



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

AMINATA MENDES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA NO HOSPITAL DE
REFERENCIA NACIONAL DA GUINÉ-BISSAU - 2013 a 2018**

FORTALEZA, 2020

AMINATA MENDES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA NO
HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONAL DA GUINÉ-BISSAU- 2013 a 2018**

Dissertação de Mestrado Acadêmico apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho.

Co-orientadora: prof.^a Dr.^a Maria do Socorro de Sousa

FORTALEZA, 2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M49p Mendes, Aminata.
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA NO HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONAL DA GUINÉ-BISSAU- 2013 a 2018 / Aminata Mendes. – 2020.
122 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2020.

Orientação: Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho..

Coorientação: Prof. Dr. Maria do Socorro de Sousa.

1. Morte Materna. 2. Saúde da mulher. 3. Saúde pública. I. Título.

CDD 362.1

AMINATA MENDES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA NO
HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONAL DA GUINÉ-BISSAU- 2013 a 2018**

Dissertação de Mestrado Acadêmico
apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva da Universidade Federal
do Ceará como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública. Área de
concentração: Epidemiologia

Aprovada em: 20/02/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho.
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Francisco Edson De Lucena Feitosa.
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª Drª. Raimunda Hermelinda Maia Macen
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico este trabalho aos meus pais, Vicente Mendes e Bacilia Mendes, meus heróis, por tudo têm feito por mim e as minhas/meus irmão/as, Pauleta Mendes, Maria Augusta Mendes, Joaquim Mendes, Toia Mendes, Alexandre Mendes, Linda Mendes, Augusto Mendes e Sara Mendes. Aos meus sobrinhos queridos Dino Mendes e SolangeMendes.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me dado a vida, saúde e a força de superar as dificuldades.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho pelo apoio e a paciência na orientação, por me incentivar e acreditar que tudo dará certo, mesmo nos momentos difíceis. O senhor me fez acreditar que mesmo nas dificuldades a gente consegue, basta acreditar e se esforçar. Esse sonho se tornou a realidade graças a você. Consegui chegar até a fase final de conclusão do mestrado. Agradeço por tudo!

A minha co-orientadora, prof Dr^a Maria do Socorro de Sousa, por aceitar fazer parte dessa história da minha vida acadêmica e pelo apoio nesse processo.

Ao prof Dr Alberto Novaes por ter participado e me apoiado desde o processo seletivo, contribuindo enormemente durante o seminário de apresentação de pre-projeto.

A todos professores do curso de Pós-graduação em Saúde Pública da UFC, não só pelos ensinamentos durante o curso, mas também pela oportunidade de ter aprendido convosco.

Aos meus (minhas) colegas de turma que me acolheram e compartilharam o conhecimento durante o período do curso.

Aos profissionais de secretaria do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (UFC), especialmente para Dominik Garcia Araújo Fontes e Hemison Magalhães, pela atenção em todos os momentos e generosos corações que os têm. Vou levar cada um de vocês no meu coraçãozinho.

Aos membros da banca examinadora da etapa de qualificação do projeto e da dissertação, pelas valiosas contribuições e sugestões: Dr Francisco Edson De Lucena Feitosa (UFC), Dr^a Raquel Autran Coelho (UFC) e Dr^a. Raimunda Hermelinda Maia Macena.

Agradeço de forma especial ao meu amigo Chileno companheiro de apartamento Carlos Erasmo Sanhueza pela convivência durante estes 2 anos, mesmo com a nossa diversidade cultural e linguística, mas conseguimos conviver em harmonia e paz. Obrigada por ter-me ensinado só uma palavra em espanhol “MIRA”. Obrigada no fundo do meu coração.

Aos meus compatriotas amigos que colaboraram no processo de coleta de dados no campo, Dr Crisologo Mendes, Dr Hedwis Aerton Pereira Martins, Mestre Iannick Gomes Marques Vieira e Armindo Mendes.

A equipe de TV Quelele, especialmente para diretor Demba Sanha e Hamid Baldé pelo apoio incondicional no trabalho de campo. Gratidão por tudo.

Aos meus amigos/as irmãos/as que o Brasil me deu, Anabel Rosjas Carmo, Aron David Flores Olea, Carlos Erasmo Sanhueza, Carolina Bracho Villvicencio, Madilio Perreira, Afonso Mendes, Benvinda Domingos Cambanco, Idilaida Jorge Sanca, Nico, Marceano Tomas Urem da Costa, Adulai Djaló, Felizberto Mango, Farã Vaz, Ivanilson Dinis Monteiro e Reagan Nzundu Boigny, obrigada por fazerem parte da minha vida.

A minha querida amiga Saara e sua família em Cabo Verde pela recepção calorosa durante o trajeto para realização de pesquisa de campo em Guiné-Bissau.

Aos responsáveis do serviço da maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes: Diretor Dr. Raúl Nancassa, enfermeira chefe Lígia Sampaio e enfermeiro Lassana Brandão por terem autorizado a coleta de dados e ter em me apoiado.

Ao Programa de Estudantes-Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG) pela bolsa e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento de minha bolsa do mestrado.

Ao Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP) pelo apoio financeira durante a pesquisa do campo em Guiné-Bissau e em atividades acadêmicas desenvolvidas.

A minha sincera e respeitosa homenagem a todas as mulheres que perderam as suas vidas por causa ligada à gravidez.

“A saúde materna é a saúde de todos os seres vivos; a saúde da mulher é a saúde de todos. Ainda assim, parece que em troca de trazer outra vida ao mundo ela não devia perder a própria vida”.

(Martha Gonzàles Cochi (s.n) apud Borges, CLMS. 2012)

RESUMO

Introdução: A mortalidade materna é um fenômeno que afeta diretamente a saúde reprodutiva da mulher e o desenvolvimento social de um país, refletindo a qualidade dos serviços de saúde, entre eles a acessibilidade dos cuidados de saúde disponibilizados, a rede de referenciamento, bem como a qualidade de assistência prestada à mulher. **Objetivo:** Analisar e descrever as causas e o perfil epidemiológico da mortalidade materna no Hospital Nacional de Referência em Guiné-Bissau entre 2013 a 2018. **Método:** Estudo transversal descritivo retrospectivo com abordagem quantitativa e qualitativa por meio de coleta de dados em prontuários médicos e entrevistas com familiares e puérperas com intuito de compreender a morte materna na perspectiva do familiar e as demoras na atenção obstétrica. Utilizou-se os programas Microsoft Office Excel, Software for Statistics and Data Science-Stata.11.2 para gerenciamento de dados e análise estatística. Realizou-se análise descritiva de tipo exploratória envolvendo as variáveis de estudo. **Resultado:** Foram identificadas e analisadas 557 mortes maternas no Hospital Nacional Simão Mendes. A maior proporção de óbitos encontra-se na faixa etária entre 20 a 29 anos. As mulheres casadas representam 81,6% (444) das mortes. 86,2% (480) dessas mulheres tinham menos de 8 anos de escolaridade. 59,6% (332) eram residentes de zona rural. 82,9%(462) eram donas de casa. 52,8%(294) eram de religião muçulmana.31,2% (174) eram de etnia Fula, seguida Balanta com 22,8% (127). O pré-natal não foi realizado por 40,7% (227) das falecidas. Revela-se que 56% (312) dos óbitos ocorreram no termo da gestação.43,9% (244) morte socorreram em partos normais.44,9% (250) destas mortes no momento do parto. Principais causas de óbitos encontradas foram hemorragia 50,4% (281), seguida a hipertensão com 17,4% (97). **Conclusão:** As das mortes maternas predominaram em mulheres jovens, de pouca escolaridade, sem emprego remunerado por causas obstétricas diretas que poderia ter sido evitada com melhoria nos cuidados integrais à gestante, começando desde o cuidado pré-natal até a disponibilidade de mecanismos de intervenção em tempo oportuno.

Palavras-chave: Morte Materna. Saúde da mulher. Saúde pública.

ABSTRACT

Introduction: Maternal mortality is a phenomenon that directly affects women's reproductive health and the social development of a country, reflecting the quality of health services, including the accessibility of health care provided, the referral network, as well as the quality of care. Assistance provided to women. **Objective:** To analyze and describe the causes and epidemiological profile of maternal mortality at the National Reference Hospital in Guinea-Bissau between 2013 and 2018. **Method:** Retrospective descriptive cross-sectional study with a quantitative and qualitative approach through data collection in medical records and interviews with family members and puerperal women in order to understand maternal death from the perspective of the family member and delays in obstetric care. Microsoft Office Excel, Software for Statistics and Data Science-Stata.11.2 programs were used for data management and statistical analysis. An exploratory descriptive analysis was carried out involving the study variables. **Result:** 557 maternal deaths were identified and analyzed at the Simão Mendes National Hospital. The highest proportion of deaths is in the age group between 20 and 29 years old. Married women represent 81.6% (444) of deaths. 86.2% (480) of these women had less than 8 years of schooling. 59.6% (332) were rural residents. 82.9% (462) were housewives. 52.8% (294) were Muslims. 31.2% (174) were Fula, followed by Balanta with 22.8% (127). Prenatal care was not performed by 40.7% (227) of the deceased. It is revealed that 56% (312) of deaths occurred during the term of pregnancy. 43.9% (244) deaths occurred in normal deliveries. 44.9% (250) of these deaths at delivery. The main causes of death found were hemorrhage 50.4% (281), followed by hypertension with 17.4% (97). **Conclusion:** Those of maternal deaths predominated in young women, with little education, without paid employment due to direct obstetric causes that could have been avoided with improved comprehensive care for pregnant women, starting from prenatal care to the availability of intervention mechanisms in opportune time.

Keywords: Maternal Death. Women's health. Public health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES: FIGURAS/ QUADROS

Figura 1- Mapa da República da Guiné-Bissau e suas limitação fronteiriças.....	20
Figura 2- Mapa mundial da razão da mortalidade materna por país 2015	43
Figura 3- Maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM).....	53
Quadro 1- Principais problemas de Saúde por grupos populacionais (ordem aleatória).	26
Quadro 2- Quadro de investigação – abordagens metdológicas mais comuns.	30
Quadro 3- Modelo teórico conceitual para explicação de óbitos maternos	37
Quadro 4- conceitos padronizados para analise das três demoras Thaddeus e Maine, 1994..	57

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1-** Gráfico 1-Razão de mortalidade Materna global e por regiões, 1990-201540
- Gráfico 2-** Taxa da mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos, segundo a OMS, Grupo Interagencial das Nações Unidas para a Mortalidade Materna, 2015. 44
- Gráfico 3-** Tendências da taxa de mortalidade materna por 100 000 nascidos vivos, Região Africana. 45
- Gráfico 4-** Comparação de óbito materno por ano 2016/2017 46
- Gráfico 5-** Complicações Obstétricas e transferências por Região Sanitária- 2017 em Guiné-Bissau..... 47
- Gráfico 6-** Porcentagem de partos assistidos por região sanitária- Guiné-Bissau,2017..... 48

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-** Distribuição de número de óbito materno nascidos vivos (NV), e razão de mortalidade materna no Hospital Nacional Simão Mendes, 2013-2018..... 62
- Tabela 2-** Perfil epidemiológico de Casos de Óbito Materno no Hospital Simão Mendes. Guiné-Bissau, 2013-2018..... 64
- Tabela 3-** Distribuição percentual dos 557casos de morte materna segundo as principais causas específicas de óbito por ano de ocorrência. HNSM, 2013-2018. 65
- Tabela 4-** Tendência de mortalidade materna total por causa direta e indireta por ano em Hospital Simão Mendes, 2013-2018. 67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-10 ^a	Classificação Internacional de Doenças-10 ^a
DO	Declaração de Óbito
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
MM	Morte Materna
MMOD	Mortalidade Materna Obstétrica Direta
MMOI	Mortalidade Materna Obstétrica Indireta
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2. ASPECTOS CONCEITUAIS DA MORTALIDADE MATERNA	26
2.1 Morte materna obstétrica Direta	27
2.2 Morte materna obstétrica Indireta	27
3 DETERMINANTES DA MORTALIDADE MATERNA	31
3.1.1 Status socioeconômico.....	32
3.1.2 Situação da mulher na família e na comunidade.....	32
3.2.1 Estado de saúde da mulher	33
3.2.2. Status reprodutivo.....	34
4. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA NO CENÁRIO MUNDIAL.....	38
5. MORTALIDADE MATERNA NA ÁFRICA	41
6. MORTALIDADE MATERNA EM GUINÉ-BISSAU	46
7. JUSTIFICATIVA	49
8. OBJETIVOS	51
9. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS	51
9.1 Desenho de estudo.....	51
9.3 Local de estudo	52
9.4 Estrutura e funcionamento da maternidade	52
9.5 População de estudo	54
9.6 Critérios de inclusão.....	54
9.7 Critérios de exclusão	54
11. VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	55
ARTIGO 2- MORTALIDADE MATERNA NA PERSPECTIVA DO FAMILIAR EM GUINÉ- BISSAU	74

ARTIGO 3- VIVÊNCIAS DE PUÉRPERAS NO SERVIÇO DE SAÚDE MATERNO- INFANTIL EM GUINÉ-BISSAU: EXPLORANDO O PAPEL DAS TRÊS DEMORAS NO CUIDADO OBSTÉTRICO.....	92
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
13. REFERÊNCIAS	110
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	118
APÊNDICE C: INSTRUMENTO DA ENTREVISTA COM PARENTES DAS FALECIDAS.....	122
ANEXO 1: COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA NA SAÚDE (INASA)	123

APRESENTAÇÃO

O fenômeno da mortalidade materna foi reconhecido globalmente como um problema de saúde pública no mundo, afetando principalmente aquelas mulheres de classe socialmente baixa. Muitas mulheres ainda sofrem e morrem de sérias questões de saúde durante a gravidez, parto e pós parto. As causas dessas mortes já foram reconhecidas há décadas como evitáveis, mas continuam ocorrendo, principalmente nos países de renda baixa, os quais são responsáveis por 99% de todas as mortes maternas (WHO, 2019).

A mortalidade materna é uma questão de saúde pública que está associada aos problemas de desigualdade social, econômica, a pobreza generalizada, que nos países mais pobres como a Guiné-Bissau são fatores agravantes para o risco de complicações e a morte da mulher em idade reprodutiva.

Antes de proceder com a descrição do trabalho farei um relato sobre a minha trajetória e da motivação que me levou a realizar este estudo. Sou da República de Guiné-Bissau, um pequeno país africano que fica situado na costa ocidental da África, ex-colônia portuguesa que conseguiu a sua independência em 24 de setembro em 1973 e só foi reconhecido pelo governo português como país “independente” em 1974.

Nasci na região norte do país, setor (Município) de São Domingos, na tabanca (aldeia) de Brebe. Sou a segunda filha da família e primeira a ter oportunidade de cursar uma universidade.

Eu não tive tanta influência da família no que diz respeito a aprendizagem, porque os meus pais nunca estudaram. A única pessoa da família que me acompanhava era a minha irmã mais velha que estudava na época numa das escolas francesas, que foi construída pelo governo senegalense para refugiados que ficava a 10 quilômetros da minha cidade, mas esse desejo de poder estudar foi interrompido quando a escola francesa foi retirada na zona pelo governo guineense com a justificativa de que a cidade pertencia ao território guineense e não de Senegal; portanto, a região não poderia ser invadida pelo ensino da língua francesa. Com essa situação a minha irmã abandonou o estudo, alegando que não queria estudar a língua portuguesa, mas nessa altura os meus pais não tinham condições de deixá-la ir estudar no país vizinho, que é Senegal.

Como a escola francesa foi retirada quase no final do ano letivo, perdi o ano letivo; conseqüentemente, não consegui estudar no ano seguinte porque a escola portuguesa não havia ainda sido construída. Fiquei praticamente dois anos sem estudar. Mas nunca perdi a esperança de que um dia daria continuidade aos meus estudos. Depois de dois anos, finalmente foi

construída uma escola privada mais próxima da minha aldeia, que atendia alunos da 1ª até a 4ª classe onde meu pai me colocou, apesar de não termos capital financeira suficiente. Ele costumava dizer: “Eu sou cego e não quero que os meus filhos sejam também cegos”.

A minha formação profissional começou em 2011 quando consegui entrar no curso de enfermagem da Universidade da Lusófona da Guiné-Bissau, onde recebi a informação de que havia bolsa de estudo do Programa de Convênio com países da língua portuguesa criada pelo governo brasileiro de Luis Inácio Lula da Silva, mas, na época o meu pai não aceitava, ou seja, não deixava-me candidatar alegando que eu não podia sair do país sozinha.

No entanto, em 2012, resolvi-me candidatar escondida para a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNLAB). Sem comentar com os meus pais, entreguei todos os documentos necessários, fiz a prova e fui aprovada. Depois de muitas resistências finalmente meu pai me deixou vir para o Brasil. A preocupação do meu pai não era para não me deixar estudar, mas sim sair para longe da família especialmente sendo mulher. Eu cresci numa sociedade machista onde as meninas só podem cuidar das tarefas de casa, ajudar a mãe a cuidar dos irmãos novos ou trabalhar na lavoura.

Quando terminei o primeiro ciclo em ciências humanas e ingressei no segundo ciclo, curso da licenciatura em sociologia na UNILAB, no qual desenvolvi o meu TCC sobre a “violência obstétrica em Guiné-Bissau” aí caiu a minha ficha, sobre gravidade da situação da saúde reprodutiva em Guiné-Bissau. Nessa altura comecei a me preparar para candidatar-se ao mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará pelo edital de Programa de Estudantes-Convênio de pós-graduação (PEC-PG) a fim de me aprofundar mais sobre a temática da mortalidade materna.

Apesar da mortalidade materna ser uma realidade social onde eu nasci e cresci, o que me inquietava sempre era o porquê elas morrem? Morreram de quê? Portanto, uma das motivações para realizar este estudo foi a elevada taxa de mortalidade materna no país, especialmente no hospital de referência obstétrica a nível nacional. Posso dizer que a fundamentação teórica adquirida durante a minha formação apontou na direção para esta questão que sempre me inquietou.

A dissertação está composta por nove partes. A primeira parte foi composta por uma “Introdução” que aborda-se as características gerais da Guiné-Bissau. A segunda parte descreve os aspectos conceituais e determinantes da mortalidade materna; A terceira aborda a situação epidemiológica da mortalidade materna no cenário mundial; A quarta destaca a questão da mortalidade materna na África; A quinta aborda a situação da mortalidade materna em Guiné-Bissau; A sexta parte apresenta a justificativa do estudo; A sétima descreve os

procedimentos metodológicos do estudo; A oitava apresenta os principais resultados em forma de artigos científicos.

O artigo1 descreve o perfil epidemiológico da mortalidade materna no hospital nacional de referência em Guiné-Bissau entre 2013 a 2018. O artigo2 discute a mortalidade materna na perspectiva dos familiares. O artigo3 descreve vivências de puérperas no serviço de saúde materno-infantil em Guiné-Bissau: explorando o papel das três demoras no cuidado obstétrico. Finalmente, na nona parte apresentam-se as considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

Características gerais da Guiné-Bissau

Este capítulo descreve aspectos geográficos, culturais, socioeconômicos, político-administrativo e saúde da Guiné-Bissau.

A Guiné-Bissau é um país situado na costa ocidental da África, limitada ao Norte pela República do Senegal, a Leste e Sul pela República da Guiné e a Oeste pelo Oceano Atlântico. Segundo INE-GB (2018) estimou-se a população total de 1.584.791 habitantes; caracterizada por uma população muito jovem: cerca de 54% tem menos de 15 anos de idade. As mulheres representam 51% da população e 49% tem entre 15 e 49 anos de idade. A esperança média de vida ao nascimento é de 52,4 anos (54,1 para o sexo feminino e 51,5 para o sexo masculino). Cerca de 42% da população vive em zonas urbanas (PDNS,2017).

O clima é tropical marítimo, composto de duas estações anuais: a da seca, que vai de Dezembro a Maio, e a da chuva, de Junho a Novembro. A superfície total do país é de 36.125km². A área nacional, com floresta terrestre, ronda os 23 mil km², sendo a superfície continental composta por uma zona semipantanososa e uma zona interior planáltica pouco elevada. Também integra o país cerca de 90 ilhas e ilhéus que constituem o arquipélago dos Bijagós dos quais somente 17 são habitadas.

A Guiné-Bissau está dividida administrativamente em oito regiões e um setor autónomo, que é Bissau, capital do país e, as regiões estão por sua vez divididas em sectores (36 no total) (Figura 1).

Figura 1-Mapa da República da Guiné-Bissau e suas limitações fronteiriças.



Fonte: Maps of Word, 2014. <https://pt.mapsofworld.com/guinea-bissau/>

A Guiné Bissau é um país da África Ocidental bastante rico e diversificado em termo cultural, contem mais de 30 grupos étnicos, tanto no seu aspecto linguístico como nas outras manifestações culturais. No entanto, cinco grupos étnicos representam mais de 85% do total da população (Fula, Balanta, Mandinga, Manjaco e Papel). Além da diversidade étnica, no país existe também diferentes crenças religiosas: muçulmanos, católicos, protestantes, religião tradicional e animistas (PNDS III GB, 2017).

A língua de comunicação em todo o território nacional é a língua crioula, sendo o português a língua oficial e de comunicação com o exterior. Existem outras línguas nativas, sendo as mais faladas a balanta, a fula, a manjaca, a papel, a mancanha e a mandinga. Por sua vez, o inglês e o francês são falados pelas camadas ligadas ao mundo de negócios (PNDS III GB, 2017).

Contexto Político

Em Guiné-Bissau o poder é formalmente exercido através de um sistema de democracia multipartidária, semi-presidencialista. Há separação de poderes Presidencial, Legislativo, Governativo e Judiciário. O Presidente é eleito para um mandato de cinco anos, podendo ser reeleito para mais um. A Assembléia Nacional Popular é eleita por 4 anos (PNDS III G.B,2017; INE-GB 2013). Infelizmente, o país tem vivenciado uma longa história de instabilidade política, desde 1980 do primeiro golpe do Estado até data presente, o que não tem

favorecido o crescimento econômico nem facilitando políticas sociais no país. A dependência da comunidade internacional em setores como a economia, a saúde e a educação é quase total (PNDS III G.B,2017).

O nível de desenvolvimento humano na Guiné-Bissau continua fraco e precário. A instabilidade política não permitiu criar boas condições de execução de políticas públicas sustentáveis (PNUD, 2015).

De acordo com o relatório de PNUD em 2015 sobre Ranking Índice do Desenvolvimento Humano no Global, a República da Guiné-Bissau ocupa 178º lugar, de um total de 186 Países com IDH 0,424 (PNUD, 2015).

Contexto econômico

Em Guiné-Bissau a situação econômica é frágil, com fraca mobilização dos recursos internos. Basicamente a agricultura familiar é essencialmente a subsistência da população; apesar do país ser rico em recursos naturais, sendo considerado o sexto maior produtor de caju do mundo e ter importantes reservas de fosfato, bauxita, argila, granito e madeira, bem como reservas de petróleo. Apesar de todo o seu potencial, a Guiné-Bissau se encontra em 12º país mais pobre do mundo. Cerca de 70% da população vive em pobreza moderada (com 2 dólares americanos ou menos por dia), incluindo 33% em pobreza extrema (com 1 dólar americano ou menos por dia) (MICS5, 2016; PNDS III G.B,2018).

Educação

A evolução de indicadores de escolarização em Guiné-Bissau não é favorável; entretanto, a educação é um dos setores públicos mais afetada pela instabilidade política, ou seja, pelo conflito de interesse pessoal entre atores políticos no país, começando desde a falta de recurso financeiro, materiais até recursos humanos. A taxa de analfabetismo ainda é alta, chega a 44,7%, o que é muito preocupante, se entendermos que a educação é a chave de desenvolvimento de qualquer país do mundo (NAMONE et.al.2017).

Sistema nacional de saúde

Segundo o plano Nacional de desenvolvimento sanitário II (PNDSII,2008) do Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau, o sistema nacional de saúde inclui o setor governamental (público), não-governamentais (privados) e a medicina tradicional desempenhando conjuntamente a prestação de cuidados de saúde da população.

Política nacional de saúde

A Política nacional de Saúde foi definida em documento de 1993; porém, as suas grandes linhas de orientação política foram resumidas e constituem a base de orientação estratégica do primeiro PNDS. Os pontos principais da Política Nacional de Saúde são: a saúde como “bem-estar”; o acesso universal a cuidados primários de Saúde de qualidade e com equidade; a descentralização progressiva das estruturas de tomada de decisões; a autonomização das estruturas e a contratualização dos prestadores de cuidados com vista a garantir melhor qualidade na prestação de cuidados de saúde; a participação comunitária no financiamento e gestão dos serviços de Saúde; o desenvolvimento de uma política de recursos humanos; o desenvolvimento de parcerias e de colaboração intersetorial; e a valorização da medicina tradicional (PNDSII,2008). No entanto, foram especificadas as orientações da política nacional de saúde como: Política Nacional de Saúde Reprodutiva; Política nacional de Luta contra o Paludismo; Política Nacional de vacina; Plano Nacional de Nutrição; Política Nacional do Sangue; Política Nacional de Saúde Comunitaria; Política Nacional de Saúde Ambiental; Política de medicina tradicional da Guiné-Bissau e a Política farmacêutica (PNDS III,2018).

Organização do Serviço Nacional de Saúde(SNS)

Conforme o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III de 2018-2022 da Guiné-Bissau o Sistema Nacional de Saúde da Guiné-Bissau está organizada em três níveis que asseguram os cuidados, primário, secundário e terciário. Está estruturado de forma piramidal e é semelhante ao de outros países africanos, com três níveis de gestão, correspondendo aos níveis da administração do país, central, regional e local (PNDS III,2018).

O Ministério da Saúde é responsável pela supervisão de todas as atividades de prestação de cuidados de saúde do país, sendo confrontado com problemas sociopolíticos, organizacionais e financeiros. Fatos estes que criam barreiras ao desenvolvimento do sistema sanitário do país. Neste sentido, o Sistema Nacional de Saúde da Guiné-Bissau conta com apoio de outros setores, setores privados lucrativos e setores privados não lucrativos. Ou seja, o serviço público de saúde guineense é complementado por serviços privados, como foi citado acima.

Regiões sanitárias da Guiné-Bissau

Regiões sanitárias da Guiné-Bissau foram divididas em quatro regiões Sanitárias, mas devido a flexibilidade de acesso passou a ter 11 regiões sanitárias, a saber: Bafatá, Bijagós, Biombo, Bolama, Cacheu, Gabú, Oio, Quínara, São Domingos, Setor Autónomo de Bissau (SAB) e Tombali. Estas estão subdivididas em 114 Áreas Sanitárias (AS), o nível mais próximo das comunidades, definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre 5.000 e 12.000 habitantes (PNDS,2017).

Na base, estão as estruturas de iniciativas comunitárias (Unidades de Saúde de Base apoiadas pelos agentes de saúde comunitária e parteiras tradicionais) que constituem o maior número de estruturas de prestação de cuidados de saúde. Ainda a nível local, existem os centros de saúde cuja nomenclatura A, B e C os distingue quanto à sua capacidade de intervenção (cuidados mais ou menos complexos como, por exemplo, a realização de cirurgias nos centros de saúde A). Estes centros de saúde podem ainda ser classificados em rurais e urbanos. Os centros de saúde são geridos pelas equipas técnicas e pelos comitês de gestão. A sua área de cobertura é estendida através das equipas móveis da estratégia avançada.

O *nível central*, onde se encontram as estruturas de governança e de planeamento estratégico, o hospital nacional e os centros de referência. No nível central estão o Ministério da Saúde Pública (MINSAP), as Direções, os Serviços, Programas Nacionais, Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) e os centros de referência. A gestão a nível central é assegurada pelo MINSAP e pelas direções de serviço. O nível central é responsável pela definição das grandes orientações para o nível regional sobre as prioridades nacionais, recursos financeiros e humanos, pela programação anual e pelo seguimento/avaliação.

O *nível regional*, considerado intermediário, responsabiliza-se pela adaptação da estratégia nacional à realidade local, sendo a execução, a implementação e a prestação de cuidados operacionalizados pelos hospitais regionais. Ou seja, a nível regional encontram-se os

hospitais regionais, as direções regionais de saúde e as Equipas Regionais de Saúde (ERS). Neste momento, existem 5 hospitais regionais em funcionamento (Bafatá, Canchungo, Catió, Gabú e Mansoa). O nível regional é responsável pela análise da situação regional, a previsão de planos com a previsão de recursos humanos, materiais e financeiros, programação anual e seguimento / avaliação. A ERS é responsável pela supervisão e pelo acompanhamento da aplicação das normas e protocolos de tratamento em nível das estruturas de prestação de cuidados (hospitais regionais e centros de saúde).

O Nível local tem o papel de executar o “pacote mínimo das atividades”, previsto como primeiro degrau de cuidados primários de saúde.

Setor privado lucrativo

A maioria dos serviços do setor privado lucrativo (serviços pagos) se concentra em Bissau (Capital), com consultórios, clínicas de internamento, laboratórios de diagnóstico e um forte setor farmacêutico. Há também estruturas privadas nas regiões, principalmente nas sedes regionais onde existem médicos concentrados em hospitais regionais. Algumas destas estruturas fazem até intervenções cirúrgicas, enquanto outras funcionam sob a forma de consultórios. Existem também imensos postos médicos dirigidos por enfermeiros ou parteiras, que estão legalmente autorizados a fazer circuncisões, pequenas cirurgias e outros tratamentos.

Setor privado não lucrativo

No setor privado não lucrativo (não pago) estão serviços prestados pelos missionários (Igreja Católica, Igreja Evangélica e Organizações Não-Governamentais-ONGs nacionais e internacionais). Nessa ótica, existem relações regidas entre o Ministério de Saúde Pública e instituições parceiros através de protocolos de parcerias. A maioria dos profissionais que exercem nessas estruturas é funcionária do Ministério de Saúde Pública. Porém, os custos de funcionamento e de manutenção são praticamente todos suportados pelas respectivas organizações tendo como exemplo, centro de referência nacional de hanseníase (lepra) de Cumura¹.

¹Cumura é centro de referência nacional fundado por Missionários Franciscanos em 1955. Inicialmente destinado ao apoio e tratamento de doentes com Hanseníase (lepra), sendo hoje um centro de referência no país para assistência aos doentes com HIV, tuberculose multirresistente e paludismo. Localiza-se em Cumura Setor de Prabís Região de Biombo a cerca de 10 km de Bissau.

Estes parceiros buscam contribuir diretamente na prestação do serviço ou cuidados e promoção da saúde da população guineense, na construção de infra-estrutura, formação dos técnicos, bem com o fornecimento de equipamentos e medicamentos.

Setor da medicina tradicional

Nesse serviço se verifica a maior procura significativa de cuidados pela população, devido a precariedade dos serviços do Serviço Nacional de Saúde, dificuldade de acesso, assistência médica e medicamentosa. Com estas dificuldades, as autoridades sanitárias do país identificam a necessidade de integrar as atividades de medicina tradicional no sistema de atendimento à saúde (BLEI, 2019). Portanto, existe uma estrutura de gestão e de coordenação deste setor no nível do Ministério de Saúde Pública-MINSAP, inserida no Departamento de Saúde Comunitária (PDNS, 2017).

Saúde da população

Em Guiné-Bissau não existem dados ou indicadores específicos que permitem a descrição geral da morbimortalidade da população. Não há obrigatoriedade de registro de óbitos no país, além do fato que a maior parte dos óbitos e doenças acontecerem fora da estrutura de saúde devido a fraca utilização do serviço pela população. Portanto, recorre-se ao Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III de 2018-2022 da Guiné-Bissau alguns estudos parciais para descrever a situação de saúde.

Vê-se que, a situação de saúde da população ainda é precária e preocupante, com fraca cobertura e grande escassez de água potável e saneamento básico. Oito doenças representam mais de 70% das mortes: paludismo (Malaria), infecção pelo HIV, enfermidades neonatais, infecções respiratórias, doenças diarreicas, deficiências nutricionais, traumatismos e doenças cardiovasculares aos quais afetam preferencialmente quatro grupos de populações alvos (RABNA, 2015; WORLD BANK, 2016; PNDS, 2018).

Quadro 1-Principais problemas de Saúde por grupos populacionais (ordem aleatória).

Grupos Vulneráveis	Causa de morbimortalidade
Crianças <5 anos	Paludismo, Infecções Respiratórias Agudas Diarreias, Desnutrição Anemia.
Grávidas e Recém-nascidos (RN)	Paludismo, Complicações ligadas à gravidez e ao parto (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hemorragia, anemias, roturas uterinas, complicações de aborto, etc) Desnutrição Problemas do RN (prematividade, baixo peso ao nascer, etc), HIV.
Adolescentes	Paludismo, Infecções sexualmente transmissíveis (IST) HIV.
Adultos	Paludismo, Tuberculose, Infecções sexualmente transmissíveis (IST) HIV.

Fonte: PNDS, 2018.

Apesar dos esforços e empenho do governo e parceiros nacionais e internacionais para cumprir as metas mundais dos ODS, mas infelizmente, os indicadores de saúde no país permanecem a níveis ainda muito preocupantes. A taxa de mortalidade materna, infantil e juvenil estão acima da média global.

2. ASPECTOS CONCEITUAIS DA MORTALIDADE MATERNA

A Organização Mundial de Saúde OMS (1995; 2018) na sua Classificação Internacional de Doenças- 10ª Revisão (CID-10), define morte materna como um evento com ocorrência durante período gestacional, parto e puerpério, período que se estende até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em

relação a ela;porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

É possível compreender o conceito da morte materna em três dimensões: a primeira, enquanto indicador de saúde, informa sobre a saúde reprodutiva e avalia a cobertura e a qualidade dos serviços prestados. A segunda, por ser um marcador do nível de desenvolvimento social, expressa as condições de vida da população. A terceira, por configurar um evento sentinela, quando na ocorrência de eventos inesperados apontam para a qualidade da assistência prestada (SZWARCOWALD et al.,2014).

A Organização Mundial de Saúde OMS (2008) classifica as causas da morte materna em obstétrica (Direta e Indireta) e não obstétrica.

2.1 Morte materna obstétrica Direta

Morte Materna Obstétrica Direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. No CID 10 essas causas correspondem os óbitos codificados como: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0 (estes últimos após criteriosa investigação), F53 e M83.0 (BRASIL, 2007).

2.2 Morte materna obstétrica Indireta

Morte Materna Obstétrica Indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. No CID 10 essas causas correspondem os óbitos codificados como: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3; O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24 (estes últimos após criteriosa investigação) (BRASIL, 2007).

Morte Materna não obstétrica

Morte Materna Não Obstétrica é a resultante de causas incidentais ou acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Também chamada por alguns autores como Morte Não Relacionada. Esses óbitos não são incluídos no cálculo da razão de mortalidade materna.

Morte materna declarada

A Morte Materna é considerada declarada quando as informações registradas na Declaração de Óbito (DO) permitem classificar o óbito como materno.

Morte materna não declarada

A Morte Materna é considerada como Não Declarada quando as informações registradas na DO não permitem classificar o óbito como materno. Apenas com os dados obtidos na investigação é que se descobre tratar-se de morte materna.

Morte de mulher em idade Fértil

É a morte que ocorre em mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos de idade. Em Guiné Bissau e alguns países essa morte é considerada a partir da faixa etária de 10 a 49 anos (CARVALHO, 2006; BRASIL, 2009).

Medição da mortalidade materna

Como uma prioridade global, ainda há uma necessidade considerável de um melhor conhecimento sobre a mortalidade materna, principalmente nos países em desenvolvimento onde as mortes maternas são mais altas. Portanto algumas das medidas comuns de mortalidade materna são a Razão da mortalidade materna e a taxa de mortalidade materna (GRAHAM et al., 2008).

Razão de mortalidade materna

A Razão da mortalidade materna é definida como o número de mortes maternas durante um tempo específico por 100.000 nascidos vivos durante o mesmo período de tempo (GRAHAM et al., 2006). Por expressar a morte materna em termos de nascidos vivos, a razão de mortalidade materna mede os riscos de morte devido a causas obstétricas (AHMED et al., 2012). Representa o risco de morte materna a cada gravidez e é um indicador essencial para os países em desenvolvimento, complicações decorrentes durante a gravidez e parto são a principal causa de morte.

Taxa de mortalidade materna

A taxa de mortalidade materna é o número de mortes maternas em um dado período de tempo por 100.000 mulheres em idade reprodutiva ou ano de exposição ao risco no mesmo período. Esta é uma medida para o risco de morte materna para mulheres em idade reprodutiva de uma determinada gravidez (GRAHAM et al., 2008; GHAHRAMANI et al., 2014). Ele fornece a magnitude da carga de mortes maternas entre as mulheres (ABOU- Zahr et al., 2011).

Fonte de dados e métodos de medição da mortalidade materna

Segundo World Bank (2016), apesar do crescente enfoque global na mortalidade materna como questão de saúde pública, há pouco conhecimento detalhado sobre os níveis de mortalidade, morbidade materna e a sua ocorrência devido à deficiência ou ausência de registro vital em muitos países. Portanto, na ausência de registros confiáveis para medir com precisão mortalidade materna, os dados podem ser obtidos através de grandes inquéritos populacionais, censo nacional, estudos baseados em instalações e estimativas de modelos estatísticos.

Em países em desenvolvimento as informações sobre mortalidade materna são obtidas através de pesquisas, estas envolvem algumas abordagens metodológicas de coleta de informações, como: método das irmãs ou método da irmandade (indireta e direta); técnica de autópsia verbal); estudos sobre a idade reprodutiva (RAMOS); Pesquisa Domiciliar e Censonal (ROGO et al., 2006; OMS, 2014; WORLD BANK, 2016). Como se pode apreciar a descrição no quadro 2.

Quadro 2-Quadro de investigação – abordagens metodológicas mais comuns.

<i>Método das Irmãs</i>	<p>Esse modelo investiga o óbito materno a partir de informações levantadas a partir de entrevistas realizadas com homens e mulheres acima dos 15 anos. Com isso, são realizadas perguntas para saber quantas irmãs tiveram da mesma mãe e que completaram 15 anos de idade; quantas estão vivas; quantas foram a óbito, e destas, quantos foram ao óbito estando gestante ou que ficaram vivas até um período de 6 semanas após o parto.</p> <p>A partir destas informações, convertem-se as proporções de irmãs mortas por causas maternas em probabilidades de morrer e, depois, em uma medida de uso convencional, que é a taxa demortalidade materna.</p>
RAMOS (<i>Reproductive Age Mortality Survey</i>)	<p>Esse método busca várias fontes de informações do óbito materno como: o próprio registro de óbito, prontuários hospitalares, líderes da comunidade, autoridades religiosas, cemitérios e escolas. Seguem-se entrevistas domiciliares e com médicos ou outros profissionais que cuidaram do caso.</p> <p>A vantagem desse método é a veracidade das informações coletadas.</p>
<i>Pesquisa Domiciliar</i>	<p>A pesquisa Domiciliar é realizada quando não é possível ter acesso ao registro civil.</p> <p>Neste método são colhidas informações verbais de pessoas próximas à falecida. Com isso, busca por informações sobre a saúde da mulher e da assistência prestada durante a doença que causou o desfecho.</p>
<i>AuTópsia Verbal</i>	<p>Este método realiza a investigação a partir de entrevistas com familiares ou membros da comunidade, quando não há a causa da morte na declaração de óbito.</p>
<i>Censo nacional</i>	<p>Este método permite a identificação de óbitos no lar em um período de referência relativamente curto (1-2 anos), proporcionando estimativas recentes da mortalidade materna, mas é realizado em intervalos de 10 anos e, portanto, limita o monitoramento da mortalidade materna.</p>

Fonte: Silva, 2018.

3 DETERMINANTES DA MORTALIDADE MATERNA

Os determinantes das mortes maternas são influenciados por diversas categorias de eventos ou condições que deveriam ser considerados para entender a problemática da mortalidade.

A literatura científica referente a esta temática tem mencionado ou referido vários fatores de risco de morte materna; por exemplo, biologia, economia, cultura, demografia e a eficácia dos serviços de saúde, as desigualdades no acesso a serviços de saúde de qualidade no período gravídico-puerperal, incluindo idade materna avançada, baixos níveis de educação, práticas de cura tradicionais ou costumes étnicos, ocupação profissional e número de consultas pré-natais, estado civil, condições médicas pré-existentes, falta de cuidados pré-natais e a taxa de fertilidade (EPUU, 2010; DADE, 2013; RESENDE, 2013; OSUCHUKWU et al., 2015; WHO, 2019).

Nos países em desenvolvimento há variação nas causas ou determinantes do óbito materno, dependendo da região em que ocorrem, mas a maior proporção é relacionada às causas obstétricas diretas (DADE, 2013; WHO, 2016b).

Esses fatores também podem levar a deficiências de curto ou longo prazo, por exemplo fístula, inflamação pélvica, rompimento do útero e doenças crônicas, que podem afetar gravemente a vida das mulheres e conseqüentemente resultados das gravidezes futuras (MCCARTHY; MAINE, 1992). Para cada mulher que morre de fatores relacionados a gravidez, cerca de 20 a 30 mulheres sofrem de morbidade materna (OMS, 2010). Estes últimos tendem a apresentar necessidades de saúde não atendidas devido à falta de conscientização sobre os tratamentos disponíveis. Isso aumenta o risco de morte materna em gestações subsequentes (OMS, 2010; ILLAH et al., 2013; WHO, 2016b).

A falta de acesso a informação dos serviços de saúde, comportamento de procura de saúde das mulheres e o uso de serviços de saúde podem afetar indiretamente a saúde materna. Portanto, os fatores sociais, econômico, ambientais e culturais associados à mortalidade materna necessariamente operam por meio de um conjunto comum de fatores biológicos para exercer um impacto na mortalidade (ILLAH et al., 2013; DADE, 2013; MCCARTHY; MAINE, 1992). Com isso, uma intervenção que visa reduzir as mortes maternas por intermédio de melhora na condição socioeconômica da gestante deve ser pensada como condição social feminina.

Outro exercício é pensar que os fatores que influenciam a incidência da gravidez também irão influenciar os níveis de mortalidade materna. E, “uma vez que uma mulher está grávida, pode desenvolver complicações que devem ser prevenidas ou tratadas de forma eficaz, a fim de evitar o óbito” (FILIPPI et al., 2016; RESENDE, 2013).

Portanto, nessa tentativa de compreender os determinantes influenciadores do fenômeno da morte materna, foi elaborado o modelo conceitual para análise dos determinantes por McCarthy e Maine (1992) nos quais dividiram os determinantes em três categorias; *distais*, *intermediários* e *proximais*, onde foram incluídos os fatores de risco socioeconômicos na primeira categoria; a segunda categoria corresponde aos aspectos relacionados à saúde geral da mulher, suas características reprodutivas e ao acesso e utilização dos serviços de saúde, este nível corresponde à gravidez propriamente ditas e a terceira categoria está relacionada a complicações ou morbidade materna.

Determinantes distais (I): Socioeconômicos

3.1.1 Status socioeconômico

Tanto McCarthy e Maine (1992) quanto Thaddeus e Maine (1994) argumentam que, o risco de morrer é bem conhecido e é fortemente influenciado pela posição da pessoa na sociedade. Na maioria das circunstâncias e para a maioria das doenças, incluindo a mortalidade materna, os pobres e desfavorecidos são mais propensos a morrer prematuramente do que as pessoas mais ricas. Os diferenciais de mortalidade materna por status socioeconômico existem entre os países e dentro dos países. Todavia, o status socioeconômico é um conceito complexo, que opera no nível individual, familiar e comunidade (MCCARTHY; MAINE,1992; THADDEUS; MAINE,1994).

3.1.2 Situação da mulher na família e na comunidade

Para as mulheres, seu status na família e na comunidade pode estar relacionado com o seu nível de educação, sua ocupação, seu nível de renda pessoal ou riqueza, e sua autonomia (por exemplo, sua capacidade de viajar por conta própria ou para tomar independentes decisões de uso dos serviços de saúde).

Situação da família na comunidade

No nível da família, o status pode estar associado à renda familiar agregada, bem como à ocupação e educação dos membros da família (MCCARTHY; MAINE, 1992).

Tão consistente quanto os achados da literatura são sobre a associação entre status socioeconômico e mortalidade materna, é importante reconhecer que não há nada automático ou direto sobre a associação. A influência do status socioeconômico deve operar por meio de um conjunto de determinantes intermediários que afeta um dos resultados no quadro gravidez, complicações na gravidez e morte ou incapacidade (THADDEUS; MAINE, 1994; EPUU, 2010; CATHERINE, 2017).

Situação da comunidade

Consideram-se os recursos coletivos e a riqueza de uma comunidade local também como importantes dimensões de status socioeconômico que provavelmente influenciam a saúde dos membros da comunidade. McCarthy e Maine (1992), Thaddeus & Maine (1994) e Pacagnella et al., (2012) argumentam que a influência do status socioeconômico opera por meio de um conjunto de determinantes intermediários que afeta um dos resultados, gravidez, complicações na gravidez e incapacidade ou morte.

A categoria de fatores socioeconômicos é extremamente ampla e muitas vezes incluem a área de residência urbana/rural, escolaridade, renda, status e fatores culturais como indicadores de risco (DANIEL, 2004; GRAHAM, 2008; HERNANDEZ, 2013).

Determinantes intermediários (II): comportamento e status em relação aos cuidados de saúde, acesso aos serviços e fatores desconhecidos

3.2.1 Estado de saúde da mulher

O estado de saúde da mulher antes e durante a gravidez pode ter uma influência importante sobre suas chances de desenvolver e sobreviver a uma complicação. As principais condições de saúde preexistentes que são exacerbadas por gravidez, aborto e parto, representam cerca de um quarto das mortes maternas nos países em desenvolvimento; como por exemplo: malária, hepatite, anemia e desnutrição. Além disso, a presença de algumas dessas condições

pode colocar as mulheres em maior risco de morrer de uma das complicações diretas da gravidez. A malária, por exemplo, pode não só ser mais severa em mulheres grávidas, mas também pode contribuir para a anemia, que por sua vez pode diminuir a chance de uma mulher sobreviver a uma hemorragia (MCCARTHY; MAINE, 1992; MBASSI et al., 2011; GHAHRAMANI et al., 2014; EGBE et al., 2016).

3.2.2. Status reprodutivo

As características reprodutivas estão entre as melhores documentadas na literatura em relações com a mortalidade materna. Essas características incluem a idade e a ordem da gravidez, que são conhecidas por terem uma relação clássica com a taxa de mortalidade materna, com riscos mais altos para mulheres muito jovens, mulheres mais velhas, mulheres sem filhos e aquelas com muitas crianças. A idade, especialmente muito jovem, também está associada a aumento do número de abortos ilegais, à incapacidade e o risco de morte resultante da gravidez e do parto (MCCARTHY; MAINE, 1992).

Acesso aos serviços de saúde

A tecnologia médica para prevenir quase todas as mortes por complicações obstétricas comuns está disponível há décadas. A primeira categoria inclui transfusões de sangue, antibióticos e outras drogas e disponibilidade para cesarianas; o último inclui o uso de contraceptivos e procedimentos de aborto seguro. Mas, o acesso a serviços de saúde preventivos e curativos que podem fornecer essa tecnologia é limitado nos países em desenvolvimento. Em muitos locais, as distâncias físicas entre os serviços e as mulheres que necessitam de cuidados de saúde reprodutiva são consideráveis (CHIMFUTUMBA et al., 2015; MCCARTHY & MAINE, 1992).

Alguns autores como Andrade e Vieira (2018) acrescentam que, estes fatores vão além dos aspectos que envolvem as características de usuárias como, socioeconômicas e culturais e os serviços de saúde, há fatores que também influenciam no acesso à assistência: transporte disponível, condições de estradas, custos de deslocamento e a distância. No entanto, o acesso a serviços de saúde é um conceito muito mais amplo do que a distância física. Ele inclui o acesso financeiro e acesso a cuidados adequados.

Cada uma dessas variáveis poderia, por sua vez, ser subdividida em muito mais definições operacionais precisas (DADE, 2013).

Comportamento em saúde / uso de serviços de saúde

As mulheres precisam utilizar serviços de saúde eficazes. A atenção pré-natal (para diagnosticar problemas de saúde preexistentes ou para detectar certas complicações) e a disponibilidade de cuidados durante e após o trabalho de parto e parto para tratar complicações que possam surgir são particularmente importantes no caso da mortalidade materna. Outros comportamentos de cuidados de saúde também são susceptíveis de ter influências importantes sobre o resultado da gravidez para as mulheres. Exemplos óbvios incluem os abortos ilícitos e práticas prejudiciais, mas tradicionais, durante a gravidez e o parto. Em algumas áreas, as práticas tradicionais incluem o uso indevido de drogas, empurrando o abdômen para acelerar o parto e até mesmo o uso de certos procedimentos cirúrgicos. Por exemplo, no norte da Nigéria, curandeiros tradicionais fazem "cortes Gishiri" (incisões na vagina) em mulheres que não estão progredindo em trabalho de parto (McCARTHY; MAINE, 1992).

Determinantes proximais (III): Gravidez, parto e suas intercorrências

Outro fato essencial a considerar é que as complicações da gravidez podem surgir de outros fatores além de falta de acesso ou uso de serviços de saúde, ou más condições de saúde antes ou durante a gravidez, ou o status reprodutivo da mulher. As mulheres que têm condições favoráveis, que têm amplo acesso a serviços de saúde de alta qualidade (inclusive pré-natal) e que estão com boa condição de saúde antes da gravidez, podem vir a ter sérias complicações obstétricas por motivos que não podem ser explicados ou previstos (McCARTHY; MAINE, 1992). O exemplo citado por McCarthy e Maine, 1992, de estudo realizado por Rooks et al. (1989) nos centros obstétricos não hospitalar nos Estados Unidos mostra a evidência dessa realidade: Mostra-se que, quase 12.000 mulheres que foram aos centros de acompanhamento pré-natal, 15% foram encaminhadas para os hospitais porque foram consideradas como tendo um risco inaceitavelmente alto de desfechos desfavoráveis. Aquelas que continuaram nos centros obstétricos foram considerados de "baixo risco" e tiveram uma média de 11 consultas pré-natais. Apesar de ter acesso ou assistência intensiva de triagem e do pré-natal, quase 8% dessas mulheres tiveram sérias complicações maternas ou fetais (MCCARTHY; MAINE, 1992).

Portanto, pode-se dizer que riscos associados à gravidez variam de uma mulher para outra e entre mulheres em diferentes comunidades (CATHERINE, 2017; CATHERINE et al., 2011).

O conceito referencial teórico de Thaddeus e Maine (1994) conhecido como " três demoras", procura explicar que a maioria dos óbitos maternos poderiam ter sido evitados através da assistência qualificada e cuidado oportuno. Apesar de existir vários outros fatores que podem influenciar ou contribuir para este fenômeno, as autoras focaram naqueles que afetam o intervalo entre o início da complicação obstétrica e seu desfecho, afirmando que, quando o tratamento adequado é fornecido, o resultado será geralmente satisfatório. A ausência ou falha de na identificação da complicação e na instituição do tratamento adequado podem acontecer em três fases de demoras: "Demora na decisão de procurar cuidados pelo indivíduo e/ou família; Demora em chegar na unidade de cuidados adequados de saúde; Demora em receber os cuidados adequados na instituição de referência". Acredita-se que o resultado desfavorável é afetado por tratamento tardio (THADDEUS; MAINE, 1994).

A **primeira demora** é relacionada à tomada de decisão de procura do atendimento pelos atores envolvidos (mulher, cônjuge, sua família) em não reconhecer uma condição de risco de vida ou que pode ser influenciado pelo status da mulher, custo financeiro, nível educacional, crenças que dificultem reconhecer características da doença. Neste caso, geralmente a maioria dos nascimentos ocorre em casa, sem condições adequadas.

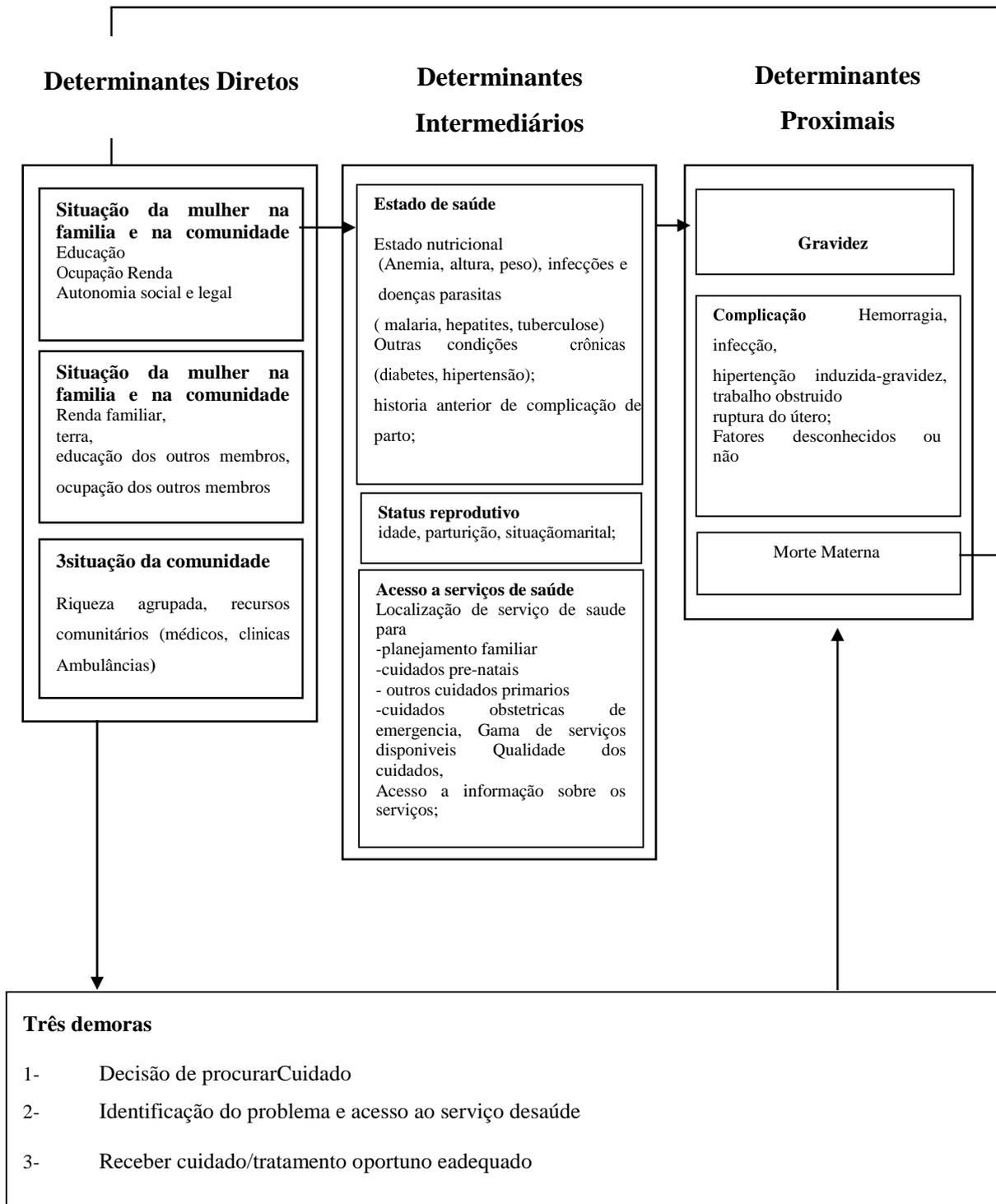
A **segunda demora** diz respeito à dificuldade em chegar a uma unidade de saúde, devido à localização geográfica, tempo de viagem de casa para instituição de saúde, custo de transporte ou falta de transporte e condição das estradas. A mulher em situação de risco pode demorar horas ou dias para conseguir chegar a uma unidade de saúde para receber o cuidado.

A **terceira demora** ocorre nas instituições de cuidados de saúde, demora em receber cuidados, receber assistência inadequada, encaminhamento inadequado a unidade de saúde de referência, profissionais sem competência, escassez de recursos.

Qualquer demora em uma dessas fases pode ser fatal, mas compreende-se que a maioria das complicações ou mortes maternas não podem ser atribuídas a uma única demora, sendo mais comumente uma combinação de fatores (THADDEUS; MAINE, 1994).

Portanto, a melhoria da condição de saúde materna e a redução da mortalidade vai além de melhorar a assistência médica para emergências obstétricas nas instituições de referência; mas sim, há outros fatores contribuintes que podem ser entendidos e melhorados no seio da família e da comunidade, lembrando que, o tempo de obtenção de cuidados adequados é fator importante em relação a agravamentos das complicações e risco de morte materna (THADDEUS; MAINE, 1994; PACAGNELLA et al., 2012).

Quadro 3-Modelo teórico conceitual para explicação de óbitos maternos



Fonte: adaptada de McCarthy; Maine, 1992; Thaddeus ; Maine, 1994.

4. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA NO CENÁRIO MUNDIAL

Estima-se que cerca de 1.000 mulheres morrem por dia por complicações na gravidez, parto e pós-parto (WHO, 2015). Em 2015, a OMS mostrou a tendência de 303.000 mortes maternas globalmente. No mesmo ano foi estimada que 13,6 milhões de mulheres tinham morrido nos últimos 25 anos por causas maternas (WHO, 2015).

A literatura referente a este estudo mostra que a mortalidade materna foi um dos problemas que mais afetou as mulheres nos países desenvolvidos. Os relatos históricos mostram que esses países possuíam altas taxas de mortes maternas (SILVA, 2015). Por exemplo, os Estados Unidos em 1900 apresentavam uma taxa de 850 por 100.000 nascidos vivos e uma das causas dessas mortes era eclâmpsia. Contudo, ao longo dos anos, as taxas apresentaram quedas acentuadas chegando a 60/100.000 NV em 1960 (POMPERMAYER, 2011).

A luta pela redução desse fenômeno iniciou-se a partir de 1935 nos Estados Unidos e em alguns países europeus. Esse declínio significativo ocorreu em virtude da capacidade de intervenção do sistema de saúde pública, do treinamento de parteiras e a adoção de uma série de práticas obstétricas baseadas nas evidências científicas (POMPERMAYER, 2011; VIANA et al., 2011).

Nos países em desenvolvimento, no ano 1988, os óbitos maternos ultrapassavam 700 casos por 100.000 nascidos vivos. Nesse período, o risco estimado nos países em desenvolvimento era de um óbito para cada 15 mulheres e de até um óbito para cada 70 mulheres, enquanto nos países desenvolvidos a estimativa estava em torno de um óbito para cada 3.000 a 10.000 mulheres (POMPERMAYER, 2011).

A partir do século XX essa idéia se expandiu para todos os países industrializados e suas colônias. A criação de comitês da redução da mortalidade materna por organismos internacionais na década de 1930 foi ponto crucial para implementação de ações com função educativa e de acompanhamento da execução de políticas públicas sem caráter punitivo. Em 1952 houve a realização da primeira investigação confidencial sobre mortes maternas em Londres (ZACARIAS, 2013). A investigação de óbitos maternos passou a ser sistemática com adoção de medidas preventivas até hoje.

O reconhecimento do problema da mortalidade materna proporcionou uma série de conferências internacionais, proporcionando as iniciativas e compromisso global para tomada das medidas para melhorar as condições de saúde reprodutiva materna.

Em 1987 foi realizada uma campanha para redução da mortalidade materna, em encontro Internacional sobre a Mulher e a Saúde, em Nairóbi, Quênia, reunindo mulheres de mais de 80 países, o que ficou consagrada como Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher. No mesmo ano, a OMS promoveu a Conferência “Iniciativa para a Maternidade Segura”.

Outras conferências vieram em seguida: Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento em 1994 e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em 1995 (WHO,1996) objetivando redução de 50% na mortalidade materna de 1990 até o ano de 2000. Os marcos das conferências internacionais possibilitaram que o problema sobre mortalidade materna seja assumida em maior espaço na agenda das discussões relativas à saúde pública (POMPERMAYER, 2011; ZACARIAS, 2013).

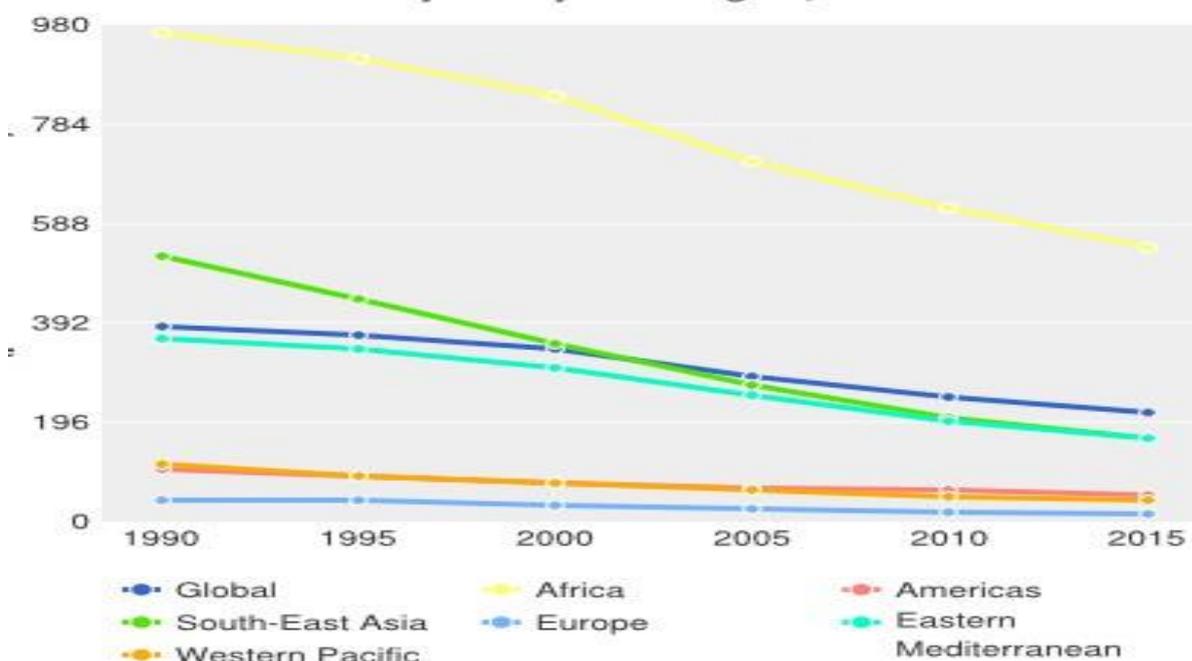
A mortalidade materna tem sido um dos pontos de destaque em reuniões, debates ou conferências internacionais, pois uma das propostas para reduzir este fenômeno foi incluída nos Objetivos do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU), que foram definidas em 2000 por líderes de 192 países em uma reunião realizada pela OMS (WHO, 2010a; WHO, 2015b).Essa declaração estabeleceu 8 objetivos, 18 metas e 48 indicadores que teriam que ser cumpridos por estados membros até 2015.

A proposta dos ODM visava reduzir a pobreza extrema, a fome, a falta de acesso à educação de qualidade, a iniquidade de gênero, as doenças e mortes evitáveis, a exploração predatória do ambiente, a precariedade das condições de vida. Nessa ótica, o quinto ODM trata especificamente das condições de saúde materna, com duas metas: a redução de 75 % da mortalidade materna e a universalização do acesso à saúde reprodutiva, o que não foram alcançadas com êxito em muitos países.

Dessa forma, em 2016, foram introduzidos os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) substituinte dos anteriores, que visam reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 por 100.000 nascidos vivos até 2030 (MORAES et al., 2011; MORSE et al., 2011; TOGNINI et al.,2011; SOUZA, 2015; NAÇÕES UNIDAS, 2016; OLIVEIRA, 2016; WHO, 2017).

Portanto, o relatório publicado em 2018 aponta que houve uma queda generalizada de 1990 a 2015 na razão de mortalidade materna em todo mundo. Essa redução foi de aproximadamente 45% passando de 380 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos em 1990 para 210 mortes por 100.000 nascidos vivos em 2013 (WHO, 2018; OLIVEIRA, 2013; SAY et al.,2014). Na África Subsaariana teve uma redução de 49% e na Ásia, 64% da taxa de mortalidade (WHO, 2018) (Gráfico 1).

Gráfico 1- Gráfico 1-Razão de mortalidade Materna global e por regiões, 1990-2015



Fonte: WHO, 2018.

Mesmo diante dessa realidade de queda na razão de mortalidade materna a nível mundial, ainda há desafios a serem vencidos, principalmente nos países em desenvolvimento responsáveis por maior número dos óbitos maternos por causas evitáveis.

Estudo realizado por instituições internacionais como WHO e UNICEF, em 2015, apontam que nos países desenvolvidos, os índices de mortalidade materna raramente ultrapassam o valor de 10 por 100.000 nascidos vivos. Todavia, nos países em desenvolvimento, este índice é 10 a 50 vezes maior, variando de 30 a 40 por 100.000 nascidos vivos até ultrapassar a marca de 400 a 500 por 100.000 em áreas muito pobres (COSTA, 2013; WHO, 2018).

Apesar dos esforços realizados pelas organizações internacionais e nacionais na implementação das ações para redução das mortes maternas, verifica-se a necessidade de garantir a saúde materna uma atenção de qualidade no período gravídico-puerperal. (TOGNINI et al., 2011; HERCULANO et al., 2012; KASSEBAUM, et.al. 2013).

5. MORTALIDADE MATERNA NA ÁFRICA

A África é um continente com grandes problemas e desafios em todas as áreas, principalmente no que diz respeito à saúde do seu povo, o que reflete diretamente na elevada taxa de mortalidade materna e infantil.

Segundo a UNICEF (2007a; 2009b), os riscos à saúde associados à gravidez e ao parto são muito maiores no continente africano em relação aos outros continentes, mostrando que, na África ao sul do Saara, uma em cada 16 mulheres morrerá ao longo de seus anos férteis em consequência de gestação ou parto, em comparação com apenas uma em cada quatro mil nos países industrializados (MITANO et al., 2016).

Para Dade (2013), a morte materna está ligada à pobreza econômica das mulheres, a sua falta de acesso à informação e a ausência de serviços de saúde adequados. Nos países menos desenvolvidos como o caso de muitos países africanos nas regiões localizadas ao sul do Saara, a razão da mortalidade materna pode ser mais de cem vezes maior do que nos países da Europa Ocidental.

Estudo realizado pela OMS (2012) sobre sistemas de saúde na África, percepções e perspectivas das comunidades, mostra que os sistemas de saúde africanos são frágeis e apresentam déficit da força de trabalho, prestando precários serviços, informações e produtos médicos. Também se salientou as desigualdades no acesso e atendimento entre classe populacional, ou seja, entre os ricos, geralmente detentores do poder, e os considerados pobres. Nesse sentido, a Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde da OMS (2010), mostrou que, as forças de ordem sociopolítica e econômica determinam as condições em que as pessoas vivem e morrem e como elas podem acessar os serviços de saúde.

Apesar do continente apresentar algumas melhorias no que diz respeito à redução da mortalidade materna comparando a década de 90, os índices da mortalidade materna ainda continuam sendo os mais altos do mundo. Segundo a União Africana (2015) houve melhorias e ganhos na saúde materna no Continente: A razão média da mortalidade materna (RMM) na África reduziu-se de 990 por 100.000 nascidos vivos em 1990 para 460 por 100.000 NV em 2013.

A percentagem média de redução do RMM foi de 44,8%; porém, apesar destes ganhos, várias mulheres continuam a morrer de causas preveníveis. Cerca de 73% de todas as mortes maternas na África deve-se a casos obstétricos diretos. Mortes devidas a causas obstétricas indiretas respondem por 27,5%. As principais causas diretas da morte materna são a hemorragia pós-parto (27,1%), desordens hipertensivas induzidas ou relacionadas

pelagravidez (14%), sepsis puerperal (10,7%), aborto inseguro (7,9%) e outras causas diretas de morte incluindo trabalho de parto obstruído (9,6%) (UNIÃO AFRICANA, 2015).

A taxa média de redução da RMM ainda está a 3,1% por ano, variando entre as diferentes regiões do Continente. Esta taxa está muito aquém dos 5,5% necessários para a realização das metas do ODM 5 (UNIÃO AFRICANA, 2015).

A RMM no continente permanece excessivamente alta, principalmente nas regiões mais pobres. A África ao Sul do Saara registrou o RMM mais elevado entre todas as regiões em vias de desenvolvimento, de 460 em cada 100.000 nascidos vivos. Pessoal não qualificado assiste à vasta maioria dos partos. Estima-se que menos de metade dos partos foram assistidos por profissional de saúde habilitado (COMISSÃO DA UNIÃO AFRICANA, 2013).

Fracos sistemas de saúde colocam importantes desafios na garantia da saúde materna, com os sistemas a lutarem para fazer frente à maior demanda e necessidade dos serviços. Nesse contexto, a União Africana (2015) afirma que, embora as causas diretas e indiretas de mortes maternas sejam de natureza médica, elas são muitas vezes entrincheiradas nas mais amplas teias das forças sociais e econômicas, incluindo o baixo nível de alfabetização das mulheres, o fraco acesso a oportunidades educacionais, casamento prematuro ou forçado, ausência de poder na tomada de decisão por mulheres, relações de poder desiguais entre homens e mulheres nos relacionamentos maritais, vulnerabilidade à violência sexual e baseada no gênero, poder limitado para regular a fecundidade, bem como crenças culturais e supersticiosas negativas associadas com a nutrição, a gravidez e o parto (UNIÃO AFRICANA, 2015).

Os fatores sociais, econômicos e culturais contribuem para a saúde da mulher e problemas nutricionais antes, durante e após a gravidez, e está integralmente ligada à baixa utilização pelas mulheres dos serviços de saúde disponíveis, e esses fatores incluem a educação inadequada, baixo status social e falta de renda e oportunidades (DADE, 2013).

Segundo Nações Unidas para África (2013), um dos fatores que contribuem à alta mortalidade materna na África é a precária disponibilização de assistentes de parto qualificados. A falta de profissionais treinados contribui com mais de 2 milhões de mortes maternas, natimortos e neonatais por ano, no mundo inteiro. Em 2013, apenas sete países africanos indicaram que mais de 90% dos partos foram assistidos por profissionais de saúde habilitados. Em 16 países, menos da metade dos partos foram assistidos em instuição de saúde (NAÇÕES UNIDAS, 2013).

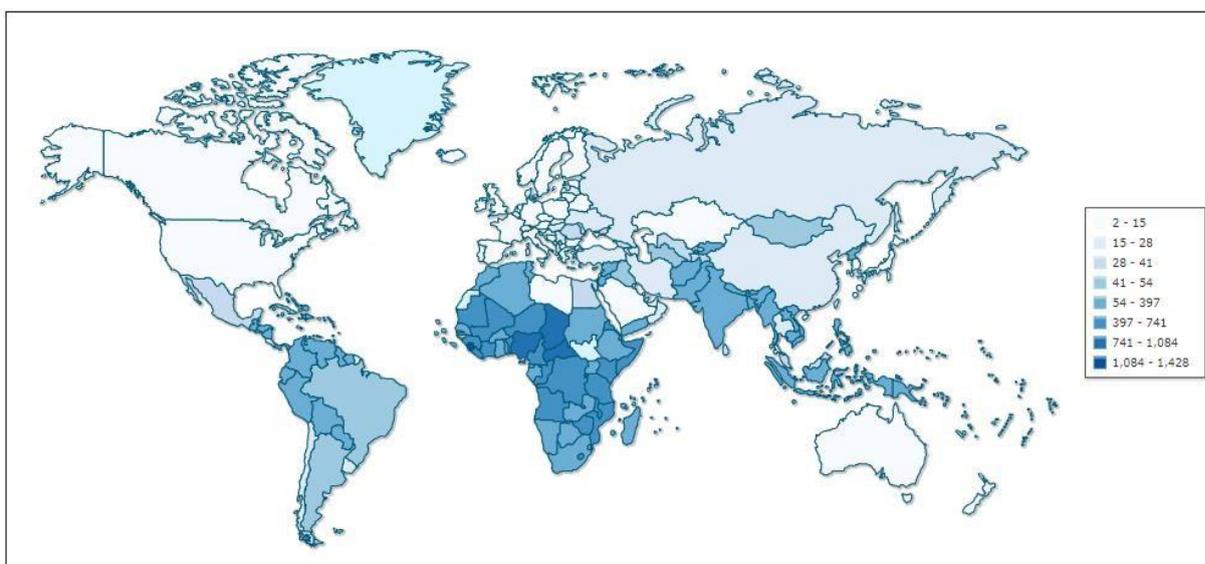
Estima-se que pelo menos 80% dos partos devem ser assistidos por pessoal de saúde adequadamente equipado e habilitado para se alcançar a meta do ODM 5 (UNIÃO AFRICANA,

2015).Mas, na África esta porcentagem não tem aumentado significativamente ao longo dos anos.

O relatório da União Africana, em 2014, mostrou que a taxa de mortalidade materna reflete de maneira contundente a eficácia dos sistemas de saúde em geral, os quais, em muitos países de baixa renda padecem devido à precariedade da administração e da capacidade técnica e logística, à inadequação dos investimentos financeiros e à falta de pessoal de saúde capacitado.

O relatório da OMS de 2015, publicado em 2018, traz uma comparação da taxa de mortalidade materna entre países do continente Europeu, Americano, Asiático e Africano, mostrando ainda a elevada prevalência de índices de óbitos maternos nos países Africanos em relação aos outros continentes (Figura2).

Figura 2-Mapa mundial da razão da mortalidade materna por país 2015



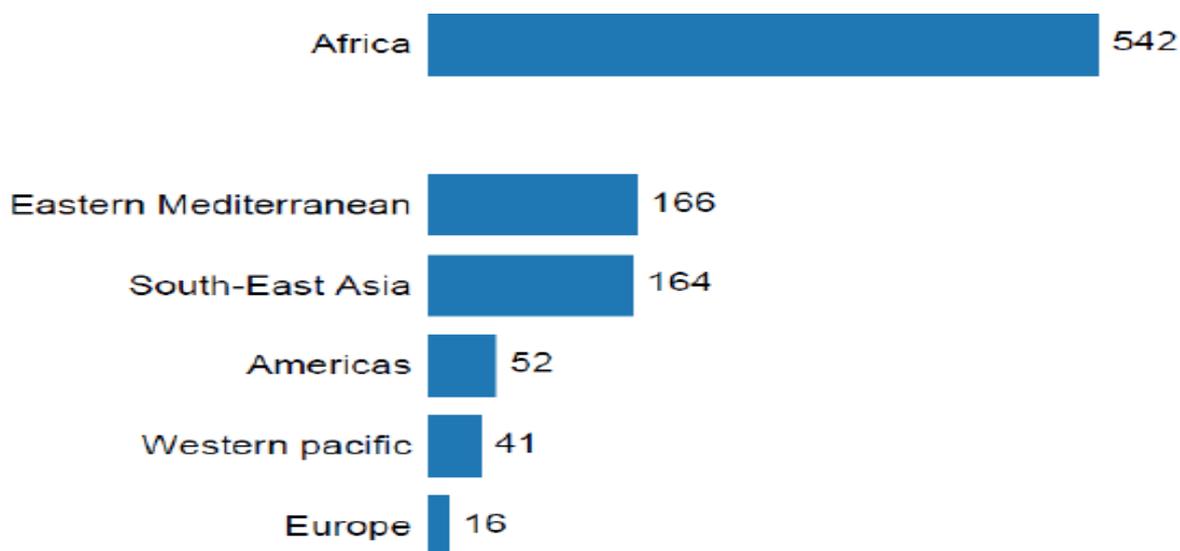
Fonte: WHO, 2019.

Estimou-se em 2015 que 18 países da África Subsaariana apresentam as RMMs mais elevadas no continente e no mundo, como por exemplo: Serra Leoa com 1360 mortes por 100.000 Nascidos Vivos; República Centro-Africana 882/100.000 Nascidos Vivos; Chade 856 /100.000 Nascidos Vivos; Nigéria 814/100.000 Nascidos Vivos; Sudão do Sul 789/100.000 Nascidos Vivos; Somália 732/100.000 Nascidos Vivos; Libéria 725/100.000 Nascidos Vivos; Burundi 712/100.000 Nascidos Vivos; Gâmbia 706/100.000 Nascidos Vivos; República Democrática do Congo 693/100.000 Nascidos Vivos; Guiné 679/100.000 Nascidos Vivos; Costa do Marfim 645/100.000 Nascidos Vivos; Malauí 634/100.000 Nascidos Vivos;

Mauritânia 602/100.000 Nascidos Vivos; Camarões 596/100.000 Nascidos Vivos; Mali 587/100.000 Nascidos Vivos; Níger 553/100.000 Nascidos Vivos; Guiné-Bissau 549/100.000 Nascidos Vivos e Quênia 510/100.000 Nascidos Vivos. Apenas dois países na África Subsaariana, Maurício 53/100.000 Nascidos Vivos e Cabo Verde 42/100.000 Nascidos Vivos, apresentaram RMM baixa neste período (WHO, 2018).

Apesar de estudos de Grupo Interinstitucional da ONU vem mostrando que a RMM na África está em declínio, a RMM na Região é de 542 por 100.000 nascidos vivos; portanto, a região africana ainda permanece com RMM cerca de 34 vezes superior ao da RMM na Europa.

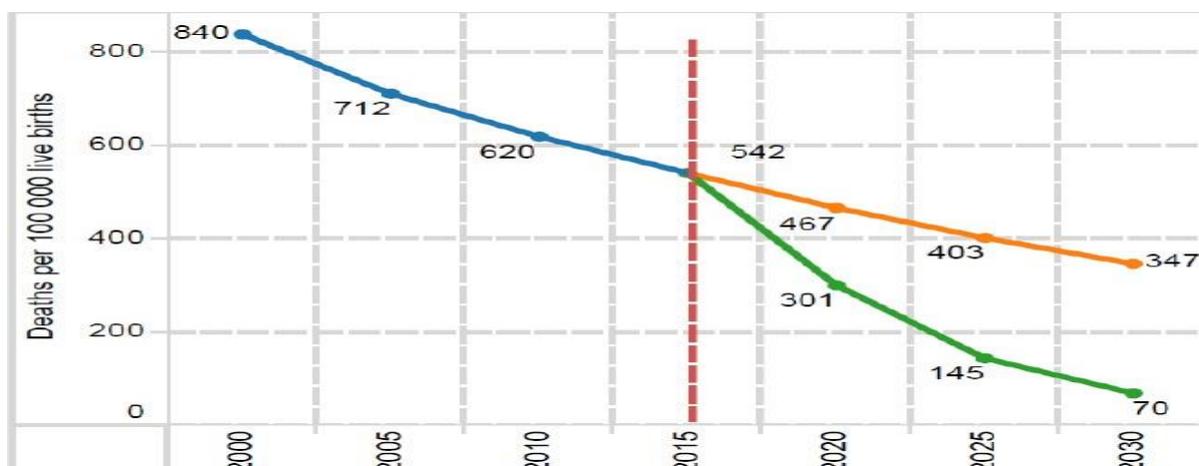
Gráfico 2-Taxa da mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos, segundo a OMS, Grupo Interagencial das Nações Unidas para a Mortalidade Materna, 2015.



Fonte: WHO, 2017.

Segundo projeção linear feita pela WHO (2017) baseada na tendência dos estudos anteriores, a África não atingirá a meta de ODS de reduzir a RMM para valores abaixo de 70 por 100.000 nascidos vivos até 2030, e sim será de 347 por 100.000 nascidos vivos. De fato, a África pode não atingir essa marca até 2084. Durante este período cerca de 8 milhões de mães na Região perderão a vida devido a causas relacionadas à gravidez. Portanto, mostrou que para cumprir a meta do ODS até 2030, a África e seus parceiros precisarão implementar medidas aceleradas para reduzir a RMM em cerca de 13% ao ano a partir de seu valor de 2015 (WHO, 2017).

Gráfico 3-Tendências da taxa de mortalidade materna por 100 000 nascidos vivos, Região Africana.



Fonte: WHO, 2017

África continua sendo o palco de desgraça em todos os aspectos, principalmente no que diz respeito a saúde materna. As mulheres e as crianças continuam sendo as vítimas das mortes por causas evitáveis.

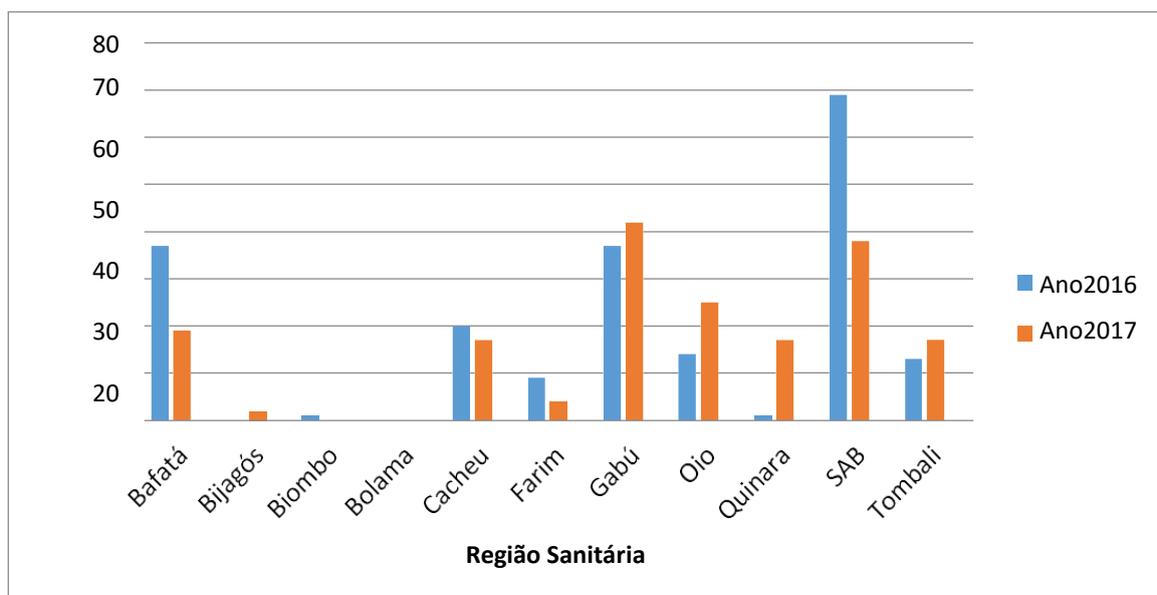
6. MORTALIDADE MATERNA EM GUINÉ-BISSAU

Em Guiné-Bissau são poucos os estudos ou quase inexistentes relacionados a esse fenômeno. Apesar de desconhecimento do número exato de mortalidade materna, a Guiné-Bissau ainda é considerada como um dos países do continente Africano que não conseguiu reduzir significativamente a taxa de mortalidade materna. Os índices continuam bem acima da média global.

A mortalidade materna no país continua sendo uma das mais elevadas da África e do mundo, apesar de vir diminuindo nos últimos anos: De 914/100.000 Nascidos Vivos em 1991, de 2007 a 2014 foi de 900/100.000 NV, passou para 549/100.000 NV em 2015. Percebe-se que este fenômeno é um problema que o país não conseguiu superar ou solucionar (INE-GB, 2016; MICS5-GB, 2016).

De acordo com Instituto Nacional de Estatística da Guiné Bissau, INE (2008), os óbitos femininos em idade fértil podem ser atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto, puerpério, a situação de pobreza, má nutrição e analfabetismo, assim como nas atitudes e práticas prejudiciais à saúde da mãe: Fatores relacionados à dificuldade de acesso; à baixa qualidade do atendimento recebido e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres estão expostas (Gráfico 4).

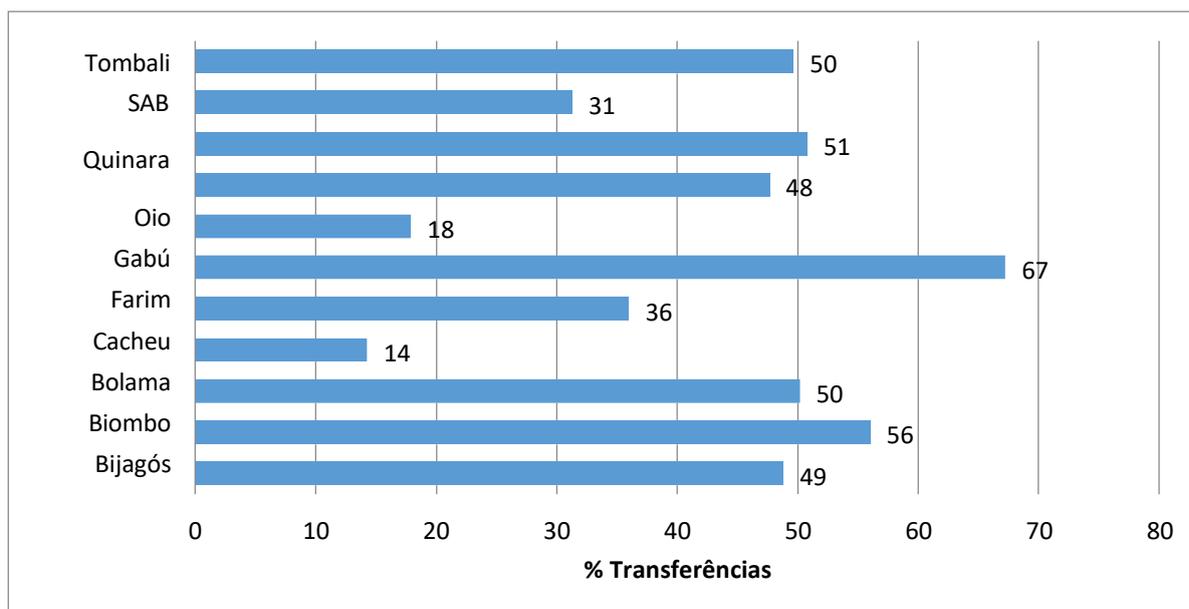
Gráfico 4- Comparação de óbito materno por ano 2016/2017



Fonte: INASSA, 2018

Além destes fatores ou causas mencionadas acima, as complicações obstétricas, como a hemorragia, infecções pós-parto, doenças hipertensivas da gravidez e complicações de abortos, nos últimos anos, vêm gerando preocupações às autoridades sanitárias guineenses, resultando em elevado nível de mortalidade materna e neonatal no país (UNIOGBIS, 2017) (Gráfico 5).

Gráfico 5- Complicações Obstétricas e transferências por Região Sanitária- 2017 em Guiné-Bissau.



Fonte: INASA, 2018

Além das complicações obstétricas e elevada taxa de mortalidade materna, foram verificados altos índices de gravidez precoce. Mostra-se que, em cada 1000 mulheres grávidas, 192 eram adolescentes entre 15 e 19 anos (MICS5-GB, 2016).

Verifica-se que, 20% das mulheres de 15-19 anos já teve um parto, 3% está grávida do primeiro filho, 23% começou a reprodução e 2% teve um nascido vivo antes dos 15 anos de idade. Verifica-se que este indicador é elevado em todas as Regiões do país com maior destaque na Região de Oio (40%) e Gabú (45%) (MICS5, 2016).

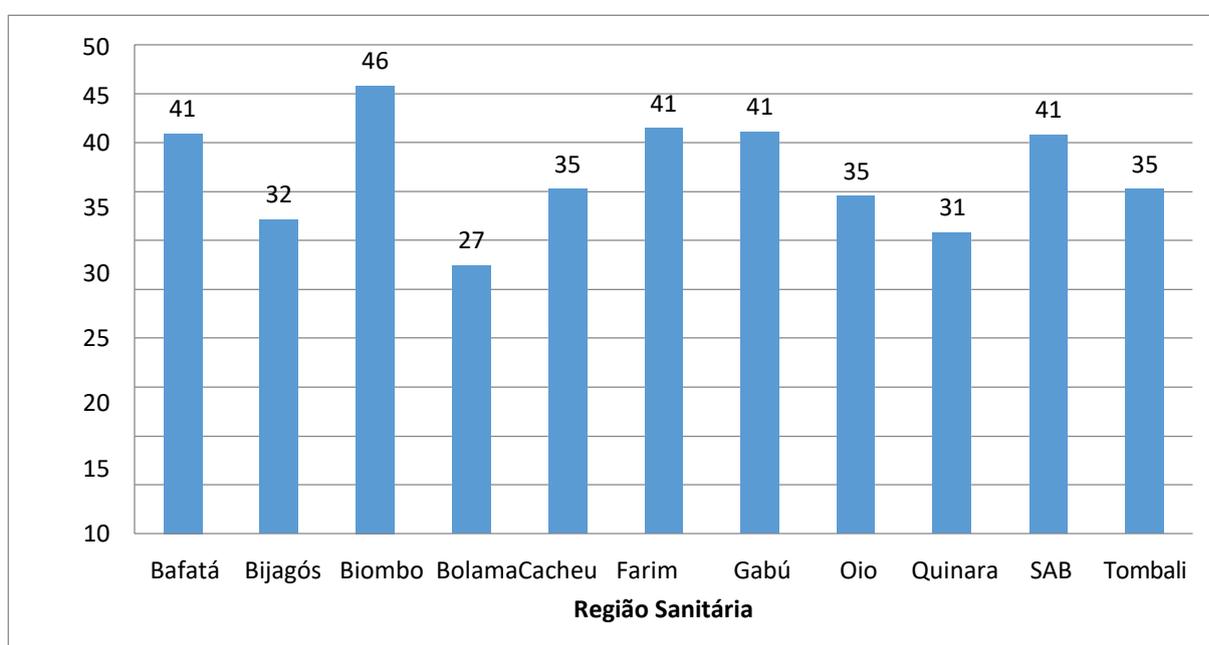
A fecundidade atual na Guiné-Bissau, a nível nacional é de 4,9 nascimentos por mulher. Com o padrão de maior fecundidade na zona rural com 6,4 nascimentos por mulher quando comparado ao meio urbano com 3,4 nascimentos por mulher (MICS5, 2016).

Outro problema preocupante é o acesso a informação e o serviço de saúde pelas mulheres em idades reprodutivas, principalmente as que residem nas zonas rurais e nas ilhas.

O desconhecimento da gravidade ou risco relacionados à gravidez pelas mulheres e as péssimas condições de infraestrutura hospitalar faz com que muitas mulheres escolham a dar a luz em casa sem ajuda de profissional de saúde.

Inquérito publicado em 2016 mostrou as proporções de nascimento por local do parto e a percentagem de partos numa estrutura de saúde e fora dela. Apenas 44% dos nascimentos em Guiné-Bissau ocorrem numa estrutura de saúde, dos quais 43% ocorrem em estruturas do setor público e 2% em estruturas do setor privado. Cerca de cinco em cada dez nascimentos (55%) ocorrem em casa (MICS5-GB, 2016) (Gráfico 6).

Gráfico 6-Porcentagem de partos assistidos por região sanitária- Guiné-Bissau,2017.



Fonte: CES/INASA, 2018

Nesta ótica, torna-se necessário desenvolver um plano estratégico e a implementação das políticas públicas de saúde que promovam a qualidade de vida, garantir os cuidados e o acesso aos serviços de saúde com qualidade e eficiência para todos os cidadãos, principalmente a mulher.

Vale salientar que os cuidados de saúde reprodutiva envolvem um conjunto de ações e de políticas públicas a partir de programas de prevenção, resolução de problemas de saúde da mulher e promoção, como educação sexual, programas de intervenção comunitária, acesso à informação, acesso ao serviço e infraestrutura de apoio acessíveis, com o objetivo de não apenas o aconselhamento e os cuidados relativos à reprodução, mas, também, promover o bem-estar social.

7. JUSTIFICATIVA

A escolha do tema dessa dissertação se deu devido à elevada taxa de mortalidade materna em Guiné-Bissau, especificamente no Hospital Nacional Simão Mendes.

Acredita-se que o estudo da mortalidade materna é fundamental em qualquer país do mundo porque nos permite ter uma visão sobre a saúde da população, possibilitando prevenir eventuais causas ou risco de tal evento na sociedade. A realidade nacional ou local precisa ser conhecida por todos os cidadãos guineenses, não só pelo governo e agentes de saúde, mas com participação de toda sociedade, pela defesa da vida.

Um motivo que torna mais relevante o desenvolvimento de um trabalho desta natureza está relacionado ao fato de que a bibliografia sobre a questão de saúde pública na Guiné-Bissau não ter ainda sido capaz de focar a questão de saúde pública atualmente.

Num país que tem poucas produções científicas relacionadas a área da saúde pública, estudar essa realidade possibilitará conhecer os entraves e os avanços no processo de desenvolvimento, contribuindo tanto para o aumento de qualificação das instituições de pesquisas quanto para o quadro dos docentes.

Além da pouca produção sobre esta temática, o país não dispõe de registro civil da mortalidade, também há outro problema nessas instituições de ordem técnica, como a subinfolação ou sub-registro em relação ao preenchimento incorreto de declaração de óbito, o que dificulta a compreensão de magnitude e fatores epidemiológicos dos óbitos maternos no país.

Diante da situação exposta torna-se necessário o estudo da mortalidade materna, que caracteriza os fatores epidemiológicos, demográficos e assistenciais que pode nos ajudar a identificar os determinantes de óbito materno no Hospital de referência no país.

Espera-se que os dados analisados neste trabalho possibilitará o esclarecimento dos possíveis grupos mais vulneráveis, ou seja, os grupos de risco e permitirá o planejamento de intervenção voltada à redução dos óbitos maternos, a melhoria de vigilância sanitária, oferta de assistência adequada e garantia de assistência pré-natal de qualidade.

Considera-se que a questão da mortalidade materna no país possa ser respondida a partir de evidências científicas baseadas nas abordagens metodológicas interdisciplinares de forma direta ou indireta na coleta de informação pertinente sobre a realidade vivenciada pelo indivíduo. Portanto, tendo em conta o desconhecimento do perfil epidemiológico e fatores associados à mortalidade materna no hospital referencial da Guiné Bissau, esta pesquisa busca responder à seguinte inquietação: Qual perfil epidemiológico e fatores associados à

Mortalidade Materna no Hospital Nacional de referência em Guiné-Bissau entre 2013 a 2018? Acredita-se que o reconhecimento de perfil epidemiológico da mortalidade materna que caracteriza os fatores sociodemográficos e assistenciais permitirá identificar os determinantes e reafirmar o plano estratégico para enfrentamento deste fenômeno, com implementação de políticas públicas ou programas de promoção de saúde reprodutiva a fim de subsidiar na resolução do problema com a participação da comunidade em geral, dos profissionais de saúde, gestores e pesquisadores para discutir as ações de prevenção, promoção, acesso aos serviços de saúde e a qualidade de assistência.

8. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Analisar e descrever as causas e o perfil epidemiológico da mortalidade materna no Hospital Nacional de Referência em Guiné-Bissau entre 2013 a 2018.

Objetivos Específicos

Compreender a morte materna no principal hospital de referência em Guiné Bissau na perspectiva do familiar e os fatores influenciadores a este fenômeno;

Avaliar a associação entre demoras na busca de cuidado obstétrico e na assistência prestada à gestante em uma maternidade de referência terciária.

9. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

9.1 Desenho de estudo

Foi realizado estudo transversal, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa e qualitativa por meio de coleta de dados em prontuários médicos. Foi realizada uma revisão diária dos prontuários, sem identificação da mulher no período de outubro a dezembro de 2018 na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) em Bissau. Para obter as informações das falecidas foi construído um formulário, contendo as perguntas relacionadas às variáveis do estudo. Os dados quantitativos foram extraídos nos prontuários e comprovados no livro de registro na maternidade, quanto às informações qualitativas foram obtidas através das entrevistas com familiares das falecidas e puérperas que se encontravam internadas na maternidade no período de coleta de dados

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas em profundidade com familiares que tiveram as mulheres falecidas na maternidade do HNSM.No cenário de 26 familiares selecionados foram realizadas 15 entrevistas de acordo com o critério de saturação teórica de informações (FONTANELLA et al., 2008). As entrevistas com puérperas foram realizadas com 30 mulheres que pariram, mas que se encontravam ainda internadas na maternidade, com intuito de analisar as experiências narrativas das mulheres admitidas na maternidade do HNSM sobre o acesso e a demora na assistência obstétrica prestada à gestante.

Portanto,foi utilizado o referencial teórico de modelo de três demoras de Thaddeus e Maine (1994), para análise de informação.

9.3 Local de estudo

O estudo foi realizado na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), instituição pública de referência terciária nacional no atendimento a saúde materna, que fica localizada em Bissau, capital da Guiné-Bissau. Esta maternidade é uma unidade para alta complexidade na área de atenção à saúde materno infantil no país que atende gestantes de alto risco e de baixo risco, oriundas de diferentes regiões do país.

9.4 Estrutura e funcionamento da maternidade

A maternidade fica localizada em um dos prédio de dois andares, possui no total 105 leitos distribuídos por diferentes salas de cuidados que prestam os seguintes cuidados: Sala de puerpério imediato (12 leitos), Sala de puerpério II (18 leitos), Sala puerpério patológico (10 leitos), Sala puerpério de cesariana (10 leitos), Sala de infectadas (5 leitos), Sala de puerpério normal (9 leitos), Sala de eclâmpsia (4 leitos), Sala de parto (5 leitos), Sala de pós-parto (5 leitos), Sala de ginecologia patológica (6 leitos), Sala dupla de gestante (13 leitos) e Sala de gestante II (8 leitos). A unidade possui uma farmácia, mas não funciona. Há uma sala para cirurgias ginecológicas e quando não funciona por algum motivo técnico, as cirurgias ginecológicas são conduzidas nas instalações do Bloco Operatório, também há outro bloco na nova Ala que foi equipada, mas ainda não está em funcionamento.

Figura 3- Maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM).



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

A unidade da maternidade funciona “24 horas” por dia. O serviço de urgência recebe todas as grávidas vindas de diferentes regiões do país que depois serão distribuídas para os outros setores da maternidade. Atuam nesse centro materno, 13 médicos, sendo que seis deles são recém-formados e um médico especialista em gineco-obstetrícia que é o diretor da maternidade; 32 parteiras, divididas em cinco equipes, sendo que uma equipe na rotina normal e as outras quatro funcionam no período noturno. Equipes que entram às 8 horas da manhã saem às 18 horas e as que entram às 18 horas saem às 8 horas da manhã do dia seguinte; possui 17 pessoas da limpeza, entre eles cinco na rotina e o restante no período noturno e um segurança em cada entrada durante 12 horas do dia.

Há também os profissionais do projeto de saúde de Bandim que são responsáveis pelas vacinas dos recém-nascidos.

O Projeto Saúde Bandim foi fundado em 1978, resultado de uma colaboração entre o Ministério de Saúde Pública, o Laboratório Nacional de Saúde Pública e uma instituição sueca, o "SAREC". Mais tarde juntou-se ao projeto uma instituição da Dinamarca, chamada "*Danish Epidemiology Science, Statens Serum Institut*". Formado por um grupo de profissionais interdisciplinares (Martins, 2002).

Segundo Martins (2002), a prioridade de Projeto de Saúde Bandim foi à pesquisa epidemiológica e acompanhamento do recém-nascido. A base de dados é formada pelo registro contínuo de gravidezes, nascimentos e óbitos. Após o nascimento das crianças, elas são

acompanhadas com visitas trimestrais para coleta de informações antropométricas, de imunização, de alimentação, de amamentação, de infecção, de hospitalização e também com a coleta de outras informações de interesse como a existência de animais domésticos na casa, se a criança mora com a mãe se houve mudança de endereço ou morte.

9.5 População de estudo

A população do estudo foram todos os casos de óbitos maternos notificados na maternidade do Hospital de Referência Nacional no período de 2013 a 2018 em Guiné-Bissau. A amostragem da coleta quantitativa foram todos os prontuários disponíveis desses óbitos na maternidade. Para a abordagem qualitativa, a amostragem foi de 15 familiares de mulheres que foram a óbito e 30 puérperas no período de outubro a dezembro de 2018.

9.6 Critérios de inclusão

Foram consideradas como critérios de inclusão todas as mortes classificadas como morte materna por causas obstétricas diretas e indiretas no período de 2013 a 2018.

Foram entrevistados 15 familiares que moravam com as mulheres falecidas e que as acompanharam no período gestacional e que estavam presentes durante o internamento incluindo o momento de óbito, com intuito de compreender a morte materna na perspectiva do familiar.

Foram incluídas 30 puérperas admitidas no HNSM em condições de participar em entrevista, com a finalidade de avaliar associação entre demoras na busca de cuidado obstétrico e na assistência prestada à gestante em uma maternidade de referência terciária em Bissau.

9.7 Critérios de exclusão

Foram excluídas todas as mortes maternas por causas não obstétricas; foram excluídos nas entrevistas os familiares que não moravam com as mulheres falecidas e que não as acompanhavam nos períodos gestacionais; Foram excluídas das entrevistas as puérperas debilitadas que apresentavam incapacidade física e mental no momento de entrevista.

10. Operacionalização da pesquisa e coleta de dados

A coleta de dados decorreu em três fases e foi iniciada mediante anuência do hospital pesquisado.

Na primeira fase foi realizada uma coleta de dados quantitativas nos prontuários diariamente conforme o critério de inclusão.

Segunda fase: A entrevista com familiares das falecidas, se deu após contato telefônico a fim de convidá-los para participar da pesquisa. Foram esclarecidos sobre o objetivo e a finalidade da pesquisa. Após a autorização da participação, procedeu-se o agendamento das entrevistas que foram realizadas nas suas residências. As entrevistas foram realizadas conforme a disponibilidade dos participantes após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) por familiares.

Na terceira fase foi realizada uma visita nas salas de internamentos da maternidade no qual houve estabelecimento do primeiro contato com as puéperas. Essa entrevista procedeu-se em duas etapas: Na primeira foi realizada uma solicitação da entrevista e uma breve explanação sobre o objetivo da pesquisa e a sua finalidade. Na segunda, realizou-se a entrevista individual a fim de recolher as informações relevantes sobre as “três demoras”, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

11. VARIÁVEIS DE ESTUDO

Variável dependente: óbito materno

A razão de mortalidade materna entre os números de mortes obstétricas diretas e indiretas de mulheres na faixa etária reprodutiva (numerador) por ano, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018 no HNSM e o número total de nascidos vivos (denominador) X 100.000.

$$RNM = \frac{N.^{\circ} \text{ de óbitos maternos (diretos e indiretos)} * 100.000}{N.^{\circ} \text{ de nascidos vivos}}$$

Variáveis independentes

Idade: Em anos completos quando houve o óbito. Foi codificada em ordem numérica e categorizada em faixas etárias (15-19 anos; 20-29 anos; 30-39; ≥ 40 anos).

Estado Civil: Situação civil da mulher, foi categorizado em Casada, Solteira.

Escolaridade: Categorizado em anos de estudo (até 8 anos; 9-12; 13 anos ou +);

Zona de Residência: Variável nominal descreve Local de residência da mulher, classificado em: Urbana, Rural.

Ocupação: Referente ao trabalho que a mulher exercia, categorizada em, Costureira, Domestica-Dona de casa; Comerciante: Estudante e outras;

Etnia: Referente a etnia das participantes, categorizada em Balanta, Beafada, Fula, Mandinga, Manjaca, Papel, Felupe, Mancanhe, Mansoca, mista e outra;

Religião: Referente à religião que a mulher frequentava, classificada em muçulmana, católica, evangélica e outra;

Realização do pré-natal: Foi codificado em, sim e não. Considerou-se qualquer número de consultas como sim.

Número de consultas: Número de consultas de pré-natal realizada pela mulher foi codificado em Nenhuma; 1 a 3; 4 ou mais.

Idade gestacional: Em semanas completas de gestação no momento de óbito materno (Abaixo de 20 semanas; 20-27 semanas; 28-36 semanas; 37 semanas ou mais);

Tipo de Parto: Refere ao tipo do parto que a mulher teve, foi categorizado em: Normal (vaginal) e cesárea.

Momento de óbito: Parto, Gestação, Aborto e Puérperio;

Causa do óbito: Categorizado em Hipertensão, Hemorragia, Aborto, Cardiopatia, Malaria; Infecção, Causas relacionadas ao trabalho de parto e outras;

Classificação da morte materna: Obstétrica direta e obstétrica indireta; Obstétrica direta: Segundo Ramos (2013), Morte materna obstétrica direta (MMOD) é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Será categorizado em Gestação, parto, pós-parto, puerpério, aborto- serão codificados em sim e não. Morte materna obstétrica indireta (MMOI) é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Será categorizada em infecção, hipertensão preexistente, doenças cardíacas e outra serão codificadas em sim e não.

Demoras na assistência obstétrica: classificada em primeira, segunda e terceira demora segundo quadro 4. Pode haver mais de uma demora para cada participante.

Quadro 4-conceitos padronizados para análise das três demoras Thaddeus e Maine, 1994.

1. Primeira demora: fatores que influenciam a decisão de procurar o cuidado	
<i>Barreiras financeiras Medo de revelar a gravidez Desconhecimento da gravidez</i>	A pobreza generalizada, o medo de julgamento social e desconhecimento da gravidez são problemas centrais para justificar a não procurar do atendimento ou os cuidados médicos no tempo oportuno.
2. Segunda demora: dificuldade no acesso a cuidado obstétrico adequado	
<i>Atraso na transferência Barreiras geográficas Dificuldade em obter o transporte</i>	Encaminhamento inadequado ao centro de referência ou inexistência do serviço de encaminhamento. Dificuldade em chegar a Instituição de saúde devido a barreiras geográficas, custo de transporte ou falta de transporte e condição das estradas determinam o tempo gasto para obter o cuidado médico no serviço de saúde.
3. Terceira demora: Atraso em receber o cuidado adequado na unidade de saúde	
<i>Atraso no diagnóstico Tratamento tardio Conduta inadequada com a paciente Falta de materiais</i>	Demora em reconhecer sinais de risco, negligência e prestação de cuidados inadequados na instituição de saúde. Escassez de recursos para prestar cuidados emergenciais.

Fonte: Autora.

Análise estatística

Para o processamento, gerenciamento e análise dos dados, foram utilizados os programas Microsoft Office Excel para gerenciamento de dados e Software for Statistics and Data Science-Stata versão 11.2 para análise. Antes de proceder à análise dos dados, foi realizada a limpeza do banco de dados, a fim de localizar inconsistências e corrigir erros de digitação.

Realizou-se análise estatística exploratória de tipo descritiva envolvendo as variáveis contínuas e categóricas. Foram calculadas as medidas centrais para as variáveis contínuas e medidas de frequência absoluta para as variáveis categóricas. Foi calculada a razão da mortalidade materna total e específica ano a ano (geral e por causas obstétricas diretas e indiretas).

Foram construídas as tabelas de distribuição de número de óbito materno, Nascidos Vivos (NV), razão da mortalidade materna por ano, perfil epidemiológico de Casos de Óbito Materno e da distribuição percentual dos 557 casos de morte materna segundo as principais causas específicas de óbito por ano de ocorrência no HNSM 2013-2018.

Limitação do estudo

A maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) é a única unidade de referência a nível nacional no atendimento à saúde da mulher e da criança. Esta unidade admite diariamente gestantes de alto e baixo risco vindas de diferentes regiões do país. Nessa instituição há problema de ordem técnica, como a subinfomação ou sub-registro e preenchimento incorreto da declaração de óbito. Não há sistema informatizado de dados. Esse fato pode ter gerado além de um viés e parcialidade de dados, pode dificultar a compreensão de magnitude e fatores epidemiológicos dos óbitos maternos nesta instituição hospitalar.

Aspectos éticos

O projeto foi previamente submetido ao comitê de ética de Instituto Nacional de Saúde Pública da Guiné-Bissau e aprovado com o número de parecer N°004/CNS/INASA/2019 (ANEXO I). A pesquisa foi iniciada mediante anuência do hospital e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente assinado pelos entrevistados antes de realização da entrevista (ANEXO A).

ARTIGO 1- CAUSAS E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA EM HOSPITAL NACIONAL DE REFERÊNCIA EM GUINÉ-BISSAU - 2013 A 2018

Aminata Mendes¹, Maria do Socorro de Sousa², Toia Mendes³, Carlos Erasmo Sanhueza⁴, Iannick Gomes Marques Vieira⁵, Francisco Herlânio Costa Carvalho⁶

1,2,4- [Departamento de saúde comunitária](#), Programa de pós-graduação em saúde pública da Universidade Federal do Ceará – UFC-Brasil:1- mendes_aminata@yahoo.com; 2- sousams3@gmail.com; 4- carlosanhueza.san@gmail.com

3 Universidade Bá Biague- Guiné-Bissau. mendestoia@yahoo.com

5- Instituto Nacional de Estatística (INEP). yannickgomes01@gmail.com

6 -Departamento de Saúde da Mulher, da Crianças e do Adolescente. Universidade Federal do Ceará – UFC-Brasil., herlaniocosta@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: Analisar e descrever as causas e o perfil epidemiológico da mortalidade materna no Hospital Nacional de Referência em Guiné-Bissau entre 2013 a 2018. **Método:** Estudo exploratório de tipo descritivo com 557 mortes maternas no Hospital Nacional Simão Mendes entre 2013 e 2018. **Resultado:** Principais causas de óbitos encontradas foram: hemorragia 50,4% (281), seguida de hipertensão com 17,4% (97). A maior proporção de óbitos encontra-se na faixa etária entre 20 a 29 com 45,8% dos óbitos. As mulheres casadas representam 81,6% (444) das mortes. 86,2% (480) dessas mulheres tinham menos de 8 anos de escolaridade. 59,6% (332) eram residentes de zona rural. 82,9%(462) eram donas de casa. 52,8%(294) eram de religião muçulmana. 31,2% (174) eram de etnia Fula, seguida Balanta com 22,8% (127). O pré-natal não foi realizado por 40,7% (227) das falecidas. Revela-se que 56% (312) dos óbitos ocorreram com 37 semanas ou mais da gestação. 43,9% (244) realizaram partos normais. 44,9% (250) destas mortes ocorreram no parto. **Conclusão:** As principais causas de mortes maternas deve-se a morte materna obstétrica direta que poderiam ter sido evitadas com melhoria nos cuidados integrados da gestante, desde o cuidado pré-natal até as disponibilidades de mecanismos de intervenção em tempo oportuno.

Palavra-Chave: Morte Materna. Saúde da mulher. Saúde pública.

INTRODUÇÃO

Todos os dias no mundo cerca de 808 mulheres morrem devido às complicações ligados a gravidez e o parto. Somando todas essas mortes ao fim de um ano correspondem 294.920 óbitos por ano, quase todas ocorrem em locais com poucos recursos, e a maioria poderia ter sido evitada (WHO, 2019). Das 808 mortes maternas diárias, aproximadamente 540 ocorrem na África Subsaariana e 225 na Ásia, em comparação com 4 em países de alta renda. O risco de uma mulher em um país de baixa renda morrer de uma causa relacionada à maternidade durante sua vida é cerca de 120 vezes maior em comparação com uma mulher que vive em um país de alta renda. A mortalidade materna é um indicador de saúde que mostra lacunas muito amplas entre ricos e pobres e entre países (WHO, 2019).

A morte materna é um evento com ocorrência durante período gestacional, parto e puerpério, ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela; sendo originário de causas obstétricas diretas e indiretas, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (WHO, 2019).

As causas obstétricas diretas são aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Enquanto as causas obstétricas indiretas são aquelas resultantes de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (WHO, 2019).

A mortalidade materna é indicador do status da saúde da mulher, de seu acesso à assistência à saúde e da adequação do sistema de assistência à saúde em responder às necessidades (Faria, et.al. 2012; Ferraz et.al. 2012.). Esse fenômeno é considerado como um problema grave que afeta a saúde pública. No entanto, diante desse desafio e a luta pela saúde da mulher e sua sobrevivência foram assinados pelas Nações Unidas em 2016 os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável que deve ser cumprido até 2030, no qual uma das metas é a redução ou radicalização da mortalidade materna (Nações Unidas, 2016).

Portanto a Guiné-Bissau é um dos países da África que assumiu esse compromisso; no entanto, verifica-se ainda alta razão da mortalidade no país, sendo necessária constante enfrentamento para resolução deste problema. Diante do exposto, estudar o perfil epidemiológico da mortalidade materna numa maternidade de referência a nível nacional em Guiné-Bissau, faz-se necessário para formulação de plano estratégica de implementações de ações voltada à saúde reprodutiva.

OBJETIVO

Analisar e descrever as causas e o perfil epidemiológico da mortalidade materna no Hospital Nacional de Referência em Guiné-Bissau entre 2013 a 2018.

MÉTODOS

Desenho, local de estudo e período

Foi realizado estudo tipo transversal descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, cuja amostra foram os dados primários contidos nos prontuários médicos, com intuito de descrever o perfil epidemiológico de óbito materno.

O estudo foi realizado na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), instituição pública de referência terciária nacional no atendimento a saúde materna, que fica localizada em Bissau, capital da Guiné-Bissau, no período de Outubro a Dezembro de 2018. A população do estudo foram 557 casos de óbitos maternos notificados na maternidade do Hospital de Referência Nacional no período de 2013 a 2018 em Bissau. Foram incluídas todas as mortes classificadas como morte materna por causas obstétricas diretas e indiretas no período estudado. Foram excluídas todas as mortes maternas por causas não obstétricas. Foram caracterizadas as variáveis ligadas ao perfil epidemiológico de casos de Óbito Materno (faixa etária, estado civil, escolaridade, zona de residência, ocupação, religião, etnia, realização pré-natal, número de consultas de pré-natal, idade gestacional no momento do óbito e tipo de parto.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética de Instituto Nacional de Saúde Pública da Guiné-Bissau N°004/CNS/INASA/2019 e foi ainda iniciada mediante anuência do hospital pesquisado.

Análise Estatística

Para o processamento, gerenciamento e análise dos dados, foram utilizados os programas *Microsoft Office Excel* e *Software for Statistics and Data Science-Stata 11.2*. Realizou-se análise estatística exploratória de tipo descritiva envolvendo as variáveis contínuas e categóricas. Foram calculadas as medidas centrais para as variáveis contínuas e medidas de frequência absoluta para as variáveis categóricas. Foi calculada a razão da mortalidade materna total e específica.

Foram construídas as tabelas de distribuição de número de óbito materno, Nascidos Vivos (NV), razão da mortalidade materna por ano, perfil epidemiológico de Casos de Óbito Materno e da distribuição percentual dos 557 casos de morte materna segundo as principais causas específicas de óbito por ano de ocorrência no HNSM 2013-2018. Foram construídos gráficos de tendência de caso de óbito materno total por ano e por causa direta e indireta por ano.

RESULTADOS

Perfil Geral da Mortalidade Materna

Ocorreram 40.048 partos, sendo 35.478 nascidos vivos (NV) e 557 óbitos maternos. Portanto, do total de óbitos maternos analisados no período de estudo nesta instituição hospitalar, apresentou-se o aumento espontânea de tendência de mortalidade. A Razão da Mortalidade Materna (RMM) no HNSM em período de 2013 a 2018, foi de 1.569,99/100.000Nascidos vivos. Houve aumento de 54,9% ao longo do período, com certa instabilidade de tendência; no entanto, com valores sempre muito elevados para RMM (Tabela I e Gráficos I e II).

Tabela 1- Distribuição de número de óbito materno nascidos vivos (NV), e razão de mortalidade materna no Hospital Nacional Simão Mendes, 2013-2018.

Ano	Óbito	NV	RMM
2013	40	4.556	877,96
2014	51	4.901	1040,60
2015	140	6.217	2251,89
2016	96	5.935	1617,52
2017	101	7.238	1395,41
2018	129	6.631	1945,41
Total	557	35.478	1.569,99

Fonte: Análises Prontuários Médicos Óbito Materno HNSM Guiné-Bissau, 2018

Observa-se que a maior proporção de óbitos encontra-se nas idades de 20 a 29 com 45,8% dos óbitos, seguida da faixa etária de 30 a 39 anos que representam 30,7% das mortes.

Quanto a estado civil, 81,6% (444) estavam casadas, 19,4% (108) eram solteiras. 86,2% (480) dessas mulheres tinham menos de 8 anos de escolaridade; 3,8% (21) cursaram ensino superior; 59,6% (332) eram residentes de zona rural, 40% (225) eram de zona Urbana.

No que diz respeito à ocupação, 82,9% (462) eram domésticas (donas de casa, trabalho não remunerado), 3,6% (20) comerciantes, 2,5% (14) estudantes e outras representam 9,3% (52). Dos 557 casos de óbito materno, 52,8% (294) eram de religião muçulmana, 24,2% (135) Católicas; 17% (99) eram evangélicas. Em relação à etnia, as que mais morreram eram Fula com 31,2% (174), seguida Balanta com 22,8% (127), 14,2% (79) Mandinga e Papel com 9,9% (55) (Tabela II).

O pré-natal não foi realizado por 40,7% (227). Verifica-se que 37,6% (209) tiveram entre 1 e 3 consultas e 21,7% (121) efetuaram 4 ou mais consultas de pré-natal. Em relação à idade gestacional, revela-se que 56% (312) dos óbitos ocorreram entre 37 semanas ou mais da gestação, 23,3% (130) aconteceram entre 28 a 36 semanas e 13,3% (74) encontravam-se de 20 a 27 semanas. Houve 43,9% (244) partos normais e 39,3% (219) cesáreas. Quanto ao momento do óbito, 44,9% (250) destas mortes ocorreram no parto, e 37% (206) no puerpério, 14,2% (82) estavam gestantes e 3,4% (19) foram abortos provocados (Tabela II).

Tabela 2 discrimina o Perfil epidemiológico de Casos de Óbito Materno ocorrido no Hospital Simão Mendes em Guiné-Bissau no período 2013-2018.

Tabela 2-Perfil epidemiológico de Casos de Óbito Materno no Hospital Simão Mendes. Guiné-Bissau, 2013-2018.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
15 a 19 anos	104	18,7
20 a 29 anos	255	45,8
30 a 39 anos	171	30,7
>=40 anos	27	4,8
Estado civil		
Solteira	108	19,4
Casada	444	81,6
Escolaridade		
Até 8 anos	480	86,2
9 a 12 anos	56	10,0
13 anos ou +	21	3,8
Zona de residência		
Urbana	225	40,4
Rural	332	59,6
Ocupação		
Costureira	9	1,6
Doméstica	462	82,9
Comerciante	20	3,6
Estudante	14	2,5
Outras	52	9,3
Religião		
Muçulmana	294	52,8
Católica	135	24,2
Evangélica	99	17,8
Outras	29	5,2
Etnia		
Balanta	127	22,8
Beafada	14	2,5
Fula	174	31,2
Mandinga	79	14,2
Manjaca	31	5,6
Papel	55	9,9
Felupe	12	2,1
Mancanhe	21	3,8
Mansonca	16	2,9
Mista	14	2,5
Outra	14	2,5
Realizado pré-natal		
Sim	330	59,3
Nao	227	40,7

Continuação

Variáveis	N	%
Número de consulta		
Nenhuma	227	40,7
1 a 3	209	37,6
4 ou mais	121	21,7
Idade gestacional		
Abaixo de 20 seman	41	7,4
20 a 27 semanas	74	13,3
28 a 36 semanas	130	23,3
37 seman ou mais	312	56,0
Tipo de parto		
Cesárea	219	39,3
Normal	244	43,8
Sem informação	94	16,9
Momento do óbito		
Gestação	82	14,7
Aborto	19	3,4
Parto	250	44,9
Puerpério	206	37,0

Fonte: Análises Prontuários Médicos Óbito Materno HNSM Guiné-Bissau, 2018

As principais causas do óbito foram: Hemorragia 50,4% (281), Hipertensão 17,4% (97), paludismo 2,1% (12), infecção 2,1% (12), Cardiopatia 2% (11), aborto 4,3% (24), relacionadas ao trabalho de parto 7,5% (78), outras causas 14% (78) de óbitos (Tabela 3).

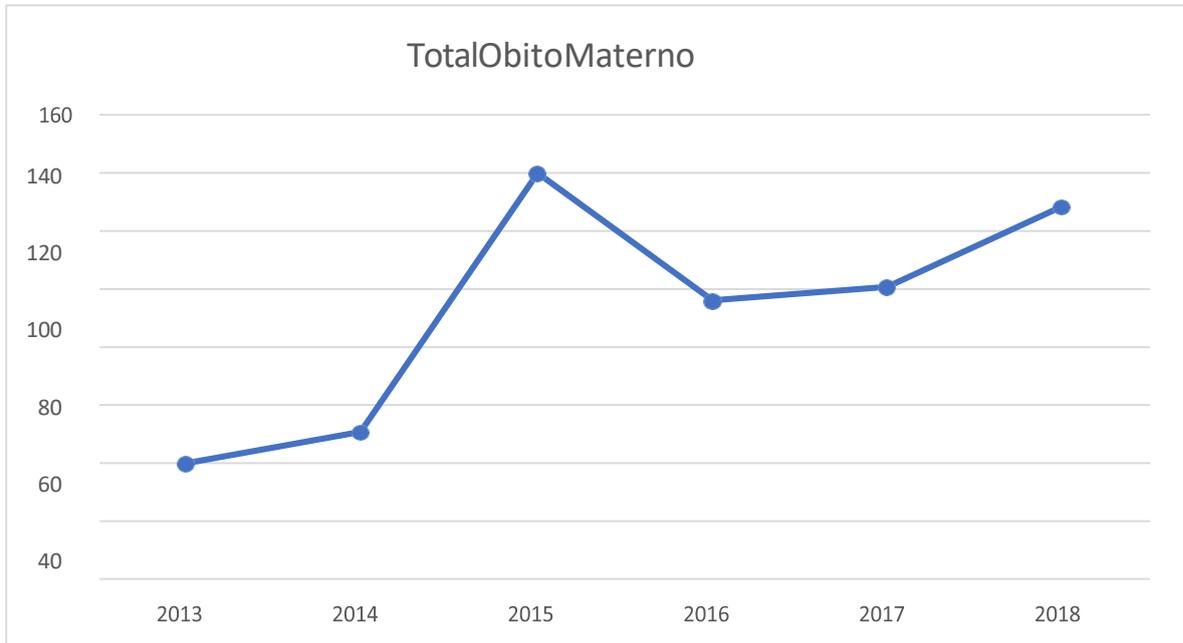
Tabela 3- Distribuição percentual dos 557 casos de morte materna segundo as principais causas específicas de óbito por ano de ocorrência. HNSM, 2013-2018.

Anos	2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hemorragia	21	52.50	19	37.25	68	48.57	51	53.13	49	48.51	73	56.59	281	50.45
Hipertensão	1	2.50	0	00	37	26.43	16	16.67	20	19.80	23	17.83	97	17.41
Aborto	3	7.50	5	9.80	5	3.57	5	5.21	0	0.00	6	4.31	24	4.31
Cardiopatia	0	0.00	1	1.96	2	1.43	4	4.17	3	2.97	1	0.70	11	1.97
Malaria	2	5.00	0	0.00	1	0.71	3	3.13	4	3.96	2	1.55	12	2.15
Infecção	0	0.00	1	1.96	6	4.29	2	2.08	1	0.99	2	1.55	12.	2.15
T. parto	7	17.50	11	21.57	7	5.00	4	4.17	6	5.94	7	5.43	42	7.54
Outras	6	15.00	14	27.45	14	10.00	11	11.46	18	17.82	15	11.23	78	14
Total	40	100	51	100	140	100	96	100	101	100	129	100	557	100

T.parto: trabalho de parto.

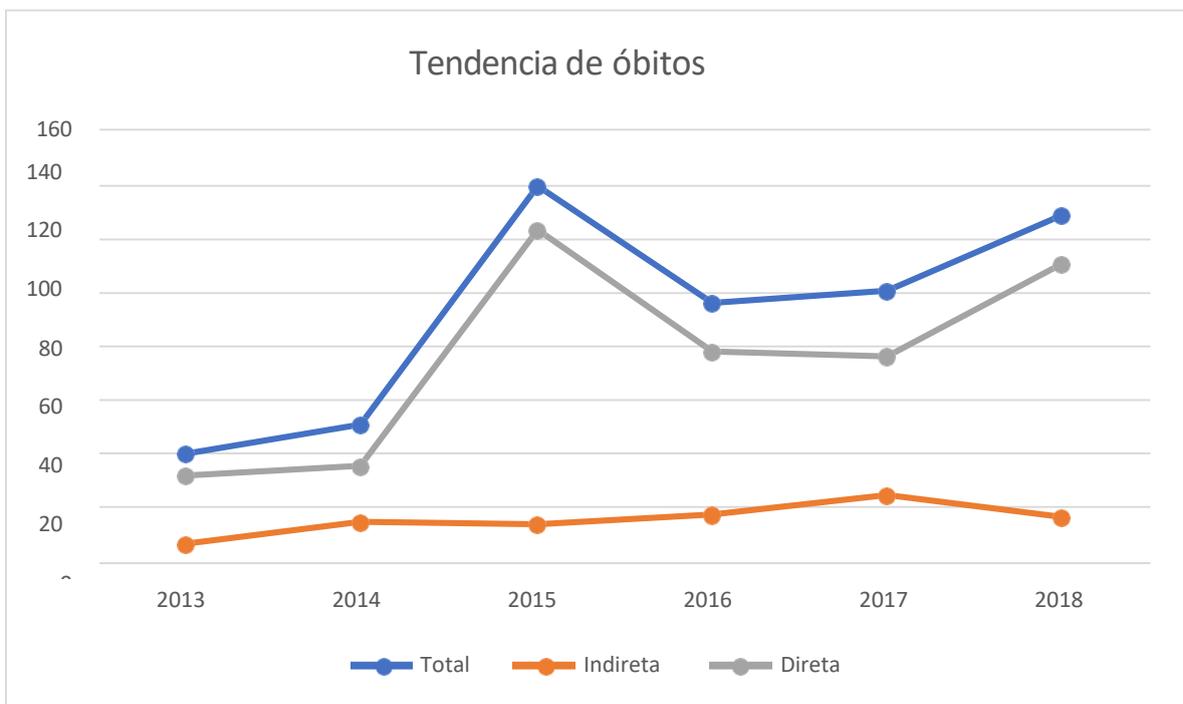
Fonte: Análises Prontuários Médicos de Óbito Materno HNSM Guiné-Bissau, 2018

Gráfico 1- Tendência de caso de óbito materno total (diretos ou indiretos) por ano em Hospital Simão Mendes, 2013-2018.



Fonte: Análises Prontuários Médicos de Óbito Materno HNSM Guiné-Bissau, 2018

Gráfico 2- Tendência de mortalidade materna total por causa direta e indireta por ano em Hospital Simão Mendes, 2013-2018.



Fonte: Análises Prontuários Médicos de Óbito Materno HNSM Guiné-Bissau, 2018.

Tabela 4-Tendência de mortalidade materna total por causa direta e indireta por ano em Hospital Simão Mendes, 2013-2018.

Ano	RMM-Total	Coef._direta	Coef._Indireta
2013	877,96	702,37	153,64
2014	1040,60	734,54	306,06
2015	2251,89	1978,45	225,19
2016	1617,52	1314,24	303,29
2017	1395,41	1050,01	345,40
2018	1945,41	1673,96	256,37

RMM Total –Razão de Mortalidade Materna. Coef. Direta- Coeficiente direta e Coef. Indireta-Coeficiente indireta.

Fonte: Análises Prontuários Médicos de Óbito Materno HNSM Guiné-Bissau, 2018

DISCUSSÃO

Os dados primários numa instituição hospitalar de grade suporte sobre o perfil epidemiológico da mortalidade materna refletem uma realidade da situação de saúde da população, não só nos informa os dados quantitativamente dos óbitos ocorridos nesse estabelecimento, mas também nos proporciona a conhecer e entender a realidade de funcionamento e infraestrutura do mesmo, a condição deste lugar onde as mulheres perdem as vidas devido a problemas ligados à maternidade.

Portanto, quando essa informação foi recolhida de forma correta ou precisa nos possibilita criar um plano de ação estratégico para combater este fenômeno e aplicar uma ferramenta metodológica da vigilância constante para o mesmo.

Análise da serie histórica feita nesse estudo no período entre 2013 a 2018, foram encontrados e investigados 557 óbitos maternos no Hospital Nacional Simão Mendes.

Entretanto, observa-se aumento da RMM materna para cada 100 mil nascidos vivos no Hospital Nacional Simão Mendes em 2018, com 1945,41/100.000 NV em relação ao ano 2017.

As mulheres morreram devido a causas relacionadas diretamente à gravidez, ainda muito jovens. Este resultado comprova o que foi encontrado em estudo realizado em 2015 na mesma instituição hospitalar, onde analisou os óbitos maternos no período de 2009 a 2011 que mostrou a mesma distribuição etária (Mendes, 2015).

Em relação a crença religiosa, observa-se que a grande parte das mulheres que faleceram eram muçulmanas com 52,8% (294) de óbitos, predominante de etnia Fula com 31,2% (174), e 81,6% (444) totais de óbitos eram casadas. Ao contrário do que a literatura vem demonstrando de que, mulheres solteiras têm mais probabilidade de morrer por causa ligada a gravidez, por ser um momento que muitas sofrem por desamparo social. As justificativas desta

situação giram em torno da ausência, na grande maioria, de aporte afetivo, emocional, social, financeiro e de estímulo ao autocuidado, por parte do pai do bebê e da família (Ferraz et.al. 2012).

Portanto, o achado nessa pesquisa nos leva entender e refletir que a situação do estado civil, ou seja, as relações conjugais formalizadas e não formalizadas, são fatos sociais muito complexos, dependentemente de cada sociedade com seus costumes. No caso da Guiné-Bissau muitas mulheres ainda são colocadas na última linha decisória e são economicamente dependentes (dona de casa), sem trabalho remunerado. Como foi encontrado nos dados analisados nessa pesquisa, no qual apontou que 82,9% dos óbitos por causa direta e indireta eram donas de casa que não tinham trabalho remunerado.

No que diz respeito à religião, vale salientar que religião muçulmana é a religião mais predominante em Guiné-Bissau com a sua tradição herdada de geração a geração e dentro desta religião existem vários grupos étnicos, Um dos mais populosos destes era da etnia Fula e dentro da prática cultural fulanensa existe um costume tradicional que maioria ainda pratica. Por exemplo, a menina a partir de 14 a 15 anos de idade tem que ser dada ao seu marido (casamento arranjado), ou seja, tem que se casar com a pessoa que a família acha por bem que tem condição para casar com a menina e, muitas das vezes o “marido” com a idade muito elevada.

Apesar de essa prática ser proibida no país, infelizmente continua sendo praticada, principalmente na zona leste do país. O organismo desta menina não está preparado para gerir ou portar a gravidez, e muitas das vezes quando acontece não procuram ajuda médica a fim de prevenir futura complicação ou a morte.

Portanto, entende-se, o casamento precoce, leva conseqüentemente à gravidez precoce que está entre um dos fatores de risco ligado diretamente a mortalidade materna. A idade, especialmente muito jovem, também está associada a aumento do número de abortos ilegais com risco de morte (McCarthy e Maine 1992; Pariz, 2012).

Entende-se por bem que, os costumes, práticas, crenças e valores culturais influenciam profundamente na vida de mulher e afeta diretamente na tomada de decisões durante este período crítico. Em alguns casos aumentam a probabilidade de morte materna (Kyomuhendo, 2003; Evans, 2013).

Outra variável importante a ser considerada é a escolaridade, pois, observa-se que as que mais faleceram tinham até oito (8) anos de estudos, que representa 86,2% (480) da amostragem. Portanto este estudo mostra a prevalência de óbito materno em mulheres com menor nível de escolaridade. A escolaridade é uma variável que se relaciona diretamente com

a obtenção de cuidado à saúde. A baixa escolaridade das mulheres pode interferir nas suas possibilidades em obter e utilizar a informação sobre a saúde reprodutiva de modo geral, tanto a forma como utilizar os métodos contraceptivos, quanto como os cuidados no período gestacional e após o seu término. Portanto, a garantia de mais escolaridade facilitaria o acesso e a utilização de métodos contraceptivos mais adequados contribuindo para a redução das gestações indesejadas e dos riscos de morte materna (Soares et.al, 2008; Hogan, 2010;Faria et.al, 2012; Herculano 2012; Chaves et.al, 1991; Deise et al, 2006 e Ferraz et.al, 2012).

Número de consultas de pré-natal inferior a quatro pode apresentar possível relação com o fator de risco para a morte materna, mostrando que, as ações praticadas durante o pré-natal são importantes para o prognóstico materno (Faria et.al, 2015). O uso do pré-natal para acompanhamento de evolução de gravidez é de suma importância não só para diagnosticar problemas de saúde preexistentes, mas também para detectar possíveis complicações durante a gestação e após o trabalho de parto (Mccarthy e Maine 1992; Leal, 2015).

Caracteriza-se o pré-natal por três pontos: ter garantia de bom estado nutricional da mãe, promoção à saúde materna e prevenção de riscos (Calderon, et.al. 2006; Faria et.al. 2012; Dade 2013).

Outro ponto relevante sobre o parto foi ressaltada pela WHO, ressalta a importância do parto normal, por meio da sua recomendação reatualizado e publicada em 2019, por acreditar que este tipo de parto oferece menor risco de complicações ou a morte materna (WHO, 2018). Apesar de que a literatura apontar o parto por via vaginal ou normal que oferece menor risco para a saúde de mulher, esse estudo mostra o inverso onde maior número de óbitos encontra-se no momento do parto, representando 44,9% (250) do total de óbitos. Um número relativamente alto de “falta de informação” no prontuário sobre essa variável pode ter prejudicado essa análise e interpretação.

Nessa ótica, a necessidade do atendimento profissional qualificado na gravidez parto e pós-parto imediato, com retaguarda de emergências acessíveis e que funciona a favor da vida, colocando a maternidade segura como uma das prioridades (Melchiori et.al. 2009; Viana et.al. 2014).

Durante o período de estudo, observa-se que as principais causas de morte materna na maternidade do Hospital nacional Simão Mendes foi a Hemorragia com 50,4% de óbitos.O resultado encontrado reafirma o que foi apontado pelo relatório de UNIOGBIS em Bissau publicado em 2017 (UNIOGBIS, 2017). A literatura demonstra que o óbito materno causado pela hemorragia ou as complicações provocadas pela mesma e infecção são, muitas vezes, consequência da falta de assistência adequada ao parto e ao pós-parto imediato, além do

abortamento provocado, sem as condições de assistência médica. Esse fato enaltece a falta de preparo para pronta intervenção por profissionais qualificados e aparelhagem adequada para tal tratamento (Deise, 2006; Dade, 2013; Faria, 2015).

Em Guiné-Bissau a situação de saúde da mulher ainda é muito grave. O país não dispõe de tecnologia apropriada, materiais necessários ou recursos humanos especializados para intervenção rápida para sobrevivência dessas mães.

Além de insuficiência de profissionais especializadas em obstetrícia no hospital pesquisado, o hospital não dispõe o plano estratégico, ou seja, não funciona o protocolo de referência e contra referência que poderia definir o atendimento de casos de urgência e emergência, como sendo de cuidado terciário. Todas as grávidas têm acessos diretamente à maternidade independentemente da gravidade de cada situação aumentando o fluxo em uma unidade que deveria se especializar em resolver os problemas de maior gravidade. Longe disso, a situação desta maternidade é muito difícil: depara com dificuldades extremas, começando por superlotação, insuficiência de profissionais de saúde, inexistência de medicamentos, infraestrutura inadequada. Essa situação dificulta a viabilidade estratégica para a sobrevivência materna e do recém-nascido nesta maternidade.

Pela experiência vivida durante o período de coleta de dados no hospital pesquisado, observa-se que o ambiente de cuidado para as parturientes não proporciona a privacidade ou conforto para assistência ao trabalho do parto e o parto. Não há leitos para cuidado individualizado e nem as cortinas para separar os leitos e, muitas das vezes as parturientes ou grávidas, são colocadas duas ou três num só leito. Essa ausência de privacidade e a decadência ou a insuficiências dos leitos faz com que muitas das vezes não é permitida a entrada de acompanhante, o que pode prejudicar a parturiente.

Espera-se que o resultado epidemiológico de óbito materno neste estudo possa contribuir tanto para criação de planos estratégicos para redução deste fenômeno como servir de guia para pesquisas futuras.

CONCLUSÃO

Os achados neste estudo reforçam o fenômeno de mortalidade materna como um dos indicadores de saúde pública muito sensível que indica possibilidade de ter ou não o acesso ao serviço de saúde e qualidade de cuidado prestado à mulher durante o período gestacional, parto e pós-parto. O estudo evidencia que a grande parte de causas de mortes maternas nesta instituição poderiam ter sido evitadas com melhoria nos cuidados integrados da gestante, começando desde o cuidado de pré-natal até as disponibilidades de mecanismos de intervenção rápida na instituição através de reconhecimento de sinais de complicações ou riscos.

Portanto, percebe-se que, há necessidade de investir em fortalecimento de atenção à saúde e implementação de ações ou programas coordenados, cumprimento de protocolos, definição de linhas prioritárias de cuidados à saúde materna com articulação com os centros de saúde comunitários para melhoria de saúde reprodutiva bem como a redução da mortalidade materna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HERCULANO, Marta Maria Soares; VELOSO, Ludmila Souza; TELES, Liana Mara Rocha; ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; ALMEIDA, Paulo César de; DAMASCENO, Ana Kelve de Castro (2012). “Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza”: um estudo epidemiológico. Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. *Rev da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 2, p. 295-301.

EVANS, C. Emily (2013). “A review of cultural influence on maternal mortality in the developing world”. *Escola de Enfermagem da Universidade da Virgínia, EUA. Midwifery*, v.29, p.490 – 496.

KYOMUHENDO, Grace Bantebya (2003). “Low Use of Rural Maternity Services in Uganda: Impact of Women's Status, Traditional Beliefs and Limited Resources”. *Reproductive Health Matters*, v.11,n:21, p. 16-26.

HOGAN, Margaret C; FOREMAN, Kyle J; NAGHAVI, Mohsen; AHN Stephanie Y; WANG, Mengru; MAKELA, Susanna M; LOPEZ, Alan D; LOZANO, Rafael; MURRAY, Christopher J L (2010). “Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5”. *Lancet*, v. 375, n. 9726, p.

1609-1623,

PARIZ, Juliane; MENGARDA, Celito Francisco; FRIZZO, Giana Bitencourt (2012). “A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura”. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, n.3, p.623-636.

MELCHIORI, Lígia Ebner; MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi; BREDARIOLLI, Rita Nathalia; HORY, Raquel Ishikawa (2009). “Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano”. *Universidade Estadual de São Paulo. Interação em Psicologia, Curitiba*, v.13, n.1, p. 13-23.

VIANA, Larissa Vanessa Machado; FERREIRA, Kely Mendes; MESQUITA, Maria do Amparo da Silva Bida (2014). “Humanização do parto normal: Uma revisão de literatura”. *Rev. Saúde em Foco, Teresina*, v. 1, n. 2, p. 134-148.

FERRAZ, Lucimare; BORDIGNON, Maiara (2012). “Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar”. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.36, n.2, p.527-538

DEISE, Lisboa Riquinho; SANDRA, Gomes Correia (2006). “Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal”. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.59, n.3, p.303-7.

CHAVES, Netto.H; ALA, Fonseca; AMIM, Júnior J (1991). “Prevenção da morte materna na gestação de alto risco”. In: Cecatti A. *Mortalidade materna uma tragédia evitável*. Campinas (SP): Unicamp. P. 99-118.

DIAS, Júlia Maria Gonçalves; OLIVEIRA, Ana Patrícia Santos de; CIPOLOTTI, Rosana; MONTEIRO, Bruna Karoline Santos Melo; PEREIRA, Raisia de Oliveira (2015). “Mortalidade materna”. *Rev Med Minas Gerais*, v.25, n.2, p.173-179.

CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos; CECATTI, José Guilherme; VEGA, Carlos Eduardo Pereira (2006). “Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna”. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, v.28, n.5, p.310-5.

DADE, Abdulai (2013) “Estimativas de mortalidade materna e alguns fatores associados - Moçambique 2007.” (Dissertação), Belo Horizonte, MG UFMG/Cedeplar. p.1-119.

MENDES, Crisólogo Martinho (2015). “Fatores associados à mortalidade materna e neonatal na Maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes entre os anos de 2009 e 2011 – Bissau, Guiné-Bissau”. (Dissertação) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz. p.1-65.

NAÇÕES UNIDAS. (2016). “Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030)”: Every woman, Every child. p.1-108.

UNIOGBIS: (2017) SECÇÃO DE DIREITOS HUMANOS (UNIOGBIS-SDH) - ACNUDH. “Relatório sobre o Direito à Saúde na Guiné-Bissau”. Guiné-Bissau.

THADDEUS, Sereen; MAINE, Deborah (1994). “Too far to walk: Maternal mortality in context”. *SocSci Med*. V.38, n.8, p.1091-110.

LEAL, Maria do Carmo; FILHA, Mariza Miranda Theme; MOURA, Erly Catarina de; CECATTI, José Guilherme; SANTOS, Leonor Maria Pacheco (2015). “Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010”. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*. Recife, v.15, n.1, p. 91- 104.

FARIA, Diogo Ruffo de; SOUSA, Renato Cruz de; COSTA, Terezinha de Jesus Nascimento Martins da; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves (2012). “Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais”. *Rev Med Minas Gerais*. V.22, n.1, p.1-128.

SOARES, Vânia Muniz Néquer; SCHOR, Néia; TAVARES, Carlos Mendes (2008). “Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna”. *Rev BrasCresc Desenvol Hum*. V.18, n.3, p.254-63.

WHO World Health Organization. (2018). “Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience”. Geneva: Licence. P.1-210.

World Health Organization (2019). “Trends in maternal mortality 2000 to 2017”: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva. p.1-119.

ARTIGO 2- MORTALIDADE MATERNA NA PERSPECTIVA DO FAMILIAR EM GUINÉ- BISSAU

MATERNAL MORTALITY IN THE PERSPECTIVE OF THE FAMILY IN GUINEA-BISSAU

Aminata Mendes¹, Maria do Socorro de Sousa¹, Francisco Herlânio Costa Carvalho
1,2.

¹[Departamento de saúde comunitária](#), Programa de pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará – UFC. ²Departamento de Saúde da Mulher, da Crianças e do Adolescente. Universidade Federal do Ceará

Correspondência

Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608, 5º andar. Bairro: Rodolfo Teófilo CEP:
60430-140

Cidade: Fortaleza-CE.

Telefone: (85) 99854-8484

ORCID

Aminata Mendes, (0000-0001-6068-7682); Francisco Herlânio Costa Carvalho, (0000-0002-6400-4479); Maria do Socorro de Sousa, (0000-0002-1009-0973).

Local de realização dos estudos/pesquisa

Hospital Nacional Simão Mendes em Guiné-Bissau

Conflito de interesse

Todos os praticantes (autores) deste artigo declaram não ter qualquer conflito de interesse.

Financiamento

A bolsa do estudo contou com apoio financeiro de Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) do Programa de Estudantes- Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG) e da Universidade Federal do Cear- UFC.

MORTALIDADE MATERNA NA PERSPECTIVA DO FAMILIAR EM GUINÉ-BISSAU

MATERNAL MORTALITY IN THE PERSPECTIVE OF THE FAMILY IN GUINEA-BISSAU

Resumo

Introdução: A mortalidade materna é um fenômeno trágico que afeta diretamente a saúde reprodutiva da mulher e o desenvolvimento social de um país, refletindo a qualidade dos serviços de saúde, entre eles a acessibilidade e a rede de referenciamento. **Objetivo:** Procurou-se compreender a morte materna no principal hospital de referência em Guiné Bissau na percepção dos seus familiares e os fatores influenciadores a este fenômeno. **Método:** Trata-se de pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa realizada no período de outubro a dezembro de 2018 na Maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes. Realizou-se entrevista semi-estruturada em profundidade de forma individual e a análise de conteúdo. **Resultado:** revela-se que o atendimento ao parto e nascimento ainda é um obstáculo para parturientes e seus familiares. Persiste uma desorganização do cuidado, refletido principalmente pela precariedade da infra-estrutura e da insuficiência de recursos humanos qualificados para o atendimento obstétrico. **Conclusão:** Os fatores influenciadores para a morte materna nessa instituição estão interligados a uma série de inter-relações entre os envolvidos nesse processo: Condição econômica de falecidas e seus familiares, precariedade da instituição, qualidade dos profissionais que a assistem, refletindo uma precária assistência prestada.

Palavras-chave: Morte Materna; Assistência à Saúde; Saúde da mulher

Abstract

Background: Maternal mortality is a tragic phenomenon that directly affects women's reproductive health and social development in a country, reflecting the quality of health services, including accessibility and the referral network. **Objective:** We sought to understand maternal death in the main referral hospital in Guinea Bissau in the perception of their relatives and the factors influencing this phenomenon. **Method:** This is an exploratory research with a qualitative approach conducted from October to December 2018 in the Maternity Hospital Simão Mendes National. Semi-structured in-depth interviews were conducted individually and content analysis. **Results:** it is revealed that attendance at birth and birth is still an obstacle for parturients and their families. A disorganization of care persists, mainly reflected by the precariousness of the infrastructure and the insufficiency of qualified human resources for obstetric care. **Conclusion:** The influencing factors for maternal death in this institution are linked to a series of interrelationships between those involved in this process: economic condition of the deceased and their families, precariousness of the institution, quality of the professionals who attend, reflecting poor care provided.

Keywords: Maternal Death; Childbirthcare; Women's Health

Introdução

A mortalidade materna é um dos problemas de saúde pública reconhecido mundialmente e é considerado como um dos fenômenos que afeta diretamente a saúde da mulher o desenvolvimento social de um país¹⁻⁴. Além de informar sobre a situação de saúde reprodutiva, reflete as condições de vida de uma população, a desigualdade social, assim como a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde.

É considerada uma tragédia para sociedade e tem consequências profundamente negativas para as famílias¹⁻⁵⁻⁷. A ausência da mãe não somente priva o aleitamento materno, mas também afasta o contato materno integral durante o crescimento e desenvolvimento. Estudos sobre este fenômeno têm referenciado vários fatores de risco e causas, principalmente condições médicas pré-existentes, a não disponibilidade de atenção qualificada e tempo oportuno⁸⁻¹⁰.

Em 2015, a Organização Mundial da Saúde OMS estimou as tendências da mortalidade materna global no período de 25 anos, de 1990 a 2015 contabilizando 10,7 milhões de mortes¹². Os países subdesenvolvidos são responsáveis por 99% do total de óbitos e 90% desses ocorrem por causas evitáveis^{5,13}.

Apesar dos esforços realizados pelas organizações internacionais para implementação de ações para redução das mortes maternas em alguns países, menos desenvolvidos, ainda apresentam altas taxas de mortalidade materna, entre eles muitos países Africanos da região subsaariana, representando uma região com sérios problemas de saúde pública. A razão da mortalidade materna pode ser mais de cem vezes maior nessa região que em países da Europa Ocidental³⁻¹⁴⁻¹⁹.

Em Guiné-Bissau a taxa da mortalidade materna continua sendo uma das mais elevadas da África, apesar de vir diminuindo nos últimos anos: de 914/100.000 nascidos vivos em 1991, passou para 549/100.000 nascidos vivos em 2015, mas ainda está acima de média global²⁰⁻²¹.

Portanto, para compreender o impacto nas intervenções sem diminuir os óbitos maternos é necessária uma abordagem avaliativa do sistema de saúde e a compreensão da estrutura social ou da comunidade onde as mulheres em idade reprodutivas estão inseridas.

Diante da situação exposta torna-se necessário o estudo da mortalidade materna em Guiné-Bissau na perspectiva do familiar. Portanto, o objetivo deste estudo foi compreender a morte materna na percepção do familiar de mulheres que vieram a óbito na maternidade do Hospital de Referência em Guiné Bissau e os fatores influenciadores a este fenômeno.

Metodologia

Trata-se da pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa que busca compreender a morte materna na perspectiva do familiar.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas em profundidade com familiares que tiveram as mulheres falecidas na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes em Guiné-Bissau no período de outubro a dezembro de 2018. Esta instituição pública é a única instituição terciária de referência hospitalar a nível nacional para o cuidado obstétrico, que recebe gestantes de alto e de baixo risco, vindas de diferentes regiões do país.

No cenário de 26 familiares selecionados foram realizadas 15 entrevistas de acordo com o critério de saturação teórica de informações¹⁹. Utilizou-se como critérios de inclusão: familiares que moravam com as mulheres falecidas e as acompanharam nos períodos gestacionais e que estavam presentes durante o internamento incluindo o momento de óbito. Após seleção do familiar procedeu-se ao contato telefônico para agendamento das entrevistas que foram realizadas nas suas residências. As entrevistas foram realizadas conforme a disponibilidade dos participantes após a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

Quadro 1: Características sociodemográficas dos familiares entrevistados de mulheres falecidas.

Familiar	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Ocupação	Grau de Parentesco
1	35	Básico	Casada	Doméstica	Madrasta
2	37	Secundário	Casada	Doméstica	Cunhada
3	53	Superior	Viúvo	Funcionário público	Marido
4	30	Superior	Solteira	Enfermeira	Irmã
5	43	Secundário	Viúvo	Segurança	Marido
6	48	Secundário	Casado	Mecânico	Irmão
7	31	Secundário	Viúvo	Motorista	Marido
8	30	Secundário	Casada	Doméstica	Prima
9	38	Secundário	Casada	Vendedora	Cunhada
10	49	Básico	Casado	Comerciante	Pai

Fonte: Autora.

As entrevistas foram gravadas em língua crioula (*a língua nacional de Guiné-Bissau*) com duração média de 40 minutos e foram transcritas e traduzidas pelos pesquisadores para língua portuguesa após o término de cada entrevista.

O instrumento de coleta de dados continha variáveis sobre estado civil da falecida, número de filhos, idade gestacional, realização de pré-natal, problema de saúde durante a gestação, se procurou a unidade básica de saúde, motivo pelo qual procurou assistência hospitalar, se estava em trabalho de parto e a qualidade de assistência recebida no hospital. Utilizou-se as seguintes perguntas norteadoras: 1) fale sobre o percurso da mulher durante a gestação, parto até o momento da morte; 2) fale sobre o motivo e o momento que a mulher procurou o hospital e sobre como ela foi atendida.

Para análise de dados, foi feita análise de conteúdo a qual nos permite através de recortes das falas dos sujeitos articular a percepção sobre o óbito materno com a teoria científica.

Os entrevistados não foram identificados pelos nomes próprios, portanto, os seus discursos foram numerados e denominada de “*Idjusta*” que significa em crioulo da Guiné-Bissau “Chega”.

Aspectos éticos

A pesquisa foi iniciada mediante anuência do hospital pesquisado e foi aprovada pelo comitê de ética de Instituto Nacional de Saúde Pública da Guiné-Bissau N°004/CNS/INASA/2019.

Resultados e Discussão

A análise dos resultados de entrevistas possibilitou a criação de quatro categorias que mostraram as situações clínicas das falecidas, os percursos percorridos em busca de assistência obstétrica hospitalar, o cuidado ou assistência recebida na maternidade e a percepção do familiar sobre o evento morte materna: 1) *Da gestação à morte prematura e inesperada*; 2) *Negligência na assistência obstétrica: a violência velada no corpo que pare*; 3) *Falta de medicamentos ou materiais e cobranças ilícitas na maternidade*; 4) *Desigualdade na oferta do serviço na maternidade*.

Quanto ao perfil epidemiológico das mulheres, em relação à idade no momento de óbito variou de 17 a 35 anos. O estado civil mostrou que cinco mulheres eram solteiras, nove casadas e uma vivia com companheiro. Quanto à escolaridade, cinco cursaram ensino básico completo, três ensino básico incompleto, três ensino secundário completo, três ensino secundário incompleto, uma ensino superior incompleto e duas nunca estudaram. Informa-se que 14 mulheres não tinham trabalho remunerado, e uma era costureira. O familiar não soube informar o valor de remuneração. Quanto ao número de filhos, seis eram primigestas, quatro

tinham dois filhos, três tiveram três filhos e duas mulheres tiveram seis filhos, incluindo a última gestação. Em relação ao pré-natal, constatou-se que treze mulheres fizeram o acompanhamento pré-natal, pelo menos uma consulta, e duas não fizeram. Quanto ao período em que ocorreu o óbito, mostra-se que dez óbitos tinham ocorridos pós-parto; três óbitos no momento do trabalho de parto e dois óbitos após aborto. Houve nove partos vaginais e seis cesáreas. As causas declaradas da morte foram: 14 óbitos por hemorragia e um por eclampsia.

1) Da gestação à morte prematura e inesperada

A morte é um dos conceitos mais antigos da história da humanidade que é entendida ou definida por diferentes abordagens, seja ela filosófica religiosa ou científica, representando a variedade de emoções e concepções de cada sociedade ou cultura. A morte na tradição africana é a passagem de uma vida para outra, porém quando acontece de forma precoce ou acidental não é sinônimo de uma boa passagem²²

“(...) Em cinco filhos que ela teve nunca tinha dificuldade no momento do parto” (Idjusta,2).

“Ela estava bem e ficamos conversando até por volta de meia noite e fomos transferidos de bloco operatório para maternidade” (Idjusta, 5).

“A morte da minha irmã foi surpresa para mim, não me esperava que ela fosse morrer assim, nunca teve problema quando estava grávida, ela estava sã e muito bem da saúde (...)” (Idjusta10).

“ Eu estava com ela após parto, ela estava bem (...) Por volta das 6 horas de manhã entrou uma enfermeira pedindo para deixar o quarto, pois vai realizar os procedimentos, logo as deixei lá e saí do quarto, fiquei esperando fora e não demorou muito o medico que realizou a cesaria dela me chamou avisando que ela morreu” (Idjusta,11).

Quando uma pessoa morre “sã e jovem”, a sociedade e principalmente os familiares carregam o ônus de uma morte prematura e uma sensação de desconforto, dor e raiva⁷. Portanto, a morte de uma mulher no período gestacional, parto ou logo após é sem dúvida um desfecho trágico para a sociedade, profissionais de saúde e especialmente para familiares, que carregam esses sentimentos, dor e surpresa por considerar que seu familiar não apresentava os sinais de risco ou qualquer problema relacionado à gravidez.

2) Negligência na assistência obstétrica: a violência velada no corpo que pare

A presença de acompanhante durante o parto é preconizada pela organização mundial de saúde no intuito de garantir apoio emocional e conforto físico a mulher e também possibilita a observação de procedimentos realizados e seu desfecho.

A presença constante do acompanhante durante o processo do parto é de suma importância não só para oferecer o apoio emocional e conforto físico a mulher, mas também pode ser considerada como um marcador de segurança e qualidade do atendimento²³. Nessa lógica, o profissional de saúde tem a obrigação ética e legal de oferecer informações claras e completas sobre o cuidado, os tratamentos prestados à mulher e sobre o desfecho, seja ele qual for. Diferente do que foi relatado pelos entrevistados²⁴.

O ser humano não está preparado suficientemente para se deparar com o fim da vida dos entes queridos⁷. Equando isto acontece inesperadamente sempre se questiona o porquê e como ocorreu. Nesse sentido, a informação sobre o fato é muito importante para família, servindo como um alívio ou a minimização da dor ou sofrimento. Quando não há essa possibilidade de comunicação entre profissional e paciente ou familiar configura-se como uma violação do direito tanto da mulher quanto dos familiares. Os familiares relataram não ter sido informado sobre o que aconteceu e nem tiveram a oportunidade de acompanhar os seus últimos momentos com vida. Sentiram-se penalizados pelo comportamento dos profissionais de saúde como se pode ver nos relatos que se seguem:

“Naquele momento que ela foi levada no local do parto, eu queria entrar, mas não teria como (...). Quando foram 17 horas a tiraram na sala do parto e colocaram-lhe num espaço, só que eu estava de longe, mas observei de forma que ela estava deitada era quase a morte. Passou alguns minutos fui chamado a fazer assinatura do óbito (...)” (Idjusta,1).

“Depois lhe levaram para sala do parto, de lá que eu não soube se lá na sala que ela faleceu ou depois da cirurgia, porque os médicos não me permitiram entrar na sala nem ficar por perto da paciente” (Idjusta,6).

“Cheguei à porta e me impediram de entrar, teve uma enfermeira que estava assistindo ela e me disse a sua irmã já foi socorrida, já está a receber a assistência afinal ela não conseguiu mais resistir, faleceu” (Idjusta, 9).

“(...) Quando passou algumas horas pedi para ela (enfermeira), será que posso entrar para saber como ela está e motivá-la? E ela (enfermeira) me disse (...) não deixamos você entrar porque como não temos condições de colocar cada mulher no seu quarto sozinha, ainda têm outras mulheres que acabaram de dar à luz, de modo que você não deve entrar (...) E pedi a ela (enfermeira) se a minha irmã podia entrar sendo a mulher, e ela me respondeu que não podia entrar também” (Idjusta,8).

“Quando nós chegamos ao hospital passamos quase uma hora para ser atendidos, quando ela entrou na sala de parto não me deixaram mais vê-la, fiquei fora mais de 4 horas de tempo, não sei se no parto que ela complicou ou depois do parto, tudo aconteceu muito rápido” (Idjusta ,10).

O acompanhamento deficiente ao trabalho de parto e ao puerpério, assistência tardia a complicações decorrentes do trabalho de parto e parto atribuem ao atendimento hospitalar uma quantia significativa de responsabilidade pelo óbito materno²⁵⁻²⁸.

Apesar de existirem vários outros fatores que podem influenciar ou contribuir para a morte materna, mas quando o tratamento adequado é fornecido, o resultado será geralmente satisfatório²⁹. Acredita-se que o resultado desfavorável é afetado por tratamento tardio.

Acredita-se que, os indicadores de mortalidade materna são extremamente sensíveis a cuidados obstétricos de qualidade, e o tempo na obtenção de cuidado adequado é o fator mais importante relacionado às mortes maternas, o que comprova que a mortalidade materna é previsível em sua maior proporção³⁰⁻³.

“(...) Passei toda a noite com ela no hospital, no dia seguinte de manha cedo fui chamar o médico, mas tudo que eu chamava para ir me dizia com um tom alto: “eu acabei de sair de lá, não posso voltar mais, este homem é chato” (...). Mesmo com a dor que a minha esposa sentia, eu mesmo senti humilhado por aqueles médicos, só que não podia fazer nada, porque quem devia tratar a dor dela eram os médicos, pois se eu sabia curar não ia levá-la para hospital” (Idjusta,2).

“(...) Ela estava precisando da assistência de cuidado intensivo, mas não tinha ninguém, ou seja, o médico que poderia socorrer a minha irmã, me disseram que todos os médicos tinham ido embora, porque cada um dormia na sua clínica e só voltavam para serviço das 08h as 09h da manhã (...) ” (Idjusta,9)

“(...) A minha irmã podia morrer ou aquele dia poderia ser seu dia de morrer, mas deveriam prestar-lhe assistência médica, para que nós pudéssemos saber que os médicos lhe assistiram, foi o dia dela é que chegou.” (Idjusta,10).

“ (...) Eu lhe disse – doutor! Por favor, vá ver a minha esposa, ela está mal e, além disso, ela acabou de dar a luz há três semanas” (...) Pelo menos que ela receba o oxigênio (...) ” (Idjusta,12)

“Fiquei muito chocada com a morte da minha irmã, até que podia falecer se depender de vontade de Deus, não diz que ela não poderia falecer naquele dia, se na verdade foi o dia em que Deus marcou a sua morte, mais que seja atendida na hora precisa” (Idjusta,13).

“ (...) Eu tinha que sair da sala onde encontrava a minha irmã a procura de médico para lheatender. Nesse exato momento estava a sair do bloco operatório médico que tinha ido ver a minha irmã e disse para os médicos que acabavam de descer do carro, atendam essa menina, ela está com a irmãzinha na maternidade, vão medicá-la o mais rápido possível. Eles responderam – sempre você diz que está mal! Quem é que não está mal então? Todos nós estamos mal aqui em Bissau (...). Ninguém veio até então? (...) Quando voltei para a minha irmã de novo, cheguei à porta e me impediram de entrar, afinal ela não conseguiu mais resistir, faleceu” (Idjusta,15).

Os entrevistados descreveram com frustração o sentimento de impotência em relação aos comportamentos de alguns profissionais de saúde e revelaram vários casos de negligência de alguns médicos ao ser procurados para assistir à paciente. Os médicos não respondiam a tempo e nem sempre estão no local do serviço da maternidade. A ausência dos profissionais de saúde faz com que muitas mulheres acabem por morrer na própria instituição hospitalar. Os familiares relataram que se sentiam ignorados e humilhados na maternidade enquanto os profissionais “médicos” preocupavam-se com seus negócios particulares, ou seja, as suas necessidades pessoais, em vez de dar assistência ao paciente.

1) Falta de medicamentos ou materiais e cobranças ilícitas na maternidade

O acesso aos serviços de saúde é determinado por vários fatores, muitos deles de ordem econômica⁷. A instituição pesquisada é pública, mas não existem, aparentemente, os materiais básicos para realizar vários dos procedimentos necessários à assistência obstétrica terciária. Além da inexistência de recurso

Financeiro para cobrir as despesas e o pagamento dos funcionários, conta com a insuficiência de recurso humano qualificado. O acesso aos serviços de saúde nessa instituição é determinado pelo nível socioeconômico da paciente e sua família que devem comprar insumos

e medicamentos e ainda pagar por serviços médicos.

Alguns familiares entrevistados relataram ter sofrido defato por não ter dinheiro, por “falta de quase tudo na maternidade”, por exemplo, luvas, remédios, hemoderivados, etc. O hospital não dispunha devários desses insumos. As pacientes recebem receitas pré-escritas para comprar os medicamentos necessários fora do ambiente hospitalar. Como se pode observar nos relatos que se seguem:

“Teve um rapaz do pessoal de saúde que saiu e me perguntou se já tinha comprado bolsas de sangue, porque ela estava a perder sangue, só que o dinheiro que levamos para hospital não atingiu o valor para comprar sangue, então, liguei uma pessoa da família em casa, no sentido de levar o dinheiro, mas antes dessa pessoa chegar ao hospital, já tinham me informado que a minha irmã faleceu” (Idjusta,6).

“(...) tinham-nos passado uma receita para comprarmos soro que custava dez mil francos (...). Disseram-nos que tínhamos que procurar alguém do mesmo grupo de sangue para doar sangue para ela e se conseguíssemos elas poderiam substituir esse sangue com o que elas tinham. Ficamos nesse problema de não ter sangue no momento até as cinco horas da manhã, lembrando que chegamos ao hospital às duas horas da manhã” (Idjusta,9).

Houve relatos de ausência de procedimentos por não terem dinheiro suficiente para pagar pelo serviço, como se descrevem a seguir:

“Quando chegamos à maternidade nos disseram que ela tem que fazer cesariana, só que nós que atrasamos por causa do dinheiro, porque nos pediram para pagar 50.000 mil Francos CFA (CFA-Franco- Comunidade Financeira Africana é a moeda utilizada em Guiné-Bissau). Eles (médicos) não nos atenderam por causa do dinheiro, até que ela acabou por morrer.”(Idjusta ,7)

“(...) A enfermeira me pediu 10.000 (dez mil franco CFA) alegando que tinha que pagar o trabalha que ela fez (...). Já 05h10 da manhã ela me chamou de novo e me disse já terminamos o serviço, mais tens que pagar as luvas que eu usei com a fralda da criança e da mãe (...) Quando não tens dinheiro dificilmente terá um bom tratamento aqui em Bissau, isso é um habito”(Idjusta,8).

A precariedade de sistema de saúde guineense e as cobranças ilícitas de taxas por

parte dos profissionais de saúde são reflexos da desorganização do Estado, da gestão e de não cumprimento do direito mais essencial das mulheres, que é direito a vida. Insuficiência de recurso financeiro público para cobrir a necessidade básica de saúde do seu povo, ou o mínimo que a paciente necessita no hospital público no país faz agravar essas situações cada vez mais. Tudo isso indica que o sistema de saúde guineense não tem funcionado como um instrumento de equidades sociais, sem reproduzir as desigualdades sociais tanto no acesso ao serviço de saúde como no processo de atenção ao parto.

4) Desigualdade na oferta do serviço na maternidade

A desigualdade em saúde é fruto das diferenças produzidas socialmente na qualidade de vida e na capacidade de agir e de ser dos grupos sociais e indivíduos²⁶⁻³⁴. Portanto, os resultados da qualidade de vida estão associados com a estratificação social exposta com diferentes níveis de vulnerabilidades entre grupos menos e mais favorecidos socioeconomicamente³⁰. O sistema de saúde ou os programas de saúde pública atingem, inicialmente, os favorecidos socialmente e economicamente e tardiamente atinge os mais pobres³⁵.

Alguns autores admitem que existem enormes disparidades na cobertura de serviços de saúde entre os bem-sucedidos e desfavorecidos em países de baixa renda. As desigualdades em vários estratos da sociedade têm sido os principais determinantes da saúde materna³⁶⁻⁷.

Em um contexto específico de Guiné-Bissau foi possível perceber que a desigualdade ainda está presente em todas as esferas sociais, no caso do acesso ao sistema ou serviço de saúde. Verifica-se reflexo na prestação ou na qualidade do atendimento oferecido ao paciente. Apesar do hospital ser público e de acesso a todas as camadas da população, ainda há diferença da cobertura pelo dinheiro que a paciente dispõe ou ter relação de parentesco ou amizade com pessoal do serviço.

“(...) Se você não conhece uma pessoa que trabalha na maternidade ou se não tem dinheiro é difícil ser atendida na hora” (Idjusta, 6).

“Fui chamar meu primo e perguntei-lhe se não conhece alguém que faz o serviço na maternidade, ele por sua vez, me indicou a uma médica e, expliquei-a que sou primo do fulano e a minha esposa está num estado de coma e gostaria saber o que pode ser feito para ultrapassar a situação. Logo essa mulher (médica) chamou o outro médico e pediu-lhe ir ver a minha esposa” (Idjusta, 7).

“Depois nos disseram que ela teve que ser internada, só que não havia camas no momento e colocaram-lhe deitada ao lado até no momento que haver cama (...). Depois vi um dos meus vizinhos, só que não sabia se ele trabalhava nesse hospital, logo ele me perguntou o que fui fazer no hospital, expliquei que a minha irmã que está doente, então foi ele que me ajudou a conseguir a cama para minha irmã internar” (Idjusta13).

Procurar o atendimento e não ser atendida no serviço procurado ou esperar mais de uma hora para internação são elementos indispensáveis na mensuração da qualidade de cuidado ao parto³⁸⁻⁹.

Percebe-se que há vários fatores ou entraves que criam barreiras para o acesso à maternidade: não conhecer pessoal do serviço e não ter o dinheiro para ser atendida numa instituição pública e “gratuita”, justifica a exclusão e a má qualidade do cuidado ao parto. Por outro lado nota-se que a distribuição injusta no cuidado de serviço de saúde materno na maternidade do HNSM, é um reflexo de condições precárias do setor de saúde pública guineense. O descompromisso do Estado pelo bem-estar do seu povo, principalmente a saúde das mulheres faz com que a instituição pública virasse um espaço de “clientelismo”.

O acesso à maternidade e o atendimento ao parto ainda é um obstáculo para parturientes e seus familiares, ainda persiste uma desorganização e a centralização do sistema de saúde na oferta do serviço, além da precariedade na infra-estrutura hospitalar e maternidade. Não há leitos suficientes para internações de casos graves ou condições estruturais para garantir o direito ao acompanhante, desrespeitando o que foi preconizado pela OMS. Observa-se também insuficiência de recurso humano tecnicamente qualificado para o atendimento obstétrico, revelando a situação preocupante em relação à atenção de urgência e emergência obstétricas.

Considerações finais

A morte materna é um fenômeno de saúde pública que causa dano irreversível, por isto precisa ser compreendida e combatida pela sociedade, principalmente pelas autoridades competentes, neste caso o Estado, a fim de criar os mecanismos de prevenções, incluindo o desenvolvimento socioeconômico e político do seu povo. Portanto, o objetivo deste estudo foi compreender a percepção do familiar em relação à morte materna, com intuito de recolher as informações detalhadas da qualidade das experiências vivenciadas em relação ao atendimento recebido, eficácia percebida na assistência à saúde da mulher na maternidade de referência e os fatores influenciadores a este fenômeno.

Todos os dados analisados vieram confirmar a persistência e a influência de múltiplos fatores que estão relacionados à morte materna nessa instituição hospitalar, entre os quais estão às condições materiais, insuficiência de profissionais qualificados, peregrinação das gestantes, má qualidade de assistência prestada a mulher e as baixas condições econômicas das falecidas e seus familiares.

Percebe-se que a mortalidade materna em (HNSM) é um fenômeno preocupante e que permanece como um desafio para sociedade guineense, visto que há vários problemas que precisam ser resolvidos urgentemente no país.

Portanto, os dados analisados nesse estudo merecem uma atenção específica e cuidadosa dos gestores do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), da maternidade e do Ministério da Saúde da Guiné-Bissau no sentido de elaborar uma política que funcione a favor do direito à saúde reprodutiva da mulher, que beneficie a mulher no sentido de ter uma assistência integral de qualidade e digno na detecção precoce de complicações e na suas resoluções, assegurá-la o direito de acompanhante de sua livre escolha, de receber as informações de qualquer medida a ser tomada e do seu desfecho final, garantir o direito básico da mulher e, principalmente, adequação da maternidade para atendimento de risco obstétrico no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Elizalde EG. Análisis de la ocurrencia de la Mortalidad Materna en la Provincia de Santa Fe – Argentina, a propósito de una intervención. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2004;7 (4): 435-47.
2. Chogan M, Foreman KJ, Naghavi M, Yahn S, Wang M, Makela SM, Lopez Ad, Lozano R, Murray CJL. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. 2010; 375 (10)1609-23.
3. Ferraz L, Bordignon M. Mortalidade materna no Brasil: Uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública** 2012; 36 (2)527-38.
4. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema, L. Global causes of maternal deaths: A WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health** 2014; 2 (6)323–33.
5. Molla M, Mitiku I, Worku A, Yamin AE. Impact of maternal mortality on living children and families: A qualitative study from Butajira, Ethiopia. **Reproductive Health** 2015; 12(6) 1-9.
6. Moucheraud C, Worku A, Molla M, Finlay JE, Leaning J, Yamin AE. Consequences of maternal mortality on infant and child survival: a 25-year longitudinal analysis in Butajira Ethiopia. **Reproductive Health**, (1987-2011), 2015;12(4)1-8
7. Gomes FA, Nakano NMS, Almeida AMD, Matuo YK. Mortalidade materna na perspectiva do familiar. **Esc Enferm USP** 2006; 40 (1) :50-6.
8. Alvarez J L, Gil R, Valentín H, Gil A. et.al. Factors associated with maternal mortality in Sub-Saharan Africa: an ecological study. **BMC Public Health** 2009; 9(462) 1-8.
9. Hernandez JC, Moser CM. Community Level Risk Factors for Maternal Mortality in Madagascar. **African Journal of Reproductive Health** 2013; 17(4) 118-129.

10. Nair M, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Sellers S, Lewis G, Knight M. Factors associated with maternal death from direct pregnancy complications: a UK national case-control study. **BJOG Na International Journal of Obstetrics and Gynaecology** 2015; 122 (5)653–662.
11. Ugwu NU, Kok BD. Socio-cultural factors, gender roles and religious ideologies contributing to Caesarian- section refusal in Nigeria. **Reproductive Health** 2015; 12 (70) 2-13.
12. Abouzahr C. New estimates of maternal mortality and how to interpret them: choice or confusion? **Reproductive Health Matters** 2011;19(37) 117-128.
13. Áfio ACE, Araújo MAL, et.al. Óbitos maternos: necessidade de repensar estratégias de enfrentamento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** 2014; 15 (4) 631-638.
14. Kassebaum NJ, Villa AB, Coggeshall MS, Shackelford K, et.al. Nicholas J. et.al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet** 2014; 384(9947)980–1004. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60696-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60696-6)
15. World Health Organization-WHO. Atlas of African Health Statistics. universal health coverage and the Sustainable Development Goals in the WHO African Region. Brazzaville: **WHO Regional Office for Africa** 2018. ISBN 978-929023413-5
16. INE-GB. Estatísticas Básicas da Guiné-Bissau 2014. **Instituto Nacional de Estatística de Guiné-Bissau** 2014. Disponível em: http://www.stat-guinebissau.com/publicacao/estatisticas_basicas.pdf. Acesso em: 20 Fev. 2019.
17. GUINÉ-BISSAU. Ministério da Saúde Pública. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS II)**, atualizado para 2008-2017. Bissau, 2008.
18. Uniogbis: Secção de direitos humanos (UNIOGBIS-SDH)-ACNUDH. **Relatório sobre o Direito à Saúde na Guiné-Bissau**. Bissau. 2017. Disponível

em:<https://uniogbis.unmissions.org/sites/default/files/report_on_the_right_to_health-guinea-bissau_portuguese.pdf>. Acesso em: 20 Fev. 2019.

19. Fontanella BJ, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2008; (1):17-27.

20. Barbosa F J. O ritual de morte dos grupos Kimbundu e Umbundu como dignificação social em Luanda. João Pessoa/PB, 2016.

21. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, *et.al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014; 30 Sup:S140-S153, 2014.

22. Sodré TM, Bonadio IC, Jesus MCPD, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis** 2010; 19(3): 452-60.

23. Allegri MD, Ridde V, Luis VR. *et.al.* Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: A case study from rural Burkina Faso. **Health Policy** 2011; 99(Sn) 210– 218.

24. Pariz J, Mengarda CF, Frizzo GB. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. **Saúde Soc.** São Paulo, 2012; 21 (3) 623- 636.

25. Blanc A K, Winfrey W, Ross J. New Findings for Maternal Mortality Age Patterns: Aggregated Results for 38 Countries. **PLoS ONE** 2013;8 (4)1-9. Disponível em:<<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0059864&type=printable>> Acesso em: 20 Fev. 2019.

26. Silva ALAD, Mendes ADG, Miranda GDM, Souza WVD *et.al.* A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33(12) 1-14.

27. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. **Sm. Sci. Med** 1994; 38(8):1091-1110.
28. Ononokpono DN, Odimegwu CO. Determinants of Maternal Health Care Utilization in Nigeria: a multilevel approach. **Pan African Medical Journal** 2014; 17 (1):2.
29. Resende LV, Rodrigues RN, Fonseca MDC. Mortes maternas em Belo Horizonte, Brasil: percepções sobre qualidade da assistência e evitabilidade. **Rev Panam Salud Publica**. 2015; 37(4/5): 218–24.
30. Herculano MMS, Veloso LU, Teles LMR, Oriá MOB, Almeida PCD, Damasceno AKDC. Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** 2012; 46 (2):295-30.
31. Buor D, Bream K. An Analysis of the Determinants of Maternal Mortality in Sub-Saharan Africa. **Journal of women's health** 2004; 13 (8):926-41.
32. Barata, RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (Temas em Saúde). **R. Pol. Públ.** São Luís 2009; 20(1):232-236.
33. Correia RA, Araújo HC, Mer B, Furtado BMA, Bonfim C. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006) . **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn** 2011; 64 (1) 91-97.
34. Mumtaz Z, Salway S, Bhatti A, et al. Improving Maternal Health in Pakistan: Toward a Deeper Understanding of the Social Determinants of Poor Women's Access to Maternal Health Services. **American Journal of Public Health** 2014; 104 (1) 17–25.
35. Barros FC, Victora CG. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro 2008; 24 (3):461-467.
36. Pelloso SM, Tavares MSG. A problemática familiar e a morte materna. **Maringá** 2006; 5 (Supl) 19- 25.

37. Gülmezoglu A M, Lawrie TA, Hezelgrave N, et. al. Interventions to Reduce Maternal and Newborn Morbidity and Mortality. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. **Disease control priorities** , Geneva, 2016;2 (sn) 1-419.

38. Leal MDC, Tema-Filha MM, Moura ECD, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia legal e no Nordeste. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** 2015; 15 (1)91-104.

39. Pacagnella RC, Cecatti JG, Osis MJ, Souza JP. The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework. *Reproductive Health Matters* 2012; **Reproductive Health Matters** 2012: (39) 155-63

ARTIGO 3- VIVÊNCIAS DE PUÉRPERAS NO SERVIÇO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM GUINÉ-BISSAU: EXPLORANDO O PAPEL DAS TRÊS DEMORAS NO CUIDADO OBSTÉTRICO

Aminata Mendes¹

Maria do Socorro de Sousa²

Toia Mendes³

Francisco Herlânio Costa Carvalho^{1, 2}

RESUMO

As complicações no ciclo gravídico-puerperal e a morte materna são eventos que refletem a qualidade de assistência prestada à mulher, bem com a acessibilidade dos cuidados de saúde disponibilizados. **Objetivo:** Avaliar a associação entre demoras na busca de cuidado obstétrico e na assistência prestada à gestante em uma maternidade de referência terciária. **Método:** Trata-se da pesquisa qualitativa exploratória e descritiva realizada na maternidade de referência terciária em Bissau, capital da Guiné-Bissau que atende a gestação de baixo e de alto risco. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas de forma individual e analisadas mediante análise de Conteúdo. **Resultado:** Mostra-se que as mulheres tiveram muitas dificuldades em relação ao acesso e a assistência oportuna no serviço de saúde. Algumas procuram mais de uma maternidade ou hospital. Revelam-se entraves referentes a não existência de transporte ou suporte básico, demora no atendimento no serviço de referência ao cuidado obstétrico. Algumas mulheres não procuraram o serviço de saúde alegando ter medo da violência obstétrica e institucional. **Conclusão:** Conclui-se que a desorganização do sistema de referência à gestante, a falta de cuidados pré-natais e a assistência inadequada nas instituições hospitalares no país perpetuam o atraso em busca de atenção qualificada e oportuna na maternidade, o qual coloca a mulher e o feto em risco de complicação ou morte.

Palavra-chaves: Saúde materna, gestação, assistência Integral à Saúde

ABSTRACT

Background: Complications in the pregnancy-puerperal cycle and maternal death are events that reflect the quality of care provided to women, as well as the accessibility of health care provided. **Objective:** To evaluate the association between delays in seeking obstetric care and assisting pregnant women in a tertiary referral maternity hospital. **Method:** This is an exploratory and descriptive qualitative research conducted at the tertiary referral maternity hospital in Bissau, capital of Guinea-Bissau that serves low and high risk pregnancies. Data were collected by semi-structured interviews individually and analyzed through Content analysis. **Result:** It is shown that women had many difficulties regarding access and timely care in the health service. Some seek more than one maternity or hospital. Barriers regarding the lack of transport or basic support are revealed, delay in the service in the reference service for obstetric care. Some women did not seek health care claiming to be afraid of obstetric and institutional violence. **Conclusion:** It is concluded that the disorganization of the reference system for pregnant women, the lack of prenatal care and inadequate care in hospital institutions in the country perpetuate the delay in seeking qualified and timely care in the maternity ward, which puts women and the fetus at risk of complication or death.

Keywords: Maternal health, pregnancy, Comprehensive Health Care

INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são influenciados por múltiplos fatores, desde os de natureza biológica até as características sociais, culturais e econômicas da população, além do acesso e qualidade técnica dos serviços de saúde disponíveis para a população (BEZERRA et.al. 2006; PRIMO et.al. 2007; Bhutta et.al. 2010). Nesta ótica, as literaturas sobre essa temática, assim como as recomendações de OMS (OMS, 1996; SOUZA et.al. 2015) vem demonstrando a importância do cuidado com a saúde materna, considerando seu acesso à assistência e a adequação do sistema de saúde em responder suas necessidades.

A universalização do acesso adequado à saúde reprodutiva foi estabelecida no quinto Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM) em 2000. Guiné-Bissau foi um dos países da África subsaariana que assumiu o compromisso com ONU de estabelecer a estratégia para melhorar a condição de saúde reprodutiva materna, com possibilidade na oferta de cuidado obstétrico adequada.

Portanto, a melhoria de condição materna vai além da assistência médica propriamente dita, mas sim entender a situação do sujeito no seu todo como um ser social e, os fatores contribuintes para entraves ao acesso, complicações que podem ser detectados e melhorados no seio da família, da comunidade e nas instituições de prestações ao atendimento à saúde materna.

Na década de 1990 foi elaborado o modelo referencial teórico de três demoras conhecido como "three de lays model" por Thaddeus & Maine (1994) a fim de avaliar a assistência à saúde materna e compreender os fatores contribuintes para complicação obstétrica ou a morte materna. Este modelo associa a mortalidade materna consequências causais ou demoras que dificultam a gestante de ter a acesso ao serviço de saúde e assistência obstétrica adequada e oportuna (PACAGNELLA, 2011; KALTER et al 2011; LAWN et.al. 2016; ANDRADE et.al., 2018).

Portanto, este modelo de demoras revela que, a complicação e o tratamento podem acontecer nas três fases. As quais são: I fase - demora na decisão de procurar cuidados pelo indivíduo ou família: II fase – demora no alcance a unidade de cuidados adequados de saúde, devido a dificuldades socioeconômicas, barreiras culturais, condições de estradas, transporte disponível, custos de deslocamento e a distância geográfica: III fase - demora em receber os cuidados adequados na instituição de referência. Estes atrasos estão relacionados entre si (THADDEUS & MAINE, 1994; PACAGNELLA, 2011). Entretanto, este modelo é útil e recomendado para o estudo de avaliação de acesso ao serviço de saúde e a assistência a gestante,

tendo em conta que essas mulheres passaram por mesmo processo, ou seja, percorreram o mesmo caminho daquelas que morreram.

Nessa tentativa de busca para compreender o percurso de gestante e avaliação da assistência à saúde materna, emergiu a questão norteadora: quais as vivências das gestantes em busca de cuidado obstétrico e a assistência prestada às mesmas na instituição hospitalar? Como estão introduzidas as três demoras a partir da experiência vivida pelas mulheres e suas famílias?

O estudo tem como objetivo avaliar associação entre demoras na busca de cuidado obstétrico e na assistência prestada à gestante em uma maternidade de referência terciária na Guiné-Bissau.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa exploratória e descritiva realizada na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) em Bissau-capital da Guiné-Bissau no período de outubro a dezembro de 2018, que visa analisar as experiências narrativas das mulheres admitidas no HNSM sobre o acesso e a demora na assistência obstétrica prestada à gestante. O HNSM é o único hospital referência terciária no país que atende gestantes de alto e de baixo risco vinda de diferentes regiões do país. Nesta maternidade são realizados aproximadamente 7.000 partos por ano.

Participaram de estudo trinta (30) puérperas internadas nessa maternidade. Utilizou-se como critérios de inclusão: todas as mulheres que já pariram e que estavam em condições para participar na entrevista e foram excluídas as mulheres debilitadas que apresentavam incapacidade física e mental no momento de entrevista.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas de forma individual analisadas mediante análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Foi utilizada uma abordagem avaliativa de assistência a gestante baseada em referencial teórico de três fases de demoras elaboradas por (THADDEUS & MAINE 1994).

A seleção de puérperas para entrevistas se deu através de visita a maternidade, o que permitiu estabelecimento do primeiro contato com as participantes. A entrevista procedeu-se em duas fases: A primeira foi realizada uma solicitação da entrevista e uma breve explanação sobre o objetivo da pesquisa e sua finalidade. Na segunda fase realizou-se a entrevista individual a fim de recolher as informações relevantes sobre as “três demoras”.

As entrevistas procederam em língua crioula (*a língua nacional da Guiné-Bissau*) com duração média de 30 minutos. Após o término de todas as entrevistas, foram transcritas e traduzidas pelos pesquisadores para língua portuguesa.

O instrumento de coleta de dados continha variáveis sócio-demográficas (Região de Residência, Etnia, Religião, Escolaridade, Ocupação, transporte) e característica assistenciais (pré-natal e parto).

A pesquisa foi iniciada mediante anuência do hospital pesquisado e foi ainda aprovada pelo comitê de ética de Instituto Nacional de Saúde Pública da Guiné-Bissau N°004/CNS/INASA/2019.

Quanto ao aspecto ético, as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e as mesmas não foram identificadas pelos nomes próprios. Atribuiu-se nomes fictícios em língua crioula da Guiné-Bissau “*Bodjbinu*” que significa “*olhem por nós*”.

A informação coletada permitiu categorização similar de modelo de “três demoras” de Thaddeus & Maine, no qual se possibilitou a interpretação e articulação de falas com a teoria científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado foi apresentado em três partes de acordo com a análise de categorias de “três demoras” que revelaram as dificuldades encontradas pelas mulheres em busca de acesso ao serviço de saúde e a assistência ou cuidado obstétrica prestada às mesmas.

Quanto ao perfil demográfico, das 30 mulheres participantes deste estudo possuíam entre 20 e 44 anos, 13 residem na zona rural e 17 na urbana. Em relação à etnia, 10 eram da etnia Fula, seis Balanta, quatro Papel, três Mandinga, três Manjaca, uma Bijagões, uma Felupe, uma Mista, uma Mancanhe; Religião, 13 eram católicas, 13 muçulmanas, uma evangélica, três de outra religião. Quanto à escolaridade, quatro possuíam ensino superior, 12 cursaram ensino básico, oito ensino secundário, seis eram analfabetas. Quanto à ocupação, 20 eram donas da casa, duas comerciantes, cinco estudantes e três lavradoras.

Em relação ao pré-natal, constatou-se que 11 mulheres não fizeram o acompanhamento pré-natal, 19 fizeram entre uma a quatro consultas. Enquanto ao momento que procuraram o hospital, 24 afirmaram que o procuraram no momento do parto, quatro no aborto. Quanto ao Transporte, 18 foram a maternidade de taxi, cinco de ambulância, seis de carro particular, um de toca-toca (transporte coletivo). Quanto ao tempo percorrido até ao

hospital, 14 afirmaram que percorreram a distância de 15 a 50 minutos, 13 percorreram a distância de 1h a 15 horas e 3 afirmaram que passaram um dia para chegar ao hospital.

No que diz respeito à informação sobre o parto, 17 mulheres afirmaram que não receberam a orientação sobre os seus partos e 13 receberam. Quanto aos profissionais de saúde que assistiram essas mulheres, 14 mulheres foram assistidas por médico, nove por enfermeira, cinco por parteira e duas por estagiário.

Primeira demora: fatores que influenciam a decisão de procurar cuidado

A tomada de decisão de procurarmos cuidados é influenciada por diversos determinantes que envolvem fatores socioculturais e econômicos, o que indica que oferecer o cuidado de qualidade nem sempre aumenta a acessibilidade ao serviço de saúde (THADDEUS & MAINE, 1994; PACAGNELLA et.al., 2014). Portanto, existem muitos obstáculos ou barreiras que devem ser ultrapassadas para obter acesso, promoção, prevenção e assistência à saúde de qualidade. É de suma importância ressaltar que grandes partes das participantes neste estudo são de nível economicamente desfavorável, “donas de casa” que não tinham independência econômica. Alguns estudos apontam que este fator é uma das principais barreiras que impedem as mulheres o acesso ao serviço de saúde, a desigualdade de gênero, a prática sociocultural que excluem as mulheres na tomada de decisão, especialmente pertencente de classe social mais desfavorecidas ou pobre (BEZERRA et.al, 2006; HOUWELINGET. al, 2007; HAMID et al, 2014; ANDRADE et.al., 2018; MARTINS et.al., 2019).

Alguns autores afirmam que, os fatores da saúde materna que atuam durante o período gestacional influenciam os resultados da gravidez, e a assistência pré-natal de qualidade contribui para a redução de danos à gestante e ao recém-nascido (LEAL, 2014). Portanto, o controle de pré-natal, foi preconizado pela organização mundial de saúde e, deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais assistências preventivo e curativo, e deve ser observado um número mínimo de consultas (LIBERATA, 2003; CHOL, 2019). Ao contrário do que foi relatado pelas mulheres.

Os relatos revelam a não realização do pré-natal pela gestante, justificando pelo fato de não ter o dinheiro (barreiras financeiras), pelo o medo de revelar a gravidez, pelo desconhecimento da gravidez e outras barreiras que impediram a procura pelo cuidado em serviço de saúde durante a gestação. Como se pode apreciar nos relatos a seguir:

Na minha gravidez eu não realizei o pré-natal, porque eu não tenho dinheiro e o meu marido não me deu (...) (Bodjubinu 1).

Eu não procurei fazer o pré-natal, porque eu morava com os meus pais e, eu estava com medo de contar para eles de que estou grávida (...) eu não sabia qual seria a reação deles (...) (Bodjubinu 2).

Eu não sabia que estava grávida, porque eu estava com problema de barriga a muitos anos, era mioma e quando aconteceu essa gravidez eu pensei era o mesmo problema e eu nunca procurei ir ao hospital porque eu estava tomando o medicamento tradicional (ervas).(Bodjubinu3).

Nesta primeira demora, além da dificuldade em decidir buscar assistência no tempo oportuno, revela outra barreira que influencia no atraso em procura do cuidado obstétrico, naturalizando culturalmente o processo do parto como algo natural e normal que não precisava ir à unidade de saúde, esperando parir em casa sem ajuda do profissional de saúde. Lembrando que o risco de complicações obstétricas ou a morte materna tem suas intercorrências em diferentes fases do período de gestação, parto ou puerpério. Como se pode ver nos relatos que se seguem:

Na verdade, dos cinco filhos que eu tive nunca tive problemas na hora do parto, todos eles foram partos normais em casa, eu não precisava ir ao hospital (...). Mas desta vez foi horrível, eu passei um dia com a dor do parto em casa, quando foi no segundo dia como não aguentava mais é que o meu marido decidiu que a gente procurasse o hospital (...) (Bodjubinu 6)

A minha dor começou a noite por volta de meia noite até duas horas da madrugada (...) eu não procurei ir para hospital no momento porque eu queria ter o nenê em casa (...) (Bodjubinu 8).

(...) comecei a sentir dor um dia antes, foi na terça feira e só vim por hospital quarta feira a noite (Bodjubinu 22).

Eu não procurei vir para cá tão cedo, porque eu sei que quando você chega aqui é outro sofrimento, não tem nada aqui (...) (Bodjubinu21).

Com base nos relatos das participantes percebe-se que, a pobreza é um dos problemas centrais para acesso e a obtenção de cuidado a saúde no país. A falta de autonomia econômica de puérperas e irresponsabilidades por parte dos parceiros nesse processo contribuem para a não procura de atendimento obstétrico. Portanto, é preciso e necessário a conscientização ou a sensibilização da população de modo geral.

Segunda demora: dificuldade no acesso a cuidado obstétrico adequado.

O acesso ao serviço de saúde é influenciado por vários fatores; por exemplo, a distribuição de instalação da rede de atenção à saúde, à distância, disponibilidade de transporte e custo. Portanto estes determinantes podem influenciar negativamente na saúde materna.

Os obstáculos para chegar a uma instituição de saúde podem agir como desestímulo à busca de atendimento (STEKELENBURG et.al, 2004; PACAGNELLA, 2012; CHOL et.al.2016).

Mesmo quando uma mulher decide procurar atendimento em um momento apropriado, ela pode enfrentar barreiras como falta de transporte ou longa distância para a instituição mais próxima (CHAM, et.al, 2005; DASET.al. 2010; NESBITT et.al.1990). Estas barreiras ou atrasos em relação ao alcance do serviço de saúde devido a barreira geográfica e à dificuldade em obter o transporte, indisponibilidade ou inexistência de ambulância nas instituições hospitalares no país que poderiam socorrer gestantes no momento necessário foram relatadas pelas mulheres. Como podem confirmar os seguintes relatos:

(...) eu já estava sentindo a dor, mas não sabia se era o parto, quando foi uma hora da madrugada eu não aguentava mais, mas não sabia o que fazer naquela hora, porque naquela hora não havia transporte (...) (Bodjubinu 7).

(...) porque não tinha ambulância que podia me levar, não tinha mais carros circulando, porque era tão tarde e ainda estava chovendo (Bodjubinu9).

Eram quase duas horas da madrugada; nessa altura não tinha mais carros circulando naquela área, (...) aqui é muito difícil, muita gente morre aqui por causa dessa dificuldade de transporte (Bodjubinu 10).

(...) eu fui obrigada a ir para estrada principal para ver se encontro um táxi que poderia me trazer para cá (Hospital Nacional Simão Mendes) (...) Aqui não tem ambulância para gente viva (...), só quando você morre que eles disponibilizam a ambulância para levar o corpo, se tiver sorte (...) (Bodjubinu11).

As falhas no sistema de encaminhamento levam as gestantes a serem desviadas de uma rede de atenção para outra (GANATRA et. al.1998; OMS, 1998; MURRAY et.al. 2006; PACAGNELLA, 2012). No entanto, não ter uma maternidade vinculada ao serviço para que possa ser encaminhada a gestante no momento do parto aumenta o risco de complicação obstétrica ou a morte da mãe e seu bebê (GUERREIRO et. al. 2012).

Percebe-se que, além de dificuldade de transporte e outros entraves, as puérperas revelaram que não recebem informação sobre qual maternidade deviam ir ao momento do parto, tiveram que percorrer mais de uma maternidade em busca de assistência obstétrica. Aumentando negativamente a chance de chegar a tempo oportuno ao serviço de referência de assistência adequada à gestante provocando complicação ou morbimortalidade materno-fetal. Como se pode apreciar nos relatos seguintes:

Na verdade, eu sentia dor por volta de 18 horas, eu pensava ia passar, mas não passou, por volta de 11 horas da noite decidi ir à unidade básica de saúde e quando chegamos lá, eles nos deram uma guia para hospital militar, quando chegamos encontramos apenas uma parteira, ela nos disse que não tinha condição para nos atender e só ficou lá por causa da chuva e por causa de um paciente que ela colocou no soro(...) Como não tinha ambulância, a minha irmã chamou taxi para cá (Hospital Nacional Simão Mendes), mas quando chegamos aqui era tarde demais, acabei perder o meu bebê, eu quase morri (Bodjbinu 12).

(...) meu marido decidiu que a gente procurasse o hospital quando eu estava sentindo a dor, foi a noite, fomos no hospital militar, nos disseram que temos que vir para cá (Hospital Nacional Simão Mendes) porque estava tendo problema elétrico lá e também não estava funcionando o bloco operatório, porque os equipamentos estão todos danificados e não vão poder nos atender(...) (Bodjbinu 5)

Eu não recebi a informação sobre o meu parto, a gente não sabe qual maternidade exata que a gente podia procurar quando chegar essa hora (...) foi difícil, só quem passou por este processo sabe como a dor do parto não igual a qualquer dor (...) (Bodjbinu 23).

(...) não recebi nenhum tipo de informação, só para ter noção, eu estava sentindo muita dor, era madrugada, essa hora a minha mãe foi chamar um vizinho pra nos levar ao hospital, primeiro fomos para centro saúde de Bandim para ver se realmente era trabalho de parto, quando chegamos lá eles nos disseram que temos que vir para cá (Hospital Simão Mendes) (Bodjbinu,30).

Alguns estudos sobre esta temática demonstram que a distância geográfica está associada a resultados negativos mais frequentes da gravidez (NESBITTET. al, 1990). Viver numa aldeia sem transporte disponível está associado aos atrasos na obtenção de assistência oportuna na rede de atenção à saúde (GANATRA et.al, 1998; THADDEUS e MAINE 1994; LORI et.al, 2012). Mesmo quando têm dinheiro, pode não haver meios de transporte

disponíveis (DAS et. al, 2010). Estas dificuldades foram relatadas pelas mulheres. Como se pode ver nos relatos a seguir:

(...) “comoa minha aldeia é muito distante da cidade e nem tinha o transporte que podia me levar para cidade, ali pegamos canoa até Tete e quando chegamos ao hospital de Tete nos disseram que eles não tinham condições para nos atender, de lá nos evacuaram para cá (Hospital Nacional Simão Mendes). Quando chegamos aqui já não estava mais a mesma, não conseguia mais me mexer, aí eles me fizeram a cesárea, afinal o meu filho tinha morrido na barriga” (Bodjubinu13).

Nos primeiros momentos da minha gestação eu conseguia ir até a cidade para fazer consulta, mas depois que a minha barriga cresceu eu não conseguia mais andar até lá, porque a minha tabanca (Aldeia) está muito distante e não tem transporte (...) (Bodjubinu 4).

Eu vim de zona leste, lá na minha tabanca (aldeia) é difícil o acesso ao transporte, eu fui a pé até estrada principal, de lá peguei o carro para hospital de Buba (cidade) e quando cheguei lá, eles me deram guia (transferência) para cá (...) (Bodjubinu24).

Desta forma, autores como Menezes et. Al.(2006) e Martins et.al.(2019) afirmam que o problema se torna mais grave quando a gestante em situação de risco e urgência encontra barreiras geográficas devido à longa distância percorrida, e principalmente, devido às demoras enfrentadas no sistema de referência para acesso às maternidades de maior complexidade. Percebe-se outra dificuldade ou problema contestado pelas parturientes foi à distância, a dificuldade de locomoção em busca de assistência médica, geralmente com má condição de estrada, elas saem da vila para o centro da cidade já é uma distância enorme e de centro para Bissau é outra distância muito grande, chegam às vezes tarde com condição física inabilitada ou perde a vida pelo caminho.

Terceira demora: Atraso em receber o cuidado adequado na unidade de saúde

Nessa terceira demora, trata-se especificamente de cuidado recebidas pelas mulheres na rede de atenção à saúde materno-infantil da maternidade do Hospital Simão Mendes.

Pode-se dizer que, o parto e o nascimento são acontecimentos de relevância na vida da mulher, uma vez que constitui momento único para mãe e filho (Bezerra et al, 2006). Portanto, o modo como cuidamos destes eventos reflete os valores da nossa sociedade, os quais são ao mesmo tempo determinantes da assistência ao parto.

O atraso em receber assistência oportuna no centro de referência é influenciado por diversos fatores, alguns deles são: as disponibilidades de insumos, pessoal treinado, estrutura hospitalar ou equipamentos necessários para procedimentos obstétricos. Nesta ótica, foi relatada pelas mulheres que, além de insatisfações pelo o atendimento ou assistência recebida, por não ter o profissional qualificado no momento que procuraram a maternidade e, não ser atendidas na hora, foram relatada também a queda de energia elétrica e a falta de leito para internação na maternidade, causando mais ainda o atraso no atendimento.

(...) quando nós chegamos aqui no hospital passamos quase uma hora para ser atendida (...)(Bodjubinu 14).

Chegamos aqui por volta de 12 horas, ficamos a esperar o médico que ia me assistir até 14 horas(...) quando ele chegou, me examinou e disse que eu tenho que internar, só que não tinha leito para mim, eu tive que ficar ali no corredor(...)(Bodjubinu 15).

Assim que chegamos nesse hospital, encontramos um grupo a sair de plantão a ser substituído por outro grupo, ficamos aqui de sete horas, só viemos a ser atendido às nove horas (Bodjubinu 16).

(...) eu estava sentindo a dor e viemos para cá, mas quando chegamos aqui, nos disseram que na verdade era dores de parto, eu aí dar a luz às sete horas, mas ficamos até oito horas da manhã sem dar à luz (...)(Bodjubinu 17).

Quando a assistência ou cuidado na instituição de saúde é inadequado pode influenciar diretamente na decisão de ir ou de não procurar o atendimento. Em muitas ocasiões, a decisão é tomada para ficar em casa ou procurar alternativa que poderia vir prejudicar ou

trazer mais problemas à saúde, mesmo quando os problemas já são evidentes (STEKELENBURG, et.al, 2004; LEE et.al., 2009).

A situação de precariedade e a assistência inadequada à gestante no país é muito preocupante, muitas mulheres preferem dar luz em casa do que ir à instituição de saúde pública, pois às vezes procuram essa instituição quando não conseguem parir em casa, o que contribui para o aumento de número de complicações obstétricas e a mortalidade materna no país.

O inquérito realizado no país em 2016 sobre as proporções de nascimento por local do parto e a percentagem de partos numa estrutura de saúde e fora dela, revela que, apenas 44% dos nascimentos na Guiné-Bissau, ocorrem numa estrutura de saúde, dos quais 43% ocorrem em estruturas do setor público e 2% em estruturas do setor privado. Cerca de cinco em cada dez nascimentos ocorrem em casa, 55% de partos, sem assistência de profissional de saúde (MICS5-GB, 2016).

As mulheres recebem conselhos ou orientação por parte de familiar ou de membros da comunidade a não procurarem o atendimento hospitalar cedo, justificando os maus tratamentos ou a violência obstétrica nas instituições hospitalares. Como pode se apreciar nos seguintes relatos.

(...) me disseram para não precipitar vir para hospital, porque muitas vezes quando você chega aqui cedo, se a hora de parto não chegar eles lhe deixam sozinha (...), eu só vim aqui por não ter conseguido dar a luz em casa (Bodjubinu20).

(...) eu queria ter filho em casa (...), eu acho que é melhor do que aqui, eu teria alguém que poderia me ajudar, porque aqui eles lhe deixam você sozinha como um bicho (...) (Bodjubinu26).

Vou ser sincera com você, foi difícil (...) quando cheguei aqui, vi que existe muita falta de ética nesse hospital, ninguém importa com você, eles não atendem na hora e por cima deixam você sozinha para morrer. (Bodjubinu,27).

O hospital pesquisado é uma instituição pública de referência nacional em atenção obstétrica no país, mas sofre de escassez de quase tudo, desde estrutura física, materiais de procedimentos, leitos, energia elétrica, água potável até insuficiência de recurso humano qualificado. Como se pode confirmar nos relatos seguintes:

(...) eu cheguei aqui 6 horas de manhã, foi quinta-feira, quando foi 7 horas a enfermeira me chamou para sala, lá ela me examinou e me falou que era a dor do parto, mas no

momento não tinha o leito disponível para me internar, ela me mandou ficar no corredor (...) (Bodjubinu25).

(...) quando nós chegamos aqui era 2 horas, mas estava faltando energia elétrica e não nos atenderam, ficamos aqui até 4 horas, só nos atenderam quando voltou a energia (Bodjubinu 18).

(...) quando nós chegamos aqui era 2 horas, mas estava faltando energia elétrica e não nos atenderam, ficamos aqui até 4 horas, só nos atenderam quando voltou a energia (Bodjubinu 18).

Procurar o atendimento e não ser atendida na hora ou esperar mais de uma hora para internação são elementos indispensáveis na mensuração da qualidade de cuidado ao parto (LEAL et.al, 2015; PACAGNELLA et.al, 2012; THADDEUS & MAINE, 1994; STEKELENBURG, et.al, 2004).

A evidência científica sobre este assunto mostra que o cuidado adequado e a assistência oportuna ou precoce à gestante na unidade de saúde podem minimizar os eventos fatais. Acredita-se que o resultado desfavorável é afetado por tratamento tardio. Como se pode confirmar nos relatos a seguir:

Na verdade aqui (no hospital) não é um bom lugar para dar a luz, é muita falta de responsabilidade (...) eu perdi meus bebês (gemelar) só por não ter sido atendida na hora, aqui não parece hospital, aqui se sair viva agradeça a Deus (...) (Bodjubinu 19).

É muito doloroso (...) aqui eles não atendem na hora não dão satisfação nem de nada, na verdade eu nunca vou recomendar alguém para vir dar luz aqui, foi horrível (...). Parece que ficar grávida é um crime que a gente tem que pagar por isso, eles não olham para você como pessoa que está ali precisando de ajuda deles, não dão informações, não atendem nada (...), é tipo assim, quem mandou você se engravidar? Agora se vira (...) (Bodjubinu29).

As puérperas relataram terem sido atendidas de forma inadequada e tardia, ou seja, não foram atendidas de forma oportuna e necessária na maternidade procurada.

Outro fator importante relatado neste estudo foi às más condutas de alguns profissionais de saúde. O desprezo de deixar a gestante isolada e sem informá-la sobre o processo do seu parto constitui uma violência psicológica. As puérperas se sentiram abandonadas e vulneráveis, afetando negativamente o psicológico das mesmas.

Percebe-se que há uma lacuna em relação à formação de profissionais capazes de lidar com a diferença ou a relação interpessoal. Portanto, é necessário estabelecer mecanismos para a capacitação continuada dos profissionais para atender a necessidade de gestante, especialmente no sentido de reconhecer e determinar o momento em que a gestante precisa de atenção especializada de qualidade (Martins et al, 2019).

CONCLUSÃO

As demoras em procurar o serviço de saúde por parte de puérperas, bem como assistências inadequadas nas instituições hospitalares e limitação de recurso no centro de atenção materno-infantil poderão levar as complicações obstétricas até a morte, tanto da mãe como do feto.

Percebe-se que a atenção à gestante no país ainda é um desafio enorme, tanto por parte de população de não entender os sinais de perigo e a importância de se cuidar no período gestacional.

Portanto, entende-se que, a assistência ou cuidado em saúde deve ser compreendido como uma necessidade básica, que deve funcionar a partir de desenvolvimento de ações integradas. No entanto, há necessidade de implementação de políticas públicas e programas de saúde voltados para identificação e enfrentamento dos principais problemas de saúde de gestante no país.

Para que aconteça a melhoria de saúde desta população é necessário que o Estado invistano sentido de estabelecer mecanismos para a capacitação continuada dos profissionais qualificados para atender a necessidade de gestante.

Por outro lado, é preciso a distribuição justa de instalação da rede de atenção básica a saúde em todo território do país, principalmente nas zonas isoladas e difíceis de acesso, para que estas redes funcionem em prol da saúde da comunidade, tanto da gestante como da população de modo geral, facilitando tanto o acesso ao serviço de saúde como diminuição de superlotação do único hospital de referência (HNSM) no país.

Conclui-se que a desorganização do sistema de referencia à gestante, a falta de cuidados pré-natais e a assistência inadequada nas instituições hospitalares no país perpetuam o atraso em busca de atenção qualificada e oportuna na maternidade, o qual coloca a mulher e o feto em risco de complicação ou morte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, Lourence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70 LDA; 2011.

Leal MDC, Tema-Filha MM, Moura ECD, Cecatti JG, Santos LMP. **Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na amazônia legal e no Nordeste**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 2015, V. 15, Issue 1, p91-104

Cândida CP, Maria HC A, Denise SDC. **Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade**. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007; 15 (2): 161-7.

Pacagnella RC. **Morbidade materna grave: explorando o papel das demoras no cuidado obstétrico**. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas; 2011.

Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, Flenady V, Frøen JF, Qureshi ZU, Calderwood C, Shiekh S, Jassir FB, You D, McClure EM, Mathai M, Cousens S. **Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration to wards 2030**. Lancet 2016; 387 (10018):587- 603.

Souza, Joao Paulo. **Amortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030)**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015; 37(12):549-51

Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAMD, Lucena Nbfd. **O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros**. REME – Rev. Min. Enferm. 2012; 16(3): 315-323.

Bezerra, MGA; Cardoso, MVLML. **Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante trabalho de parto e parto**. Rev Latino-am Enfermagem 2006; 14(3): 414-21

Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Haddad SM, Costa ML, Souza JP, Pattinson RC. **Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study**. BMC Pregnancy and Childbirth 2014, 14:159
GIGLIO, M R P X; França, E; ER, J A L . **Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal**. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011; 33(10):297-304

Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, Berman P, Boerma T, Bryce J, et al. **Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival**. Lancet. 2010;375(9730):2032-44.

Houweling TA, Ronsmans C, Campell OM, Kunst AE. **Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries**. Bull World Health Organ. 2007; 85(10):745-54.

Liberata CC, Antônio AMS, Elba GM, Maria TSSBA, Valdinar SR, Vânia M F A et.al. **Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal**. Rev Sa`de Pública 2003;37(4):456-62

Andrade MS, Vieira EM. **Itinerários terapêuticos de mulheres com morbidade materna grave**. Cad. Saúde Pública 2018; 34 (7): e 00091917. Chol C, Negin J, Agho KE; Cumming

RG. Women's **autonomy and utilisation of maternal healthcare services in 31 Sub-Saharan African countries**: results from the demographic and health surveys, 2010–2016. *BMJ Open* 2019;9:e023128.

Lee ACC, Lawn EL, Cousens S; Kumar VO, Srin DB, Dutta ZA, Wall SN, Nanda kumar AK, Syed U, Darmstadt GL. **Linking families and facilities for care at birth: What works to avert intrapartum-related deaths?** *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107 (2009) S65–S88.

Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: **Maternal mortality in context**. *SocSci Med* 1994; 38(8):1091-110.

Organização Mundial da Saúde- OMS. **Care in normal birth**: a practical guide. Genebra. 1996

Menezes DCS Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. **Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2006; 22 (3): 553-559. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/10.pdf>. > Acessado 20 Fev, 2019.

Dário F P, Maria EDAV, Cátia P M. **Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado**. *Rev Tempus Actas Saúde Col* 2010; p 105-117. Disponível em <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/838/801>.> Acessado 20 Fev, 2019.

Stekelenburg, JKyanamina SMukelabai M, Wolffers I, vanRoosmalen J. **Waiting too long: low use of maternal health services in Kalabo, Zambia**. *Tropical Medicine and International Health* 2004; volume 9 no 3 pp 390–398.

Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: **a community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India**. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76 (6): 591-598.

Cham M, Sundby J, Vangen S. **Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care**. *Reproductive Health* 2005; 2 (1): 3.

Das V, Agrawal S, Agarwal A. **Consequences of delay in obstetric care for maternal and perinatal outcomes**. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2010; 109 (1):72–73.

Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, Rosenblatt RA. **Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes**. *American Journal of Public Health* 1990; 80 (7): 814–18.

Pacagnella RC, Cecatti JG, Osis MJ, Souza JP. **The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework**. *Reproductive Health Matters* 2012; 20 (39): 155–163.

Murray SF, Pearson SC. **Maternity referral systems in developing countries: current knowledge and future research needs**. *Social Sciences & Medicine* 2006; 62 (9): 2205–15

Hamid S, Malik, A U, Richard F. **Stillbirth — a neglected priority: Understanding its social meaning in Pakistan**. *J Pak Med Assoc*. 2014 Vol. 64, No. 3, p331-333.

Martins MCF, Carvalho FHC, Sousa MDS, Pessoa SMF, Silva RMD. **Vivências de mulheres sobre perdas fetais na rede materno-infantil: análise das “três demoras”**. Atas CIAIQ2019, Volume 2, p13931400

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem de perfil epidemiológico da mortalidade materna permitiu compreender e perceber o aumento espontâneo da Razão da Mortalidade Materna (RMM) e os principais fatores associados à ocorrência de óbitos maternos no HNSM. Percebeu-se que a grande parte de causas de mortes maternas nesta instituição poderia ter sido evitada com melhoria nos cuidados integrais da gestante, começando desde o cuidado de pré-natal até a disponibilidade de mecanismos de intervenção rápida na instituição através de reconhecimento de sinais de complicações ou riscos.

Percebe-se que as demoras em procurar o serviço de saúde pela população bem como assistências inadequadas nas instituições hospitalares e limitação de recurso no centro de atenção materno-infantil poderão ser melhoradas através de fortalecimento da atenção à saúde e implementações de ações ou programas coordenados, reorganização do sistema de referência e contra-referência à gestante, cumprimento de protocolo na definição de linhas prioritárias de cuidados à saúde materna com articulação entre os vários níveis de atenção, desde os centros de saúde comunitários até os hospitais de referências, para melhoria da saúde reprodutiva e redução da mortalidade materna e perinatal.

Elaborar uma política que funcione a favor do direito à saúde reprodutiva da mulher, que beneficie a mulher no sentido de ter uma assistência integral de qualidade e digno na detecção precoce de complicações e na suas resoluções, assegurá-la o direito de acompanhante de sua livre escolha, de receber as informações de qualquer medida a ser tomada e do seu desfecho final, garantir o direito básico da mulher e, principalmente, adequação da maternidade para atendimento de risco obstétrico no país.

Entende-se que, a assistência ou cuidado em saúde deve ser compreendido como uma necessidade básica, que deve funcionar a partir de desenvolvimento de ações integradas através de implementação de políticas públicas e programas de saúde voltadas para identificação, resolução e enfrentamento dos principais problemas de saúde das gestantes no país.

Portanto, para que aconteça a melhoria de saúde desta população é necessário que o estado invista em transportes hospitalares e na instalação da rede de atenção básica a saúde em todo território do país, principalmente nas zonas isoladas e difíceis de acesso, para que estas redes funcionem em prol da saúde da comunidade, tanto da gestante como da população de modo geral, facilitando tanto o acesso ao serviço de saúde como diminuição de superlotação do único hospital de referência (HNSM) no país. Assim como no sentido de estabelecer

mecanismos para a capacitação continuada dos profissionais qualificados para atender a necessidade de gestante.

Fortalecimento de ações estratégicas de centros de saúde comunitários, a fim de incentivar as gestantes e os seus familiares, população de modo geral no sentido de reconhecimento de sinais de riscos obstétricos e autonomia de procurar a ajuda médica em tempo oportuno.

13. REFERÊNCIAS

ABOU-ZAHR, C. New estimates of maternal mortality and how to interpret them: choice or confusion? **Reproductive Health Matters**, v. 19, n. 37, p. 117-128, 2011.

AHMED, S; Lima Q et.al. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. **Lancet**, v 380, p.111-25, 2012.

ANDRADE, M.S; VIEIRA, E.M. Itinerários terapêuticos de mulheres com morbidade materna grave. **Cad. Saúde Pública**, v 34,.n7, 2018.

NA BLEI, M.. Morbidade e mortalidade de crianças internadas nos serviços de pediatria do Hospital Nacional Simão Mendes e Hospital Regional de Bafata, entre os anos de 2015 e 2016, em Guiné-Bissau. (Dissertação do mestrado). **Universidade estadual de Campinas Faculdade de Ciências Médicas Campinas**. SP-Brasil, [s.n], 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3.^a ed. Série A. **Normas e Manuais Técnicos. Brasília** – DF, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf>. Acessado em 13 Fev, 2018

CARVALHO, M.V.P. et.al. Mortalidade materna na capital do Piauí. **Rev. interdisciplinar**, v. 7, n. 3, p. 17-27, 2014.

COMISSÃO ECONÔMICA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ÁFRICA. Relatório sobre os ODM de 2013: Avaliação do Progresso de África rumo aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, 2013.

COMISSÃO ECONÔMICA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ÁFRICA. Documentação de Boas Práticas nas Intervenções da Saúde Materna, Neonatal e Infantil (**SMNI**), 2013.

CATHERINE L. et.al. Assessing Maternal Risk for Fetal-Infant Mortality: A Population- Based Study to Prioritize Risk Reduction in a Healthy Start Community: **Maternal and Child Health Journal**, n 15, p 68–76, 2011

DADE, A. Estimativas de mortalidade materna e alguns fatores associados -Moçambique 2007. (Dissertação do mestrado), Belo Horizonte, MG. **Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional Faculdade de Ciências Econômicas** – UFMG2013. Belo Horizonte, MG U 2013. Disponível em:<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/AMSA96PJC4/disserta_ao_final.pdf?sequence>. Acessado em: 13 Fev,2019.

DANIEL, Br; KENT, Br. An Analysis of the Determinants of Maternal Mortality in Sub-Saharan Africa. **JOURNAL OF WOMEN’S HEALTH**, V.13, n. 8, 2004.

EGBE,T.O; DINGANA, T.N et.al .Determinants of maternal mortality in Mezam Division in the North West Region of Cameroon: a community-based case control study. **International Journal of Tropical Disease & Health**, v.15, n.2, p.1–15, 2016.

EPUU, K. G. Determinants of Maternal Morbidity and Mortality Turkana District – Kenya, 2010. Disponível em: <<http://www.bibalex.org/search4dev/files/354431/192355.pdf>>. Acessado em: 13 Fev. 2019.

FILIPPI, V. et.al. Levels and Causes of Maternal Mortality and Morbidity. Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: **Disease Control Priorities, Third Edition**. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Washington, v. 2, p. 51-70, 2016.

GUINÉ-BISSAU. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS II), atualizado para 2008-2017. **Ministério da Saúde Pública**, Bissau, 2008.

GHAHRAMANI, M. et.al. Risk factors for maternal mortality in the west of Iran: a nested case-control study. **Epidemiology and Health**, v.36, p.1-5, 2014.

AHMED, W.J. .et.al. Measuring maternal mortality: an overview of opportunities and options for developing countries. **BMC Medicine**, v.6, n.12, p.1-8, 2008.

HERCULANO, M. M. S. et al. Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 295-301, 2012.

HOJ, L.. et.al. Factors associated with maternal mortality in rural Guinea-Bissau. A longitudinal population-based study. **Bjog-naInternational Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.109, n.7, p. 792–799, 2002.

ILLAH, E. et.al. Causes and risk factors for maternal mortality in rural Tanzania -case of Rufiji Health and Demographic Surveillance Site (*HDSS*). Maternal Health in Rufiji HDSS African **Journal of Reproductive Health Private Bag**, v.17, n.3, p. 119- 130, 2013.

INE, Instituto Nacional de Estatística.projections demographiques en Guinee Gissau 2009–2030, **INE**. Bissau, 2013

INE-GB. Estatísticas Básicas da Guiné-Bissau 2014. **Instituto Nacional de Estatística de Guiné-Bissau**, 2014. Disponível em:<http://www.statguinebissau.com/publicacao/estatisticas_basicas.pdf>. Acesso em: 20 Fev. 2018.

GUINÉ-BISSAU, Ministério da economia do Plano e integração Regional-MEPIR, Documento de estratégia nacional de redução da pobreza-DENARP II (2011-2015). **Bissau**, 2011. Disponível em:< <http://www.stat-guinebissau.com/denarp/denarp2.pdf>>. Acesso em: 27 de AGOS. 2018.

Guiné-Bissau, Inquérito aos Indicadores Múltiplos, Inquérito Demográfico de Saúde Reprodutiva. **Guiné-Bissau**, Relatório Final. 2011.

KASSEBAUM, N.J. et.al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet*, v.384, n. 9947, p. 980–1004, 2014.

Martins, C. L. Níveis de anticorpos contra o sarampo entre as mulheres em idade fértil na população da Guiné-Bissau expostas a sarampo natural e a imunização contra o sarampo. [Mestrado] **Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2002.

MCCARTHY, J; MAINE, D. A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Studies in Family Planning*, v.23, n.1, p. 23, 1992.

MICS5-Guine-Bissau – Inquerito aos Indicadores Múltiplos (MICS5) 2014. **MICS5 Bissau**, 2016.

MITANO, F; VENTURA, CAA; PALHA, PF. Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p. 901-915, 2016.

MORAES, A.P.P. et al. Incidence and main causes of severe maternal morbidity in São Luís, Maranhão, Brasil: o longitudinal study. *São Paulo Med.*, v.129, n.3, p.146-52, 2011.

MORSE, M.L. et. al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad. Saúde Pública*, v.27, n.4, p.623-38, 2011.

MEH, Catherine, "Determinants of Maternal Mortality: A Comparison of Geographic Differences in the Northern and Southern Regions of Cameroon". (Electronic Thesis and Dissertation Repository), **University of Western Ontario**. Cameroon, v.10, n.18, p 1-147, 2017.

MBASSI, S.M. et.al. Use of routinely collected data to assess maternal mortality in seven tertiary maternity centers in Cameroon. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v.115 n.3 p. 240–243, 2011.

NAMONE, D.; TIMBANE, A. A. consequências do ensino da língua portuguesa no ensino fundamental na Guiné-Bissau 43 anos após a independência, **Mandinga – Revista de Estudos Linguísticos**, Redenção-CE, v. 1, n. 1, p. 39-57, 2017.

NAÇÕES UNIDAS. Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030): Every Woman Every Child. **Secretário-Geral das Nações Unidas**, [s.i], 2016
Disponível em: <http://www.everywomaneverychild.org/wpcontent/uploads/2017/01/EWEC_2016_PT_web.pdf>. Acesso em: 01 de AGOS. 2019.

NAFIU, L.A et.al.. Determinants of Maternal Mortality in Somalia. **The Pacific Journal of Science and Technology**, V.17, 2, 2016.

HERNANDEZ, J. C; MOSER, C. M. Community level risk factors for maternal mortality in Madagascar. **African Journal of Reproductive Health**, v.17, n.4, p.118–129, 2013.

OSUCHUKWU N.C; OSUCHUKWU E.C. et.al. Perception of the determinants of maternal mortality in calabar south local government area of cross river state, nigeria. **International Journal of Public Health, Pharmacy and Pharmacology**, V.1, n.1, p.1-13, 2015.

OLIVEIRA, J.B.A. Avaliação da mortalidade materna no estado de Sergipe no período de 2005 a 2010: Saúde e Ambiente (Dissertação de Mestrado). **Universidade Tiradentes**, Aracaju, 2013. Disponível em: <<http://ppg.unit.br/wpcontent/uploads/sites/6/2016/05/Antonio-Barros-de-Oliveira-Junior-1.pdf>>. Acessado em: 19 de FEV. 2019.

OMS, Organização Mundial de Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através de ação sobre os determinantes sociais. **Relatório final da comissão para os determinantes sociais de saúde**. Lisboa. 2010, p 276.

OMS- Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África. Sistemas de Saúde em África: Percepções e Perspectivas das Comunidades. Relatório de um Estudo Multi países. **Brazzaville República do Congo**. Brazzaville, 2012. Disponível em: >https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/portuguese_health_systems_in_africa-2012.pdf. Acesso em: 20 de Jun. 2018.

PACAGNELLA, R.C.et.al. The role of delays in severe maternal morbidity and mortality:expanding the conceptual The role of del expanding the. Source: **Reproductive Health Matters Reproductive Health Matters** v.20, n.39, p 155–163, 2012.

POMPERMAYER, R. C L. Saúde da mulher: mortalidade materna, fatores de risco evisão profissional. (dissertação de mestrado). Escola superior de ciências da santa casa de misericórdia de vitória – **EMESCAM**. Vitória, 2011. Disponível em:<http://www.emescam.br/arquivos/pos/stricto/dissertacoes/71_Raquel_Cou.pdf>. Acessado em: 20 Fev.2018.

PNUD: Ranking IDH Global 2014: **Relatório de Desenvolvimento Humano 2015**.Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhglobal.html>>. Acesso: 14 –Jul.-2019.

RABNA P. et al. Direct Detection by the Xpert MTB/RIF Assay and Characterization of Multi and Poly DrugResistant Tuberculosis in Guinea-Bissau, West Africa. **PLOS ONE**, v. 10, n. 1371, p. 1-14, 2015

GUINÉ-BISSAU, Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022, **PNDS III** Bissau, 2017.

GUINÉ-BISSAU. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de desenvolvimento sanitário II (**PNDS**), 2008- 2017. Disponível em:<http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Guinea-Bissau/pnndsi_2008-2017_gb.pdf>. Acessado em: 20 FEV. 2019.

RESENDE, L. V. O Contexto e perfis característicos da mortalidade materna em Belo Horizonte (MG), 2003-2010: (Tese de Doutorado) UFMG. **Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional**. Belo Horizonte, MG, 2013 Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/AMSA-986N8G/tese_lilianresende.pdf?sequence=1>. Acessado em 10 de MAR.. 2018.

ROGO K.O; OUCHO, J; MWALALI, P. **Maternal** Mortality. Disease and mortality insub-Saharan África. **Second Edition**, Washington, p.223-236, 2006.

SAY, L.et.al. Global causes of maternal deaths: A WHO systematic analysis. **The LancetGlobal Health**, v. 2, n.6, p 1–14, 2014.

SOUZA, J.P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev. Bras Ginecol Obstet.** v 37, n.12, p.549-51, 2015.

SZWARCWALD, C.L.. et al. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.71-83, 2014.

THADDEUS, S; MAINE, D. Too far to walk: maternal mortality in context. **Social Science & Medicine.** V. 38, N. 8, p. 1091-1110, 1994.

TOGNINI S. et. al. Maternal mortality profile in Great A B C Region from 1997 to 2005. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v57, n.4, p. 402-407, 2011.

UNIÃO AFRICANA. “Desafios para o acesso inclusivo e universal” relatório de situação de 2014 sobre a saúde materna, neonatal e infantil: (STC-HPDC-1) **ADIS Abeba**, Etiópia, 2015. Disponível em: <https://au.int/sites/default/files/newsevents/workingdocuments/28074-wd-2014_status_report_on_mnch_-_portuguese_2.pdf>. Acessado em: 20 Fev. 2019.

UNIOGBIS: SECÇÃO DE DIREITOS HUMANOS (UNIOGBIS-SDH)-ACNUDH. **Relatório sobre o Direito à Saúde na Guiné-Bissau**. Bissau. 2017.

UNICEF, Organização Mundial da Saúde. Cumprindo a Agenda da Saúde para a Mulher e a Criança. **Relatório** de 2014.

UNICEF. Situação mundial da infância: Saúde materna e neonatal, 2009. Disponível em:<https://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf>. Acessado em: 27FEV. 2019.

UNICEF. Situação mundial da infância 2007: Mulheres e Crianças O Duplo Dividendo da Igualdade de Gênero. Disponível em:<[file:///C:/Users/Compaq/Downloads/situacao_mundial_da_infancia_2007%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Compaq/Downloads/situacao_mundial_da_infancia_2007%20(1).pdf)>. Acessado em: 19 de FEV. 2018.

VIANA, da C.R.et al. Mortalidade Materna- uma abordagem atualizada. **Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"**, são Paulo, v. 22, n.1, p. 141-152, 2011.

WORLD Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: **estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division**. Geneva. 2019.

WHO, Whorld Health Organization. Global Strategy for Women's, Children's na Adolescents' Health (2016–2030): **Adolescents' health Report by the Secretari at. Seventieth world health assembly, 2017.** Disponível em:<https://popdesenvolvimento.org/images/noticias/WHO2017_GlobalStrategyWomenChildrenAdolescentsHealth_EN.pdf>. Acesso em: Acessado em: 01 Agst. 2019.

WHO, Whorld Health Organization, recommendations: intrapartum care for a positivechildbirth experience. Geneva: **Licence**, 2018.

WHO, Whorld Health Organization. **Atlas of the African Health Statistics**, 2017. Disponível em:<http://www.aho.afro.who.int/sites/default/files/Final%20for%20sharing_2.pdf>.Acessado em: 28 Agst. 2019.

WHO, Whorld Health Organization. Revised 1990 estimates of maternal mortality: **a new approach by WHO and UNICEF**. 1996.

WHO, Whorld Health Organization. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde; 10ª Revisão. **CBCD**, São Paulo; 1995.

World Bank. Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. **Washington**, 2016.

ZACARIAS, T S F. Mortalidade materna no Município de São Paulo, 2000 a 2008. (Tese de doutorado). **Universidade de São Paulo- Faculdade de Saúde Pública**. São Paulo, 2013.

APÊNDICE

APENDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Prezado (a) Senhor (a): Você está sendo convidado a participar como voluntário, do estudo que tem como pesquisadora responsável a aluna Mestranda Aminata Mendes, do curso de pós-graduação em saúde pública da Universidade Federal do CEARÁ UFC-Brasil, que pode ser contatada pelo e-mail, mendes_aminata@yahoo.com ou mendesaminataa@gmail.com. O estudo tem em vista realizar a entrevista, visando por parte de referida aluna com a finalidade de pesquisa acadêmica de realização de dissertação do mestrado intitulado “*fatores associados à mortalidade materna no hospital de referencia nacional da Guiné- Bissau - 2013 a 2018*”, a sua participação constituirá em conceder uma entrevista que será filmada, gravada e transcrita. Você pode abandonar sua participação na pesquisa quando quiser, bem como nada será pago por sua participação. A entrevista não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. (caso o tema abordado possa causar algum tipo de constrangimento a você, o mesmo deverá ser avisado desta possibilidade). As informações fornecidas por você terão o sigilo e a privacidade garantidos pela pesquisadora responsável.

Após estes esclarecimentos, solicita-se seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto assine, por favor, os itens que se seguem. Tendo em vista os itens acima apresentados, eu _____ manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Assinatura do
Participante da Pesquisa

Assinatura da
Pesquisadora

APÊNDICA B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO MATERNO			
Caso Nº:		Nº Registro Hospitalar (MÃE):	Iniciais da Paciente:
Bloco I - Situação Sócio-Demográfica/econômico/cultural			
Nº	DADOS	RESPOSTA	CÓDIGO
01	Nome		
02	Idade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
03	Estado civil	1. <input type="checkbox"/> casada 2. <input type="checkbox"/> separada	
04	Região de Residência: _		
05	Zona	1. <input type="checkbox"/> Rural 2 <input type="checkbox"/> Urbana	
06	Cidade:		
07	Religião	1. <input type="checkbox"/> Católica 2. <input type="checkbox"/> Muçulmana 3. <input type="checkbox"/> evangélica 4. <input type="checkbox"/> Animista 5. <input type="checkbox"/> Outra----- 6. <input type="checkbox"/>] sem religião	
09	Etnia	1. <input type="checkbox"/> Balanta 2. <input type="checkbox"/> Manjaco 3. <input type="checkbox"/> Papel 4. <input type="checkbox"/> Mandiga 5. <input type="checkbox"/> Fula 6. <input type="checkbox"/> Mancanha 7. <input type="checkbox"/> Felupe 8. <input type="checkbox"/>] Banhunhe 9. Outra, qual----- -----	

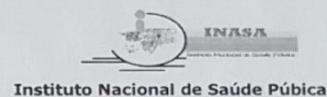
10	Escolaridade	1. <input type="checkbox"/> Analfabeta 2. <input type="checkbox"/> Ensino básico completo 3. <input type="checkbox"/> Ensino básico incompleto 4. <input type="checkbox"/> Ensino secundário completo 5. <input type="checkbox"/> Ensino secundário incompleto 6. <input type="checkbox"/> Ensino superior superior completo 7. <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto 8. <input type="checkbox"/> Nunca	
13	Ocupação	1. <input type="checkbox"/> Trabalha. Qual? _____ 2. <input type="checkbox"/> Não trabalha	
14	Data da internação	_____/_____/_____	
Bloco II Rede de assistência a pré-natal			
15	Realização de pré-natal	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Onde: 3. <input type="checkbox"/> Hospital pública 4. <input type="checkbox"/> Unidade básico de saúde 5. <input type="checkbox"/> Clínica lucrativa privada 6. <input type="checkbox"/> clinica privado não lucrativa 2. Outros _____ 3. <input type="checkbox"/> não sabe informar/não respondeu	
16	Nº de consultas de pré-natal: _____		

17	Tipos de partos	1. <input type="checkbox"/> Normal(Vaginal) 2. <input type="checkbox"/> Cesárea	
18	Idade gestacional	<input type="text"/> semanas	
Bloco II I- Dados da situação de morte materna			
19	Momento de óbito	1. <input type="checkbox"/> gestação 2. <input type="checkbox"/> Parto 3. <input type="checkbox"/> pós-parto imediato (< 24h) 4. <input type="checkbox"/> puerpério	
20	Morte por causa básica evitável	1. <input type="checkbox"/> Obstétrica direto 2. <input type="checkbox"/> Obstétrica indireta	
Bloco III Causas associadas aos óbitos			
21	Infecção	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Ignorado	
22	Hemorragia	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Ignorado	
23	Hipertensão	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Ignorado	
24	Aborto	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Ignorado	
25	Cardiopatia,	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Ignorado	
26	Malaria		
27	Outra	Qual?-----.	
28	DECLARAÇÃO DE ÓBITO Materno	É um documento onde encontrar todas as informações relacionadas a morte e a causa da mesma.	
29	Causa Imediata	Especificar:_____	
30	Causa Básica	Especificar:_____	

APÊNDICE C: INSTRUMENTO DA ENTREVISTA COM PARENTES DAS FALECIDAS.

PERGUNTAS NORTEADORAS
INDETIFICAÇÃO DO PARENTE
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Marido <input type="checkbox"/> Irmão <input type="checkbox"/> Irmã <input type="checkbox"/> Primo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prima <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Tia Outro-----
1. Você Pode me falar um pouco sobre o percurso dela, desde a gestação, parto até o momento de óbito?
2. Em que momento ela procurou ir ao hospital? Qual motivo?
3. Como foi o atendimento?
4. Ela conseguiu ser internada para o parto no primeiro momento que procurou maternidade?

ANEXO 1: COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA NA SAÚDE (INASA)



Comité Nacional de Ética na Saúde

Nº Refª 004/CNES/INASA/2019

Bissau, 25 de Janeiro de 2019

À

Srª AMINATA MENDES

TM: 00245955991639

E-mail: mendes_aminata@yahoo.com/mendesaminataa@gmail.com

ASSUNTO: Aprovação do Protocolo de Pesquisa

Com os melhores cumprimentos.

O Comité Nacional de Ética em Saúde (CNES) reunido na sua primeira sessão extraordinária no dia 18 de Janeiro de 2019 analisou um protocolo do estudo sob o título "*Fatores Associados à Mortalidade Materna no Hospital de Referência Nacional da Guiné-Bissau - 2013 a 2018*", que lhe foi submetido para apreciação e deliberação.

Após uma sucinta e minuciosa análise, o coletivo entendeu que o protocolo cumpre na integralidade todos os parâmetros exigidos pelo CNES, para o efeito, decidiu-se em consenso por sua aprovação.

Ainda assim, o coletivo adverte ao responsável do estudo que espera receber as informações preliminares (seguimento na base de relatórios) sobre o evoluir da implementação do protocolo de pesquisa ora validado.

Aceite os protestos da nossa elevada consideração.

O Presidente

Dr. Cunhate Na Bangha

Secretário

