

República da  Guiné-Bissau
Ministério de Saúde Pública/MINSAP
Instituto Nacional de Saúde Pública/INASA
Programa de Pesquisa Sobre Saúde da Mulher e da Criança/PPSMC

PROTOCOLO DE ESTUDO

CARMO

Cartografia da mortalidade materno-infantil na Guiné-Bissau

Bissau, 2024

PROTOCOLO DE ESTUDO

Título do projecto de estudo

- Cartografia da mortalidade materno-infantil na Guiné-Bissau (Estudo CARMO/IN)

Investigadora principal

- Maram Mané, Epidemiologista PhD

Contacto: krukeme@gmail.com

95 5878864/966639880

Co-investigadores

- Quinta Sanha Inumbo, Médica, Especialista em Gestão Hospitalar

Contacto: inumbiq@gmail.com

- 95 515 25 23

- Abilio Aleluia Otairo Có Junior, Sociólogo, Mestre em Saúde e Educação

Contacto: ogdt.guinebissau@gmail.com

- 95 5738670/965174570

Local e endereço da realização do estudo

- INASA, Guiné-Bissau, Enterramento, Guiné-Bissau

ÍNDICE**PAGINAS**

APRESENTAÇÃO Contexto de estudo	4
INTRODUÇÃO Situação mortalidade materna e infantil	5
JUSTIFICATIVA	8
OBJECTIVOS	10
METODOLOGIA	11
CRONOGRAMA DO ESTUDO	16
ASPECTOS ÉTICOS	18
ORÇAMENTO DO ESTUDO	19
REFERENCIAS	21

APRESENTAÇÃO

O presente estudo intitulado *Cartografia da mortalidade materno-infantil na Guiné-Bissau*, com sigla **ESTUDO CARMO/MI**, é uma iniciativa do Programa de Pesquisa sobre Saúde da Mulher e da Criança/PPSMC do Instituto Nacional de Saúde Pública/INASA. O PPSMC, é um programa de pesquisa, instituído em Abril de 2001, através do despacho nº **032/GMSP/2021**, está sob a coordenação do Conselho Científico, conforme o **art.13º/Decreto nº 12/2010**. É o primeiro programa de pesquisa, criado depois de onze anos da criação do INASA. O PPSMC desenvolverá pesquisas que aprofundem o conhecimento sobre os determinantes do perfil de morbi-mortalidade, condições de vida e o acesso aos serviços de saúde às mulheres, crianças e adolescente, bem como identificar as condições da estrutura e processos implicados na atenção à saúde deste grupo populacional. O presente estudo se enquadra na linha de pesquisa sobre: *morbimortalidade materna e infantil*.

Contexto de estudo

O estudo vai ser realizado na Guiné-Bissau - fica situado ao norte do Senegal, ao sul e leste da Guiné-Conacri e ao leste do oceano Atlântico. O país está dividido em 8 regiões administrativas: Gabú e Bafatá (leste), Arquipélago de Bijagós, Tombali e Quinará (Sul), Oio, Cacheu e Biombo (Norte) e o Setor Autónomo de Bissau (Centro). Segundo as estimativas das Nações Unidas, em 2022, o país conta com uma população de aproximadamente de 2.105.566 habitantes, com uma taxa de crescimento anual de 2,2%. A maior parte da população é jovens, sendo que: 62% com idade entre 0 a 24 anos. As mulheres representam 51,1% da população. A esperança de vida à nascença é 59,4 anos, sendo 61,3 anos para as mulheres e 57,3 anos para homens. (World Bank , 2022).

INTRODUÇÃO

Situação mortalidade materna e infantil

Segundo dados do relatório das Nações Unidas, divulgado em 2020, calculam que uma mulher morre a cada dois minutos devido a complicações na gravidez ou no parto. Esse quadro persiste apesar da queda em um terço das taxas de mortalidade materna nos últimos anos (ONU,2020). A concentração das mortes maternas continua a ser observada em regiões mais pobres do mundo e em países afectados por conflitos. Cerca de 70% dos óbitos em 2020 ocorreram na África Subsaariana, onde a taxa é “136 vezes maior” do que na Austrália e na Nova Zelândia. As causas principais são evitáveis e tratáveis, como por exemplo: sangramento grave, infecções, complicações de abortos inseguros e condições subjacentes, como VIH/Aids. (WHO,UNICEF,UNFPA, World Bank Group 2000-2020).

Entre países africanos de língua oficial portuguesa, Angola aparece com um decréscimo de 73,9%, Cabo Verde com redução de 64,5%, São Tomé e Príncipe baixou 17,6% e a Guiné-Bissau com uma baixa de 46% de óbitos de mães na hora do parto.

Entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna estimada diminuiu em todas as regiões do mundo, embora a magnitude da redução tenha diferido substancialmente entre as regiões. A taxa de mortalidade materna global caiu 44% (UI 33% a 48%), do nível de 1990 de 385 (UI 359 para 427) para o nível de 2015 de 216 (UI 207 a 249). Estima-se que entre os anos 2000 e 2015 mais de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas (WHO,UNICEF,UNFPA, WORLD BANK GROUP,2000- 2015).

Na região africana, a taxa de mortalidade materna diminuiu em 33,1%, ou seja, de 807 em 2000 para 545 em 2020 (WHO AFRO,2023).

Em 2015, na Guiné-Bissau, apesar de alguns avanços que foram observados, constou na lista dos oito países com maior rácio de mortalidade materna a saber: Serra Leoa (890), República Centro-Africana (890), Burundi (800), Guiné-Bissau (790), Libéria (770), Sudão (730), Camarões (690) e Nigéria (630). (WHO,UNICEF,UNFPA, World Bank Group 2000-2020).

Em 2020, figurou de novo, na lista como sendo país com o rácio de mortalidade materna muito elevado, com estimativas que variavam entre 475 para 1135 mortes por 100 000 nascidos vivos (WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group 2000-2020).

Entretanto, alguns avanços foram observados com relação a redução das taxas de mortalidade infantil. A taxa de mortalidade infantil, nos últimos cinco anos, "foi de 51 para 1.000 nados vivos", ou seja, "aproximadamente cinco crianças em 100 morrem antes de completar cinco anos". (MICS-6 2018-2019).

A mortalidade neonatal caiu de 37 a cada 1.000 nascidos vivos, em 1990, para 19 a cada 1.000 nascidos vivos em 2016. No entanto, em 2016, morreram por dia 15 mil crianças menores de cinco anos, dentre estes, cerca de 1 milhão morreram por causas evitáveis. (MICS-6 2018-2019).

A mortalidade materna e infantil evitável continuam a ser um grave problema de saúde pública guineense, com as taxas excedendo a média regional e internacional. Para fazer face a esta situação, o MINSAP, vem adoptando uma série de medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e criança e em 2015, criou através do despacho nº 08/GMSP/2015, o Comité Nacional de Seguimento das Avaliações de Óbitos Maternos (CNSAOM) e no mesmo despacho acima referido, instituiu a obrigatoriedade da notificação dos casos das mortes maternas, neonatais e os casos de " *near miss* " quase morte". A criação de CNSAOM, representa um passo muito importante na redução da mortalidade materno-infantil, nos dizeres de (Macedo et al, 2013), vai além dos números, uma vez que suas investigações penetram na vida dos sujeitos e, nesse sentido, trazem revelações que estão obscurecidas – seu alcance perpassa a análise objectiva e penetra na subjectividade, por adentrar no meio da família da vítima, nos filhos que ficaram, no habitat e na sua condição de vida. A grande questão para os países em desenvolvimento, em particular Guiné-Bissau, é inexistência de um sistema de informação de registos contínuos de nascimentos e óbitos confiáveis. Por isso, as taxas de mortalidade materna, são baseadas em estimativas. Além disso, observa-se também pouca produção e actualizações de novos dados sobre a temática. Entretanto, os poucos dados disponíveis relacionados com a mortalidade das

mulheres em idade fértil e mortalidade materno-infantil, provêm do Inquérito de Indicadores Múltiplos, sigla em inglês MICS, organizado de três em três anos, que fornece estimativas do rácio de mortalidade materna utilizando o método das irmãs (sisterhood method). Uma outra contribuição valiosa são as estimativas da **Inter-Agency Group** (OMS, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and The United Nations Population Division, intitulado Trends in Maternal Mortality, permitindo o monitoramento dos avanços e retrocessos na redução da mortalidade materno-infantil. Entretanto, O Projecto Saúde Bandim (PSB), é um centro de pesquisa, vinculado ao Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), do Ministério da Saúde, possui um Sistema de Vigilância Sanitária e Demográfica (HDSS), onde a população (mulheres e seus filhos) são seguidos longitudinalmente através de visitas semestrais. Os dados são actualizados regularmente através de duas visitas anuais. Vários estudos foram feitos com dados do PSB, sobre a mortalidade das mulheres em idade fértil e mortalidade materna e infantil - já foram publicados através dos artigos científicos, teses de mestrado e doutoramentos. <https://www.bandim.org>

Para os anos de 2016-2030, foi lançado, **Os novos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**, mais uma vez, convocaram o mundo para um esforço de eliminação da mortalidade materna e infantil evitável. Uma das suas metas é reduzir a razão de mortalidade global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (ODS 3.1) e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objectivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de cinco de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (ODS 3.2).(ONU,2015).

JUSTIFICATIVA

Este projecto de pesquisa é significativamente relevante e pertinente para saúde pública guineense, devido a insuficiência de informações sobre os eventos vitais (nascimentos e óbitos) no país, e com a proximidade do ano de 2030 período da necessidade de avaliação dos ODS, torna-se necessário e urgente o monitoramento e a identificação dos verdadeiros números/taxas de óbitos maternos, neonatais e infantis. Diante desta situação, várias razões justificam esta proposta a saber:

- 1) **Insuficiência de informações confiáveis:** No país, a situação é preocupante, não dispomos de sistema de registro vitais (registros contínuos de nascimentos e óbitos). Apesar de possuir um sistema de informação sanitária/SIS, são usualmente incompletos e não geram dados suficientes para mensurar os indicadores de morbi e mortalidade materno-infantil em âmbito nacional, com fidedignidade. Além disso, os indicadores relacionados com a saúde da mulher e criança, construídos com base no SIS, alguns apresentam coberturas incompletas, podem induzir a interpretações incorrectas da magnitude e das tendências espaço – temporais, dificultando assim a implementação de medidas eficazes para reduzir as taxas;
- 2) **Ausência de auditorias de mortes maternas e infantis:** Não realização das auditorias sistemáticas de mortes maternas e neonatais, o que impede a identificação das causas subjacentes e dos fatores contribuintes para essas mortes. A realização de cartografia pode ajudar a identificar áreas com maiores óbitos/taxas de mortalidade, indicando potenciais áreas para intervenções direcionadas e auditorias;
- 3) **Escassez de estudos e actualizações de dados:** Existe uma evidente escassez de estudos e actualizações de novos dados sobre mortalidade materno-infantil. A realização de cartografia preencherá essa lacuna, fornecendo dados atualizados e abrangentes sobre as tendências e padrões de mortalidade, que podem informar intervenções baseadas em

evidências científicas, subsidiando os gestores na definição das estratégias ou na elaboração das políticas de saúde;

- 4) **Analisar, monitorar e identificar os óbitos:** A cartografia permitirá o monitoramento e a identificação das taxas de mortalidade materno-infantil em diferentes regiões e comunidades, fornecendo subsídios valiosos sobre variações geográficas e disparidades;
- 5) **Avaliar a qualidade da assistência:** Por meio da análise dos dados de mortalidade, especialmente as circunstâncias envolvendo mortes maternas e neonatais, será possível avaliar a qualidade da assistência prestada às mulheres durante a gravidez e o parto, levando a melhorias direcionadas nos serviços de saúde;
- 6) **Informar o desenvolvimento de políticas e estratégias:** Os resultados da cartografia servirão como insumos cruciais para os formuladores de políticas e gestores de saúde na elaboração de estratégias e políticas eficazes voltadas para a redução das taxas de mortalidade materno-infantil antes do ano 2030;

OBJECTIVOS:**GERAL:**

Analisar os casos de óbitos maternos, neonatais e infantis ocorridos nos estabelecimentos de serviços de saúde públicos, suas causas, factores determinantes, tendências e suas distribuições geográficas na Guiné-Bissau, na série histórica 2010-2024, a partir de dados do Sistema de Informação Sanitária/SIS.

ESPECÍFICOS

- Analisar variações geográficas e temporais da mortalidade materno infantil;
- Identificar os factores de risco e as principais causas, associado a mortalidade materna, neonatal e infantil;
- Descrever o perfil epidemiológico e a tendência da mortalidade materna e infantil;
- Digitalizar as informações individuais sobre nascimentos e óbitos, que são registrados nos livros de registros de todas as estruturas de serviços de saúde pública e na comunidade;
- Subsidiar processos de planeamento, gestão e avaliação de políticas e acções de saúde voltadas para a tenção pré-natal, o parto e a protecção da saúde infantil e adolescentes;
- Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconómico da população.

METODOLOGIA:

Desenho de estudo

Será realizado um estudo ecológico de séries temporais, retrospectivo e de base populacional, cuja unidade será o conjunto dos óbitos materno-infantil, ocorridos durante o período de 2010 a 2023, a partir de informações em saúde disponíveis na base de dados/plataforma DHIS2 (*District Health Information System 2*) do Sistema de informação sanitária (SIS) do Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), que realiza registo sistemático de eventos vitais, das mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto e das crianças menores de cinco anos, que ocorreram nos estabelecimentos públicos da saúde. Incluirá 10 regiões: Bafatá, Biombo, Cacheu, Gabú, Bolama-Bijagós, Oio, Quínara, Tombali e o Sector Autónomo de Bissau.

Colecta de dados

Irá acontecer em três fases, a saber:

1ª Fase

- Será efectuado um levantamento no referido base de dados (plataforma DHIS2) do SIS, com intuito de extrair as variáveis do interesse do estudo a saber: ***local de óbitos, óbitos maternos, complicações obstétricas, óbitos investigados, evacuações, partos gemelares, partos com cesarianas, partos assistidos, abortos, nado vivo, nado morto, nado vivo com baixo peso e nado morto com baixo peso;***
- Será produzida uma lista com variáveis disponíveis para o estudo (lista de todos os obitos maternos, neonatais e infantis produzidos);

2ª fase

- Levantamento e digitalização das informações individuais nos livros oficiais de registros das estruturas sanitárias – com intuito de extrair informações não digitalizadas na base de dados do SIS/(plataforma DHIS2) a saber: **endereço da falecida, idade, etnia, motivo de internação, estado da mulher e tempo da gravidez**. As informações individuais serão digitalizadas diretamente na plataforma DHIS2.
- Será efectuado uma visita a residência da falecida, por região, (trabalho de identificação ou confirmação da residência da falecida) e nesse momento convidar-se-á um membro adulto da família para participar no estudo e obter-se-á o consentimento verbal/escrito;
- Será elaborado um questionário padrão para autópsia verbal das mortes de adultos em português com questões abertas e fechadas que será aplicado em crioulo por ser esta a língua mais corrente no país. Nas tabancas, quando necessário, as entrevistas serão efectuadas na língua local. As entrevistas serão efectuadas por pessoas treinadas.

Técnica de recolha dados, a saber:

- Autópsia verbal: entrevista com parentes (vizinhos) da falecida para reconstituir eventos que antecederam o óbito de modo a atingir-se um diagnóstico obstétrico/médico aceitável sob o ponto de vista médico,
- Definição verbal das causas não-clínicas do óbito: trata-se de reconstituição dos factores associados com o comportamento de busca de cuidados médicos e acesso a serviços de saúde.
- Relatório verbal de características secundárias: diferentes determinantes que possam influenciar o óbito.

Processamento de dados

A base de dados do SIS/ (plataforma DHIS2), será transferida para SPSS versão 19. para análise. As informações individuais serão digitalizadas diretamente na plataforma DHIS2.

Análise estatística de dados

Serão analisados dados sobre o número de mortes maternas de mulheres entre 10 e 49 anos de idade e o número de mulheres que pariram e continuaram vivas referentes ao período de 2010 a 2023, informações que serão obtidos na base de dados do SIS/(plataforma DHIS2 e nos livros oficiais de registros das estruturas sanitárias.

Serão construídos seguintes indicadores, a saber:

- razão de mortalidade materna (RMM) = $\frac{\text{números de óbitos maternos}}{\text{números de nascidos vivos no mesmo período}} \times 100 \text{mil}$
- razão de mortalidade materna específica (RMME) = (para as **variáveis sociodemográficas**(números de óbitos maternos na faixa dos 10 aos 19 anos/número de nascidos de mães entre 10 e 19 anos, no mesmo período X 100 mil), e para as **variáveis obstétricas**,(número de óbitos maternos por eclâmpsia/número de nascidos vivos, no mesmo período)X100mil).
- taxa de mortalidade infantil (TMI) = $\frac{\text{números de óbitos de residentes com menos de um ano de idade}}{\text{números de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000 \text{mil n.v.}$
- variáveis dependentes: as razões de mortalidade materna e de mortalidade materna específica.
- variáveis independentes: **as nove regiões, as variáveis sociodemográficas(faixa etária, etnia e escolaridades) e as obstétricas(período de ocorrência de óbitos, tipo de causa obstétricas e causa obstétrica directa, irá seguir as orientações das classificações internacionais de doenças cap. XV da CID-10.**

As tendências das RMM nas regiões, serão analisados por regressão de Poisson com variância robusta no programa SPSS, versão 19.0. No modelo

de regressão, o ano será usado como variável explicativa e serão apresentados os valores do exponencial dos coeficientes, que mostraram a variação nas RMM no período analisado, juntamente com os seus respectivos **intervalos de confiança de 95%** e o **valor-P do teste Wald**. O erro padrão das razões será estabelecido a partir da fórmula (razão/população)X100mil. Para a calculo do teste **Qui-quadrado** de tendência linear para as variáveis numéricas discretas (**idade e escolaridade**) e para todas as análises será considerada nível de significância $\leq 0,05$. Será realizada a análise da distribuição espacial, aquelas que são utilizadas em estudos ecológicos, com intuito em identificar a distribuição das morbidades ou mortalidades na população.

Conceitos:

<p>Morte materna Morte de uma mulher durante a gravidez ou dentro dos 42 dias seguintes ao termo da gravidez, independentemente da duração e da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, mas não devida a causas acidentais ou fortuitas.</p>
<p>Causa da morte Doença ou lesão que iniciou a sequência de acontecimentos mórbidos que levaram à morte ou circunstâncias do acidente ou violência que provocou a lesão fatal.</p>
<p>Morte materna tardia Morte de uma mulher devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, após mais de 42 dias, mas menos de um ano após o termo da gravidez.</p>
<p>Morte ligada à gravidez Morte relacionada à gravidez é a morte de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito. Corresponde, portanto, à soma das mortes obstétricas com as não obstétricas.</p>
<p>Morte obstétrica direta Morte resultante de complicações obstétricas do estado de gravidez (complicações durante a gravidez, o parto ou pós-parto), de intervenções, omissões ou tratamento inadequado, ou de uma cadeia de acontecimentos resultante de qualquer das causas mencionadas.</p>
<p>Morte obstétrica indireta Morte resultante de doença previamente existente ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez e que não foram devidas a causas obstétricas diretas mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.</p>
<p>Mulheres em idade fértil Mulheres dos 10 aos 49 anos de idade ou que apresentam sinais de puberdade.</p>
<p>Razão de mortalidade materna (RMM) Relaciona as mortes maternas obstétricas directas e indirectas e não especificadas com o número de nascidos vivos, e é expressa por 100.000 nascidos vivos.</p>
<p>Nascidos vivos Nascimento vivo é a expulsão ou extracção completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente quaisquer outros sinais de vida, tais como batimentos do</p>

<p>coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efectivos dos músculos de contracção voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e desprendida a placenta.</p>
<p>Óbito fetal Óbito fetal é a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extracção completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o facto de, depois da separação, o feto não respirar nem dar outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efectivos dos músculos de contracção voluntária.</p>
<p>Abortamento É a expulsão ou extracção de um produto da concepção com menos de 500 gramas e /ou estatura menor ou igual a 25cm ou menos de 20 semanas de gestação, tendo ou não evidências de vida e sendo ou não espontâneo ou induzido. O aborto é tão-somente o produto da concepção expulso no abortamento.</p>
<p>Mortalidade infantil Compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos <i>neonatal precoce</i> (0-16 dias de vida), <i>neonatal tardio</i> (7-27 dias) e <i>pós-neonatal</i> (28 dias e mais)</p>
<p>Taxa de mortalidade infantil TMI Expresso o número de crianças de um determinado local que morre antes de completar 1 ano de vida a cada mil nascidas vivas.</p>
<p>Autópsia verbal Abordagem utilizada para atribuir uma causa de morte através de entrevistas com membros da família ou da comunidade, quando não existe certificação médica da causa de morte. Registos de nascimentos e mortes são recolhidos periodicamente entre pequenas populações (normalmente num distrito) sob sistemas de vigilância demográfica mantidos por instituições de pesquisa nos países em desenvolvimento.</p>

CRONOGRAMA DO ESTUDO

ACTIVIDADES	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Revisão da literatura/	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Constituição de grupo de estudo e elaboração de protocolo	X	X	X	X								
Submissão de protocolo/estudo ao comité de ética				X	X							
Treinamento de equipa do terreno/aplicação de estudo piloto-região de Biombo					X							
Validação de instrumentos de colecta					X							
Lançamento do estudo/mesa redonda 28 de Maio/Dia mundial da redução da mortalidade materna					X							
Gestão de base de dados/limpeza/transferência					X	X						
Análise de dados (1ª Etapa)						X	X					
Discussão dos resultados preliminares com especialistas							X					
Recolha de dados individuais e digitalização/serviços de saúde							X					
Entrevista no terreno/ autópsia verbal (2ª Etapa)							X					
Criação de base de dados de autópsia verbal/digitalização							X					
Gestão de base de dados/limpeza/análise							X	X				
Discussão dos resultados preliminares com especialistas									X			
Elaboração relatório final, artigos,									X	X	X	

ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo será submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa do INASA. O anonimato e a confidencialidade no uso das informações serão assegurados, excluindo-se o nome das participantes das bases de dados como também dos relatórios e demais publicações que venham a ser geradas. Os benefícios potenciais do estudo poderão ser relevantes, dado que o conhecimento a ser produzido envolve questões pouco estudadas, contribuindo assim, para o conhecimento sobre os limites dos dados disponíveis para o cálculo das taxas e, ao mesmo tempo, servir como subsídio para os gestores na elaboração de estratégias e políticas públicas que propiciem a redução das taxas de mortalidade materna e infantil antes do ano 2030.

ORÇAMENTO DO ESTUDO

Equipe Nacional de Estudo	Qt	Preço Unit.	Custo Total
Investigador/a principal	1		4.000.000
Co-investigadores	2	2.000.000	4.000.000
Gestor de dados	2	1.000.000	2.000.000
Condutor/seguimento/supervisão			750.000
Assistência administrativa			1.000.000
Equipe Regional e SAB			
Inquiridores, digitação de dados e supervisores			2.000.000
Prestação de Serviços			
Formação/treinamento equipe do terreno			1.000.000
Classificação de causas de óbitos			1.500.000
Consultoria internacional/análise de dados (passagem, alojamento, perdiem p/ uma semana)			7.000.000
Assistência técnica nacional/especialistas/gineco-obstetra/pediatria			1.000.000
Revisão e impressão de resultados			1.000.000
Mesa redonda: divulgação de resultados de estudo			1.000.000
Consumíveis e Equipamentos			
Materiais de escritório			750.000
Aluguel de viaturas			1.000.000
Manutenção de viaturas			500.000
Combustíveis(2.500 litros gasoleox735fcfa			1.837.500
Saldo de telef./internet.			350.000

MTN/ORANGE		
Programa estatístico p/ análise de dados SPSS/STATA		500.000
Despesa total		36.300 000
Imprevisto 10%		3.630.000
Custo total de estudo		38.930.000

REFERENCIAS

- **Organização das Nações Unidas (ONU, 2020).** Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova Iorque: ONU; 2020).
- **Ministério de Saúde (MINSA, 2010).** Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA). Boletim oficial – art.13/ Decreto nº 12/2010
- _____ . Despacho - nº 08/GMSP/2015
- _____ . Despacho - nº 032/GMSP/2021
- **Instituto Nacional de Estatística (INE), 2009.** Recenseamento geral da população e habitação. Bissau, Guiné-Bissau.
- **Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS6) 2018-2019,** Relatório Final. Bissau, Guiné-Bissau: Ministério da Economia e Finanças e Direção Geral do Plano/ Instituto Nacional de Estatística (INE)
- **WHO – World Health Organization. 1992.** International statistical classification of diseases and related health problems (10th Revision ICD-10). Genebra.
- **AbouZahr C, et al, 2012.** When civil registration is inadequate: interim methods for generating vital statistics. Pac Health Dialog 2012; 18:215-30.
- **Sousa,B,M et al, 2015.** Aspectos epidemiológicos da mortalidade materna no nordeste Brasileiro. Rev. Saúde Coletiva 2015;(12)N.76;
- **Inter-Agency Group (OMS,UNICEF,UNFPA,World Bank Group and The United Nations Population Division,** intitulado Trends in Maternal Mortality 2000- 2015.
- _____ Trends in Maternal Mortality 2000- 2020.
- **World Bank .** World Population Prospects 2022 – Open Data, <https://population.un.org/wpp/> consultado em 20 de Janeiro de 2024.

