emergências obstétricas. Atualmente existe melhores evidências para reduzir a mortalidade materna e o papel que os cuidados pré-natais podem desempenhar (1).

Nas duas últimas décadas, um dos objetivos chave de programas de saúde materna tem sido que as mulheres se apresentem para o pré-natal no início da gravidez, a fim de obter

diagnósticos e tratamentos precoce, tais como, tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e anemia (1). Globalmente este objetivo está a ser atingido, como por exemplo, na América latina e Caribe, e no Medio Oriente e Norte da África, dois terços das mulheres apresentam para a visita de cuidados pré-natais no primeiro trimestre, enquanto o número para a Asia é quase a metade. A exceção da África Subsariana, onde as mulheres são mais suscetíveis a apresentar aos cuidados pré-natais no segundo trimestre e uma proporção relativamente substancial apresentam apenas no terceiro trimestre (2,3). Embora as mulheres na África Subsariana façam a primeira visita pré-natal muito tarde durante a gravidez, tendem no entanto a relatar mais do que uma visita (1).

À escala global, durante o período de 2007 até 2014, apenas 64% das gestantes realizaram as quatro visitas mínimas preconizados pela OMS durante o período pré-natal, o que indica que ainda há muito a ser feito em termos de utilização e qualidade dos cuidados no período pré-natal (4).

A convenção dos Direitos Humanos inclui o compromisso fundamental dos Estados em garantir que as mulheres e meninas adolescentes sobrevivam à gravidez e ao parto, como um aspeto de seu gozo dos direitos à saúde sexual e reprodutiva e de viver uma vida com dignidade (5). A visão da OMS é, um mundo onde “todas as mulheres grávidas e todos os recém-nascidos recebam cuidados de boa qualidade ao longo da gravidez, parto e período pós-natal ” (4).

1.1.2. O cuidado pré-natal

O cuidado pré-natal (CPN) pode ser definido como a assistência prestada por profissionais de saúde qualificados a gestantes, a fim de garantir as melhores condições de saúde para a mãe e também para o recém-nascido durante a gravidez. Os componentes da assistência pré-natal são os seguintes: reconhecimento dos riscos; prevenção e tratamento de doenças relacionadas com a gravidez ou concomitantes; e a promoção da saúde e educação para a saúde (4). Além disso, o CPN também presta às mulheres e às suas famílias informações e conselhos adequados para uma gravidez saudável, um parto

seguro e uma boa recuperação pós-natal, incluindo os cuidados a prestar ao recém-nascido, a promoção da amamentação precoce e exclusiva, na tomada de decisão sobre futura gravidez, com o objetivo de melhorar os resultados da gravidez (6).

Sabe-se pela literatura que há benefícios de alguns dos elementos de CPN que podem ser mais significativas em PED, onde a morbidade e os níveis de mortalidade entre as mulheres em idade reprodutiva são altos (1). O CPN reduz a morbidade e mortalidade materna e perinatal, tanto diretamente por meio da detecção e do tratamento de complicações relacionadas à gravidez quanto indiretamente, por meio do reconhecimento de grávidas com maior risco de complicações durante o trabalho de parto, procurando assim, o encaminhamento para um nível de atenção adequado (4). Além disso, o CPN proporciona muitas das vezes a primeira oportunidade de contato entre uma mulher e os serviços de saúde, abrindo assim uma porta de entrada para uma atenção integrada, promovendo boas práticas de saúde no cotidiano, assim como influência comportamentos que levam à procura de cuidados de saúde (6). No entanto, há uma grande diferença entre uma única consulta pré-natal e um CPN considerado ótimo que exige consultas de seguimento e várias intervenções preventivas. Diversas enfermidades prevalentes em África, como a malária, as DSTs o tétano materno e neonatal, o VIH, a tuberculose, e algumas deficiências alimentares, podem ser tratadas durante as visitas de CPN (6).

Com base numa revisão sistemática de literatura sobre as perspectivas das mulheres relativamente aos cuidados de saúde pré-natal (7), a OMS demonstrou que as mulheres esperam que os cuidados pré-natais lhes proporcionem uma experiência positiva durante a gravidez. Isto é sinónimo de uma normalidade física e sociocultural na manutenção de uma gestação saudável que beneficia a mãe e o recém-nascido (incluindo prevenção ou tratamento de riscos, doença e morte); de fazer uma transição efetiva para um trabalho de parto e parto positivos e experiência materna positiva (incluindo autoestima materna, e a autonomia (8).

No mesmo sentido, a OMS em 2016 publicou um guia prático com diretrizes e suas recomendações cujo objetivo principal é, melhorar a qualidade da assistência pré-natal, bem como os resultados maternos, fetais e neonatais relacionados ao cuidado pré-natal.

Trata-se de uma abordagem mais ampla, baseada em direitos. Uma das recomendações (E.7) afirma que, para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência das mulheres relativamente a assistência pré-natal, são necessários modelos de atenção pré-natal com “mínimo de oito contatos” (8). Com base nisso, e em alguns resultados e evidências que comprovam que a mortalidade perinatal aumenta com apenas quatro visitas de CPN e que um aumento no número de contatos independentemente do país, está associado com um aumento na satisfação materna (8,9). A OMS analisou como deve ser a prestação de pré-natal em termos de conteúdo dos contatos de CPN, e chegou a um novo modelo – o modelo de CPN de 2016 da OMS, que substituiu o modelo de controlo pré-natal focalizado direcionado a quatro visitas.

Com o objetivo de desenvolver o novo modelo de atenção pré-natal, as recomendações das diretrizes de atenção pré-natal foram correlacionadas com os oito contatos, com base nas evidências que apoiam cada recomendação e no momento ideal das intervenções recomendadas para alcançar o máximo impacto (8).

O modelo de atenção pré-natal da OMS de 2016 recomenda um mínimo de oito contatos de cuidados pré-natais: o primeiro contato está programado para ocorrer no primeiro trimestre (até a 12ª semana de gravidez), dois contatos estão programados para o segundo trimestre (nas semanas 20 e 26 de gravidez) e cinco contatos para o terceiro trimestre (nas semanas 30, 34, 36, 38 e 40). Nesse modelo, foi utilizada a palavra “contato” em vez de “visita”, pois implica uma conexão ativa entre a gestante e o profissional de saúde que não está implícita na palavra “visita” (8).

A referida publicação contém 49 recomendações, agrupadas em cinco tipos de intervenções: intervenções nutricionais; avaliação da mãe e do feto; medidas preventivas; intervenções para sintomas fisiológicos comuns; e intervenções nos sistemas de saúde para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados pré-natais (8). As recomendações referidas englobam os temas a abordar durante o CPN, que forneçam às gestantes atendimento respeitoso, individualizado, centrado na pessoa em cada visita e garantia que cada contato oferece práticas clínicas eficazes e integrada (intervenções e exames), além de mais, oferece informações relevantes e oportunas de modo a assegurar o bem-estar materno-fetal e a promover a vivência da maternidade de forma positiva (8). Dada a

relevância das recomendações para o cuidado pré-natal, apresenta-se de seguida uma breve abordagem a estas cinco intervenções:

Intervenções Nutricionais

A gravidez requer uma alimentação saudável que inclua ingestão adequada de calorias, proteínas, vitaminas e minerais que atenda às necessidades maternas e fetais. No entanto, a ingestão alimentar de vegetais, carne, laticínios e frutas para muitas mulheres grávidas é muitas das vezes insuficiente para atender as necessidades, especialmente em países com poucos recursos na África Subsariana, Sul e Sudeste da Ásia, onde a desnutrição materna é altamente prevalente (10). Neste aspeto, a OMS recomenda fornecer aconselhamento sobre alimentação saudável e atividades físicas para permanecer saudável e prevenir o ganho de peso excessivo durante a gestação (8).

Recomenda-se o suplemento oral diário de ferro elementar (30-60mg) e ácido fólico (400 µg), à mulher grávida de forma a evitar anemia materna, infeção puerperal, baixo peso do recém-nascido à nascença e parto prematuro. As causas de anemia incluem deficiência de ferro, infeções (por exemplo, malária, ancilostomíase) e doenças crónicas (por exemplo, HIV). A suplementação de ferro durante a gravidez justifica-se pelo fato de a anemia deficit de ferro ser a deficiência nutricional mais comum na mulher grávida, estando associado a consequência potencialmente graves tanto para a mulher como para o feto (10).

Avaliação da mulher grávida e do feto

Embora a gravidez constitua um processo fisiológico, “existe uma pequena parcela de grávidas que possuem características específicas ou que desenvolvem patologias associadas à gravidez, apresentando maior probabilidade de uma evolução desfavorável tanto para a mãe como para o feto, o que caracteriza a gravidez de risco (11).

As doenças hipertensivas da gravidez são importantes causas de morbilidade e mortalidade materna e perinatal, e estima-se que cerca de um quarto da alta mortalidade materna e

morbidades sejam decorrentes de pré-eclâmpsia e eclâmpsia. A triagem para pré-eclâmpsia é uma parte essencial de um bom atendimento pré-natal. A OMS recomenda a medição da pressão arterial materna e monitorização da proteinúria a cada contato pré-natal e, ao detetar pré-eclâmpsia, o manejo específico é essencial para prevenir eclâmpsia e outros resultados maternos e perinatais desfavoráveis (8).

A nível de avaliação materna, a OMS recomenda o despiste da anemia mediante realização de hemograma. Em locais onde não é possível realizar hemogramas completos, recomenda-se o teste de hemoglobina no local com um hemoglobímetro em vez de uma escala de cores. A realização de uma cultura de urina de forma a despistar a bacteriúria assintomática na gravidez, caso não seja possível a realização recomenda-se a coloração de Gram no local de amostras de urina em vez de usar tiras reagentes. Ainda recomenda incluir nas consultas de cuidados pré-natais uma sondagem clínica sobre a eventualidade de existir violência por parceiro íntimo, para avaliar as condições que podem ser provocadas ou complicadas pela violência, desde que haja capacidade para fornecer uma resposta de apoio (incluindo encaminhamento, quando apropriado) (10).

A deteção de hiperglicemia pela primeira vez em qualquer momento da gravidez, deve ser classificada como diabetes mellitus gestacional ou diabetes mellitus durante a gravidez, de acordo com os critérios da OMS. O período ideal de diagnóstico do diabetes mellitus gestacional é da 24^a à 28^a semana de gestação (8).

Em relação ao uso de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas durante a gravidez, a OMS preconiza que as mulheres sejam questionadas sobre o seu consumo (passado e presente) ou exposição passiva ao fumo o mais cedo possível durante a gravidez e a cada visita de CPN (10). Estas medidas são importantes pois o consumo de álcool e de outras substâncias tem sido associado a problemas de desenvolvimento fetal durante toda a gravidez, sendo o primeiro trimestre particularmente sensível por risco de aborto espontâneo e de causar malformações fetais, baixo peso à nascença, alterações intelectuais e comportamentais (11).

Em relação a avaliação do bem-estar fetal, a OMS recomenda a realização de um ultrassom antes de 24 semanas de gestação para estimar a idade gestacional, despiste de anomalias fetais e de gestação múltiplas, ainda para reduzir a indução do trabalho de parto de gravidez pós termo e melhorar a experiência gestacional (8).

A OMS recomenda, para contextos com elevada prevalência de HIV e tuberculose, implementar teste e aconselhamento profissional obrigatórios. Estes devem ser considerados como um componente de rotina do pacote de serviços de saúde que são fornecidas às mulheres grávidas em todos os centros de cuidados pré-natais (8).

Medidas preventivas

Como medida preventiva a OMS recomenda a toma de antibiótico de sete dias para as gestantes com bacteriúria assintomática (ASB) para evitar bacteriúria persistente, nascimento prematuro e baixo peso do recém-nascido. Também como medida preventiva, a OMS recomenda a vacinação de toxoide tetânico para todas as gestantes, dependendo da exposição anterior ao tétano, para evitar a mortalidade neonatal por tétano. Além disso, a cada contato de CPN os técnicos de saúde devem verificar o estado de vacinação de mulheres grávidas e administrar vacinas recomendadas no calendário nacional de imunização (8).

A OMS recomenda como medida preventiva em áreas endêmicas de malária na África, o tratamento preventivo intermitente com sulfadoxina-pirimetamina para todas as gestantes. Essa recomendação justifica-se porque a infecção por malária durante a gravidez traz riscos substanciais para a mãe, para o feto e para o recém-nascido. A dosagem deve começar no segundo trimestre de gestação e ser dada com pelo menos um mês de diferença, com o objetivo de garantir que pelo menos três doses sejam recebidas. Ainda, a prevenção da malária inclui a promoção e utilização de mosquiteiros com inseticidas adequadas (10).

Intervenções para sintomas fisiológicos comuns na gestação

O corpo da mulher sofre mudanças substanciais durante a gravidez, devido a efeitos hormonais e fisiológicos. Essas alterações causam uma variedade de sintomas comuns (como náusea e vômitos, dor lombar e pélvica, azia, varizes, obstipação e caibras nas pernas) que em alguns casos causam desconforto grave e afetam negativamente sua experiência de gravidez. Em geral, os sintomas associados a efeitos fisiológicos, como dor pélvica, azia e varizes, geralmente pioram à medida que a gravidez avança (8).

Aproximadamente 70% das mulheres grávidas apresentam náuseas e vômitos, que geralmente ocorrem no primeiro trimestre da gravidez. Entretanto, cerca de 20% das mulheres podem apresentar náuseas e vômitos após a 20ª semana de gravidez. Estima-se que a dor lombar e a dor pélvica afetem metade das mulheres grávidas, 8% das quais têm uma condição gravemente incapacitante. A azia afeta dois terços das mulheres grávidas e pode piorar depois de comer ou deitar (8).

A OMS no seu documento de “Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez” recomenda intervenções para cada sintoma fisiológico comum durante a gravidez (10).

Intervenções nos sistemas de saúde para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados pré-natais

Há uma infinidade de intervenções que podem ser usadas para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados pré-natais, dependendo do contexto e do ambiente. A OMS recomenda que cada gestante tenha o seu próprio caderno de notas durante a gestação para melhorar a continuidade, qualidade do atendimento e experiência gestacional. Segundo esta entidade, isto justifica-se pois os dados clínicos mantidos pelas mulheres também podem ser uma ferramenta eficaz em melhorar a conscientização sobre saúde e a comunicação entre a mulher grávida e o provedor de saúde (8).

Em contexto específico a OMS recomenda um modelo de continuidade de cuidados orientados por parteiras. As parteiras são as principais prestadoras de cuidados em muitos ambientes de cuidados pré-natais. O modelo de continuidade de cuidados orientado por parteiras inclui: aconselhamento e cuidados pré-natais para cada mulher; assistência durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato; identificação e encaminhamento das mulheres que necessitam de cuidados obstétricos ou outros cuidados especializados (10).

O modelo de CPN preconizado pela OMS recomenda um mínimo de oito contatos com as equipas de saúde, de forma a reduzir a mortalidade perinatal e a melhorar a experiência das mulheres com os cuidados de saúde. Confirmada por evidências afirma que a segurança durante a gravidez é melhorada pelo aumento da frequência de avaliações maternas e fetais para detetar complicações (10).

1.1.3. A mortalidade materna – contextualização

A OMS define mortalidade materna como “*a morte de uma mulher durante a gravidez ou no prazo de 42 dias após a interrupção da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravado pela gravidez ou seu tratamento, mas não por causas não intencionais ou incidentais*” (12) .

Essa definição permitiu identificar causas diretas e indiretas da mortalidade materna. As **mortes maternas diretas**, são aquelas resultantes de complicações obstétricas do estado de gravidez (gravidez, parto e puerpério), e de intervenções, omissões, tratamento incorreto, ou de uma cadeia de eventos decorrentes de qualquer das anteriores, e as mortes devido a hemorragia obstétrica ou distúrbios hipertensivos na gravidez, por exemplo, ou devido a complicações da anestesia ou cesariana são classificadas também como mortes maternas diretas (12). As mortes maternas diretas foram responsáveis por cerca de 86% de todas as mortes maternas em todo o mundo em 2015, liderados por hemorragia materna, distúrbios hipertensivos maternos e outros distúrbios maternos (infecções, aborto inseguro) (13).

Já as **mortes maternas indiretas**, são aquelas mortes maternas resultantes de doença existente anterior ou doença que se desenvolveu durante a gravidez e não devido a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Por exemplo, mortes devido ao agravamento (por gravidez) de uma doença cardíaca ou renal existente são consideradas mortes maternas indiretas (12).

Para a OMS a morte materna está muitas vezes ligada à pobreza económica das mulheres, à sua falta de acesso à informação e à ausência de serviços de saúde adequados. Em PED, como o caso de muitos países africanos nas regiões localizadas ao sul do Saara, na qual a Guiné-Bissau se inclui, a razão da mortalidade materna pode ser mais de cem vezes superior à dos países da Europa Ocidental (14).

1.1.4. Alguns indicadores em Saúde Materna

A taxa de mortalidade materna (TMM) é definida como “*o número de mortes maternas durante um determinado período de tempo por 100.000 nascidos vivos durante o mesmo período*”; assim, quantifica o risco de morte materna em relação ao número de nascidos vivos (12)

Globalmente em 2017 ocorreram cerca de 295.000 mortes maternas, gerando um TMM geral de 211 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos nos 185 países com populações acima de 100.000 incluídos na análise de grupo interinstitucional de Estimativas da Mortalidade Materna das Nações Unidas (UN MMEIG) que compreende a OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA), Banco Mundial e Fundo de Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP). O risco estimado de morte materna foi de 1 em 190 (15).

Segundo as estimativas regionais e nacionais em 2017, em PED, a TMM foi de 415.000 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, o que corresponde 40 vezes da TMM na Europa, e quase 60 vezes da TMM na Austrália e Nova Zelândia. Nos PED ocorreram cerca de 130.000 mortes maternas em 2017, o risco estimado de morte materna foi de 1 em 56 (15).

A África Subsaariana foi a região com TMM mais alta em 2017, estimado em 542.000 mortes maternas, enquanto o risco de morte materna ao longo da vida foi de 1 em 37, em comparação com apenas 1 em 7.800 na Austrália e Nova Zelândia. A África Subsaariana e o Sul da Ásia foram responsáveis por 86% de mortes maternas correspondendo a 254.000 mortes maternas globais em 2017 (15). Só a África Subsaariana foi responsável por cerca de 66% (196.000) enquanto o Sul da Ásia respondeu por quase 20% (58.000). Além disso, o Sudoeste Asiático foi responsável por mais de 5% das mortes maternas globais, correspondendo a 16.000 (15).

Ainda em 2017 verificou-se uma TMM extremamente alta, definido como mais de 1000 mortes maternas em 100.000 nascidos vivos em três países de África: Sudão de Sul,

Chade, e Serra Leoa tiveram uma taxa de mortalidade materna de 1150, 1140 e 1120, respectivamente (15). Dezas seis outros países, todos da África Subsaariana exceto um (Afeganistão), tiveram TMM muito alta que variou de 500 a 999/ 100.000 nascidos vivos. Neste grupo de países encontram-se a Nigéria (917), República Centro Africano (829), Somália (829), Mauritânia (766), Guiné-Bissau (667), Libéria (661), Afeganistão (638), Costa de Marfim (617), Gambia (597), Guiné-Conacri (576), Mali (562), Burundi (544), Lesoto (548). Apenas três países da África Subsariana tiveram TMR baixo, Maurícia (61/100.000), Cabo Verde (58/100.000), Seychelles (53/100.000 nascidos vivos) (15).

1.1.5. O modelo dos três atrasos

Os relatórios mostram que a mortalidade materna pode ser evitada através do acesso a cuidados de qualidade durante a gravidez, parto, e mediante intervenções eficazes. Esta afirmação é apoiada pela observação de que, em alguns países, a mortalidade materna foi praticamente eliminada. Ainda reiteram que apenas 15% das gestações e partos precisam de cuidados obstétricos de emergência devido a complicações difíceis de prever (16).

Os atrasos no acesso a cuidados de qualidade foram identificados como um dos importantes determinantes de mortalidade materna evitável. Em muitos países em desenvolvimento, a maioria das mortes maternas, dos recém-nascidos, crianças, ocorrem em casa, geralmente devido a atrasos no atendimento (17).

Neste contexto, Thaddeus e Maine fizeram uma revisão de estudos sobre mortalidade materna e utilização de serviços de saúde, verificaram que muitas gestantes chegam às unidades de saúde em estado grave que não podem ser salvas, e que o tempo gasto para receber cuidados adequados é o fator chave em suas mortes. A partir disso, foi desenvolvido o “modelo de três atrasos” (18).

A estrutura conceitual de Thaddeus e Maine (1994) trouxe a primeira mudança na abordagem da mortalidade materna ao enfatizar um paradoxo nos investimentos em saúde pública: não há prevenção primária conhecida para a maioria das complicações obstétricas que levam à morte, nem cuidados de saúde capazes de reduzir a mortalidade

materna. Os autores sugeriram que o tempo – desde o início de uma complicação até seu desfecho – deve ser a única medida usada para gerenciar as complicações maternas (18).

Os referidos autores usaram o conceito de “atrasos” entre o início de uma complicação até o seu tratamento e desfecho adequado, para ligar diferentes fatores como distância, autonomia da mulher e assistência médica. E ainda para fornecer uma estrutura clara para o estudo das mortes maternas para além das causas obstétricas, combinados em uma única estrutura os fatores da causa social e de comportamento relacionadas ao domicílio, comunidade e sistema de saúde, transcendendo as informações clínicas ou demográficas (18).

Os atrasos são sequenciais e interrelacionados: Fase I – atraso na tomada de decisão em procurar atendimento pela mulher grávida; Fase II – atraso em chegar a uma unidade de saúde; e Fase III – atraso em receber atendimento adequado. Segundo estes autores, a mortalidade materna não pode ser atribuída a um único atraso, mais, uma combinação de fatores acaba por causar à morte da mulher (18).

Dada a relevância do “modelo de três atrasos” para a compreensão de barreiras de acesso e utilização de serviços de saúde prestados durante a gravidez e o parto, apresenta-se de seguida uma breve abordagem a estes três atrasos, expondo-se ainda o que a pesquisa refere sobre os mesmos.

Atraso da fase I

Este atraso é geralmente causado por limitações na aceitação dos serviços de saúde, incluindo barreiras no meio sociocultural moldado por valores, crenças e atitudes; por condições socioeconómicas que determinam o acesso ao dinheiro e à informação; no cenário geográfico determinado pela acessibilidade física; no ambiente financeiro que determina o custo dos serviços; e no contexto institucional determinado pelo escopo e a organização dos serviços médicos e a qualidade dos cuidados (19).

O atraso na procura de atendimento é responsável pela maior proporção de mulheres que chegam aos serviços de saúde em estado grave. As barreiras mais comuns identificadas foram, mulheres e famílias não reconhecerem a gravidade dos sintomas ou não tiveram

informações para atuar (20); a falta de poder de decisão das mulheres e influência dos familiares nas decisões sobre o pré-natal e o local de parto (21). Esse pode ser o evento mais complexo de resolver na atenção obstétrica, pois envolve o conceito de acesso e o fenómeno de comportamento (22). A obtenção de cuidados médicos por mulheres com complicações obstétricas começa com o reconhecimento dos sinais e sintomas de alerta (23,24). As barreiras mais relacionadas com o comportamento de procura de cuidados de saúde são a situação económica (25), distância do estabelecimento de saúde (26), nível de educação (27), autonomia, reconhecimento de doença, gravidade dos sintomas (24), e conhecimento e atitudes sobre o uso de sistema de saúde (28). Tendo em vista que a tomada de decisão é um comportamento complexo relacionado à percepção de necessidades, que depende da interação entre características individuais, e exposição a condições sociais, culturais e económicas, a recolha de informação requer uma abordagem ampla (22). Por exemplo, o uso do pré-natal parece potencializar a utilização da atenção obstétrica de emergência, da mesma forma que a falta de acesso pré-natal está associada a atrasos que levam a resultados maternos desfavoráveis (18).

Atraso da fase II

As barreiras para chegar a um estabelecimento de saúde podem atuar como um desincentivo à procura de atendimento. Mesmo quando uma mulher decide procurar atendimento no momento adequado, pode enfrentar barreiras como falta de transporte ou longa distância até uma unidade de saúde (19) .

O atraso da fase II é geralmente uma questão de falta de acessibilidade aos serviços de saúde. Barreiras financeiras, organizacionais e socioculturais controlam a utilização dos serviços (18). Estes fatores foram verificados nos resultados de alguns estudos. A acessibilidade geográfica para as unidades de saúde influencia fortemente o uso de serviços de saúde materna - infantil e os resultados de saúde materna e neonatal em muitos países em desenvolvimento (29). Um estudo no Gana mostrou que a probabilidade de parto em uma unidade de saúde variou de 68% entre as mulheres que vivem a 1 km da unidade de saúde mais próxima a 22% das que vivem a 25 km de distância (30). A falta de transporte foi um fator verificado em diferentes locais (23,24,29). Muitas mulheres por

falta de autonomia e dificuldade económica têm dificuldade em custear o transporte quando decidem procurar atendimento (20). A distribuição desigual das instalações de saúde tem implicações nas distâncias de viagem entre as mulheres e até mesmo na instalação mais próxima, sem falar no hospital de referência especializado. A questão do acesso é, portanto um problema agudo para os habitantes rurais na maioria dos países em desenvolvimento (19). Por exemplo, um estudo realizado em Zâmbia, relatou que a distância das unidades de saúde e péssimas condições das estradas são as principais limitações da prestação institucional (31).

Atraso da fase III

Este atraso relaciona-se com a receção de cuidados adequados nas instalações de saúde. Fatores relevantes incluem adequação do sistema de referência; escassez de medicamentos, equipamentos adequados e profissional qualificado (19). A qualidade do atendimento é um conceito de importância multifatorial em saúde que inclui ações, interações e relações entre muitos componentes do sistema de saúde (29). Os atrasos de encaminhamento foram atribuídos a falta de ambulâncias nas instalações de saúde de nível primária (21,27). A falta de material médico, medicamentos e sangue para transfusão surgiram como as causas mais comuns do terceiro atraso (23,32–34). Em países em desenvolvimento, é encontrada a má qualidade de atendimento mesmo nas instalações de saúde de nível secundário, contribuindo para a mortalidade materna tanto direta (devido a padrões subestimados de atendimento de emergência) e indiretamente (impedindo a utilização de serviço de saúde) (18).

Nas últimas duas décadas o “modelo dos três atrasos” tem sido utilizado por vários investigadores em saúde materna em países em desenvolvimento (35), baseado no pressuposto de que as mulheres só enfrentarão atrasos quando ocorrem complicações, apesar de a versão original se limitar a complicações obstétricas, e dar atenção limitada aos cuidados pré-natais e pós-natal (35). Alguns investigadores têm aplicado o modelo fora da versão original para identificar barreiras de acesso a cuidados maternos. Por exemplo, o modelo foi aplicado num estudo realizado em Londres, Reino Unido sobre conceptualização da prevenção de resultados obstétricos adversos entre imigrantes num

contexto de alto rendimento (36), com o objetivo de explorar barreiras que causam atrasos na utilização de instalações maternas por parte das mulheres, verificando que os atrasos se deveram a falta de confiança das mulheres para com certas políticas, procedimentos, e profissionais de saúde, manifestados no início de gravidez durante a procura de cuidados não emergenciais. Outro fator identificado como barreira ao acesso foi a comunicação, manifestada por capacidade limitada de articular as necessidades de cuidados e aconselhamento de cuidado.

O “modelo de três atrasos” foi também utilizado num estudo na Tanzânia sobre a oportunidade de envolvimento masculino durante a gravidez (37), para estruturar a análise dos dados qualitativos, algumas das barreiras identificadas foram falta de conhecimento da participação masculina no CPN, e a acessibilidade a instalações de saúde influenciada pela falta de transporte e longas distâncias (37). Outro estudo realizado em Tanzânia sobre a mortalidade infantil, com foco na terceira fase do “modelo de três atrasos”, identificou sistemas de referencia inadequados, confusões de pagamento, organização ineficiente dos serviços de saúde e cultura de comunicação como principais atrasos nesta fase (38).

1.1.6. Saúde materna na Guiné-Bissau

1.1.7. Generalidades sobre a Guiné-Bissau - Contexto histórico, político, económico e social

A Guiné-Bissau fica situada na costa ocidental do continente africano. Manteve-se sob administração portuguesa até Setembro de 1974, quando alcançou a sua independência (39).

Politicamente o país tem vivido situações de instabilidade política e institucional e a recorrência de violência, materializada por repetidos golpes de estado e conflitos armados. O poder é legalmente exercido através de um sistema de democracia multipartidária, semipresidencialista, com um Presidente eleito para um mandato de cinco anos, podendo ser reeleito para mais um; e uma Assembleia Nacional Popular eleita por

4 anos, onde existe a separação de poderes Presidencial, Legislativo, Governativo e Judiciário. No entanto, desde o conflito político-armado de 1998, nenhum governo conseguiu terminar o seu mandato (39).

Do ponto de vista administrativo, a Guiné-Bissau está dividida em oito regiões: Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quínara e Tombali. As regiões estão por sua vez subdivididas em 36 sectores e um Sector Autónomo (SAB), capital política, económica e administrativa do país (39).



Figura 1: Mapa Político e Administrativo da Guiné-Bissau

Em 2016, a população da Guiné-Bissau foi estimada em cerca 1 743 652 habitantes (taxa de crescimento anual de 2,2%), caracterizada por uma população muito jovem: cerca de 54% da população tem menos de 15 anos de idade (40). A Guiné-Bissau é caracterizada por uma grande diversidade étnica. Não existe um consenso sobre o número das etnias no país. Os dados variam de autor para autor, oscilando geralmente entre dez e trinta etnias.

No entanto cinco grupos étnicos representam mais de 85% do total da população (Fula – 25,4%, Balanta – 24,6%; Mandinga – 13,7%; Manjaco – 9,3%; e Papel – 9,0).

A língua oficial é o português, sendo que o crioulo, a simbiose das línguas autóctones e o português, é a língua de comunicação oral mais utilizada. Apesar de não ter uma forma escrita oficialmente aprovada, é o idioma mais veicular e com uma abrangência em toda a extensão do território nacional, além de coexistirem tantos dialetos em número igual de etnias existentes no país. A presença de tão grande diversidade étnica e linguística coloca a Guiné-Bissau perante um incontestável património étnico-cultural, o que também não deixa de constituir um grande desafio no contacto dos técnicos da saúde com as populações, para o bom desempenho das suas funções de prestação de serviços de saúde. Além da diversidade étnica, no país coabitam também diferentes credos religiosos (católicos, protestantes, muçulmanos e animistas).

Os principais produtos de exportação da Guiné-Bissau são a castanha de caju, o peixe e os frutos do mar e a madeira. A agricultura (essencialmente de subsistência) e a pesca (artesanal) são os principais sectores de atividade do país, sendo que a agricultura emprega 82% da população ativa, a indústria 4% e os serviços (principalmente administração pública) 14% (41). Com um PIB *per capita* de \$590 dólares americanos (2015), em 2010 cerca de 70% da população vivia em pobreza moderada (com 2\$ dólares americanos ou menos por dia) e 33% em pobreza extrema (com 1\$ dólar americano ou menos por dia) (42). O rácio da massa salarial, para as receitas fiscais, era de 77,1% em 2000-2003 e de 89% em 2006, o que ultrapassa largamente o critério de convergência da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (UEMOA) (43). Esta tendência manteve-se e assistiu-se a um desmoronamento das finanças públicas, com atrasos permanentes no pagamento dos salários e, consequentemente a instabilidade social, com greves frequentes nos setores da saúde e educação. As infraestruturas de apoio às atividades económicas são deficientes: uma rede rodoviária escassa e em más condições, portos marítimos obsoletos e degradados, telecomunicações deficientes e dificuldades no fornecimento de energia elétrica (43).

A pobreza afeta dois terços da população: 66,7% vive com menos de 2 dólares por dia e 20,8% com menos de 1 dólar por dia. A percentagem de pobres é mais elevada nas zonas rurais e nas pessoas com mais de 45 anos (especialmente naquelas com mais de 66 anos)

(44). De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (0,480 em 2019), na classificação de 2019, a Guiné-Bissau ocupa o 175º lugar, num total de 189 países (45).

A educação é um dos sectores mais problemáticos do país. Caracterizam-no o deficiente desempenho e os recursos humanos, financeiros e materiais escassos. Em 2004, 2,5% do PIB foi gasto na educação (média para a África Subsaariana é de 4%) (39).

A maioria da população com 15 e mais anos de idade é ainda analfabeta ou semianalfabeta. As mulheres são geralmente as menos favorecidas em matéria de escolarização. A frequência escolar nas áreas rurais continua muito inferior à das áreas urbanas, assim como a escolarização das meninas sobretudo nas regiões do leste do país (44).

O acesso e a qualidade dos serviços sociais básicos são particularmente baixos. Em 2005 apenas 38% da população tinha acesso a um serviço de saúde de qualidade.

De uma maneira geral, o acesso aos serviços sociais básicos, como reflete as estatísticas disponíveis, melhorou relativamente nas últimas décadas. A taxa de escolarização líquida, por exemplo, passou de 45,3% em 2000 e 67,4% em 2010 (44).

1.1.8. Sistema nacional de saúde

O conceito de Sistema de Saúde inclui o sector governamental (público), não-governamental (privado) e a medicina tradicional, cujo desempenho conjunto, no que concerne à prestação de cuidados de saúde à população, constitui um importante determinante do perfil de saúde observado nas diferentes comunidades. Analisa-se aqui o SNS em todas estas vertentes (40).

Política nacional de saúde

A Política Nacional de Saúde (PNS) de 1993 foi orientada por princípios de consolidação dos cuidados primários de saúde (CPS), melhoria do acesso aos serviços de saúde, distribuição equitativa dos recursos, qualidade da prestação de cuidados, descentralização do sistema de saúde, definição e desenvolvimento de uma estratégia para os recursos

humanos (RH) e uma melhor colaboração intersectorial (39). Em abril de 2017 validou-se uma nova PNS, substituindo a de 1993, depois de um processo que se arrastava desde 2009 (46).

Organização do sistema de saúde ¹

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III (PNDS III), que atualmente se encontra em revisão (39), reitera que para melhor compreensão da organização do sistema de saúde é necessário ter a noção do mapa sanitário e dos setores públicos (o serviço nacional de saúde, outros serviços públicos e serviços públicos convencionados com privados), privado e tradicional.

Mapa Sanitário

Dadas as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós (essencialmente composta por ilhas) e de Oio e a capacidade logística do Ministério de Saúde Pública (MINSAP) em fazer face as necessidades de respostas de urgência, subdividiram-se essas duas regiões em quatro. Assim, o mapa sanitário apresentou-se durante muitos anos com 11 Regiões Sanitárias (RS), incluindo o SAB. Mais recentemente a RS de São Domingos foi reintegrada em Cacheu, e a de Oio dividida em duas (Oio e Farim), Farim substituindo assim São Domingos como a 11ª RS.

As 11RS foram, desde sempre, divididas em 114 Áreas Sanitárias (AS) (o nível mais próximo das comunidades), definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes.

¹ Dados Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022 (PNDS III)



Figura 2: Mapa da Divisão Sanitária da Guiné-Bissau

Serviço Nacional de Saúde – organização, infraestruturas e equipamentos

O Serviço Nacional de Saúde da Guiné-Bissau tem três níveis: local, regional e central, que correspondem a prestações de serviços de nível primário, secundário e terciário:

Cuidados primários de saúde e nível local: Iniciativas de base comunitária

As revitalizações das atividades de saúde de base comunitária estão em implementação há cerca de 4 anos, sendo que atualmente existe praticamente uma cobertura nacional de agentes de saúde comunitária (ASC) já formados de acordo com o Plano Estratégico Nacional (PEN) de Saúde Comunitária 2016-2020. A sua distribuição não está associada ao risco ou isolamento das AS. Com exceção do SAB, onde pouco menos de 50% são do sexo feminino, a grande maioria dos ASC são do sexo masculino. As atividades esperadas, os equipamentos necessários e os incentivos estão bem especificados, embora haja discordância entre parceiros de implementação e o MINSAP sobre o que é

comportável em termos de incentivos financeiros. Os ASC deveriam ser priorizados para áreas sanitárias de grande isolamento o que, não se verifica.

Iniciativas com base nos Centros de Saúde

Os serviços que deveriam ser de primeiro contato para a prestação de Cuidados Primários de Saúde (CPS) incluem: 3 tipos de centro de saúde generalistas (tipos A, B e C), e 4 tipos de centros especializados, mas de primeiro contato, Centros de Tratamento Ambulatório do Programa Nacional de Luta Contra o SIDA (PNLS), Centros de Diagnóstico e Tratamento do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose, os centros de reabilitação nutricional, os centros materno-infantis (CMI) e o centro de saúde mental.

Centros de saúde generalistas

Os centros de saúde generalistas prestam CPS abrangentes. A nomenclatura A, B e C distingue-os quanto à sua capacidade de intervenção (cuidados mais ou menos complexos como, por exemplo, a realização de cirurgias nos centros de saúde tipo A), classificados ainda em rurais e urbanos. Em 2017, existem 153 centros de saúde, dos quais 5 do tipo A, 15 do tipo B (em condições ideais deveria ter um médico) e 133 do tipo C (sem médico, serviços prestados por enfermeiros). Os centros de saúde são responsáveis pela implementação do Pacote Mínimo de Atividades.

Durante 2016 a UNICEF avaliou 137 centros de saúde (A, B e C), sendo que 54% foram considerados em bom estado, só 31% tinham uma vedação, 31% não tinham uma cadeia de frio operacional, 44% tinham abastecimento de água e 49% abastecimento de eletricidade operacionais (na sua grande maioria de painéis solares). Em março de 2017, 11 centros de saúde estavam fechados por falta de estrutura física em condições aceitáveis. Nenhum estava fechado por falta de pessoal.

Os centros de saúde são geridos pelas equipas técnicas e, até recentemente, pelos Comitês de Gestão da Iniciativa de Bamako. Desde 2016 existe uma iniciativa do MINSAP, contestada pelas finanças e função pública, de colocar administradores em todos os centros de saúde.

O raio de acessibilidade geográfica assumida até este momento é de 5 km. Com base neste critério, 66% da população não terá ainda acesso geográfico aos serviços, isto é, vive para além dos 5 km da estrutura de prestação de CPS mais próxima (aqui não se englobam as estruturas privadas). Essa visão global da disponibilidade das infraestruturas dos cuidados de saúde é muito diferenciada entre as regiões sanitárias e dentro das mesmas regiões. Por exemplo, na Região de Oio, cerca de 69% da população vive a mais de 5km de Entidades de Saúde (ES) mais próxima. Existem AS com localidades populacionais a mais de 30 km da ES mais próxima (por exemplo: CS Lugajol a 42 km da última tabanca e com zonas agreste).

Centros de saúde especializados

Foram criados no mínimo um centro de tratamento ambulatorio em cada RS, através do PNLS. Os poucos resultados mostram elevadas taxas de abandono, baixas taxas de seguimento e elevadas taxas de óbito em TARV. Os Centros de Reabilitação Nutricional e CMI são na sua maioria apoiados pela Cáritas.

Por último temos o centro de saúde mental “Osvaldo M Vieira”, em Bissau, uma estrutura destruída pela guerra civil, reconstruída de raiz e que tenta recuperar o seu estatuto de centro de referência nacional.

Nível secundário dos cuidados de saúde nas Regiões Sanitárias (RS)

A nível das capitais das 11 RS, encontram-se as Direções Regionais de Saúde (DRS) e as Equipas Regionais de Saúde (ERS). O nível regional é responsável pela análise da situação regional, pelos microplanos com a previsão de recursos (humanos, materiais e financeiros), programação anual e avaliação/ seguimento.

Existem 5 hospitais regionais (HR) - Bafatá, Catió, Canchungo, Gabú e Mansoa que prestam cuidados de referência do primeiro nível e cujo diretor faz parte da ERS. A precariedade nos HR é muito semelhante à dos hospitais nacionais.

Junto de alguns dos HR existem casas de mães apoiadas pelas Cáritas e pelo projeto H4+ de Aceleração do Progresso em Saúde Materna e Neonatal.

Serviços de nível terciário ou nacional

A nível central estão o MINSAP, com o Ministro, Secretário de Estado, Secretário-geral, três Direções Gerais, Direções de Serviços/Programas Nacionais, HNSM e dois centros especializados de referência nacional: o Centro de Saúde Mental (psiquiatria) e o Centro de Reabilitação Motora “Dr. Ernesto Moreira”. Estes estabelecimentos encontram-se todos na capital onde se concentra a maior densidade de camas hospitalares. Estes serviços normativamente deveriam ser de referência e de nível terciário. No entanto, devido à forma como funcionam, optou-se por exemplo por classificar o Centro de Saúde Mental como um CS especializado, prestando CPS.

Não está definido um quadro de referenciação e contra referenciação entre as ES, pelo que, na prática, nenhum dos serviços funciona com base na referenciação de outras ES ou de outros níveis de cuidados. Os doentes têm acesso direto aos serviços, ou pela urgência ou pelo ambulatório; esta realidade é agravada pela falta de ES de nível secundário e de CS em Bissau. Como a procura é inadequada os cuidados prestados não correspondem necessariamente ao nível de referenciação terciária. A inadequação dos cuidados prestados deve-se também à falta de profissionais de saúde especializados, de equipamentos necessários ou, ainda, à presença de equipamento por instalar ou sem pessoal competente para o utilizar. Esta precaridade está associada a irregularidade nos aprovisionamentos de material clínico e cirúrgico, reagentes, fichas e instrumentos de gestão, etc., à falta de manutenção dos equipamentos, a atrasos no desembolso de fundos de maneo por parte das entidades responsáveis levando à falta de motivação do pessoal, à baixa produtividade e à erosão das competências técnicas.

Nota-se ainda sobreposição de valências clínicas e de capacidade de diagnóstico entre unidades hospitalares que poderiam ser mais bem aproveitadas num complexo hospitalar de nível terciário partilhado entre diversas unidades.

Outros setores públicos

O Setor Militar tem os seus próprios serviços de saúde. É dirigido por uma divisão militar Junto do Estado Maior. Esta divisão coordena serviços prestados por um Hospital Militar Principal Sino guineense (em Bissau), um Hospital da Base Aérea (hospital de dia, também em Bissau) e Postos de Batalhão em cada batalhão por todo o País. Fora de Bissau os serviços são prestados por enfermeiros. Embora os beneficiários destes serviços sejam os militares e os seus familiares, cerca de 98% dos utentes do Hospital Militar Principal Sino guineense são civis vindos de todo o território nacional.

O Ministério do Interior tem um consultório médico no ministério e o da Justiça está a negociar com o Ministério das Funções Públicas (MinFuP) a ocupação de postos de saúde dirigidos por enfermeiros em cada uma das 4 prisões do País.

Setor convencionado

No setor convencionado existem relações regidas através de protocolos de parcerias entre o MINSAP e outras entidades. A maioria dos profissionais que exercem funções nessas estruturas são funcionários do MINSAP.

Os modelos convencionados envolvem a Igreja Católica (Cáritas), algumas Organizações não Governamentais (ONG) como AHEAD e a ONG francesa Entraide Médicale Internationale (EMI) e a Igreja Evangélica, nomeadamente a Casa Emanuel no processo de convencionar os seus serviços clínicos com o Estado.

As ES convencionadas com a Igreja Católica, todas propriedades desta e com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, envolvem:

Unidades de Cuidados Hospitalares: Hospital de Cumura (referência nacional no combate à lepra), Centro Católico de Saúde Materno-Infantil de Quinhamel, Hospital Pediátrico "São José" de Bôr (Centro Confessional Especializado), Centro Médico – Diagnóstico "D. Settimio Arturo Ferrazzetta" (pela complexidade de intervenção o domínio de Avaliação e Exames Complementares de Diagnóstico clínico-laboratorial a

nível nacional, é-lhe atribuído estatuto provisório de Centro Confessional Médico de Diagnóstico Especializado).

Unidades de Cuidados Ambulatórios: CS Materno-Infantil de Bandim, Bedanda, Brá, Bula; Cacheu, Caió-Tubebe, Cristo-Redentor, Cuntum-Madina, Ingoré, Suzana, incluindo ainda os Centros de Recuperação Nutricional de Bafatá, Bambadinca, Bigene, Bissorã, Blom, Bubaque, Empada, Farim, Mansoa, Canchungo, Safim, Nhoma e recentemente Catió e Buba.

Unidades de Produção de Medicamentos de Medicina Tradicional: Farmácia de Bairro da Ajuda, Farmácia de Bedanda, Farmácia de Bôr, Farmácia de Bubaque, Farmácia de Catió, Farmácia de Farim, Farmácia de Gabú, Farmácia de Mansoa.

Existem ainda as Casas de Mães instaladas em várias RS com o apoio da Cáritas. Prevê-se que todas as futuras ES a serem criadas pela Igreja Católica, farão parte do atual protocolo. Ainda na vigência de presente protocolo, o MINSAP autoriza as dioceses, através da Cáritas Guiné-Bissau a desenvolver atividades de saúde a nível das seguintes ES pertencentes ao MINSAP: CS da Região de Oio, CRN de Gabú e CS em Tite (Quinara).

Setor privado

O serviço público de saúde (convencionado ou não) é complementado por um setor privado lucrativo. Este emergiu quando o Governo emitiu, através de um despacho do Primeiro-Ministro em 1990, uma autorização que permitiu a abertura de consultórios médicos individuais e coletivos, gabinetes de odontologia e postos de enfermagem privados, sujeitos ao controlo do MINSAP.

Em 2007, identificaram-se, em Bissau, um total de 28 estruturas de prestação de cuidados do setor privado lucrativo, entre as quais 14 “clínicas” (unidades com internamento; algumas destas estruturas fazem até intervenções cirúrgicas) e 14 consultórios médicos (unidades que prestam cuidados em ambulatório). Há também estruturas privadas nas RS, principalmente nas sedes regionais com HR. Existem também imensos postos médicos

ou de enfermagem dirigidos por enfermeiros ou parteiras, estando alguns legalmente autorizados a fazer circuncisões, pensos e outros tratamentos.

Setor da medicina tradicional

Neste setor verifica-se uma procura significativa de cuidados pela população devido a precariedade de serviços de Serviço Nacional de Saúde. Existe uma estrutura de gestão e de coordenação deste setor a nível do MINSAP, inserida no Departamento de Saúde Comunitária tendo sido aprovados uma Política de Medicina Tradicional da Guiné Bissau em 2010 e um Plano Estratégico para a Medicina Tradicional 2010-2015 que carecem de implementação.

1.1.9. Apoios à saúde materna na Guiné-Bissau

A Guiné-Bissau tem uma alta incidência de pagamentos diretos por parte dos utentes a bens, serviços e instalações de cuidados de saúde de acordo com o Relatório sobre Direito à Saúde na Guiné-Bissau da UNIOGUIBIS (47). A principal causa desta alta incidência de pagamentos diretos é a falta de financiamento do governo a bens, instalações e serviços de saúde. Apenas 5,18% do orçamento nacional é alocado para cuidados de saúde, e a maior parte dessa dotação é gasta nos salários dos funcionários públicos (47). A tarifa média de uma consulta na Guiné-Bissau é de 750 FCFA (aproximadamente 1,10 USD) (47).

A maioria dos apoios provém de vários parceiros internacionais para a redução da mortalidade materna. Sublinha-se o Programa Integrado da Redução da Mortalidade Materno e Infantil (PIMI), financiado pela União Europeia cujo principal objetivo é contribuir para a redução da mortalidade materna e infantojuvenil na Guiné-Bissau, para o alcance das metas traçadas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Beneficia diretamente mais de 400 mil mulheres em idade fértil, na totalidade das regiões sanitárias da Guiné-Bissau (48). No âmbito deste programa, atualmente são fornecidos serviços gratuito a nível nacional, como consultas pré-natais, assistência ao parto e

procedimentos médicos, como cesarianas (49). Segundo o relatório de 1º trimestre de 2019 de PIMI II, numa escala nacional, 58% das grávidas frequentaram as 4 consultas pré-natais, 94% dos partos tiveram partograma corretamente preenchido, 93% das grávidas com Alto Risco Obstétrico (ARO) foram devidamente identificadas e classificadas na captação pré-natal (50).

1.1.10. Cobertura de cuidados pré-natais na Guiné-Bissau

A cobertura de CPN é geralmente expressa em termos de proporção de mulheres que tiveram pelo menos uma consulta médica de CPN. Atualmente a percentagem de mulheres que beneficiam de CPN em todo mundo é de 71%. Nos países industrializados mais de 95% das mulheres têm acesso ao CPN (51). Na África Subsaariana 69% das mulheres grávidas têm pelo menos uma consulta, comparado com a Ásia do Sul onde a percentagem é de 54%. Contudo, para atingir este potencial de salvar vidas que o CPN promete as mulheres grávidas e aos recém-nascidos, são necessárias um mínimo de quatro consultas médicas que prestem intervenções baseadas em evidências. No entanto a cobertura de pelo menos quatro consultas de CPN ainda é inferior na África Subsaariana e situa-se em 44%. As tendências indicam menor progresso na África Subsaariana do que noutras regiões (51).

Na África Subsaariana também persistem as desigualdades de atendimento no CPN, 80% das mulheres com quintil mais rico têm acesso a três ou mais consultas de CPN, enquanto só 48% das mulheres mais pobres têm o mesmo nível de acesso (51). Existe uma disparidade semelhante entre as mulheres de zonas urbanas e as de zonas rurais, o mesmo verifica-se no que se refere à assistência especializada durante o parto, a que têm acesso apenas 25% das mulheres mais pobres da África Subsaariana, enquanto 81% das mais ricas têm acesso (51).

Na Guiné-Bissau, segundo o inquérito aos indicadores múltiplos (MICS6) de 2018-2019 da UNICEF (tabela 1), 80% das mulheres grávidas têm um mínimo de quatro ou mais visitas, a proporção de mínimo de quatro consultas é superior no meio urbano, correspondendo a um total de 83% em comparação com aproximadamente 80% do meio

rural (52). Em contraste com o mínimo de 8 visitas verifica-se uma baixa utilização de CPN, apenas 7% realizaram um mínimo de 8 visitas. 12% no meio urbano, e 5% no meio rural.

No que se refere às desigualdades de atendimento no CPN, aproximadamente 90% das mulheres com quintil de índice de riqueza mais rico têm o mínimo de quatro visitas, enquanto 72% das mais pobre têm o mesmo nível de acesso.

Tabela 1: Cobertura de cuidado pré-natal na Guiné-Bissau

COBERTURA DE CUIDADOS PRÉ-NATAIS												
	PERCENTAGEM DE MULHERES POR NÚMERO DE CONSULTA PRÉ-NATAL					PERCENTAGEM DE MULHERES POR NÚMERO DE MESES DE GRAVIDEZ NO PRIMEIRO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL						TOTAL
	SEM VISITAS	1-3 VISITAS	4 OU MAIS VISITAS [1]	8 OU MAIS VISITAS [2]	NS/ FALTA DE INFORMAÇÃO	NENHUMA CONSULTA PRÉ-NATAL	MENOS DE 4 MESES	4-5 MESES	6-7 MESES	8 + MESES	NS/ FALTA DE INFORMAÇÃO	
TOTAL	2.6	16.6	80.7	7.2	0.1	2.6	43.1	44.1	9.3	0.8	0.0	100.0
MEIO DE RESIDÊNCIA												
Urbano	1.6	14.9	83.2	12.4	0.3	1.6	51.3	35.7	10.0	1.3	0.1	100.0
Rural	3.0	17.2	79.8	5.3	0.0	3.0	40.1	47.3	9.0	0.6	0.0	100.0
REGIÃO												
Tombali	2.3	22.8	74.5	3.7	0.4	2.3	48.0	37.4	11.9	0.0	0.4	100.0
Quinara	0.8	24.7	74.5	5.0	0.0	0.8	45.2	43.3	9.9	0.8	0.0	100.0
Oio	5.4	23.3	71.3	3.9	0.0	5.2	36.6	48.5	8.9	0.6	0.2	100.0
Biombo	1.5	25.4	73.1	5.6	0.0	1.5	36.0	47.5	13.6	1.4	0.0	100.0
Bolama/Bijagós	0.6	19.9	79.5	10.0	0.0	0.6	42.7	47.8	8.9	0.0	0.0	100.0
Bafatá	1.4	7.9	90.7	3.0	0.0	1.4	34.8	56.4	7.3	0.1	0.0	100.0
Gabú	4.7	19.8	75.5	5.7	0.0	4.7	50.8	31.1	11.6	1.9	0.0	100.0
Cacheu	0.3	5.2	94.4	18.6	0.0	0.3	45.3	49.2	5.2	0.0	0.0	100.0
SAB	1.9	16.1	81.7	12.5	0.3	1.9	52.8	34.0	9.8	1.5	0.0	100.0
NÍVEL DE EDUCAÇÃO [*]												
Pré-escolar/ Sem escolaridade	4.2	18.3	77.5	5.5	0.0	4.2	38.8	46.4	9.4	1.1	0.0	100.0
Ensino Básico	1.0	15.9	83.0	6.7	0.1	0.9	43.5	44.2	10.7	0.6	0.1	100.0
Secundário	1.0	12.1	86.9	14.6	0.0	1.0	60.7	35.7	2.6	0.0	0.0	100.0
Médio/ Técnico profissional	(0.0)	(0.0)	(100.0)	(36.4)	(0.0)	(0.0)	83.7	(17.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	100.0
Superior	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0
IDADE												
Menos de 20	2.6	16.7	80.6	6.0	0.1	2.6	41.7	45.4	9.3	0.9	0.1	100.0
20-34	2.3	16.4	81.2	7.4	0.1	2.3	43.5	44.1	9.3	0.7	0.0	100.0
35-49	3.9	17.1	79.0	7.2	0.0	3.9	42.5	43.1	9.3	1.1	0.0	100.0
QUINTIL DO ÍNDICE DE RIQUEZA												
Mais pobre	5.5	21.5	72.9	4.4	0.0	5.4	39.2	43.9	10.0	1.3	0.1	100.0
Segundo	3.2	19.8	77.1	5.8	0.0	3.2	38.7	48.1	9.7	0.3	0.0	100.0
Médio	1.2	12.9	85.9	5.6	0.0	1.2	42.3	47.8	8.3	0.5	0.0	100.0
Quarto	2.4	15.4	81.8	7.8	0.4	2.4	42.7	42.6	10.5	1.7	0.1	100.0
Mais rico	0.0	11.2	88.8	15.4	0.0	0.0	57.7	34.2	7.7	0.3	0.0	100.0

MICS6, Guiné-Bissau, 2018 - 2019

1] Indicador MICS TM.5b - Cobertura de cuidados pré-natais (mínimo de quatro consultas por qualquer provedor); indicador ODS 3.8.1

[2] Indicador MICS TM.5b - Cobertura de cuidados pré-natais (mínimo de oito visitas por qualquer provedor)

[*] Foi identificada uma mulher que não foi possível identificar o seu nível de escolaridade por isso omitiu-se a mesma

(*) Valores baseados em menos de 25 casos não ponderados foram suprimidos

(.) Os valores mostrados entre parênteses são baseados em 25 a 49 casos não ponderados

Atualmente na Guiné-Bissau a percentagem de mulheres atendidas por um técnico de saúde é muito elevada correspondendo um total de 97%, e os principais provedores da cobertura de cuidados pré-natais são médicos, enfermeira/ parteira, e parteiras tradicionais (52). A nível nacional mais de 73% de assistência de CPN é prestada por uma enfermeira ou parteira, e só 24% por um provedor médico, tendo uma percentagem baixa de mulheres sem pré-natal correspondendo um total de 2,5% (52).

1.1.11. Assistência ao parto na Guiné-Bissau

Aumentar a proporção de nascimentos em unidades de saúde é um fator importante na redução de riscos à saúde tanto da mãe como do recém-nascido. A atenção médica adequada e condição de higiene durante o parto podem reduzir o risco de complicações e infeções que podem causar à morbilidade e mortalidade materna e perinatal (53).

Nas últimas duas décadas, têm sido feitos esforços consideráveis para garantir assistência qualificada ao parto com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e perinatal, sendo que esses esforços melhoraram substancialmente o número de partos em unidades de saúde (54). Em países em desenvolvimento a proporção de partos atendidos por profissionais de saúde qualificado aumentou de 56% em 1990 para 68% em 2012 (54). Na África Subsariana e no Sul da Ásia mais de 40% dos partos não foram assistidos por profissionais de saúde qualificado (55). Na perspetiva de OMS, os profissionais de saúde qualificado são profissionais de saúde materna e neonatal (médicos, enfermeiros, parteiras) com competência para prestar cuidados durante o parto, apoiados por padrões apropriado de práticas (conhecimento, habilidade, regulamentação, em exercício num sistema de saúde que funcione (56). Em muitos países africanos, a maioria das mulheres ainda realizam o parto em casa, assistidos apenas por membros de família. Menos de um terço ainda são assistidos por assistente tradicionais de parto (57).

Na Guiné-Bissau apenas 50% dos partos ocorrem nas unidades de saúde, e um total de 53,8% são assistidos por um profissional de saúde qualificado, por médico e enfermeira e/ou parteira, correspondendo um total de 9,8% e 43,9% respetivamente. Como em outros países africanos, ainda ocorre o parto domiciliário na Guiné-Bissau, cerca de 49% dos

partos ocorrem em casa. A maioria são assistidos por membros de família, correspondendo um total de 37,7%, e apenas 4,6% são assistidos por uma parteira tradicional (52).

1.1.12. A mortalidade materna na Guiné-Bissau

Na Guiné-Bissau, apesar de a igualdade entre homens e mulheres estar garantida no Artigo 25º da Constituição, as mulheres têm frequentemente piores resultados em matéria de saúde do que os homens, em particular as mulheres grávidas (47).

A taxa de mortalidade materna entre 2007 e 2014 foi de 900 mortes por 100.000 nados-vivos, entre as piores do mundo (58). Em 2015 a taxa de mortalidade materna na Guiné-Bissau foi de 549 por 100.000 nascidos vivos (59). Em 2017 a Guiné-Bissau figurou no oitavo lugar dos 10 países da África com mais alta taxa de mortalidade materna, estes países apresentaram uma taxa de redução de 5% entre 2000 e 2017 (60). Se compararmos o período de 2000 a 2010 com o período de 2010 a 2017 nestes 10 países, observa-se uma estagnação ou desaceleração da taxa declínio anual, indicando que esses países ainda continuam sob risco máximo (60).

A Guiné-Bissau mostra avanços em relação a redução da mortalidade materna, de 914/100.000 em 1991 passou para 800 por 100.000 nascidos vivos entre 2006 e 2010 (14). Tornando a Guiné-Bissau num dos 15 países com as taxas de mortalidade mais elevadas do mundo (61). Apesar dessa redução de dois terços desde 1990 o índice da mortalidade materna ainda permanece em nível inaceitável, superior à média dos países com perfil socioeconómico semelhante. Esses avanços são insuficientes para atender as expectativas das populações e os compromissos assumidos pelo Governo no âmbito dos ODS (14).

A literatura consultada aponta que para reduzir com sucesso a morbilidade e mortalidade materna global é fundamental que as intervenções se estendam além dos cuidados médicos obstétricos, baseadas na compreensão das barreiras do contexto local que influenciam o acesso e a procura de cuidados de saúde materna (62,63).

Diante da situação exposta, apesar da temática saúde materna ser muito relevante e de haver muitos estudos desenvolvidos a nível global sobre barreiras à utilização de cuidado pré-natal, poucos são os estudos encontrados na revisão de literatura sobre a saúde materna na Guiné-Bissau.

De salientar que a Guiné-Bissau é um dos países do continente africano que não conseguiu reduzir a mortalidade materna conforme proposto, apesar de alta cobertura de mínimo de quatro consultas pré-natal. Neste contexto aplicamos o “modelo de três atrasos” para identificar barreiras de utilização dos serviços obstétricos adequados e de qualidade em tempo oportuno. A fim de compreender melhor a razão da mortalidade materna na Guiné-Bissau.

Considerou-se assim relevante formular como questão analítica que irá orientar o trabalho: “como é a utilização de cuidados de saúde materna durante a gestação das mulheres guineenses que recorrem ao HNSM para a realização do parto?”.

1.2. Objetivos

Com base no enquadramento descrito, foram definidos os seguintes objetivos para o presente estudo.

1.2.1. Objetivo Geral

Compreender a realidade vivida pelas puérperas guineenses que recorrem ao Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), no que concerne a procura de cuidados de saúde durante a gestação até ao momento do parto, atendidas no período de Janeiro a Fevereiro de 2021.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Explorar a percepção das puérperas sobre a importância do recurso a serviços de saúde materna.
- Descrever o trajeto feito pelas puérperas desde o período de gestação nas unidades de saúde de origem, até ao HNSM- local de parto.
- Analisar o acompanhamento na perspectiva das participantes de estudo em matéria de cuidados de saúde pré-natal oferecidos às mulheres durante a gestação.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Local de estudo

O estudo foi realizado na maternidade do HNSM, localizado em Bissau, capital da Guiné-Bissau. O HNSM representa a maior unidade hospitalar da Guiné-Bissau, e é formalmente, uma instituição prestadora de cuidados de saúde secundários e terciários, com o estatuto de hospital de referência nacional. No entanto, o HNSM funciona, indevidamente, como uma unidade de prestação de cuidados do nível primário, contribuindo para o congestionamento do atendimento nas urgências e consultas externas (64). A maior parte dos doentes atendidos no HNSM continuam a ser de Bissau, entretanto verifica-se um fluxo considerável de referência de outras regiões do país (64). Este hospital recebe parturientes de todas as regiões de país, transferidas de ambulâncias, transportes público ou privado, que muitas das vezes agravam o estado das grávidas. Pois não se fazem acompanhar de nenhum profissional de saúde para os cuidados necessários (65).

O complexo hospitalar contém um total de 190 camas, mais 17 de UTI. Presta os serviços de Ginecologia e Obstetrícia (83 camas), Cirurgia (53 camas), Clínica Médica (31 camas), Pediatria (123 camas), Unidade de Cuidados Intensivos (17 camas), Ortopedia, Oftalmologia, Bloco Operatório e Ambulatórios, cujos números de camas não foram fornecidos. Importante destacar que a maternidade dispõe de 83 camas, mas apenas dispõe de um(a) ginecologista-obstetra e 38 enfermeiras - parteiras. O ginecologista e os clínicos gerais são responsáveis pelos partos e cirurgias de risco, ficando a cargo das enfermeiras - parteiras o atendimento às parturientes sem risco. São realizados aproximadamente 24 partos diários no HNSM (65).

2.2. Tipo de estudo

De acordo com Bogdan e Biklen (1994), uma pesquisa que pretenda colher dados no ambiente natural em que as ações ocorrem, descrever situações vividas pelos participantes e interpretar os significados que os mesmos lhe atribuem, justifica a realização de uma

abordagem qualitativa (66). Atendendo à natureza dos objetivos definidos para o presente estudo, assumiu-se a realização de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Esta opção fundamenta-se por não foi possível realizar um estudo censitário, que incluísse a entrevista a todas as puérperas do período de estudo.

Segundo Flick (67) a pesquisa qualitativa usa o texto como material empírico em vez de números, parte da noção da construção social das realidades em estudo, está interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia-a-dia e em seu conhecimento quotidiano relativo à questão em estudo (67).

Uma das características que configuram a pesquisa qualitativa segundo Bogdan e Biklen (1994) é que a investigação qualitativa é descritiva, pelo que os dados recolhidos são constituídos por palavras ou imagens e não de números, como por exemplo, transcrições de entrevistas, notas de campo, como forma de analisar toda a riqueza dos dados, tendo como finalidade respeitar a forma em que estes foram registados ou transcritos (66). Segundo Fortin (2009) o estudo descritivo consiste em descrever um fenómeno ou conceito relativo a uma população, de modo a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta (68).

2.3. Participantes no estudo e técnica de amostragem

De acordo com Carpenter e Streubert (2013), a seleção dos participantes na pesquisa qualitativa é realizada com a finalidade de estes descreverem uma experiência em que participaram, não havendo necessidade de selecionar os indivíduos de modo aleatório, ao contrário da pesquisa quantitativa (69).

A população de estudo foi composta por mulheres no pós-parto que fizeram parto na maternidade de HNSM no período de estudo, uma vez que já concluíram todo o processo de gestação e tendo em conta o objetivo de estudo de compreender a realidade das puérperas sobre as assistências recebidos durante o período pré-natal. Estão em melhor situação para descrever todo o trajeto de cuidados de saúde durante a gestação até ao parto.

Optamos por uma amostragem intencional de variação máxima, a qual, segundo Patton (2002), inclui alguns casos que são o mais diferente quanto possível para analisar a variedade e diversidade da temática em estudo (67).

Foram definidos como critérios de inclusão no estudo:

- Puérperas que fizeram parto às segundas, quartas e sextas-feiras no HNSM;
- Puérperas presentes no hospital no período de estudo;
- Inclusão das puérperas sem exceção da faixa etária, números de partos anteriores, tipo de parto, tempo de puerpério, situação geográfica, estado civil.

E como critérios de exclusão:

- Puérperas que fizeram parto nas terças-feiras, quinta, sábados e domingos no hospital, em casa;
- Puerpério complicado;
- Puérperas que tiveram nado morto;
- Puérperas que recusaram a participar de livre vontade.

O tamanho de amostra de estudo baseou-se no conceito de saturação teórica, que é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (70). As entrevistadas foram continuamente selecionadas até que nenhuma questão nova fosse determinada pelos entrevistadores. Considerou-se ter atingido a saturação teórica dos dados ao fim de cinquenta e quatro entrevistas, atendendo que os dados recolhidos não apresentavam novo conteúdo e ter-se considerado suficientes para responder aos objetivos definidos para este estudo.

2.4. Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada por meio de entrevistas em profundidade. A entrevista é um dos métodos predominante da pesquisa qualitativa e o foco da pesquisa com entrevista está maioritariamente na experiência individual do participante, que é considerada

relevante para se entender as experiências das pessoas em uma situação semelhante (67). Fortin (2009) reitera que a entrevista em profundidade é utilizada principalmente em estudos qualitativos quando o pesquisador quer compreender o significado dado a um acontecimento ou a um fenómeno na perspectiva dos participantes (68).

O guia de entrevista (anexo I) foi desenvolvido em português e traduzido para *crioulo* e dividido em 4 tópicos: dados demográficos e obstétricos das entrevistadas, e o modelo de três atrasos, concretamente 1º atraso: Atraso em reconhecer a necessidade de serviços de saúde materna e na decisão de procurar cuidado de saúde; 2º atraso: Atraso em chegar a uma unidade de saúde; 3º atraso: Atraso em receber cuidados adequados.

As entrevistas foram conduzidas pela investigadora e mais um participante externo experiente (em realizar recolhas de dados por meio de entrevistas no Projeto Saúde de Bandim sito em Bissau). Decorreram duas reuniões para familiarizar o participante externo com o objetivo de estudo e o instrumento da pesquisa. A entrevista em profundidade foi aplicada por meio de uma abordagem individual face a face com as entrevistadas, por ser a forma mais comum de conduzir uma entrevista, possibilitando muito detalhe e sendo apropriada quando esperamos uma variedade de histórias que dependem do contexto (71).

Entrámos diariamente em contato com os médicos de serviços para garantir acesso as puérperas e informar da nossa presença nas salas de puerpério no período da tarde, começamos sempre na sala de puerpério imediato (as primeiras 24 horas após o parto) (72).

A entrevista em profundidade foi aplicada individualmente a cada participante de estudo num ambiente informal, da preferência da participante, de forma que esta se sentisse à vontade para falar livremente da sua experiência. As entrevistas foram realizadas no período de 1 a 20 de Fevereiro.

Cada entrevista teve duração aproximada de 40 minutos e foram conduzidas principalmente no idioma local (*crioulo*) e cada uma foi totalmente gravada.

2.5. Análise de dados

Após o processo de entrevista, as gravações foram traduzidas de idioma local (*crioulo*) e transcritas para o português pela investigadora, respeitando a linguagem utilizada pelas participantes conforme sugere Bogdan e Biklen (1994). Prosseguiu-se com a análise e tratamento de dados. Os mesmos autores Bogdan e Biklen (1994) referem que a análise de dados consiste num processo de procura e organização sistemática de transcrição de entrevista, de notas de campos, e outros instrumentos reunidos com o objetivo de aumentar a compreensão dos dados recolhidos e permitir a apresentação dos mesmos (66). Na perspectiva de autores Huberman e Miles (1991), o trabalho de análise de dados consiste num processo progressivo que ocorre no início de recolha de dados e há necessariamente um “vai e vem” entre as diferentes componentes de análise (73). Neste sentido o autor Desgagné (1994) resume este processo de “vai e vem” inerente ao modelo interativo de análise: a codificação de certos elementos de discurso leva o investigador a fazer uma primeira tentativa de organizar os dados (primeiro esquema) e depois retornar aos mesmos para avaliar a sua relevância, ou seja, para ver como esta reapresentação é confirmada, modificada ou contrariada. Ao retornar aos dados, o investigador retoma a sua codificação e o processo interativo continua até uma organização plausível e coerente, assegurando a inteligibilidade do discurso, o que permite concluir que os vários significados codificados estão saturados (73). Neste contexto prosseguimos assim com a análise dos dados. Tendo como referência os autores Huberman e Miles (1991) a análise de dados foi feita manualmente (no Excel) por meio de análise de conteúdo conforme sugere Huberman e Miles para abordagem qualitativa (74). Como define Robert e Bouillaguet (1997), a análise de conteúdo é uma técnica que possibilita o exame metódico, sistemático, objetivo, do conteúdo de certos textos, com vista a classificar e a interpretar os seus elementos constitutivos e que não são totalmente acessíveis à leitura imediata (75).

2.6. Considerações éticas

O estudo foi submetido ao Comité Nacional de Ética na Saúde (CNES) em Bissau. O consentimento informado foi elaborado em português e lido no idioma local para as participantes sem escolaridade. O consentimento foi obtido de cada participante depois de prévia informação sobre o estudo. Solicitou-se a gravação da entrevista com um aparelho de gravação, e as participantes foram esclarecidas de que poderiam desistir a qualquer altura da entrevista. O consentimento verbal gravado foi obtido das participantes não alfabetizadas na presença de testemunha. Para garantir a confidencialidade e o anonimato ao longo de processo de pesquisa e nas publicações, as participantes foram codificadas como puérpera 1,2,3..., e assim sucessivamente.

3 RESULTADOS

No presente estudo os resultados são apresentados de acordo com os diferentes níveis do modelo de três atrasos que enformaram nosso processo analítico, e apoiados por dados sócios demográficos das participantes.

As categorias temáticas foram determinadas com base no conceito teórico do modelo de três atrasos. Novos subtemas foram adicionados à medida que ia analisando os dados.

Assim, depois de ser feita a caracterização sociodemográfica/obstétrica das participantes, no processo de análise das entrevistas emergiram sete categorias de análise que conduzirão a apresentação de resultados:

Categoria 1. Como descobriram que estavam grávidas/ diagnóstico de gravidez

Categoria 2. Procura de atendimento após diagnóstico de gravidez

Categoria 3. Uso de serviços de saúde materna

Categoria 4. Atraso na decisão de procura de atendimento

Categoria 5. Conhecimentos sobre cuidados de saúde materna

Categoria 6. Desafios em fazer visitas de saúde

Categoria 7. Percepção de serviço de qualidade

3.1. Caraterísticas sociodemográficas/obstétricas das participantes

Neste estudo foram entrevistadas um total de 54 mulheres no pós-parto que correspondiam aos critérios de inclusão. Os dados sociodemográficos das mesmas estão esquematizados na tabela 2 a seguir.

No que refere a caracterização das participantes do estudo, a idade média das puérperas é de 26 anos, mínimo de 14 e máximo de 38 anos.

No que concerne ao grau da escolaridade, a maioria das entrevistadas possuem o Ensino Secundário por terminar (n= 25), tendo também participantes com Ensino Superior (n= 10), o ensino básico (n= 4) e o ensino primário (n= 4). Também foram entrevistadas mulheres que não possuem nenhum grau de escolaridade (n= 5), sendo todas provenientes da zona rural.

Relativamente a procedência, teve um predomínio da zona de residência Urbana (n= 38) em relação a zona Rural (n= 16).

Algumas das entrevistadas que realizaram o parto no HNSM provém de diferentes regiões do país. A maioria optou por realizar o parto no hospital por experiência anterior com o hospital. O maior número de entrevistadas residem no SAB (n= 38), seguida da região de Biombo (n= 4), Bafatá (n= 3), região de Bolama e Bijagós (n= 3), região de Oio (n= 3), região de Cacheu (n= 2) e região de Quinara (n= 1).

Relativamente ao estado civil, a maioria das entrevistadas são mulheres solteiras (n= 20), tendo mulheres casadas (n= 18) e mulheres que vivem maritalmente com o parceiro (n= 16).

Quanto a ocupação, mais da metade das entrevistadas são mulheres domésticas (n= 27), as restantes são estudantes (n= 20), são poucas as participantes que desempenham alguma atividade laboral, tendo participantes com trabalho remunerado da função pública (n= 2), e autónomas: vendedoras (n= 2) e lavradoras (n= 3).

No que diz respeito a prática religiosa, a maioria das participantes são de religião Católica (n= 23) e muçulmanas (n= 22), as restantes são evangélicas (n= 5) e Animistas (n= 4). As entrevistadas são de diferentes grupos étnicos, com predomínio da etnia Balanta (n= 14); seguido de Papel (n= 10); Mandinga (n= 8); Fula (n= 7); entre outros.

Tabela 2 Características Sociodemográficas das participantes (n = 54)

Caraterísticas	n	%
Faixa etária		
14-19	7	13%
20-24	15	28%
25-29	17	31%
30-34	8	15%
35-39	6	11%
Desconhece	1	2%
Total	54	100%
Nível de escolaridade		
Primária	4	7%
Ensino Básico	4	7%
Secundária por terminar	25	46%
Secundária terminar	6	11%
Ensino superior	10	19%
Sem escolaridade	5	9%
Total	54	100%
Procedência		
Rural	16	30%
Urbana	38	70%
Total	54	100%
Residência		
Região de Bafatá	3	6%
Região de Biombo	4	7%
Região de Bolama e Bijagós	3	6%
Região de Cacheu	2	4%
Região de Oio	3	6%
Região de Quinara	1	2%
SAB	38	70%
Total	54	100%
Estado civil		
Casada	18	33%
Solteira	20	37%
Vive maritalmente	16	30%
Total	54	100%
Ocupação		
Doméstica	27	50%
Estudante	20	37%
Funcionária Pública	2	4%
Trabalho de Campo	3	6%
Vendedora	2	4%
Total	54	100%
Religião		
Animista	4	7%
Católica	23	43%
Evangélica	5	9%
Muçulmana	22	41%
Total	54	100%

A histórica obstétrica das participantes encontra-se resumida na tabela 3. A maioria das puérperas realizaram o acompanhamento pré-natal (n= 52), houve apenas duas participantes (Puérpera 6) e (Puérpera 43) que não realizaram nenhuma consulta de acompanhamento pré-natal.

No que refere a idade gestacional da primeira consulta pré-natal, 21 participantes tiveram a primeira consulta no primeiro trimestre (<12 semanas), e segundo trimestre (<26 semanas), 22 participantes. As restantes desconhecem a idade gestacional da primeira consulta pré-natal (n= 11). Neste estudo a maioria das entrevistadas realizaram mais de 4 consultas de acompanhamento pré-natal (n= 36), tendo também participantes que realizaram até 4 consultas (n= 10); 3 consultas (n= 6), e participantes que não realizaram nenhuma consulta de acompanhamento pré-natal (n= 2).

Relativamente ao tipo de parto a maioria das entrevistadas fizeram o parto normal (n= 51), as restantes tiveram o parto por cesariana (n= 3).

Tabela 3: Caraterísticas Obstétricas das participantes (n= 54)		
Caraterísticas	n	%
Realização de pré-natal		
Sim	52	96%
Não	2	4%
Total	54	100%
Idade gestacional 1º consulta		
1º trimestre	21	39%
2º trimestre	22	41%
Desconhece	11	20%
Total	54	100%
Números de consultas		
3 consultas	6	11%
4 consultas	10	19%
+ de 4 consultas	36	67%
Nenhuma	2	4%
Total	54	100%
Tipo de parto		
Parto normal	51	94%
Cesariana	3	6%
Total	54	100%

1º Atraso: Atraso em reconhecer a necessidade de serviços de saúde materna e na decisão de procurar cuidados.

Relativamente ao primeiro atraso, emergiram cinco categorias sobre os fatores que atrasaram a tomada de decisão em procurar cuidados de saúde nas descrições das participantes:

3.2. Categoria 1: Como descobriram que estavam grávidas/diagnóstico de gravidez

A maioria das participantes entrevistadas descobriu que estava grávida pela ausência da menstruação (amenorreia), (n= 29). Algumas participantes descobriram que estavam grávidas, referindo doença e mal-estar, como náuseas e vômitos que as fizeram procurar o hospital para realizar o teste de gravidez (n= 14). Foi notória nos relatos de algumas participantes, que se aperceberam da gravidez por que foi uma gravidez planeada (n= 4) e as restantes simplesmente por sentirem alguma mudança fisiológica (n= 7). Conforme se pode ler nos relatos a seguir:

“Não via a menstruação e soube que estava grávida, não fiz o teste de gravidez.” (Puérpera 2);

“Sentia me diferente, fui a centro de saúde e me fizeram o teste de gravidez.” (Puérpera 15);

“Fiquei doente e fui ao hospital...” (Puérpera 44);

“Estava enjoada e com vômitos... fui ao hospital e me fizeram o teste” (Puérpera 14).

Como meio de diagnóstico, foi a realização de teste de gravidez (de urina) em diferentes unidades de saúde, tais como, hospital (n= 33); centro de saúde (n= 6); clínicas privadas

(n= 2); tendo também participantes que realizaram o teste para a confirmação de gravidez nas farmácias (n= 2) e em casa (n= 2). As restantes não fizeram teste de gravidez em nenhuma unidade de saúde para a confirmação da gravidez referindo ter certeza da gravidez pela ausência de menstruação (n= 8).

Relativamente ao momento gestacional, a maioria das puérperas descobriu a gravidez no 1º trimestre de gestação (n= 33), apenas 5 das 54 participantes descobriram a gravidez no 2º trimestre, e as restantes não conseguiram caracterizar o momento em que descobriram a gravidez no que concerne a idade gestacional (n= 16).

3.3. Categoria 2: Procura de atendimento após diagnóstico de gravidez

A maioria das puérperas entrevistadas procuraram uma unidade de saúde assim que souberam que estavam grávidas (n= 39). Os motivos da procura divergem entre as participantes. Em algumas, deveu-se a perceção de “estar grávida” motivadas pela procura do bem-estar materno-fetal:

“Porque estava grávida é importante ir [as consultas de acompanhamento pré-natal] ...” (Puérpera 7);

“Fui a centro materno... toda mulher grávida tem que ir as consultas de acompanhamento pré-natal.” (Puérpera 16);

“Procurei porque estava grávida.” (Puérpera 39)

Em outras participantes, pela necessidade da procura do bem-estar fetal e para iniciar o acompanhamento pré-natal. Tendo também mulheres que procuraram centro de saúde por recomendação de profissional de saúde no momento de diagnóstico da gravidez e por familiares. Como é possível constatar nos relatos de algumas puérperas:

“Para começar as consultas de acompanhamento pré-natal.” (Puérpera 35);

“Porque quero que o meu filho nasça bem e saudável.” (Puérpera 10);

“Para saber de estado do bebé.” (Puérpera 46);

“O doutor que me atendeu disse-me para procurar centro materno para iniciar o acompanhamento pré-natal”. (Puérpera 29);

“A minha tia me disse para ir.” (Puérpera 2).

Entretanto, houve mulheres que não procuraram atendimento após o diagnóstico da gravidez (n= 15). Segundo estas participantes, por apresentarem bom estado geral nos primeiros meses de gravidez, referiram-se à procura de cuidado pré-natal como um meio para tratar doenças e possíveis situações de mal-estar apresentados durante a gestação. A seguir alguns relatos:

“Quando descobri não procurei centro de saúde...só aos 4 meses quando comecei a sentir fortes dores na barriga que fui a centro de saúde.” (Puérpera 4);

“Quando soube da minha gravidez não fui, mas depois não me sentia bem fui a primeira consulta.” (Puérpera 11);

“Não no início, procurei quando fiquei doente.” (Puérpera 44).

Algumas ainda referem, que foram aconselhadas pela família a optar pela procura tardia do atendimento:

“Me disseram em casa para esperar 4 meses para iniciar a consulta.” (Puérpera 21);

“Minha amiga me disse que devo começar aos 3 meses de gravidez.” (Puérpera 53).

3.4. Categoria 3: Uso de serviços de saúde materna

A maioria das puérperas realizou as consultas pré-natais pela importância percebida de realização de acompanhamento pré-natal durante a gravidez. Várias foram as participantes que referiram o bem-estar fetal, uma gestação segura e saudável como uns dos principais motivos para a realização de consulta pré-natal, assim como, receber orientações médicas e evitar futuras complicações. Conforme se pode ler nos seus relatos:

“Por que sei que tinha que ir as consultas todos os meses...para saber do estado de saúde de bebé”. (Puérpera 14);

“Para poder receber orientações médicas... e saber se tenho alguma doença e evitar futuras complicações”. (Puérpera 13);

“Porque todas as grávidas têm que ir as consultas de acompanhamento pré-natal”. (Puérpera 19);

“Não confiava ficar em casa sem uma orientação [médica]... é a minha primeira gravidez”. (Puérpera 28).

Por outro lado, houve puérperas que iam as consultas por indicação de profissionais de saúde, ou por orientação da família, verificando-se também algumas participantes que iam às consultas devido a alguma doença existente anterior ou associada à gravidez. No entanto, duas mulheres não foram a nenhuma consulta de acompanhamento pré-natal, uma por referir que estava bem de saúde durante toda a gravidez não precisou ir as consultas:

“Estava bem por isso não fui.” (Puérpera 43).

A Puérpera 6, referiu um desconhecimento relativamente a realização de acompanhamento pré-natal.

“Não sabia que tinha que ir as consultas... em casa ninguém me disse para ir, no hospital também não me disseram para voltar.” (Puérpera 6).

Relativamente ao parto hospitalar, a maioria das puérperas perceberem o hospital como o lugar mais seguro, razão pela qual decidiram fazer o parto no hospital (n= 27). Outro motivo foi o parto domiciliário percebida entre as participantes como de maior risco e decidiram por assim, realizar o parto no hospital (n= 19). É ainda referido por algumas participantes frequentes complicações presenciadas nos partos domiciliários, como o trabalho de parto prolongado e sangramentos (n= 6). Como se pode ler nos relatos, a hemorragia foi apontada como principal complicação do parto domiciliário:

“Porque é o lugar ideal [hospital], em casa posso ter sangramento.” (Puérpera 35);

“Acho que no hospital é melhor, porque em casa quando tens qualquer complicação ou uma hemorragia não conseguem te ajudar.” (Puérpera 14);

“Porque é melhor fazer no hospital, em casa não te dão medicamento para parar o sangramento, a não ser os medicamentos tradicionais.” (Puérpera 11).

As restantes puérperas foram orientadas durante o acompanhamento pré-natal a realizar o parto no hospital.

3.5. Categoria 4: Decisão de procura de atendimento

Relativamente a realização de parto domiciliário treze das cinquenta e quatro entrevistadas afirmaram ter realizado um ou mais partos anteriores em casa. Referem falta de acesso oportuno a uma unidade de saúde, devido a zona de residência rural como uma das razões, a par com a influência da família na tomada de decisão. Além disso, referem

não terem tido complicações durante o parto em casa (apontada como sangramento). No entanto, demonstraram não ter gostado da experiência, pois foi mais difícil e demorado.

“Estava na tabanca [zona rural] como era a minha primeira gravidez a minha mãe não queria que fosse ter o bebé longe dela...não tive complicações, mais foi mais demorado que esse que fiz no hospital e me davam muitos medicamentos tradicionais para beber.” (Puérpera 11);

“Não tive complicação... mais não gostei da experiência, não tive alternativa, pois não tinha transporte no momento para chegar a hospital.” (Puérpera 24).

Relativamente à decisão de realização de parto no hospital, não houve demora na tomada de decisão. A maioria das puérperas tomaram a decisão de realizar o parto no hospital, algumas em conjunto com o parceiro, sem nenhuma orientação ou encaminhamento por parte de unidade de saúde.

3.6. Categoria 5. Conhecimentos sobre cuidados de saúde materna

Das puérperas entrevistadas a maioria relatou que foram aconselhadas nos centros de saúde sobre cuidados de saúde materna durante a gestação e da importância de realização de parto hospitalar, e das desvantagens e riscos de parto domiciliar em duas ou mais consultas de acompanhamento pré-natal. (n= 45):

“Antes de cada consulta dão uma palestra [sessão de aconselhamento] sobre as vantagens de parto no hospital, e cuidados durante a gravidez.” (Puérpera 36);

“Diziam [os técnicos de saúde] que tenho que continuar o seguimento de saúde do meu filho até ao parto...por isso o parto tinha que ser no hospital.” (Puérpera 15);

“Me disseram [no centro de saúde] quando estivesse em trabalho de parto para dirigir de imediato a hospital” (Puérpera 22).

Por outro lado, algumas puérperas não receberam nenhum aconselhamento nos centros de saúde durante as consultas de acompanhamento pré-natal ou por um técnico de saúde sobre os cuidados de saúde materna (n= 9). Todas as participantes referiram que aconselhariam outras mulheres a realizar o parto no hospital.

2º atraso: Atraso em chegar a uma unidade de saúde.

No segundo atraso foi possível identificar nos relatos das participantes algumas barreiras que constituem atrasos em chegar a uma unidade de saúde:

3.7. Categoria 6. Barreiras de acessibilidade

Segundo as participantes, podemos verificar que o atraso em chegar a uma unidade de saúde deve-se as barreiras de acessibilidade. O trajeto a pé foi referido pela maioria das puérperas como forma utilizada para chegar a uma unidade de saúde materna durante a gestação (n= 24), sendo na sua maioria participantes de zonas rurais.

Quando questionadas se tiveram dificuldades em chegar a uma unidade de saúde, vinte e dois das cinquenta e quatro entrevistada disseram ter tido dificuldades. A distância foi uns dos fatores referidos por algumas entrevistadas como uma das dificuldades em chegar a uma unidade de saúde para receber acompanhamento pré-natal.

*“É muito longe da minha casa [o centro de saúde] e tinha que ir a pé.”
(Puérpera 15);*

*“Só podia ir de carro é muito longe de casa... não dava para ir a pé.”
(Puérpera 3);*

A falta de transportes públicos gerou dificuldades em chegar as unidades de saúde para o acompanhamento pré-natal. Como se pode ler nos relatos:

“O centro é muito longe pagava para ir de mota... não há carros de transportes públicos, só podia ir de mota ou de bicicleta.” (Puérpera 4);

“O transporte era a minha maior dificuldade... de madrugada não havia transporte.” (Puérpera 14);

“Era difícil o transporte... e as ruas não estão em condições.” (Puérpera 41);

“Não há transporte...ia a pé, também não tinha dinheiro para vir a Bissau [HNSM].” (Puérpera 1);

“O centro é muito longe para ir a pé, não tinha dinheiro para transporte.” (Puérpera 35);

“Para sair da minha casa até a estrada principal não há transporte, as vezes vou a pé ou de mota.” (Puérpera 54).

Outro fator referido foi a falta de ambulâncias nas unidades de saúde para referenciações, uma entrevistada recorreu a transporte público durante o trabalho de parto:

“No dia de parto passei muito mal no caminho para hospital, cheguei a desmaiar. [E: vieste de ambulância?] não havia ambulância no centro de saúde, viemos de transporte público.” (Puérpera 2).

A condição económica foi referida por algumas entrevistadas como um dos fatores que dificultaram a utilização de CPN:

“Só quando não tenho dinheiro de transporte, vou no dia que tiver dinheiro, mas sempre no mesmo mês.” (Puérpera 27);

“Tem dias que fico sem dinheiro, vou a pé, como não é muito longe.” (Puérpera 10).

A Puérpera 6 e puérpera 43 referem falta de dinheiro como uns dos motivos de não terem realizado nenhuma visita de acompanhamento pré-natal:

“Não tinha ninguém para me levar as consultas, e dinheiro para transporte.” (Puérpera 6);

“Não tinha dinheiro de transporte.” (Puérpera 43).

Outro fator que emergiu foi o condicionamento de atendimento por senhas conforme chegada durante a pandemia de covid-19, registrando-se um limite nos atendimentos, que levou a pouca cobertura de acompanhamento pré-natal.

“Levantava de madrugada para conseguir senha de atendimento... devido a coronavírus só davam 30 senha para todas as grávidas.” (Puérpera 21);

“Devido a covid-19 dão poucas senhas... tinha que sair às 5 de madrugada para poder pegar a senha e ficava a espera até às 8 horas para fazer a consulta.” (Puérpera 50).

As restantes entrevistadas referem não terem tido quaisquer dificuldades em chegar às unidades de saúde materna, pois conseguiam ir as consultas pela proximidade de centro de saúde a zona de residência sem dificuldades. (n = 8).

Como assistência de saúde pré-natal a maioria das participantes referem ter recebido suplementação de ferro e rede mosquiteira gratuita durante o acompanhamento pré-natal (n= 29). Como se poder ler em alguns relatos:

“Recebi rede mosquiteira no centro de saúde.” (Puérpera 5);

“Me davam sulfato de ferro, o resto pagava.” (Puérpera 12);

“Recebi alguns medicamentos gratuitos [suplemento de ferro], e rede mosquiteira... também não paguei o parto.” (Puérpera 22).

Foi possível constatar nos relatos de algumas entrevistadas o pagamento de parto no hospital, sendo que atualmente o parto é gratuito a nível nacional:

“Ouvi dizer que o parto é gratuito cheguei aqui [HNSM] paguei tudo sozinha.” (Puérpera 11);

“Paguei até o parto e todas as análises que me fizeram... só não paguei o sulfato de ferro nas consultas de pré-natal.” (Puérpera 14);

“Recebi rede mosquiteira e alguns medicamentos de grávida no centro materno de Bubaque, mais aqui no HNSM paguei o parto.” (Puérpera 15).

3º demora: Atraso em receber cuidados adequados

Relativo ao terceiro atraso, foi possível constatar nos relatos das participantes referente a prestação de serviço de qualidade alguns fatores que constituíram atrasos nas unidades de saúde.

3.8. Categoria 7. Percepção de serviço de qualidade

Relativamente à assistência prestada por profissionais de saúde às participantes durante o acompanhamento pré-natal, as entrevistadas referem que foram atendidas por uma enfermeira, um médico e uma parteira, até final da gestação (n= 47), sendo na sua maioria atendida por enfermeiras. Por outro lado, algumas puérperas referem não completar o pré-natal devido a greves no setor de saúde (n= 9):

“Não consegui fazer todas as consultas por causa das greves, tinha consultas marcadas e chegava a centro nos mandava embora por causa da greve.” (Puérpera 11);

“Era atendida por uma enfermeira... fui a última consulta e havia greve não consegui fazer.” (Puérpera 52);

“Teve uma vez que fui a consulta calhou a greve e só atenderam 15 pessoas... não fiz a consulta naquele mês.” (Puérpera 28);

“Era acompanhada por uma enfermeira... teve uma consulta que devia tomar uma vacina, mas por causa da greve na época não foi possível... tive que ir a outro centro de saúde num outro dia para receber a vacina.” (Puérpera 22).

Quando questionadas sobre o atendimento nos serviços de saúde materna, a maioria das participantes demonstrou satisfação com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde durante o pré-natal, como se pode ler nos relatos:

“Atendiam muito bem, davam toda atenção... perguntavam da alimentação e davam orientação sobre nutrição das grávidas.” (Puérpera 13);

“O atendimento era muito bom, era examinada... me pesavam e mediam a minha barriga em todas as consultas.” (Puérpera 21);

“O centro de saúde estava sempre limpo, e o atendimento era bom.” (Puérpera 37).

Contudo, algumas participantes demonstraram insatisfação devido à demora no atendimento:

*“Normal... porque tem dias que tem muita gente e o atendimento é lento.”
(Puérpera 17);*

“Acho que era regular, tinha muita gente, e era demorado... mais a enfermeira me atendia bem.” (Puérpera 11);

*“Normal, tem dias que vou a consulta e me mandam voltar outro dia.”
(Puérpera 25).*

Também outras participantes mencionaram a gestão de atendimento condicionado por senhas:

“Era bem atendida se conseguisse a senha, tem dias que volto para casa e voltava no dia seguinte mais cedo para pegar a senha.” (Puérpera 47);

“Com a pandemia limitaram as consultas a 15 gravidas diárias, por isso tinha que sair de casa de madrugada para pegar a senha... quando tive meus outros filhos não era assim, atendiam toda a gente.” (Puérpera 14);

A Puérpera 15, ainda fez comparação entre as unidades de saúde:

“Em Bubaque [setor de região de Bolama Bijagós] o atendimento era melhor prestavam mais atenção as pessoas... aqui em Bissau não dão muita atenção as pessoas.” (Puérpera 15).

Apesar das limitações de funcionamento dos serviços de saúde materna, todas as participantes desejaram voltar a fazer o parto no hospital, registrando-se apenas uma que refere a possibilidade de um parto domiciliário:

“Se tiver uma gravidez normal vou fazer parto em casa.” (Puérpera 43).

4 DISCUSSÃO

No presente estudo sobressaem alguns fatores que afetam a utilização de CPN no entorno ao “modelo de três atrasos” apresentados nos resultados, as quais permitem refletir sobre a realidade vivida pelas puérperas guineenses que recorrem ao HNSM, no que concerne a procura de cuidados de saúde durante a gestação até ao momento do parto. Esquematizadas na figura 3.

4.1. 1º Atraso: Decisão de procurar cuidados

Os fatores que afetam a decisão de procurar atendimento são frequentemente aqueles discutidos como “barreiras” à utilização de serviços na literatura sobre o comportamento de procura por atendimento de saúde (76). O presente estudo identificou a influência da família e da comunidade na procura de cuidados de saúde pela grávida, assim como, a percepção das puérperas sobre a importância de recurso ao serviço de saúde materna, como principais barreiras do primeiro atraso:

O papel da família e da comunidade na procura de cuidados de saúde pela grávida

O poder da influência das famílias na decisão de procura de cuidados médicos pode ter contribuído para o atraso em procurar cuidados de saúde mencionadas por algumas participantes. Resultado semelhante foi constatado num estudo sobre identificação de barreiras de casa para o hospital por meio de auditorias de *near miss* (ou conceito de quase perda, termo referido as mulheres que sobrevivem a condições de risco de vida decorrentes de complicações relacionadas com a gravidez e o parto) realizado em países em desenvolvimento, identificaram a falta de poder de decisão das mulheres e influencia das famílias nas decisões sobre o pré-natal e local de parto como as barreiras mais comuns do primeiro atraso (21). Um estudo realizado no Senegal, país vizinho que faz fronteira com a Guiné-Bissau, sobre as barreiras à utilização de CPN (77), verificou que a

capacidade das mulheres em tomar decisões sobre o uso de serviços médicos é limitada pelos membros da família assim como em PED, resultados estes, que enquadram o presente estudo. Outro estudo realizado na Índia também destaca a influência das mães na decisão de procura de atendimento (78). Situações de atraso na decisão de procurar cuidados influenciado pela família foi algo descrito num estudo que aplicou autópsia verbal para investigar causas biomédicas e socioculturais de mortalidade materna no Burkina Faso e na Indonésia (79).

Outro resultado importante no presente estudo é a participação dos parceiros na decisão de procura de cuidados de saúde, apesar de serem poucas as grávidas que o referem. A participação dos parceiros é um fator muito significativo em muitos estudos em África. Por exemplo, estudos realizados na Etiópia que também exploraram as barreiras ao uso de serviços de saúde materna, consequentemente no início tardio de cuidados pré-natais (80,81), constataram que a escolha do local em que uma mulher deve obter cuidados de saúde materna é influenciada por uma decisão coletiva do marido e outros membros da família. Ainda afirmam que as mulheres que foram capazes de decidir sozinhas ou em conjunto com seus maridos eram mais propensas a usar os serviços de saúde materna (80).

A percepção das puérperas sobre a importância de recurso a serviços de saúde materna

Os nossos resultados indicam que as mulheres nesse estudo tiveram a percepção de risco de gravidez e da importância da realização de CPN, assim como a escolha do hospital como o lugar mais seguro para a realização do parto. Esta percepção poderá ter influenciado a utilização de serviços maternos. Este estudo revelou que a maioria das mulheres procuraram serviços de saúde materna após o diagnóstico de gravidez ($n=39$), muitas participantes aderiram à CPN ($n=52$). A maioria teve o acompanhamento pela importância e prevenção de riscos durante a gravidez para uma gestação segura. Este resultado vai ao encontro de um estudo realizado no Gana, revela que o conhecimento das mulheres sobre CPN é crucial na utilização dos serviços de CPN durante a gravidez (82). Um estudo realizado na Bolívia explora como o comportamento condiciona a procura de cuidados de saúde para a morbilidade *near miss*, reforça a importância que o fator necessidade percebida desempenha na determinação da procura de cuidados (22).

Apesar do conhecimento sobre a importância dos serviços de saúde materna entre as participantes, verifica-se que este era limitado, pois teve manifestação tardia. Apenas 21 das participantes realizaram a primeira visita no primeiro trimestre, 22 das 54 participantes tiveram a primeira visita no segundo trimestre. Estes resultados encontram enquadramento em estudo realizado nos Camarões sobre percepções de gestantes sobre os motivos do início tardio do pré-natal (83), verificaram que é influenciada pela percepção de que o CPN é principalmente fornecida para detetar ou tratar doenças. Outro estudo desenvolvido no Ruanda identificou 9,1% de atrasos na procura de cuidados a partir de casa, e o não reconhecimento dos problemas por parte das mães (22,3%) como principais barreiras do primeiro atraso (23). Esta síntese encontrou evidências semelhantes num estudo realizado na Colômbia que evidenciou o início tardio de CPN (84).

4.2. 2º Atraso: atraso em chegar a uma unidade de saúde

A acessibilidade dos serviços desempenha um duplo papel no processo de procura de cuidados de saúde. Por um lado, influencia a tomada de decisão das pessoas, conforme representado no Atrasos da Fase I. Por outro lado, determina o tempo gasto para chegar a uma unidade de saúde depois de ter sido tomada a decisão de procurar cuidados de saúde. Este último efeito representa a Fase II de Atraso (76).

As barreiras de acessibilidade às unidades de saúde.

Falar de **acessibilidade** é dizer que os serviços são direta e permanentemente acessíveis, sem barreiras indevidas de custo, idioma, cultura ou geografia. Os serviços de saúde devem estar próximos das pessoas, sendo uma porta de entrada rotineira na rede de serviços ao nível da atenção primária (85).

Uma série de barreiras geográficas, sociais e económicas podem impedir às mulheres o acesso aos cuidados disponíveis (86). Neste estudo as acessibilidades geográfica, de informação e económica foram as principais causas de atrasos da fase II:

No presente estudo, a **acessibilidade geográfica** foi identificada como uma das barreiras para a utilização de serviços de cuidados pré-natais, a qual é afetada pela distância física, e falta generalizada de transportes públicos. Muitas mulheres referiram que vão a pé a um centro de saúde mais próximo ($n= 24$), contribuindo para o atraso em chegar a uma unidade de saúde. O mesmo problema foi relatado em um estudo sobre as barreiras à utilização de cuidados pré-natais no Sudão de Sul (87). Outro estudo aponta que mulheres com complicações obstétricas ou em trabalho de parto tiveram que caminhar ou serem transportadas para unidades de saúde mais próxima nos transportes públicos (20). Estudos realizados no Gana e na Zâmbia, sobre a influência da distância e do nível de atendimento destacam a distância até uma unidade de saúde como um forte fator determinante de procura de instalações de saúde (31,88).

Alguns estudos relataram a dificuldade de transporte como um dos principais fatores que causam o atraso em chegar a uma unidade de saúde (31,88–91). Estudos realizados no Quênia destacam a distância e o transporte como barreiras de visitas às unidades de saúde (29,92). Uma revisão sistemática sobre determinantes da utilização de CPN na África Subsaariana evidencia que para cada aumento de 10 km na distância a uma unidade de saúde, a possibilidade de uma mulher receber diferentes serviços CPN diminui em um trimestre (93). Por outro lado, verificou ainda que as mulheres que moram longe de uma unidade de saúde tinham menos probabilidade de comparecer a quatro ou mais visitas de CPN (93). A dificuldade de transporte e má condição das estradas que experimentam algumas mulheres durante o trajeto para o hospital foram identificadas em alguns estudos na Nigéria (94,95).

A **acessibilidade económica** foi outro dos fatores identificados neste estudo como barreira à utilização dos serviços de saúde. Este aspeto foi constatado na literatura (96,97), sendo referido que a falta de meios financeiros atrasou mulheres grávidas e famílias na decisão de procurar cuidados. Os nossos resultados mostram que as puérperas apresentam índice de ocupação e status de emprego muito baixos, sendo o custo de transporte e a falta de dinheiro referidos como barreiras de acesso às unidades de saúde materna. Resultados semelhantes foram verificados num estudo realizado no Haiti (96), tendo sido reconhecido o impacto de status económico na procura de cuidados de saúde pelas mulheres. Uma avaliação realizada na Gambia para determinar o impacto de intervenção

e explorar as causas dos atrasos, demonstrou que o custo de transporte contribuiu para o atraso da fase II (98). Um estudo de revisão sistemática realizado na África Subsariana constatou que as mulheres que estavam empregadas e aquelas que desempenham alguma atividade laboral eram mais propensas a usar CPN e a iniciar a primeira consulta pré-natal no início de gravidez do que as desempregadas (93). Um estudo realizado no Gana sobre as desigualdades socioeconômicas na utilização de cuidados de saúde materna sugere que a redução das barreiras financeiras no uso de serviços de CPN reduz a lacuna da desigualdade (99).

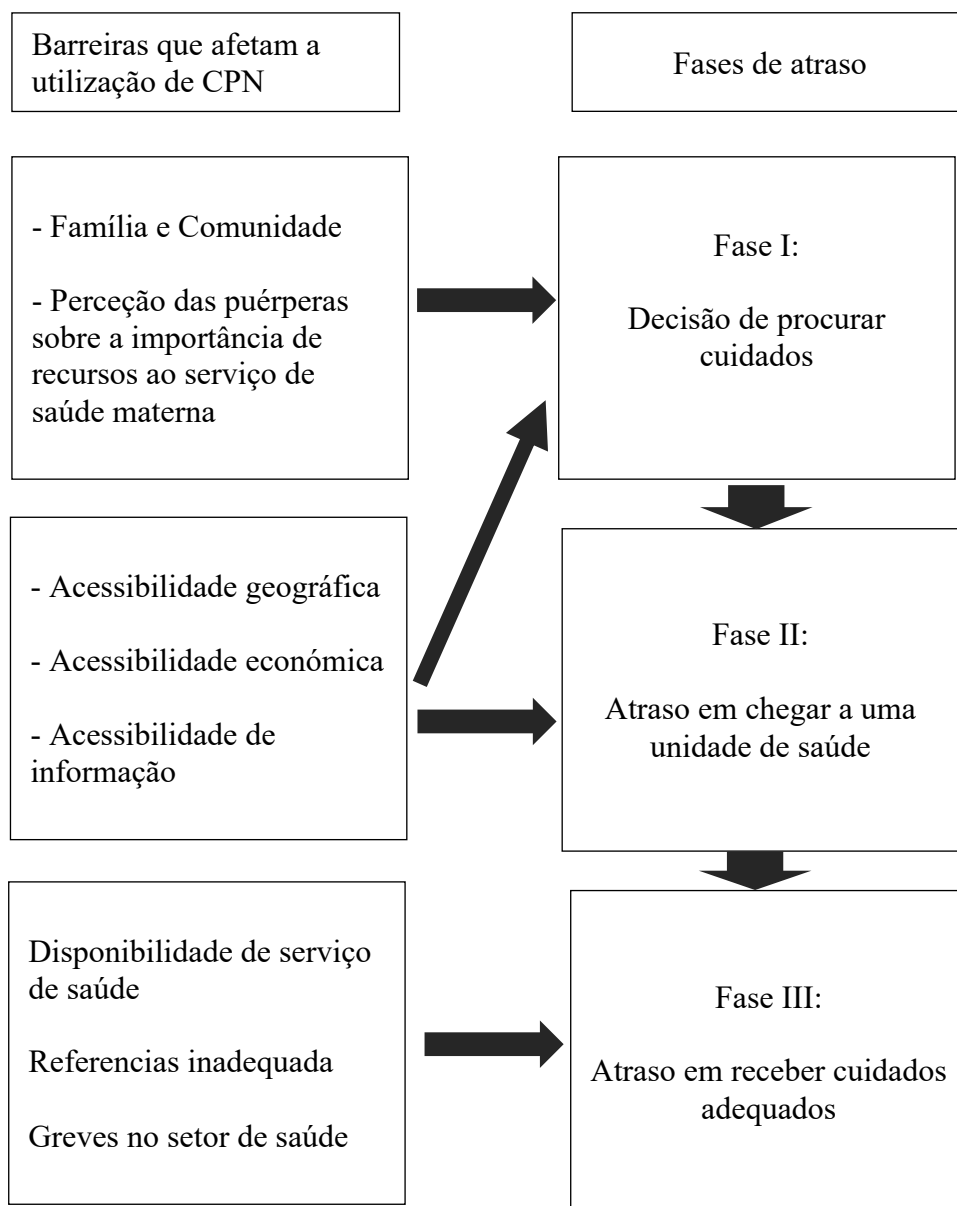


Figura 3: Barreiras identificadas que influênciam o atraso na utilização de CPN. Adaptado do “modelo de três atrasos”

O presente estudo mostra também que a **acessibilidade de informação** é outro fator que explica a barreira de acesso as unidades de saúde materna, uma vez que se percebe entre as participantes um deficit de informação sobre a saúde e cuidados à mulher grávida, enquadrado no seu baixo nível de escolaridade. Os resultados mostram que duas puérperas não realizaram nenhuma visita de CPN, sendo os motivos de procura referidos por algumas mulheres o mal-estar e a doença durante a gestação, relatos estes verificados nas puérperas com baixo nível de escolaridade. Esta síntese vai ao encontro do descrito num estudo realizado na Etiópia (27), o qual revelou que as mães que não realizaram consultas de CPN tiveram 1,8 vezes mais hipóteses de atraso de atendimento obstétrico de emergência em comparação com aquelas que realizaram pelo menos uma consulta de CPN. Ainda descobriu que as mães sem instrução tinham 4,6 vezes mais hipóteses de atrasos quando comparadas com as não instruídas (27). Um estudo realizado no Gana, mostrou que a educação explica as desigualdades de visitas de CPN e que a decisão da grávida em procurar atendimento durante a gravidez depende em certa medida do nível da escolaridade (99). Um outro estudo realizado na Africa Subsaariana mostrou a relação entre o grau de instrução materna e o início da primeira consulta pré-natal, evidenciando que mulheres instruídas iniciam mais cedo o acompanhamento pré-natal, e tendem a frequentar mais a CPN (93). Os resultados do presente trabalho também encontram enquadramento num estudo sobre prestação de serviços de saúde na Africa Subsaariana que evidencia que a escolaridade materna está positivamente associada à procura de serviços de saúde, enfatizando a importância das intervenções destinadas a aumentar o desempenho educacional das mulheres, levando a que as mulheres tenham maior probabilidade, em termos de recursos materiais e autonomia, para o acesso a serviços de saúde (100).

Em síntese, os atrasos que emergem neste estudo em matéria de acessibilidade vão ao encontro do descrito para países com características semelhantes.

4.3. 3º Atraso: atraso em receber cuidados adequados

Este terceiro atraso é especificamente aquele que ocorre nas instalações de tratamento. Atrasos na prestação de cuidados são indicativos de cuidados inadequados que resultam de escassez de pessoal, equipamento essencial, medicamentos e sangue, assim como de gestão inadequada (76). Neste estudo a disponibilidade de serviços, referência inadequada e greves no setor de saúde surgiram como as causas do terceiro atraso.

Disponibilidade de serviços de saúde, um conceito chave

A **disponibilidade** é um aspeto da abrangência e refere-se à presença física ou entrega de serviços que atendem a um padrão mínimo, que inclui uma gama abrangente de serviços de saúde, adequada às necessidades da população-alvo, incluindo serviços preventivos, curativos, paliativos e de reabilitação e atividades de promoção da saúde (85).

A disponibilidade de serviços de saúde - a realidade vivida pelas mulheres na Guiné-Bissau

Outro fator identificado como uma das barreiras para a utilização de serviços de cuidados pré-natais foi a disponibilidade de serviços. Neste estudo a percepção de frágil disponibilidade de serviços foi expressa de várias formas principalmente do lado da oferta, as barreiras mais significativas foram limites das marcações para o número das gestantes, as constantes greves, as quais diminuem a cobertura de atendimento pré-natal, e os longos tempos de espera são ainda algumas das limitações percebidas pelas participantes. Uma revisão sistemática de literatura sobre as barreiras de acesso a cuidados obstétricos em unidades de saúde na África Subsaariana (101), refere que os longos tempos de espera nas unidades de saúde e prática de referência inadequada são as principais barreiras que constituem desafios para o acesso a serviços de saúde para as mulheres que pretendem usar os serviços maternos. Isto vai ao encontro das barreiras verificadas na Guiné-Bissau no presente estudo. Um estudo sobre fatores associados a

mortalidade materna no Malawi identificou longas horas de espera antes do tratamento em uma unidade de saúde e falta de medicamentos como as principais causas de atraso de tipo III (102). O mesmo se verifica num estudo realizado no Quênia sobre as barreiras aos serviços de atendimento obstétricos de emergência, no qual, é referido que a demora no atendimento na unidade de saúde contribuí para o terceiro atraso (103).

Referência inadequada

Segundo os resultados do presente estudo os encaminhamentos foram realizados de forma autónoma e direta pelas participantes, principalmente as das zonas rurais, à qual, recorrem a transportes públicos. Lacunas semelhantes nos sistemas de referência foram observadas num estudo no Senegal, que revela, que a capacidade de transferência oportuna e eficaz para o hospital é crítica para a redução da mortalidade materna e perinatal, particularmente nas áreas rurais (104). Falhas no sistema de referência foram apontadas em algumas narrativas de um estudo qualitativo no Ruanda, sobre as perspectiva das mulheres sobre o acesso e as experiencias de cuidados de saúde materna no início e no fim da gestação (105).

Uma revisão de estudos de caso sobre as barreiras à assistência obstétricas em países em desenvolvimento, identificou sistema de encaminhamento deficientes incluindo falta de guia de encaminhamento e ausência de profissional no centro de saúde quando uma emergência é admitida como causas do terceiro atraso (21).

Uma revisão sistemática de literatura sobre qualidade e satisfação das mulheres com as práticas de encaminhamento materno em países em desenvolvimento na África Subsariana (106) evidenciou que algumas mulheres contornaram as instalações de nível inferior por conhecimento sobre possíveis atrasos na tomada de decisão de encaminhamento por profissionais de saúde de nível inferior. Estudos realizados na Tanzânia e Serra Leoa (107,108) atribuíram a referência inadequada à indisponibilidade de ambulâncias, limitados pela falta de fundos a nível distrital para pagar o combustível, manutenção e reparos necessários para manter as ambulâncias na estrada. O estudo de Malawi, constatou atrasos no encaminhamento de emergência das mães de uma unidade

de saúde para outra devido à falta de transporte de emergência por escassez de combustível (102).

Greves no setor de saúde

O estudo demonstra que as participantes tiveram acompanhamento de pelo menos um profissional de saúde durante a gestação. Porém um total de nove das cinquenta e quatro participantes disse não ter completado as consultas pré-natais devido as greves e ausência de técnicos nas unidades de saúde, constituindo um atraso na prestação de cuidados. Isto vai ao encontro de resultados verificados em uma revisão crítica do “terceiro atraso” sobre a capacidade de resposta dos sistemas de saúde obstétricos em países em desenvolvimento (33). Os nossos resultados também encontram enquadramento em estudos realizados no Quênia, que evidenciam a baixa utilização de CPN nos cuidados de saúde materna como estando associada as greves de profissionais de saúde (109,110). O mesmo foi verificado em um estudo realizado na Nigéria sobre desafios e barreiras persistente encontrados por mulheres que participam do pré-natal (111), as participantes do estudo apontaram as frequentes greves dos profissionais de saúde como um obstáculo.

O resultado do presente estudo não revelou falta de equipamentos, medicamentos e sangue como causas comuns do terceiro atraso, assim como, competências de profissionais de saúde. Uma vez, que a maioria das mulheres expressaram satisfação com a qualidade de atendimento recebido. Em contraste, esses fatores foram verificados em outros estudos (112–115) como principais causas do terceiro atraso.

4.4. Limitações de estudo

Uma das limitações do estudo foi o atraso na aprovação de protocolo pelo comitê de ética em Bissau, não foi possível iniciar a recolha de dados na data definida no desenho de estudo (Janeiro e Fevereiro 2021). Os dados foram recolhidos de 1 a 20 de Fevereiro. Não foram feitas verificações por terceiros, das transcrições de entrevistas de idioma local

crioulo para o português. A tradução e transcrição apenas foi realizada pela investigadora, natural do local de estudo com proficiência em ambos idiomas.

5 Conclusão

As barreiras descritas vivenciadas pelas puérperas refletem a realidade vivida por mulheres guineenses durante a gestação no presente estudo. Contribuindo para atrasos na procura e utilização oportuna de cuidado pré-natal, assim como, atrasos em receber cuidado de saúde de qualidade nas unidades de saúde. Em síntese as barreiras identificadas servem de pontos estratégicos para elaborar estratégias e políticas focadas nos fatores que atrasam a procura e utilização de cuidados pré-natal e nos fatores relacionadas a oferta de serviços para a prestação de cuidados de saúde à mulher grávida.

A leitura contextualizada dos resultados, analisada à luz da experiência de outros países de características semelhantes, permite compreender pontos de melhoria estratégica onde se poderá apostar, no sentido de contribuir para a melhoria de acesso e prestação de cuidados de saúde à mulher grávida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF OMS. Antenatal Care in Developing Countries Promises, achievements and missed opportunities An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. Nurs Times. 1962;58:571-3.
2. R. O, J.-C. F, L. I, A. K. Utilization of maternal health services among young women in Kenya: Insights from the Kenya Demographic and Health Survey, 2003. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2011;11(1):1-9. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/1>
3. Obago. Does the Quality of Antenatal Care Predict Health Facility Delivery Among Women in Kenya? Further Analysis of KDHS Data 2008/09. Int J Child Heal Nutr. 2013;(February).
4. Bejar II. Nutritional Intervention: A Secondary Analysis of Its Effect on Malnourished Colombian Pre-Schoolers. Eval Health Prof. 1981;4(2):145-72.
5. ONU. Direitos Humanos e Serviço Social: Manual para Escolas e Profissionais de Serviço Social. 1999. 1-140 p.
6. Ornella Lincetto, Seipati Mothebesoane-Anoh, Patricia Gomez SM. Antenatal Care. Cambridge Handb Psychol Heal Med Third Ed. 2019;Chapter 2(Third Edition):622-3.
7. Downe S, Finlayson K, Tunçalp, Metin Gülmezoglu A. What matters to women: A systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2016;123(4):529-39.
8. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016;
9. Janosik SM, Vogel JP, Habib NA, Souza JP, Gulmezoglu AM, Dowswell T, et al. Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality : a secondary. Reprod Heal J. 2013;42(4):1.
10. USAID. Recomendações da OMS sobre atendimento pré- natal para uma experiência gestacional positiva: Resumo. Matern Child Surviv Progr. 2018;10(1):1-11.
11. Santos M de F do R. Literacia em Saúde Materna: Uma estratégia para a promoção de uma gravidez saudável. 2018.

12. World Health Organization. Trend in maternal mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2019. 16 p.
13. Kassebaum NJ, Barber RM, Dandona L, Hay SI, Larson HJ, Lim SS, et al. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053): 1775–812.
14. Mendes A. Mortalidade materna em Guiné-Bissau: Insucesso no cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. 2015;2.
15. Oms C De. Tendencias en la mortalidade materna de 2000 a 2017: Resumen de orientación.
16. United Nations Human Rights. Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human rights. *Med Care*. 2009;14199:1–5.
17. 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.
18. Pacagnella RC, Cecatti JG, Osis MJ, Souza JP. The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: Expanding the conceptual framework. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2012;20(39):155– 63. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)39601-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(12)39601-8)
19. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. 1994;38(8):1091–110.
20. Essendi H, Mills S, Fotso JC. Barriers to formal emergency obstetric care services' utilization. *J Urban Heal*. 2011;88(SUPPL. 2):356–69.
21. Filippi V, Richard F, Lange I, Ouattara F. Identifying barriers from home to the appropriate hospital through near-miss audits in developing countries. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(3):389–400.
22. Rööst M, Jonsson C, Liljestrand J, Essén B. Social differentiation and embodied dispositions: A qualitative study of maternal care-seeking behaviour for near-miss morbidity in Bolivia. *Reprod Health*. 2009;6(1).
23. Benimana C, Small M, Rulisa S. Preventability of maternal near miss and mortality in Rwanda: A case series from the university teaching hospital of Kigali (CHUK). *PLoS One*. 2018;13(6):1–11.
24. Combs Thorsen V, Sundby J, Malata A. Piecing Together the Maternal Death Puzzle through Narratives: The Three Delays Model Revisited. *PLoS One*. 2012;

25. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Krupa F, Osis MJD. An emerging “maternal near-miss syndrome”: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth* [Internet]. 2009 Jun 4;36(2):149– 58. Available from: <https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/19489809>
26. Hirose A, Borchert M, Niksear H, Alkozai AS, Cox J, Gardiner J, et al. Difficulties leaving home: A cross-sectional study of delays in seeking emergency obstetric care in Herat, Afghanistan. *Soc Sci Med*. 2011;73(7):1003–13.
27. Ayalew Tiruneh G, Melkamu Asaye M, Solomon AA, Tiruneh Arega D. Delays during emergency obstetric care and their determinants among mothers who gave birth in South Gondar zone hospitals, Ethiopia. A cross-sectional study design. *Glob Health Action*[Internet].2021;14(1).Available from:<https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1953242>
28. Lori JR, Starke AE. A critical analysis of maternal morbidity and mortality in Liberia, West Africa. *Midwifery* [Internet]. 2012 Feb;28(1):67—72. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.12.001>
29. Onono M, Odhiambo GO, Congo O, Waguma LW, Serem T, Owenga MA, et al. Narratives of women using a 24-hour ride-hailing transport system to increase access and utilization of maternal and newborn health services in rural western Kenya: A qualitative study. *Am J Trop Med Hyg*. 2019;101(5):1000–8.
30. Nesbitt RC, Lohela TJ, Soremekun S, Vesel L, Manu A, Okyere E, et al. The influence of distance and quality of care on place of delivery in rural Ghana. *Sci Rep* [Internet]. 2016;6(June):1– 8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/srep30291>
31. Gabrysch S, Cousens S, Cox J, Campbell OMR. The influence of distance and level of care on delivery place in rural Zambia: A study of linked national data in a geographic information system. *PLoS Med*. 2011;8(1).
32. Chavane LA, Bailey P, Loquiha O, Dgedge M, Aerts M, Temmerman M. Maternal death and delays in accessing emergency obstetric care in Mozambique. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–9.
33. Cavallaro FL, Marchant TJ. Responsiveness of emergency obstetric care systems in low- and middle-income countries: A critical review of the “third delay.” *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(5):496–507.
34. Aloba G, Ochola E, Bayo P, Muhereza A, Nahurira V, Byamugisha J. Why women die after reaching the hospital: A qualitative critical incident analysis of the ‘third delay’ in postconflict northern Uganda. Vol. 11, *BMJ Open*. 2021.

35. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. 2014;11(1):1–17.
36. Binder P, Johnsdotter S, Essén B. Conceptualising the prevention of adverse obstetric outcomes among immigrants using the “three delays” framework in a high-income context. *Soc Sci Med*. 2012;75(11):2028–36.
37. Vermeulen E, Solnes Miltenburg A, Barras J, Maselle N, van Elteren M, van Roosmalen J. Opportunities for male involvement during pregnancy in Magu district, rural Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016;16(1):1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0853-8>
38. Samuelsen H, Tersbøl BP, Mbuyita SS. Do health systems delay the treatment of poor children? A qualitative study of child deaths in rural Tanzania. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1).
39. Pública M da S. Plano nacional de desenvolvimento sanitário: 2018-2022 PNSD III. 2018;III:181.
40. Sá Guerreiro C, Paulo Silva A, Cá T, Ferrinho P. Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos. *An do Inst Hig e Med Trop v 16 Planeam em Saúde - Supl 1* [Internet]. 2017;55–68. Available from: <http://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/12>
41. Fundo Monetário Internacional: Relatório de FMI. 2017;nº17/381(202):0–61.
42. Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos. 2017. p. 55–68.
43. Minsap. Documento de estratégia de crescimento e redução da pobreza I. 2008;I:0–231.
44. Guiné-Bissau. Segundo Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza: DENARP II [2011-2015]. 2011;II.
45. UNDP. The Next Frontier: Human Development and the Anthropocene [Internet]. Human Development Report 2020. 2020. 130– 158 p. Available from: <http://hdr.undp.org/en/2020-report>
46. Guerreiro CS, Hartz Z, Ferrinho P, Havik PJ. 25 Anos de Política Nacional de Saúde na República da Guiné-Bissau: Memórias do seu Planeamento Estratégico em Saúde 25 Years of national health policy in the Republic of Guinea-Bissau: Memories of its strategic health planning. *Cad Estud Africanos*. 2019;(38):239–64.
47. UNIOGBIS. Relatório sobre o Direito à Saúde na Guiné-Bissau. 2017;

48. IMVF. UE-PIMI: Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil. 2019;
49. Kitson N. Pagamentos informais no setor de saúde pública na Guiné-Bissau. 2019;564.
50. UE-PIMI. Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil (PIMI II): Seguimento do Apoio à Componente de Reforço da Disponibilidade e Qualidade dos Cuidados de Saúde Materno- infantis na Guiné-Bissau. 2016;(PIMI II).
51. Lincetto O, Mothebesoane-anoh, Gomez P, Munjanja S. Controlo Pré-Natal. 2006;III:51–62.
52. UNICEF. Inquérito aos Indicadores Múltiplos: 2018-2019. 2019.
53. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018. 212 p. Available from: www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/
54. World Health. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Who. 2016;2021:84.
55. World Health Organization. World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs. World Heal Organ. 2016;1.121.
56. WHO. Definition of skilled health personnel providing care during childbirth: the 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO and IPA. 2018;1– 4. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272818>
57. Pearson L, Larsson M, Fauveau V, Standley J. Assistência durante o parto. Oportunidades para os recém-nascidos em Africa [Internet]. 2008;Capítulo 3. Available from: http://www.who.int/pmnch/media/publications/opportunidades_port.pdf
58. Ministerio da Economia e Finanças. Guiné-Bissau: Monitorização da Situação da Criança e da Mulher. Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2014. 2014;509.
59. Engel. Perfil Epidemiológico da mortalidade materna no Hospital de Referencia Nacional da Guiné-Bissau - 2013 a 2018. Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents. 2014.
60. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 2000 to 2017. 2019.
61. Unicef. Situation Analysis of Children and Women, Guinea-Bissau. 2015.

62. Davidson S. Examining Barriers to Maternal Health Care in Kenya Using the Three-Delay Framework. *Progn.* 2015;24–45.
63. Adegoke AA, Van Den Broek N. Skilled birth attendance-lessons learnt. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2009;116(SUPPL. 1):33–40.
64. Silva AP, Neves C, Biai A, Pina F, Aleluia F. Função “ recursos humanos ” no Sector da Saúde da Guiné-Bissau. 2012;
65. Mendes CM. Fatores associados às mortalidades materna e neonatal na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes entre os anos de 2009 e 2011 - Bissau, Guiné- §Bissau. 2015;62. Available from: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4595>
66. Biklen SK, Teresa M, Estrela A. *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teorias e aos Métodos.*
67. Flick U. *Desenho da Pesquisa Qualitativa.* 2009. 7–161 p.
68. Fortin M-F. O processo de investigação: Da concepção à realização.
69. Streubert HJ, Carpenter DR. *Investigação qualitativa em enfermagem.* Loures: Lusociência,; 2002.
70. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Cad Saude Publica.* 2008;24(1):17–27.
71. Vaz C, Rodrigues MR, Loureiro A, Barbosa I, Antunes P. Técnicas de recolha de dados em investigação qualitativa. *XI Simpósio Int Informática Educ.* 2009;1–18.
72. *Medicina General Integral: Principales afecciones en los contextos familiar y social.* Vol. 53. 2019. 1689–1699 p.
73. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Rech Qual.* 2022;26(1):110.
74. Pourtois J-P. Huberman (A. Michael) et Miles (B. Matthew). — Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes. *Rev française pédagogie.* 1993;105(105):132–4.
75. Amado J. *Manual de Investigação Qualitativa em Educação [Internet].* 2022. Available from: [uri:http://hdl.handle.net/10316.2/35271](http://hdl.handle.net/10316.2/35271)
76. Thaddeus S, Maine D. Too Far To Walk : Maternal Mortality in Context. *Soc Sci Med.* 1994;38(8):1091–110.

77. Kim KH, Choi JW, Oh J, Moon J, You S, Woo YK. What are the barriers to antenatal care utilization in Rufisque District, Senegal?: A bottleneck analysis. *J Korean Med Sci.* 2019;34(7):1–19.
78. Vidler M, Ramadurg U, Charantimath U, Katageri G, Karadiguddi C, Sawchuck D, et al. Utilization of maternal health care services and their determinants in Karnataka State, India. *Reprod Health.* 2016;13(1).
79. D’Ambruoso L, Byass P, Qomariyah SN, Ouédraogo M. A lost cause? Extending verbal autopsy to investigate biomedical and socio-cultural causes of maternal death in Burkina Faso and Indonesia. *Soc Sci Med.* 2010;71(10):1728–38.
80. Kea AZ, Tulloch O, Datiko DG, Theobald S, Kok MC. Exploring barriers to the use of formal maternal health services and priority areas for action in Sidama zone, southern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):1–12.
81. Weldemariam S, Damte A, Endris K, Palcon MC, Tesfay K, Berhe A, et al. Late antenatal care initiation: The case of public health centers in Ethiopia. *BMC Res Notes [Internet].* 2018;11(1):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3653-6>
82. Afaya A, Azongo TB, Dzomeku VM, Afaya RA, Salia SM, Adatara P, et al. Women’s knowledge and its associated factors regarding optimum utilisation of antenatal care in rural Ghana: A crosssectional study. *PLoS One [Internet].* 2020;15(7 July):1–19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0234575>
83. Warri D, George A. Perceptions of pregnant women of reasons for late initiation of antenatal care: A qualitative interview study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):1–12.
84. Villamizar LAR, Ruiz-Rodríguez M, García MLJ. Beneficios de combinar métodos para analizar causas de muertes maternas, Bucaramanga, Colombia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2011;29(4):213–9.
85. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: a Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies [Internet]. Vol. 35, World Health Organization. 2010. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.ecolsys.35.021103.105711>
86. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet.* 2016;388(10056):2176–92.
87. Wilunda C, Scanagatta C, Putoto G, Montalbetti F, Segafredo G, Takahashi R, et al. Barriers to utilisation of antenatal care services in South Sudan: a qualitative study in Rumbek North County. *Reprod Health.* 2017;14(1):1–10.

88. Nesbitt RC, Lohela TJ, Soremekun S, Vesel L, Manu A, Okyere E, et al. The influence of distance and quality of care on place of delivery in rural Ghana. *Sci Rep*. 2016;6:1–8.
89. Pagalday-Olivares P, Sjöqvist BA, Adjordor-Van De Beek J, Abudey S, Silberberg AR, Buendia R. Exploring the feasibility of eHealth solutions to decrease delays in maternal healthcare in remote communities of Ghana. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2017;17(1):1–13.
90. Sharma V, Leight J, AbdulAziz F, Giroux N, Nyqvist MB. Illness recognition, decision-making, and care-seeking for maternal and newborn complications: a qualitative study in Jigawa State, Northern Nigeria. *J Health Popul Nutr*. 2017;36(Suppl 1):46.
91. Sk MIK, Paswan B, Anand A, Mondal NA. Praying until death: Revisiting three delays model to contextualize the socio-cultural factors associated with maternal deaths in a region with high prevalence of eclampsia in India. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):1–11.
92. Ochieng CA, Odhiambo AS. Barriers to formal health care seeking during pregnancy, childbirth and postnatal period: A qualitative study in Siaya County in rural Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):1–14.
93. Okedo-Alex IN, Akamike IC, Ezeanosike OB, Uneke CJ. Determinants of antenatal care utilisation in sub-Saharan Africa: A systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(10).
94. Okonofua F, Ogu R, Agholor K, Okike O, Abdus-Salam R, Gana M, et al. Qualitative assessment of women’s satisfaction with maternal health care in referral hospitals in Nigeria. *Reprod Health*. 2017;14(1):1–8.
95. Ntoimo LFC, Okonofua FE, Igboin B, Ekwo C, Imongan W, Yaya S. Why rural women do not use primary health centres for pregnancy care: Evidence from a qualitative study in Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):1–13.
96. Macdonald T, Jackson S, Charles M, Periel M, Salomon A, Premilus É. The fourth delay and community-driven solutions to reduce maternal mortality in rural Haiti : a community-based action research study. 2018;1–13.
97. Kabali E, Gourbin C, De Brouwere V. Complications of childbirth and maternal deaths in Kinshasa hospitals: Testimonies from women and their families. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:1–9.
98. Ferguson L, Hasan R, Boudreaux C, Thomas H, Jallow M, Fink G. Results-based financing to increase uptake of skilled delivery services in The Gambia: using the “three delays” model to interpret midline evaluation findings. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):712.

99. Novignon J, Ofori B, Tabiri KG, Pulok MH. Socioeconomic inequalities in maternal health care utilization in Ghana. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):141.
100. Doctor H V., Nkhana-Salimu S, Abdulsalam-Anibilowo M. Health facility delivery in sub-Saharan Africa: Successes, challenges, and implications for the 2030 development agenda. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1–12.
101. Kyei-Nimakoh M, Carolan-Olah M, McCann T V. Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa systematic review. *Syst Rev*. 2017;6(1): 1–16.
102. Mgawadere F, Unkels R, Kazembe A, van den Broek N. Factors associated with maternal mortality in Malawi: Application of the three delays model. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):1–9.
103. Echoka E, Makokha A, Dubourg D, Kombe Y, Nyandieka L, Byskov J. Barriers to emergency obstetric care services: accounts of survivors of life threatening obstetric complications in Malindi District, Kenya. *Pan Afr Med J*. 2014;17(Supp 1):4.
104. Cavallaro FL, Benova L, Dioukhane EH, Wong K, Sheppard P, Faye A, et al. What the percentage of births in facilities does not measure: Readiness for emergency obstetric care and referral in Senegal. *BMJ Glob Heal*. 2020;5(3).
105. Pâfs J, Musafili A, Binder-Finnema P, Klingberg-Allvin M, Rulisa S, Essén B. Beyond the numbers of maternal near-miss in Rwanda - a qualitative study on women's perspectives on access and experiences of care in early and late stage of pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016;16(1):1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-1051-4>
106. Ameyaw EK, Njue C, Tran NT, Dawson A. Quality and women's satisfaction with maternal referral practices in sub-Saharan African low and lower-middle income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):1–16.
107. Hanson C, Gabrysch S, Mbaruku G, Cox J, Mkumbo E, Manzi F, et al. Accès aux services de santé maternelle: Inégalités géographiques, République-unie de Tanzanie. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2017;95(12):810–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29200522>0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5710083
108. Proos R, Mathéron H, Vas Nunes J, Falama A, Sery Kamal P, Grobusch MP, et al. Perspectives of health workers on the referral of women with obstetric complications: A qualitative study in rural Sierra Leone. *BMJ Open*. 2020;10(12):1–8.

109. Scanlon ML, Maldonado LY, Bone JN, Chelagat S, Ruhl LJ, Songok J, et al. A Retrospective Study of the Impact of Health Worker Strikes on Maternal and Child Health Care Utilization in Western Kenya. 2021;1– 13. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/351501886>
110. Kaguthi GK, Nduba V, Adam MB. The impact of the nurses', doctors' and clinical officer strikes on mortality in four health facilities in Kenya. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):1–10.
111. Ohaja M, Murphy-Lawless J. Persistent challenges and barriers encountered by women attending formal antenatal care in South East Nigeria. *Afr J Nurs Midwifery.* 2017;19(2):1–13.
112. Cham M, Sundby J, Vangen S. Availability and quality of emergency obstetric care in Gambia's main referral hospital: Women-users' testimonies. *Reprod Health.* 2009;6(1):1–8.
113. Adeleke N, Olowookere S. Pattern of Maternal Mortality in A General Hospital, South Western Nigeria. *Niger Med Pract.* 2011;59(5–6):68–73.
114. Van den Akker T, Van Rhenen J, Mwagomba B, Lommerse K, Vinkhumbo S, van Roosmalen J. Reduction of severe acute maternal morbidity and maternal mortality in Thyolo district, Malawi: The impact of obstetric audit. *PLoS One.* 2011;6(6):1–8.
115. Nusrat Shah NHK. Third delay of Maternal Mortality in a tertiary hospital. *Rawal Med J.* 2007;32(2):163–7.

ANEXO

1. Guia de entrevista

GUIA DE ENTREVISTA		
Dia:	Hora:	Local:
Entrevistada:		
Objetivo de entrevista: compreender a realidade vivida pelas puérperas guineenses que recorrem ao Hospital Nacional Simão Mendes, no que concerne a procura de cuidado de saúde durante a gestação até ao momento do parto, atendidas no período de Janeiro a Fevereiro de 2021.		
Tópicos	Categorias	Perguntas
Dados sociodemográficos	Sociodemográficos Dados obstétricos	Idade Nível de escolaridade Procedência (Urbana/Rural) Residência (Bairro/Região) Estado civil Ocupação Etnia Religião Realização de pré-natal (Sim/Não) Número de consultas (Nenhuma, 1,2,3,4...) Idade gestacional da 1º consulta Tipo de parto (Normal (vaginal); Cesárea)

1º demora: Atraso em reconhecer a necessidade de serviços de saúde materna e na decisão de procurar tratamento ou aconselhamento	Sobre cuidados de saúde materna Uso de serviços de saúde materna	1- Como descobriste a tua gravidez? Fizeste o teste de gravidez? Se sim, onde? 2- Quando foi que descobriste que estavas grávida (idade gestacional)? 3- Ao descobrir que estavas grávida procuraste algum centro de saúde? Se sim, o que te motivou a procurar? Se não, porque não procuraste um centro de saúde? 4- Foste as consultas de acompanhamento pré-natal? Se sim, porquê? Se não, por que razão? 5- Porque fizeste parto hospitalar? 6- Já fizeste parto em casa? Se sim, tiveste uma má experiência ou alguma complicação durante o parto? Foi o motivo de teres feito parto no hospital? 7- A decisão de realizar parto no hospital foi tua, ou foste encaminhada pelo centro de saúde de origem? 8- Durante o acompanhamento pré-natal foste aconselhada a teres o bebé no hospital? Se sim, quais as razões desse aconselhamento? 9- Aconselhavas outras mulheres a realizar parto no hospital?
---	--	--

2º demora: Atraso em chegar a uma unidade de saúde.	Barreiras (acessibilidade)	1- Como fazias para chegar ao centro de saúde materna? 2 - Tiveste alguma dificuldade em chegar a uma unidade de serviços de saúde materna. 3- Recebeste algum apoio durante a gestação e o parto?
3º demora: Atraso em receber cuidados adequados	Perceção de serviço de qualidade	1- Tiveste algum acompanhamento médico ou de algum técnico de saúde durante a gestação? Se sim, foi até o final de gestação? Se não, o que influenciou? 2- Como era o atendimento no centro de saúde materno? 3- Voltavas a fazer parto no hospital?