Estimando as Necessidades Não Atingidas para as Intervenções Obstétricas Maiores

Elaboração do Protocolo de colheita dos Dados

Estimando as Necessidades Não Atingidas para as Intervenções Obstétricas Maiores

Segunda Parte
Elaboração do Protocolo de colheita dos Dados

O reforço dos Cuidados Obstétricos Essenciais, completos e de base, é considerado como uma estratégia chave para alcançar um progresso mais rápido na luta contra a mortalidade materna. Os cuidados obstétricos essenciais compreendem inúmeras intervenções obstétricas. Dentre estas destacam-se um certo número de intervenções cirúrgicas e técnicas comprovadamente eficazes para a resolução de uma série de problemas, que podem ocorrer durante o parto e que representam um grande risco para a vida da mãe [1].

Para uma grande parte destas intervenções - "intervenções obstétricas maiores por indicação materna absoluta", a sua hipotética sub-utilização pode ser estimada através da medição das necessidades não satisfeitas para estes tipos de cuidados.

Em países com níveis elevados de mortalidade materna, as autoridades políticas e os profissionais de saúde não estão conscientes, freqüentemente, da amplitude das necessidades não atingidas para os serviços obstétricos de base, bem como não se apercebem que existem possibilidades reais de melhorar a situação com os recursos locais. Embora o mapeamento dos déficits em "intervenções obstétricas maiores por indicação materna absoluta" não identifique o conjunto de todas as necessidades obstétricas essenciais, completas e de base não atingidas, isto constitui uma excelente estratégia para unificar os interesses de uma série de actores, profissionais ou não, interessados em melhorar as políticas e os serviços de saúde materna.A rede UON (Unmet Obstetric Needs) ou NONA -"Necessidades Obstétricas Não Atingidas"- conta com a participação de ministérios da saúde, organizações para o desenvolvimento, instituições científicas e médicos interessados em fazer um estudo completo das "necessidades obstétricas não atingidas por indicação materna absoluta" para poder utilizar as conclusões deste como um ponto de partida, não somente com o objectivo de melhorar a saúde materna, como também de melhorar o funcionamento global dos serviços de saúde. A rede NONA apóia tecnicamente as equipas nacionais envolvidas neste tipo de trabalho, dando-lhes a oportunidade para trocar experiências com profissionais de outros países, o que ajuda a promover uma aprendizagem mútua.

1 Lista das Intervenções Obstétricas Maiores: cesariana, laparotomia para sutura de rotura uterina, histerectomia, versão e extracção, sinfisiotomia, craniotomia. Lista das Indicações Maternas Absolutas: hemorragia ante-partum severa (placenta prévia e hematoma retroplacentário ou "abruptio placentae"), hemorragia severa do pós-partum, desproporção feto-pélvica e rotura uterina, apresentação distócica (transversal e de fronte).

UON Network – Unmet Need for Major Obstetric Interventions
Co-ordination and Management Team
http://www.uonn.org – e-mail : UON@itg.be

TA rede NONA conta com o apoio da:

Comissão Européia DG VIII

Coordenada pelo :

Instituto de Medicina Tropical (IMT)
Departamento de Saúde Pública
Nationalestraat 155
2000 Antuérpia / Bélgica

Em colaboração com:

- Cooperação Alemã (GTZ)
- Organização Mundial da Saúde (OMS)
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)
- Cooperação Técnica Belga (CTB)

Design and printing by Drukkerij Vanhalst, SDW

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

Guia para a elaboração do protocolo para a colheita dos dados 5

Protocolos a desenvolver 5

Estratégia para a colheita dos dados 5

2. A EQUIPA DE PESQUISADORES 6

3. TRABALHO PREPARATÓRIO 6

Escolha da área de estudo 6

Informar os profissionais de saúde e os grupos socias 7

Inventário dos Serviços de Saúde 8

Visita preliminar 8

Definição das intervenções obstétricas maiores por indicações maternas absolutas . . . 8

Lista das intervenções a serem consideradas na definição do indicador 9

Lista das indicações maternas absolutas a serem consideradas na definição do indicador: 10

4. ESTUDO RETROSPECTIVO DAS INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS MAIORES POR INDICAÇÃO MATERNA ABSOLUTA 11

Elaboração do questionário individual para as mulheres: 11

Informações a serem colhidas 11

Exemplo de Questionário para as mulheres 12

Guia para completar o questionário 13

Preparação do questionário para os serviços de saúde: 14

Informação a ser colhida 14

Exemplo de Questionário para os Serviços de Saúde 15

Guia para o preenchimento do questionário 16

Teste dos questionários e dos guias 16

Colheita dos dados 16

Observações preliminares: 16

Informação e treinamento do pessoal dos hospitais e clínicas 17

Colheita das Informações sobre Intervenções Obstétricas 17

Circulação dos questionários 18

Processamento dos dados 19

5. ESTUDO PROSPECTIVO DAS INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS MAIORES 19

Preparação de um estudo prospectivo 19

Formulários para a colheita dos dados 19

Tabela com a síntese dos dados hospitalares a preparar para um estudo prospectivo 19

Tabela de síntese das IOM / IMA por área ou distrito sanitário 20

1. Introdução

Guia para a elaboração do protocolo para a colheita dos dados

O presente documento é um guia que explica como organizar um estudo sobre as necessidades obstétricas não atingidas. A constituição de uma equipa de pesquisadores, a escolha das áreas a serem estudadas, o processo de definição consensual das intervenções e das indicações e a realização de questionários são abordados em termos concretos, permitindo, assim, a realização de um estudo adaptado ao contexto específico de cada país. Este documento foi concebido não como um protocolo padronizado e sim apenas como um guia, que tem como objectivo ajudar os países envolvidos na rede NONA a formular o seu próprio protocolo, ajudando-os a escolher as intervenções, as indicações, as áreas de estudo, além da estratégia mais apropriada para a colheita dos dados.

O presente guia é a segunda parte de uma série de documentos técnicos propostos pela rede de necessidades não atingidas para as intervenções obstétricas maiores (NONA). No módulo 1 foi feita uma descrição completa dos princípios gerais deste estudo e dos objectivos da rede internacional. Os módulos 2 e 3 serão consacrados à análise de dados, ao cálculo e à análise dos déficits das intervenções obstétricas maiores por indicações maternas absolutas e ao processo de mudança ou adaptação das políticas e estratégias em saúde, necessárias para a melhora da saúde materna e do desenvolvimento dos serviços de saúde de maneira geral.

Protocolos a desenvolver

Para iniciar o processo de colheita das informações para a realização do estudo sobre as necessidades obstétricas não atingidas é necessário desenvolver:

– Um documento que especifique:
  - composição da equipa de pesquisa designada pelo Ministério da Saúde;
  - Trabalho preparatório;
  - escolha da área de estudo;
  - informação e um trabalho consensual a ser realizado com os actores activos na área;
  - inventário dos serviços de saúde onde o estudo será desenvolvido;
  - programa e o relatório das visitas preliminares realizadas;
  - processo e o resultado do trabalho de definição das intervenções obstétricas maiores e das indicações maternas absolutas.

– Um protocolo específico para o estudo retrospectivo que compreenda:
  - questionário para as mulheres envolvidas no estudo;
  - Um guia de como preencher o questionário;
  - As modalidades de como testar o questionário e o guia;
  - Um programa de trabalho nos hospitais e clínicas, incluindo os conteúdos da informação requerida e o treinamento do pessoal;
  - A descrição do processo para a colheita de dados e o controle deste processo;
  - questionário para os serviços de saúde;
  - Um guia explicando como preencher o questionário;
  - As modalidades de introdução e tratamento de dados.

– Um protocolo para o estudo prospectivo que compreenda:
  - As determinações prévias a serem definidas em termos de divisão de tarefas, a determinação de áreas geográficas e a circulação da informação colhida;
  - Tabela com o resumo dos dados;
  - Tabela com a síntese das IOM/IMA por área de estudo;
  - Um guia para o preenchimento das tabelas.

Estratégia para a colheita dos dados

Há duas estratégias possíveis para a colheita dos dados: a equipa central de pesquisa forma as equipas locais (províncias, distritos) para a colheita dos dados, ou a equipa central visita cada área coberta pelo estudo e colhe os dados necessários em cada serviço de saúde utilizados pela população local. A escolha da estratégia dependerá dos recursos disponíveis, as habilidades técnicas das equipas locais e da possibilidade de controle da colheita dos dados.

2. A EQUIPA DE PESQUISADORES

Um estudo sobre as Necessidades Não Atingidas para as Intervenções Obstétricas Maiores só será iniciado se o Ministro da Saúde do país em questão (ao nível central ou regional) apóia esta iniciativa e tem o firme propósito de usar os resultados para o planeamento em saúde. Um grupo de profissionais de saúde (dirigidos por um coordenador) será designado para assumir a responsabilidade do estudo desde a etapa de preparação até a utilização dos resultados. Este grupo de pessoas será chamado de "equipa de pesquisadores". A equipa deve pertencer a uma instituição de pesquisa, a uma universidade ou a um serviço do Ministério da Saúde ou pode ser composta de pessoas provenientes de todas estas organizações.

O responsável do estudo é o Ministério da Saúde. A equipa de pesquisadores age, portanto, segundo as directivas e em nome do Ministério, mesmo que seus membros não façam parte integrante do mesmo, ou no caso de pertencerem a uma instituição exclusivamente dedicada à pesquisa.

A equipa de pesquisadores é constituída de profissionais de saúde, que já tiveram a experiência deste tipo de estudo, tanto do ponto de vista técnico (colheita de dados), quanto no facto de terem a experiência de trabalhar em coordenadação com o ministério, com as equipas regionais, provinciais e distritais ou com as equipas hospitalares.

A equipa de pesquisadores trabalhará em ligação directa com os profissionais dos hospitais e com os responsáveis da gestão dos serviços de saúde. Esta colaboração é um ponto essencial do processo da pesquisa, tanto em termos para garantir a fidedignidade da colheita dos dados, bem como para o trabalho de análise e de reflexão sobre as soluções que ela induzirá localmente.

3. TRABALHO PREPARATÓRIO

Antes de começar a colheita dos dados, um certo número de decisões e actividades essenciais têm que ser deteminadas previamente: (i) decidir onde o estudo será realizado, (ii) informar às autoridades distritais e hospitalares, bem como aos outros actores envolvidos, onde o estudo será realizado, (iii) realizar um inventário dos hospitais a visitar, (iv) visitar um dos hospitais para ter uma idéia do que se pode esperar do sistema de informação de rotina, (v) definir o conjunto de indicações que serão utilizadas para a elaboração do indicador e (vi) redigir os diferentes protocolos de colheita dos dados e de análise das informações.

Escolha da área de estudo

A decisão final sobre a área de estudo é do Ministério da Saúde, após ter discutido, evidentemente, todas as opções com a equipa de pesquisa, ou seja, deverá ser decidido se o estudo cobrirá, desde o início, todo o território nacional ou se será realizado apenas em uma ou várias regiões, ou em um grupo de distritos. A escolha feita deverá ser determinada pelos recursos disponíveis para a realização do estudo, além do que devem ser levados em conta os interesses do Ministério, que pode querer obter informações sobre algumas áreas específicas.

Para que o estudo seja efectivo e que permita a comparação de indicadores de diferentes países, a área estudada deve ter no mínimo um milhão de habitantes. Como regra, a área de estudo deve compreender várias sub-áreas (distritos ou subdistritos) com populações acima de 100.000 habitantes.

A unidade de análise é a população de gestantes em uma sub-área*, dividida em duas categorias: áreas urbanas (compreendidas dentro de um raio de distância de 10 Km de um hospital onde as intervenções obstétricas maiores são realizadas) e áreas rurais (a mais de 10 Km de um hospital). O estudo, portanto, terá como base as intervenções obstétricas realizadas nas gestantes da sub-área, sendo que a informação pode ser obtida consultando os registros e os dossiês hospitalares, mas não esquecendo de visitar os hospitais vizinhos da sub-área em questão, cujos serviços as pessoas utilizam de facto.

Para pode ser incluída, cada sub-área deve responder aos seguintes critérios:

1. número de habitantes (o denominador) e o número de partos esperados têm que ser conhecidos.

* Medir as taxas de intervenções por área de centro de saúde, em um distrito particular, pode ser realizado. Mas é necessário estar consciente de que quanto menor for o número das intervenções obstétricas maiores, mais importante será o peso dos erros aleatórios. Exemplo: em uma área com 125.000 habitantes, o número esperado de nascimentos é de 500 e das intervenções obstétricas maiores por indicações maternas absolutas é de mais ou menos 5. Se o número real de intervenções obstétricas observadas estiver entre 2 e 11, nenhuma diferença estatisticamente significativa em relação ao número 5 poderá ser comprovada.

2. A população estudada deve fazer um total de pelo menos 100.000 habitantes (por razões de validade, relativas à amplitude do intervalo de confiança). O número de nascimentos esperados deve ser de pelo menos 2.000 em uma área urbana e de mais ou menos 3.000 em uma área rural.
3. Os dados obstétricos necessários têm que estar disponíveis nos hospitais que as gestantes freqüentam, mesmo que se localizem fora da sub-área estudada.
4. Os dados colhidos rotineiramente pelos hospitais incluídos no estudo têm que especificar as áreas de origem dos pacientes. Se a residência dos pacientes não é conhecida porque a origem geográfica não é colhida como informação rotineira nos registros hospitalares, um outro sistema então tem que ser instalado rapidamente para que este dado seja colhido (coluna suplementar nos registros, por exemplo), assim o estudo retrospectivo será substituído desde o início por um estudo prospectivo.
5. O Ministério da Saúde, em coordenação com a equipa de pesquisa, determinará a extensão da área da pesquisa e o número de sub-áreas em função das possibilidades operacionais.

Informar os profissionais de saúde e os grupos socias

A equipa de pesquisa, designada explicitamente pelo ministério da saúde, entrará em contacto com as pessoas ou grupos comunitários, cujos interesses profissionais ou sociais estejam relacionados com os objectivos do estudo. Estes grupos são constituídos pelos profissionais de saúde, responsáveis pelos cuidados obstétricos, ou por grupos socias que podem influenciar a demanda e melhorar a oferta destes cuidados ao nível central ou periférico.

Os diferentes actores envolvidos são:

- Os ginecologistas obstetras, que trabalham ao nível nacional de ensino (faculdades de medicina) e/ou em um departamento técnico encarregado da saúde materna ao nível do ministério.
- A associação dos médicos, ou Conselho Federal ou Regional de Medicina, que reúnem todos os médicos, tanto do sector privado como público, a nível nacional e nas províncias.
- A associação nacional ou regional de parteiras ou de enfermeiras especializadas em obstetrícia.
- As equipas clínicas activas nas maternidades, nos serviços de ginecologia-obstetrícia, nos serviços de cirurgia e de blocos operatórios dos hospitais envolvidos no estudo.
- As autoridades e planeadores em saúde das sub-áreas consideradas:
  - A equipa técnica do distrito sanitário público, privado ou religioso;
  - Os directores das estructuras hospitalares da área e os membros do conselho organizador destas estructuras;
  - Os deputados locais e as autoridades político-administrativas;
  - Os membros locais das associações de profissionais de saúde;
  - Os membros locais das associações de desenvolvimento organizadas pela sociedade civil.
- As autoridades em saúde responsáveis pela concepção do Sistema de Saúde, bem como do apoio técnico e da distribuição dos recursos ao nível das estructuras de saúde periféricas:
  - Os técnicos do Ministério da Saúde, que trabalham no desenvolvimento dos sectores chaves, tais como a informação em saúde do país ou na definição das actividades em saúde.
  - Os técnicos das direcções regionais de saúde, que participam activamente tanto nas actividades de apoio ao desenvolvimento dos serviços de saúde bem como na elaboração de estratégias regionais de acção em saúde.
- Os membros de organizações internacionais e de cooperação bilateral, bem como os membros de organizações não governamentais, que estão envolvidas, técnica e/ou financeiramente, na luta contra a mortalidade materna e no desenvolvimento do sistema de saúde.

Durante estes contactos, a equipa de pesquisa procurará explicar claramente a abordagem adoptada e discutirá a divisão de tarefas. Os trabalhos já feitos ou em andamento devem ser levados em conta, pois isto facilitará a troca de experiências e a chegar a um consenso dentro do grupo.

Para uma parte destes actores, uma circular assinada pelo ministro da saúde ou pela autoridade regional deveria ser enviada antes de encontrar-se com a pessoa em questão. Nesta circular, a abordagem do problema deve ser resumida e um pedido de colaboração deve ser formalmente expresso.

Esta etapa de informação é importante não só para obter a colaboração dos actores envolvidos durante o estudo, como também para que aumentem as chances de forjar uma dinâmica regional ou nacional, que será necessária no momento em que novas soluções para os problemas deverão ser pensadas e aplicadas.

Inventário dos Serviços de Saúde

Uma vez que a área de estudo tenha sido escolhida, um inventário completo dos serviços de saúde tem que ser feito, incluindo tanto hospitais públicos como privados nas sub-áreas estudadas e inclusive os hospitais localizados fora dos limites destas sub-áreas, mas que são usados pelas gestantes originárias das mesmas. Este inventário é importante por duas razões: fornece um endereço, onde a informação pode ser enviada, e permite a estimativa da carga de trabalho. De facto, um determinante importante da duração da colheita de informações é o número de hospitais a visitar (uma outra é a estratégia adoptada para a colheita dos dados).

Visita preliminar

Uma visita preliminar é essencial de forma a esclarecer o procedimento da colheita dos dados e para verificar a sua factibilidade. Os membros da equipa de pesquisa deverão visitar diversas clínicas e hospitais, tanto públicos como privados, selecionados pela sua representatividade, tendo como objectivo:

- Verificar a precisão e a fidedignidade dos dados colhidos rotineiramente;
- Verificar se a área de origem dos pacientes está claramente registrada e garantir que o pessoal anote correctamente o endereço da gestante (por exemplo, o endereço dado no registro da gestantes pode ser o endereço de uma outra família amiga, que lhe deu pousada pouco antes do parto, por viver perto do hospital);
- Verificar se as indicações para intervenção estão registradas explicitamente e se os médicos reconhecem sua significância (por exemplo, “trabalho obstruído” significa, realmente, desproporção feto-pélvica e não distócia dinâmica) e deve-se observar de que forma os diagnósticos são exprimidos;
- Considere a possibilidade de verificações cruzadas, por exemplo, entre os registros hospitalares e os dos registros de tratamento seguidos pelas pacientes;
- Levar em conta todas as observações feitas pelo pessoal de saúde sobre a abordagem proposta.

Todas estas informações serão úteis para adaptar o protocolo à situação encontrada.

Definição das intervenções obstétricas maiores por indicações maternas absolutas

A escolha de uma definição para intervenções obstétricas maiores por indicações maternas absolutas é guiada por sua significância operacional e política. Sua significância operacional depende da facilidade (factibilidade) da colheita da informação e também da sua fidedignidade (reprodutibilidade de um hospital a outro). Sua significância política depende da credibilidade do indicador seleccionado (o consenso dos profissionais de saúde e autoridades acadêmicas sobre uma taxa mínima de intervenções necessárias para cobrir as necessidades) e da informação requerida pelo ministério, que é freqüentemente determinada por questões relativas ao planeamento dos recursos (por exemplo, potencial do banco de sangue) ou de questões relativas à epidemiologia local (incidência de eclâmpsias, de gestações extra-uterinas).

Ao levar estes factores em conta, deve-se presumir que encontrar estas duas categorias de actores -encarregados de programas no ministério e autoridades académicas - é primordial, além do que é necessário a organização de um comitê de especialistas nacionais, que decidirá sobre a escolha das indicações a integrar no indicador.

A comparação entre os diferentes países tem que ser levada em conta. Na prática, uma lista das intervenções obstétricas maiores e uma lista das indicações maternas absolutas são fornecidas e cada país deverá poder apresentar o cálculo das taxas em função deste indicador. Entretanto, cada país poderá acrescentar outras intervenções e indicações que deseje vigiar. Por exemplo, em alguns países, as doenças hipertensivas da gestação constituem um problema grave e a inclusão da eclâmpsia no indicador pode ser julgada essencial.

Uma lista completa das intervenções obstétricas maiores por indicações maternas absolutas comuns a todos países é definida abaixo. As intervenções e as indicações, que são possíveis de serem acrescentadas a este indicador padrão para a organização da rede NONA, são enumeradas com alguns comentários.

Lista das intervenções a serem consideradas na definição do indicador

(a) Lista das intervenções incluídas na definição padrão do indicador

São as intervenções que toda equipa nacional da rede terá que levar em conta. Não deve ser esquecido que as intervenções obstétricas são consideradas como maiores ou importantes, quando a tecnologia hospitalar é necessária para realizá-las: cirurgia ou técnica obstétrica sofisticada, difícil de serem descentralizadas (versão interna, craniotomia), por necessitar um apoio hospitalar para lidar com as complicações.

- CESARIANA: é a intervenção obstétrica maior por excelência. É fácil de obtê-la nos registros e nos dossiês médicos. Entretanto, há que se tomar cuidado com as indicações: uma cesariana pode ser realizada não somente para salvar a vida da mãe, como também para salvar a da criança, ou ainda por outras razões, que nem sempre estão relacionadas com as situações que põem em risco a vida da mãe e do feto.
- LAPAROTOMIA PARA SUTURA DE ROTURA UTERINA: é uma intervenção específica e pode estar em relação directa com a indicação - rotura uterina.
- HISTERECTOMIA: a intervenção é específica, realizada somente no caso de certas roturas uterinas ou no caso de hemorragias incontroláveis ou de infecções severas do útero. Em vista de sua especificidade, as indicações para esta intervenção são absolutas.
- VERSÃO E EXTRACÇÃO : esta intervenção é muito específica e é realizada em situações precisas (por exemplo, situação transversa do segundo gemelar) por pessoas com experiência, realizada para evitar uma cesariana.
- SINFISIOTOMIA: intervenção realizada para evitar uma cesariana em caso de desproporção feto-pélvica. Realizada apenas em meio hospitalar, de maneira que se possa sempre recorrer a uma cesariana no caso em que desta intervenção não seja bem sucedida.
- CRANIOTOMIA/CRANIOCLASIA: é uma intervenção praticada em caso de trabalho obstruído, no lugar de uma cesariana, quando o feto está morto.

(b) Lista das intervenções obstétricas não utilizadas para a definição padrão do indicador

- TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA: sem outras informações é difícil de saber se esta intervenção teria, realmente, salvado a vida da mãe, se não tivesse sido realizada. A prescrição da transfusão depende, freqüentemente, do hábito dos profissionais de saúde e dos recursos disponíveis (banco de sangue, doador disponível). Esta intervenção poderia ser acrescentada desde que fossem padronizadas as indicações.
- TRATAMENTO MÉDICO DA CRISE DE ECLÂMPSIA: o tratamento nos cuidados intensivos das crises de eclâmpsia pode ser considerado como intervenção maior, se a eclâmpsia for considerada como indicação absoluta (ver indicações).
- FÓRCEPE E VÁCUO-EXTRACTOR: é difícil de definir de forma exacta, retrospectivamente, se a aplicação do fórcepe ou do vácuextractor foi um acto vital para a mãe (mesmo que tenha sido útil para o feto). O uso desta técnicas não está padronizado e parece que a sua utilização depende mais da experiência da parteira. Não há taxa de referência. Além disso, estas técnicas podem ser praticadas na periferia, o que quer dizer que seria necessário recolher estas informações em todos os serviços de saúde, onde este tipo de intervenção é praticado.
- EXTRACÇÃO MANUAL DA PLACENTA: esta intervenção poderia ser considerada como importante para ser incluída. Entretanto, como a extracção manual da placenta é também praticada nas
- MATERNIDADES PERIFÉRICAS (ambulatórios, centros de saúde), esta informação teria que ser colhida inclusive em todas as estructuras periféricas, onde esta intervenção é realizada.
- SUTURA DAS LACERAÇÕES DO COLO OU DO PERÍNEO: estas complicações são algumas vezes iatrogénicas, o que torna praticamente impossível obter uma taxa padrão. Entretanto, a informação poderia ser colhida de forma a ter uma idéia da escala deste tipo de complicação.
- TRATAMENTO MÉDICO DAS INFECÇÕES: muitas infecções são secundárias aos acidentes sépticos, sendo assim, é difícil formular uma taxa padrão.
- LAPAROTOMIA PARA GRAVIDEZ EXTRA-UTERINA: Isto é um problema que, claramente, coloca a vida da mãe em risco. A epidemiologia da gravidez ectópica pode variar de um país a outro, de uma região a outra dentro de um mesmo país, variando também com o tempo (de um ano a outro). A dificuldade é, portanto, obter uma taxa padrão válida. Uma taxa urbana calculada para uma cidade ou grupo de cidades, evidentemente, não representa a escala das necessidades de uma área rural ou de outras cidades.

Lista das indicações maternas absolutas a serem consideradas na definição do indicador:

(a) Lista das indicações incluídas na definição padrão do indicador:

- HEMORRAGIA SEVERA DO ANTE-PARTUM: esta será considerada como uma indicação materna absoluta, se tiver sido provocada por uma placenta prévia ou por um descolamento da placenta, que estava normalmente implantada (ou hematoma retro-placentar). Os outros casos não são específicos o suficiente para serem retidos como IMA.
- HEMORRAGIA DO PÓS-PARTUM: é difícil ter uma definição padrão dos eventos que podem ser classificados como hemorragias do pós-partum, para os quais uma revisão uterina, a administração de oxitocina ou uma transfusão sangüínea são tratamentos suficientes. Por outro lado, esta é uma indicação muito específica quando uma histerectomia é praticada, como a única possibilidade para estancá-la. Portanto, o critério será o seguinte: hemorragia do pós-partum para a qual uma histerectomia foi realizada.
- DESPROPORÇÃO FETO-PÉLVICA E ROTURA UTERINA: as distócias mecânicas deste tipo são devidas a uma bacia estreita ou a uma hidrocefalia do feto. A rotura uterina pode ser uma complicação dramática. Entretanto, em alguns casos pode ser difícil fazer uma diferença clara entre uma notificação de distócia dinâmica ou mecânica. A fidedignidade desta indicação deve ser avaliada localmente.
- APRESENTAÇÕES DISTÓCICAS: correspondem às situações transversas, incluindo o prolapso do braço ou a apresentação de ombros, ou outras apresentações muito raras como a de fronte, bregmática ou de face com encravamento da cabeça fetal (cabeça derradeira ou mento em posição sacral). Estas são indicações maternas absolutas, para as quais as únicas soluções possíveis são a cesariana ou versão e extracção no caso de situação transversa, que só pode ser realizada por obstetras competentes.

NOTA: é importante, para a análise dos dados, não esquecer de incluir as gestantes que faleceram antes de ter sofrido uma intervenção obstétrica maior. Não importa qual seja o problema, todas as mulheres que faleceram antes de sofrer uma intervenção têm, por definição, uma indicação materna absoluta, sendo assim o registro destas pacientes terá que ser feito.

(b) Lista das indicações não incluídas na definição padrão

- DOENÇAS HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ: a hipertensão e a pré-eclâmpsia, e mesmo a eclâmpsia, não são sistematicamente fatais para a mãe. Os critérios para que estas indicações sejam consideradas como absolutas não foram ainda bem estabelecidos. Além disso, o tratamento destas complicações da gravidez pode ser descentralizado, o que necessita uma colheita de informação extensiva a todas estructuras de saúde onde o tratamento das doenças hipertensivas é praticado. Enfim, a epidemiologia "versátil" destas patologias, mesmo no interior de um mesmo país, dificilmente permite a definição de uma taxa de referência. Em alguns países, entretanto, a eclâmpsia é um problema relativamente freqüente e poderia ser acrescentado.
- PROLAPSO DO CORDÃO, SITUAÇÃO SENTADA OU APRESENTAÇÃO DE FACE (ANTERIOR): estes problemas não são considerados como indicações maternas absolutas. Alguns destes problemas poderiam necessitar de alguma intervenção obstétrica maior, mas as suas probabilidades não são conhecidas e a escolha da intervenção depende em grande parte da experiência e das atitudes do obstetra e sobretudo da pressão dos familiares, que querem evitar a todo custo qualquer risco para a mãe ou a criança.
- ANEMIA SEVERA: a anemia severa pode ser considerada como uma indicação materna absoluta, mas um ponto de corte, ou limiar, aceitável para todos, tem que ser definido previamente, devendo ser uniformemente aplicado. Se esta condição não for respeitada, corre-se o risco de que as taxas de referência, que são medidas em uma situação ideal, superestimem as necessidades em relação aos critérios de intervenção na periferia. Além do mais, as taxas de prevalência da anemia severa variam muito de um lugar para outro, o que torna mais difícil ainda a definição de uma taxa de referência, sobretudo quando esta for estabelecida tendo como base a população urbana, que, geralmente, beneficia de um melhor acesso aos cuidados preventivos.
- INFECÇÕES DO PÓS-PARTUM: a medida da necessidade a cobrir em termos de infecções é muito difícil de estabelecer, pois o tempo passado na maternidade após o parto e, portanto, a probabilidade de identificar estas infecções e intervir, pode variar bastante (de algumas horas a uma semana). Além do mais, a maioria das infecções são iatrogénicas e dependem, portanto, da qualidade dos cuidados ao parto, o que praticamente impossibilita a definição de uma taxa de referência.
- ABORTOS: devido a grande variabilidade das situações clínicas, esta não é uma indicação

materna absoluta para a qual uma intervenção específica possa salvar a vida da mãe. Uma vez que diversas alternativas existem, é difícil de calcular uma taxa de referência sem realizar, previamente, um estudo complexo sobre os abortos (as taxas variam muito de lugar a lugar e de um ano a outro).

Há ainda uma série de complicações raras (embolia pulmonar, psicose, doença cardíaca, etc), que poderiam ser incluídas no indicador das necessidades a atingir. Entretanto, o acréscimo destas não aumentaria significativamente as taxas de intervenção observadas, e, provavelmente, não permitiria estimar as necessidades para este tipo de problema. Além do mais, em muitos hospitais, o equipamento técnico existente não permite fazer este tipo de diagnóstico.

Seria necessário designar um comitê de especialistas, que inclua a equipa de pesquisa, os professores titulares em obstetrícia e os obstetras clínicos com prática no terreno (obstetras, cirurgiões ou generalistas que praticam, habitualmente, as intervenções obstétricas maiores). Este comitê será encarregado da validação do indicador: as intervenções obstétricas maiores por indicação materna absoluta. O envolvimento destes actores é essencial para que a metodologia e os resultados tenham credibilidade.

4. Estudo retrospectivo das intervenções obstétricas maiores por indicação materna absoluta

Elaboração do questionário individual para as mulheres:

Os questionários para as mulheres e para os serviços de saúde propostos neste documento deverá ser adaptado pela equipa de pesquisa do país no qual o estudo será realizado. Algumas orientações são dadas aqui, mas seria ilusório pensar que seria possível descrever todas as situações possíveis. A equipa de pesquisa trabalhará em colaboração estreita com os especialistas e com os responsáveis de programas ao nível nacional para a elaboração da versão nacional dos formulários.

Informações a serem colhidas

As informações a serem colhidas devem ser restritas a um número limitado de elementos, incluindo principalmente: a identificação do serviço de saúde, onde ocorreu a intervenção, a origem das parturientes, as intervenções principais, as indicações e os resultados para a mãe e para a criança.

Um questionário deve ser preenchido para cada mulher que sofreu uma intervenção obstétrica maior e para cada gestante que faleceu no hospital antes de sofrer uma das intervenções classificadas como maior.

A colheita dos dados deve ser feita durante um ano completo. Assim tomemos como exemplo o ano 2000 como período de estudo, isto implica que todas as mulheres, que tenham sofrido uma intervenção obstétrica maior entre 1° de janeiro e 31 de dezembro 2000, deverão ser incluídas obrigatoriamente como participantes do estudo.

O questionário deve ser dividido em três colunas: a primeira com o número da pergunta, a segunda com as perguntas e respostas, e a terceira com o código da resposta. A decisão sobre qual código utilizar para as respostas pode ser decidido um pouco antes de iniciar a introdução dos dados. Entretanto, é necessário decidir antes de começar a colheita dos dados, o nível de precisão de algumas variáveis e de esclarecer o tipo de resposta esperada para cada pergunta, de forma a facilitar a análise e a interpretação. As decisões tomadas devem ser bem explicitadas no guia de preenchimento do questionário.

EXEMPLO DE QUESTIONÁRIO PARA AS MULHERES

N° da Perguntas	e Respostas Código	Pergunta
P1	**Identificação do Serviço de Saúde** Província/distrito: . . . . . . Nome:	☐☐☐☐
P2	**Endereço da Parturiente:** Número de admissão:	
P3	Data de admissão:. . . . . / . . . . . /	
P4	Ano de Nascimento:	
P5	Endereço da Parturiente: Distrito: . . . . . . Aldeia / cidade: . . . . . . Bairro / rua :	☐☐☐☐
P6	Area do Centro de Saúde:	☐☐☐☐
P7	Área: ☐ Urbana ☐Rural ☐Desconhecida	
P8	**Lugar do Parto:** - em casa - neste serviço de saúde - um outro serviço . . . . . . - qual ? especifique:	☐
P9	Intervenção obstétrica maior: Data da intervenção:. . . . . / . . . . . /	
P10	**Tipo de Intervenção:** - cesariana - histerectomia - laparotomia - versão e extracção - craniotomia / cranioclasia / embriotomia - sinfisiotomia - outra, especifique:	☐
P11	**Indicação:** - rotura uterina - trabalho obstruído por situação transversa - trabalho obstruído por apresentação de ronte - trabalho obstruído por desproporção feto-pélvica - trabalho obstruído por outro tipo de apresentação - trabalho obstruído por distócia dinâmica - trabalho obstruído por outra causa - complicações ligadas ao cordão - hemorragia ante-partum devido a placenta prévia - hemorragia ante-partum devido a hematoma retro-placentar - hemorragia ante-partum devido a outra causa - hemorragia do pós-partum - hipertensão, pré-eclâmpsia - toxemia, eclâmpsia - infecção puerperal - situação sentada - antecedente de cesariana - outro antecedente obstétrico - outra causa - sofrimento fetal - causa sem registro	☐☐

P12	**Resultados para a criança** - nascido vivo - natimorto - nascido vivo e óbito em menos de 24 horas - sem registro	☐
P13	**Resultados para a mãe** - nada a sinalar - complicação: ver P14 - transferida para um outro serviço de saúde: . . . . . . - obito: ver P15 e P16	☐
P14	**Tipo de Complicação:**	☐
P15	**Momento do óbito da mãe:** - antes da intervenção - durante a intervenção - após a intervenção - sem registro	☐
P16	**Causa do óbito da mãe:** - doença hipertensiva - hemorragia - infecção - outra, especificar: . . . . . . - desconhecida	☐
P17	Data da alta da mãe: . . . . / . . . . . /	
P18	Formulário completado por:	☐
P19	Data do preenchimento do formulário: . . . . / . . . . . /	
P20	Controle:	☐☐☐☐

Guia para completar o questionário

Um guia para ajudar a completar o questionário deve ser imediatamente redigido, tendo como objetivo principal dar instruções precisas ao pessoal encarregado de colher a informação, além do que o exercício de fazer o guia permitirá à equipa de pesquisa a ter uma idéia mais clara da tarefa a ser realizada. Os questionários devem, evidentemente, ser adaptados ao contexto local. Uma atenção especial deve ser dada à forma em que os diagnósticos são formulados nos registros, buscando a forma mais apropriada e mais próxima da forma habitual de expressão dos profissionais de saúde.

As questões que devem ser esclarecidas mais frequentemente são:

- Número do questionário: deve ser pré-imprimido ou pode ser numerado no próprio local e, neste caso, como evitar ter números iguais? Há duas formas de evitar a pré-impressão dos números: os números gerados ao nível do distrito para cada hospital, pela equipa de pesquisa do distrito, são precedidos do número do distrito e do hospital, ou, então, a equipa do distrito começa a contar os seus casos a partir do número 1 e os outros números serão atribuídos somente quando os dados serão introduzidos no computador ao nível central.
- Quais números devem ser atribuídos aos serviços de saúde? O número deve ser composto de 4 algarismos: os dois primeiros representam o número do distrito e os outros dois os hospitais do distrito. Por exemplo, os números de 10 a 19 podem ser atribuídos aos hospitais públicos, de 20 a 29 aos hospitais para-públicos, de 30 a 39 aos hospitais militares e de 40 a 49 aos hospitais privados. É necessário fazer uma lista dos hospitais por distrito com os números que lhes foram atribuídos. Isto facilitará a identificação posterior, senão teria que ser necessário a verificação em todos os questionários o nome de cada hospital.
- Identificação da parturiente: o número de admissão ou o número do registro hospitalar da gestante é introduzido na base de dados e constitui o seu código de identificação. Antes de iniciar a pesquisa, tem que ser decidido qual número deverá ser utilizado sistematicamente: o número de admissão ou o número do registro hospitalar.

- Endereço da parturiente: é identificado por um código único, que conterá 4 algarismos. Os dois primeiros representarão o número do distrito de origem e os outros dois o número da localidade ou do bairro de uma cidade dentro do distrito. Uma lista de números atribuídos às localidades e aos bairros dentro de uma cidade deve ser estabelecida.
- Para a maioria das perguntas, deve ser recomendado que as respostas sejam rodeados por um círculo, ou então que ao lado de cada pergunta seja incluído um círculo onde a resposta deve ser anotada.
- A definição de que áreas devem ser consideradas como urbana ou rural deve ser esclarecida. O objectivo, na análise dos dados, é de comparar a taxa de intervenção para as mulheres vivendo a diferentes distâncias do hospital. A definição de urbano e rural, portanto, está mais relacionada com a acessibilidade aos serviços de saúde do que com a influência do meio socio-cultural.
- Lugar do parto: quando uma mulher deu parto em outro serviço de saúde, é importante saber se isto ocorreu em um hospital e, se este for o caso, deve ser verificado se um questionário já foi preenchido para a parturiente em questão pelo hospital que fez a sua transferência.
- Se houver mais do que uma intervenção (por exemplo, uma sinfisiotomia ou uma cesariana) ou mais do que uma indicação, todas têm que ser anotadas no questionário. O inquiridor, responsável pelo preenchimento do questionário, deve certificar-se que a pergunta "outras (especificar)" foi respondida. Uma estratégia deve também ser formulada previamente para lidar com um caso para o qual a informação tiver sido anotada de forma imprecisa, ou que tenha uma qualidade duvidosa. Por exemplo, uma cesariana pode ser registrada com um diagnóstico de rotura uterina, mas se o útero tiver sido removido, isto indica também uma histerectomia. Ou uma indicação pode ser dada como desproporção feto-pélvica, seguido por uma referência a uma situação transversa, é esta última, então, que deve ser anotada no questionário.
- Resultado para a mãe: se a mãe tiver sido transferida para outro serviço de saúde, o questionário preenchido no primeiro serviço deve ser revisto e a informação dos dois questionários devem ser reunidas.

Preparação do questionário para os serviços de saúde:

Informação a ser colhida

A aplicação do questionário dos serviços de saúde facilitará a tarefa primordial de preparar uma lista completa de todos os serviços, que realizam as intervenções obstétricas maiores e, ao mesmo tempo, dará aos planeadores em saúde uma visão global da distribuição destes serviços, dos recursos existentes e dos resultados alcançados. A análise dos dados permitirá, por outro lado, medir a distribuição e a carga de trabalho do pessoal das maternidades hospitalares.

O questionário deve incluir 4 tipos de informação básica: (i) a categoria e a localização do hospital; (ii) os recursos materiais; (iii) os recursos humanos e (iv) a informação sobre sua actividade em termos de cuidados obstétricos.

Os temas abordados em cada rubrica devem ser adaptados ao contexto nacional/regional e devem visar a obtenção das informações específicas, que interessam ao planeador em saúde. Por exemplo, as formas de denominar e classificar a categoria do pessoal correspondente a parteira especializada ou a enfermeira diplomada varia de um país a outro, isto implica na necessidade de indicar exactamente como os termos são empregados no país.

Exemplo de Questionário para os Serviços de Saúde

N° da Perguntas	e Respostas Código	Pergunta
P1	**Identificação do Serviço de Saúde**	
	Província/distrito:	☐☐☐☐
	Nome do Serviço de Saúde:	
	Endereço:	
P2	Tipo de Hospital:	
	- Público (ver P3)	1
	- Hospital Universitário	2
	- Militar	3
	- Privado	4
	- Para-Público	5
	- Outros (especificar):	6
P3	Categoria do Serviço de Saúde:	
	- Hospital regional	1
	- Hospital distrital/provincial/municipal	2
	- Hospital da área	3
	- Outro (especificar):	4
	Recursos Materiais	
P4	Número de leitos na maternidade	☐☐☐☐
P5	Número de leitos em ginecologia/obstetrícia	☐☐☐☐
P6	Número total de leitos no serviço de saúde	☐☐☐☐
P7	Número de salas de operação	☐☐☐
P8	Número de salas de operação reservadas a obstetrícia	☐☐
P9	Número de vácuo-extractor mecánicos funcionais	☐☐
P10	Número de vácuo-extractor elétricos funcionais	☐☐
P11	Número de fórcipes funcionais	☐☐
P12	Número de ambulâncias	☐☐
	Recursos Humanos	
	Médicos	
P13	Número de ginecologistas	☐☐☐
P14	Número de cirurgiões	☐☐☐
P15	Número de estagiários (ginecologia/obstetrícia	☐☐☐
P16	Outros (especificar)	☐☐☐
	Para-Médicos	
P17	Número de enfermeiras diplomadas em obstetrícia	☐☐☐
P18	Número de enfermeiras com certificado em obstetrícia	☐☐☐
P19	Número de parteiras especializadas	☐☐☐
P20	Número de outros para-médicos reconhecidos	☐☐☐
P21	Número de outros para-médicos diplomados	☐☐☐
	Actividade	
P22	Número de admissões na maternidade	☐☐☐☐☐☐
P23	Número total de partos	☐☐☐☐☐☐
P24	Número total de partos distócicos	☐☐☐☐☐☐
P25	Número total de partos eutócicos	☐☐☐☐
P26	Número total de natimortos	☐☐☐☐
P27	Número total de óbitos maternos	☐☐☐
P28	Número total de cesarianas	☐☐☐☐
P29	Número total de roturas uterinas	☐☐
P30	Nome do inquiridor :	☐☐☐
P31	Data do preenchimento do questionário: ..../...../.....	dd mm yy
P32	Resultado do inquérito :	
	- Questionário completo	1
	- Questionário incompleto	2

Guia para o preenchimento do questionário

A maioria das rubricas foram expressamente formuladas de forma clara e simples, mas uma grande dificuldade, que é encontrada freqüentemente, refere-se a como quantificar o pessoal disponível. Em alguns hospitais, uma parte do pessoal trabalha a tempo parcial, outros não são fixos e trabalham apenas uma parte do ano, pois fazem uma rotação entre diferentes serviços, o que leva a uma variação do número do pessoal efectivo disponível segundo a época do ano. Uma solução para esta dificuldade é de fornecer o número médio do pessoal a trabalhar no local. Este número médio calcula-se em homens/meses (HM) divididos por 12. Dois exemplos: alguém que trabalha a tempo parcial equivale a 0,5% de uma unidade; no caso de um hospital em que há dois médicos efectivos o ano todo, um outro que trabalhou os três primeiros meses do ano e um outro que começou a trabalhar a partir de outubro, o total homens/meses dá: 2 x 12 HM + 3 HM + 3 HM = 30 HM / 12 = 2,5.

O guia explicará, rubrica por rubrica, a forma de preencher o questionário.

Teste dos questionários e dos guias

Os questionários para as pacientes e os questionários para os serviços de saúde têm que ser testados em pelo menos uma estructura de saúde de cada tipo: hospital geral público, hospital universitário, clínica privada, hospital de caridade e outros.

A qualidade do questionário e a factibilidade de sua aplicação devem ser testadas, especialmente com relação às indicações para as intervenções, pois são estas que, geralmente, se prestam a interpretações das mais variadas, dependendo do contexto sócio-cultural em que ocorre a formação médica. Estas diferenças culturais variam de um país a outro e terão um efeito negativo se houver uma grande diferença de formação entre os inquiridores e os clínicos. Podem ocorrer variações dentro de um mesmo país, como as diferenças encontradas entre aqueles a trabalhar em um serviço público, privado ou religioso. Um termo como “trabalho obstruído” tem uma significação (sensibilidade) muito diferente segundo o sector em que trabalha o profissional de saúde. É necessário precisar melhor estas questões quando o teste for feito.

Colheita dos dados

Observações preliminares:

PROGRAMA DE VISITAS AOS HOSPITAIS E CLÍNICAS

O programa de visitas deve ser estabelecido com base:

- Na lista final das sub-áreas (províncias, distritos, regiões, cidades, localidades ou outras divisões geográficas) que devem ser incluídas no estudo;
- Na lista dos serviços de saúde nestas sub-áreas;
- Na lista dos serviços de saúde de tipo hospitalar existentes nas sub-áreas;
- Na lista dos serviços de saúde de tipo hospitalar existentes fora da área estudada, mas que são utilizados pelas gestantes em caso de distócia;
- Nos contactos preliminares que devem ser estabelecidos, aproveitando a ocasião da visita de verificação da factibilidade do estudo, ou então durante as reuniões de trabalho com os profissionais e com os técnicos do ministério de saúde e sobretudo à luz dos resultados do teste;
- Na disponibilidade de tempo da equipa de pesquisa;
- Nos recursos alocados para o estudo.

Informação e treinamento do pessoal dos hospitais e clínicas

O objectivo primordial do estudo é de induzir, baseado nos déficits constatados nas intervenções obstétricas, mudanças ao nível das políticas e das estratégias de saúde. Portanto, o envolvimento do pessoal de saúde na pesquisa é um factor essencial para o seu sucesso, se se quer garantir que a informação colhida sirva efectivamente para induzir às mudanças e para que se possa contar com a cooperação de todos na colheita dos dados.

Em cada serviço de saúde, uma sessão breve de informação e de formação será organizada, o que criará a ocasião para treinar o pessoal, no próprio serviço, em como fazer a colheita dos dados a partir dos registros e dos dossiês dos hospitais ou das clínicas. Este aspecto participativo é igualmente importante para a aplicação de um estudo prospectivo, pois este ficará inteiramente sob a responsabilidade do pessoal de cada serviço de saúde. A preocupação de garantir a fidedignidade dos dados colhidos neste estudo prospectivo e a indução às mudanças, que talvez pudessem ser obtidas a nível local, são os motivos por excelência que justificam o papel formativo indispensável do estudo retrospectivo.

Colheita das Informações sobre Intervenções Obstétricas

NO HOSPITAL

Registro dos nascimentos

Referências às intervenções obstétricas são encontradas mais freqüentemente no registro das salas de parto das maternidades e, por isso, este é o primeiro documento que deve ser consultado. Entretanto, durante o curso da pesquisa (que pode tomar em média de 1 a 2 dias), todas as fontes possíveis de informação devem ser consultadas - registros de nascimentos, registros das salas de operação, registros de hospitalização ou de parto, partograma. Todos estes registros devem ser reunidos em um único local para facilitar a extracção e o cruzamento das informações.

Em seguida, começa-se com as primeiras admissões do período considerado (geralmente um ano), verificando se para todas as mulheres, em cujos dossiês são mencionadas uma intervenção obstétrica maior, se esta intervenção teve lugar, de facto, no período estudado. Se este for caso, o inquiridor apanha um questionário e anota todas as informações disponíveis a partir do registro. Logo após, deve procurar dados complementares em outras fontes de informação.

No caso em que haja contradições entre duas fontes de informação, o questionário será separado dos outros e, depois que todos os outros questionários terão sido completados, o caso será discutido com a equipa de pesquisa. Uma decisão consensual terá que ser tomada. No pior dos casos, a informação será registrada como “não há informação”.

Completar a informação que falta

A medida que os questionários são abertos com a introdução dos dados da sala de partos, o inquiridor deve certificar-se de que no bloco operatório não foi realizada nenhuma outra intervenção, pois poderia muito bem ter ocorrido uma outra intervenção posteriormente e que não tenha sido registrada na sala de partos.

Enfim, é importante ir falar com o pessoal do serviço de emergência ou de guarda, no serviço de cuidados intensivos ou de reanimação e no serviço de ginecologia (e/ou cirurgia feminina) para certificar-se de que nenhuma gestante tenha sido admitida e/ou que tenha falecido, sem que o facto tenha sido mencionado no registro de partos.

Os questionários incompletos devem ser revistos com a equipa médica, que poderia completar a informação que falta com base em outros documentos ou com base nas suas recordações do caso. Em regra geral, se não há garantia que a informação seja correcta, é melhor abandoná-la e não anotar os dados no questionário.

Verificando as informações

Uma vez que todos os questionários tenham sido completados, um inquiridor conferirá, uma outra vez, o número total de cada tipo de intervenção e fará a comparação com o número obtido a partir do cálculo dos dados obtidos no bloco operatório. Cada questionário deverá ser revisto e os inquiridores verificarão a consistência e a exactidão das respostas anotadas.

Controle

Durante todo o processo de colheita de dados, uma pessoa da equipa de pesquisa será especialmente encarregada de verificar se erros foram cometidos durante o preenchimento do questionário.

Os controles poderão ser feitos, como descritos abaixo, em cada serviço de saúde estudado:

1. Durante um mês, escolhido ao acaso, contar o número de intervenções praticadas e comparar com o número de intervenções registradas durante o estudo;
2. Escolher ao acaso 5 casos em cada 100, preencher independentemente um segundo questionário e comparar com o primeiro;
3. Escolher ao acaso 5 casos em cada 100 e verificar se as informações colhidas estão completas.
4. Se erros forem encontrados, deve-se verificar a colheita de dados no serviço de saúde como um todo.

O controlador deve verificar também quais foram as medidas tomadas para tentar obter o dossiê (questionário) de uma mulher, que tenha utilizado vários serviços de saúde para o seu parto (transferida de ou para).

Uma vez que um questionário tenha sido verificado, o controlador entra um número que permita a identificação do controlador e o nível de qualidade do questionário.

Verificar que cada hospital tenha sido visitado

Esta verificação pode ser feita através da comparação dos questionários sobre os serviços de saúde com a lista de hospitais fornecidas pelas autoridades responsáveis. As autoridades, entretanto, podem não estar informadas totalmente sobre as práticas das clínicas privadas de pequeno porte, que podem, eventualmente, realizar intervenções obstétricas maiores. Uma forma de estar seguro do número exacto destas clínicas é de perguntar o pessoal de saúde local, que terá conhecimento, provavelmente, de todas estas práticas.

Colheita de informações sobre os hospitais

O preenchimento do questionário sobre serviços de saúde não deveria, teoricamente, tomar muito tempo. Durante a visita ao hospital para o preenchimento do questionário sobre as mulheres, um membro da equipa de pesquisa deveria reunir-se com o director ou administrador do hospital, que poderá mostrar-lhe as estatísticas produzidas rotineiramente, que talvez poderiam ser suficientes para responder a maioria das questões.

Algumas instituições privadas de saúde podem, às vezes, apresentar uma certa relutância em fornecer qualquer tipo de informação às autoridades de saúde. Para contornar este tipo de dificuldade, a equipa de pesquisa deve visitar estas clínicas munida de cartas de apresentação da parte da Associação Médica Nacional e das autoridades de saúde (assinada pelo Director Geral dos Serviços de Saúde ou pelo próprio ministro). É importante explicar tudo sobre o objectivo da colheita dos dados e garantir à administração do hospital privado que a informação permanecerá confidencial (e que não terá nenhuma repercussão fiscal).

Se o acesso ao hospital ou à clínica privada for recusado à equipa de pesquisa, pode ser possível negociar o preenchimento dos questionários e o controle das estatísticas pelo próprio pessoal do hospital. Se isto não for possível, terá que ser necessário fazer uma estimativa do número das intervenções obstétricas maiores realizadas no hospital. Este número aparecerá na análise como "resposta negativa".

Circulação dos questionários

Se a equipa de pesquisa estiver a colher a informação distrito por distrito e a supervisar directamente o processo, os dados podem ser imediatamente introduzidos em uma base de dados computadorizada a medida que sejam colhidos. Neste caso, o questionário permanecerá ao nível do distrito.

Se os dados, entretanto, são introduzidos no computador ao nível central depois que todas as informações foram colhidas, os questionários devem ser enviados ao nível central e serão devolvidos à equipa distrital depois da introdução da informação na base de dados do computador.

Processamento dos dados

Para a introdução da informação na base de dados, qualquer programa disponível mundialmente, como EPIINFO, pode ser utilizado. O sistema de encodagem deve ser pensado com atenção, sendo que um código próprio deve ser atribuído a todos os distritos, centros de saúde, localidades, bairros e cidades desde o início do estudo. Os dados devem ser rigorosamente checados para eliminar as incoerências e a informação repetida.

5. Estudo prospectivo das intervenções obstétricas maiores

Preparação de um estudo prospectivo

Depois de terminada a colheita dos dados sobre as intervenções obstétricas maiores realizadas durante o período de tempo seleccionado e sobre os resultados ("outputs") dos serviços de saúde para o mesmo período, serão colocadas em prática, se isto for necessário, um processo contínuo de colheita de dados (estudo prospectivo).

O objectivo desta segunda fase é duplo:

1. Melhorar o processo de colheita dos dados em função dos problemas encontrados durante o estudo retrospectivo, como, por exemplo, a dificuldade para a obtenção de uma informação mais precisa sobre a origem das pacientes, ou então sobre as indicações maternas e as intervenções, além de garantir a coerência das informações obtidas em diferentes serviços.
2. A utilização dos dados colhidos pode servir como um inductor de uma análise causal no seio das equipas dirigentes da sub-área (distrito sanitário) ou da região, que pode servir, por sua vez, para a conscientização do pessoal de saúde sobre a importância de satisfazer as necessidades obstétricas e, desta forma, tentar melhorar globalmente a prestação dos cuidados em saúde.

Se a decisão de começar a colheita de dados de forma prospectiva for tomada, a equipa de pesquisa deve iniciá-la imediatamente após o estudo retrospectivo. O processo consiste em:

- Preparar a tabela com a síntese dos dados, baseado no modelo sugerido abaixo;
- Estabelecer mecanismos para a circulação e uso destas informações nas reuniões com as equipas prestadoras dos cuidados em saúde e com as equipas organizadoras;
- Organizar a distribuição de tarefas entre o pessoal e os serviços envolvidos, mesmo que a colheita de dados não implique em nenhum trabalho adicional;
- Determinar, detalhadamente, as mudanças requeridas no sistema de informação dos serviços de saúde, como, por exemplo, a questão da área de origem das parturientes;
- Se for necessário fazer um estudo mais detalhado dos déficits específicos, a área estudada deve ser subdividida em sub-áreas.

Formulários para a colheita dos dados

Duas tabelas para a síntese são sugeridas aqui. Uma fará o registro, caso por caso, de todas as intervenções obstétricas maiores (uma tabela por hospital) e a outra fará a síntese ao nível do distrito.

Tabela com a síntese dos dados hospitalares a preparar para um estudo prospectivo

Exemplo

Unidade/zona/distrito sanitário:
Hospital:
Período: de ……. a ……

N°	N° do dossiê	IOM	Indicação	Area CS de origem	Estado da Mãe			Estado da Criança		
					Bom	Ob.	Comp	Bom	NM	Ob 24H

OBS: como completar o formulário

Uma linha deve ser completada para cada intervenção obstétrica maior:

IOM : introduzir o tipo de intevenção obstétrica maior praticado (cesariana, histerectomia, versão e extracção, laparotomia, craoniotomia/embriotomia, sinfisiotomia);

Indicação: introuduzir a indicação para a intervenção (uma das indicações listada no questionário para as mulheres).

Area CS de origem: introduzir a área do Centro de Saúde que transferiu a parturiente (a unidade de análise para o distrito). Deve ser registrado se o CS fica numa área urbana ou rural. No caso de ser de uma área mista (em parte urbana e em parte rural), a menção urbana ou rural definirá a acessibilidade (mais ou menos a 10 Km do hospital).

Estado da mãe: bom = estado adequado; Ob.= óbito; comp.= complicações;

Estado da criança: bom = estado adequado; NM = natimorto; Ob 24 H= óbito em 24 horas;

Tabela de síntese das IOM / IMA por área ou distrito sanitário

Ao final do período escolhido para o estudo prospectivo, cada equipa fará uma síntese das observações registradas no formulário de colheita dos dados afim de poder calcular os déficits em intervenções obstétricas maiores. Este exercício será facilitado, em grande parte, pela experiência adquirida durante a participação no estudo retrospectivo.

EXEMPLO

Região / Província / Prefeitura:
Unidade / área / distrito sanitário: (1)
N° de habitantes em meio urbano: (2)
N° de habitantes em meio rural: (2)
Período do ……. ao …… (3)
N° de nascimentos esperados em meio urbano: (4)
N° de nascimentos esperados em meio rural: (4)
N° de nascimentos esperados no conjunto da área: (4)
N° de IOM por IMA esperados em meio urbano: (5)
N° de IOM por IMA esperados em meio rural: (5)
N° de IOM por IMA esperados no conjunto da área: (5)

Area de saúde (6)	IOM / IMA		Total IOM		Nascimentos		Déficits IOM / IMA	
	N° (7)	% (8)	N° (9)	% (10)	N° (11)	% (12)	N° (13)	% (14)
							X	X
							X	X
							X	X
							X	X
Total urbano								
Total rural								
Total distrito								

INSTRUCÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA DE SÍNTESE E PARA O CÁLCULO DOS DÉFICITS.

(1) É a principal Unidade Administrativa de Saúde do país, que possui pelo menos 100.000 habitantes.

(2) Uma população urbana é considerada aqui como a população que reside a pelo menos 10 Km de um hospital, onde as intervenções obstétricas maiores podem ser realizadas. Se esta definição for modificada (por exemplo, tomar apenas a população definida administrativamente como urbana), isto tem que ser mencionado claramente;

(3) O período considerado deve ser o mesmo para todos os hospitais, 6 meses é o mínimo.
(4) N° de nascimentos esperados durante o período considerado nos meios urbanos, rurais e para o conjunto da área, calculado com base na taxa de natalidade e ajustado para o período.
(5) N° de IOM por IMA esperadas durante o período estudado para os meios urbanos e rurais e para o conjunto da área.
(6) Nomes das áreas dos Centros de Saúde (ou sub-áreas do distrito). Se a área é em parte urbana e em parte rural, os dois sectores devem ser listados separadamente.
(7) N° total de IOM por IMA realizadas nas pacientes originárias da cada centro de saúde pertencente ao distrito. Os totais são compilados a partir de uma tabela de síntese para cada hospital;
(8) Proporção das IOM por IMA realizadas para as mulheres originárias da área do centro de saúde (coluna 7) em relação aos nascimentos esperados na área do centro de saúde X 100;
(9) N° total de IOM realizadas nas mulheres originárias de cada centro de saúde pertencente ao distrito. Os totais são compilados a partir da tabela de síntese para cada hospital;
(10) Proporção de IOM realizadas para as mulheres originárias da área do centro de saúde (coluna 9) em relação aos nascimentos esperados na área do centro de saúde X 100;
(11) N° total de partos praticados nos hospitais (no distrito ou fora do distrito) para as mulheres originárias de cada centro de saúde durante o período estudado. Os totais são compilados a partir da tabela de síntese para cada hospital;
(12) Proporção de partos praticados nos hospitais (no distrito ou fora do distrito) para as mulheres originárias da área do centro de saúde durante o período X 100;
(13) Déficit total – nas áreas urbana, rural ou para o total– das IOM por IMA, calculada através da subtração ao número esperado de IOM/IMA nas áreas urbano/rural/total, o N° total de IOM/IMA praticadas realmente em todas as áreas dos centros de saúde (fazendo a distinção entre área urbana e rural);
(14) Taxa de déficit de IOM/IMA, calculada dividindo a coluna do déficit (coluna 13) pelo N° de IOM/IMA esperadas para as áreas urbanas e rurais e para o distrito como um todo X 100.