Estimando as Necessidades Não Atingidas para as Intervenções Obstétricas Maiores

Conceitos, Princípios Gerais e Rede Internacional

Estimando as Necessidades Não Atingidas para as Intervenções Obstétricas Maiores

Primeira Parte
Conceitos, Princípios Gerais e Rede Internacional

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

2. Necessidades obstétricas 5

Definição Conceitual 6

Uso e Limites da Definição Conceitual 6

Prioridades 6

Qualidade das Informações 6

3. Um indicador das necessidades obstétricas não atingidas 7

4. A escolha das intervenções e das indicações 8

5. Os déficits em intervenções obstétricais maiores por indicações maternas absolutas 9

Noção de Taxa de referência 9

Validação histórica 12

Validação Local 13

Cálculo do Indicador 13

6. Um participação mais activa dos actores e profissionais de saúde 14

7. Rede internacional "necessidades não atingidas para as intervenções obstétricas maiores" (nona) 15

Justificação da Rede 16

Módulos complementares 17

Termos de referência da rede de Necessidades Não Atingidas para as Intervenções Obstétricas Maiores 17

1. Introdução

As Taxas de mortalidade materna* são, geralmente, utilizadas para medir a capacidade dos diferentes serviços de saúde a atender às necessidades obstétricas. Estas taxas podem apresentar variações de um contexto a outro: nos países escandinavos, por exemplo, com serviços de saúde de excelente qualidade e com acessibilidade adequada, a taxa de mortalidade materna é da ordem de 6 óbitos por 100.000 nascidos vivos (1), enquanto que, na África e em certos países asiáticos, a taxa pode ser de 100 a 300 vezes mais elevada (2). Há também disparidades marcantes entre regiões dentro do mesmo país.

Uma das prioridades da campanha mundial para a redução da mortalidade materna foi identificar países cuja capacidade de lidar com emergências obstétricas ficasse aquém do desejável. Por esse motivo, a Organização Mundial de Saúde, UNICEF e outras organizações internacionais lançaram, e continuam ainda a realizá-los, inquéritos regulares para identificar as taxas de mortalidade materna em cada país. A difusão desta informação permitiu uma conscientização da importância do problema da mortalidade materna no mundo, mostrando, ao mesmo tempo, que a liberação de recursos necessários para os programas de luta contra a mortalidade materna é urgente e que estes recursos devem ser canalizados, principalmente, para os países cujas necessidades nesta área são maiores.

A medição das taxas de mortalidade materna, entretanto, é uma tarefa difícil a ser realizada nos países em desenvolvimento, pois informações fidedignas, raramente, são disponíveis. Estimativas das taxas de mortalidade materna são calculadas, portanto, tomando como base as medidas destas taxas em amostras da população. A informação obtida, geralmente, dá uma idéia da escala do problema seja para uma região ou país (com uma margem de erro ampla), seja para um período de 10 anos ou mais. Mas o problema deste tipo de abordagem é o nível de precisão das medidas, que é raramente satisfatório, não permitindo a tomada de decisões concretas ao nível local, nem motivando, tampouco, os profissionais de saúde para lidar com estes problemas, para os quais existem soluções possíveis ao alcance de suas mãos, pois estas encontram-se na própria organização dos serviços.

Além disso, estes dados são usados apenas num círculo estreito de responsáveis de programas de luta contra a mortalidade materna, embora os problemas originem-se, fundamentalmente, na organização geral dos serviços de saúde, como, por exemplo, na organização dos serviços de emergência, dos serviços cirúrgicos ou dos serviços de aprovisionamento em medicamentos e equipamentos. Como exemplo de problemas encontrados nestes serviços podem ser citados: treinamento inicial do pessoal de saúde, distribuição geográfica da infra-estructura nacional ou a escolha em termos de utilização dos recursos em saúde. Estes factores têm que ser levados em consideração para o desenvolvimento global dos serviços de saúde, seja na luta contra a mortalidade materna, seja para outras medidas necessárias para lidar com problemas de saúde prioritários. É necessário, portanto, desenvolver um indicador que permita:

- Conscientizar os responsáveis de programa e profissionais de saúde sobre as matérias pertinentes a cada contexto;
- Identificar o que é vulnerável num contexto sócio-económico determinado;
- Situar as necessidades e identificar os investimentos prioritários;
- Avaliar falhas no sistema de saúde na satisfação das necessidades identificadas;
- Monitorar o impacto dos programas de Maternidade sem Risco.

2. Necessidades obstétricas

Neste documento, necessidade é definida como um problema de saúde que necessita de cuidados de saúde. Para a população beneficiária, a extensão da necessidade em cuidados de saúde varia em função de determinados factores, tais como o meio-ambiente, a tecnologia disponível, o modo de vida e a "cultura sanitária". Para os profissionais de saúde, a necessidade é definida como uma estimativa baseada num julgamento profissional da disponibilidade de pessoal e da sua competência, além dos serviços requeridos para oferecer um nível adequado de cuidados de saúde.

Assim, por exemplo, a distócia mecânica (desproporção feto-pélvica) é uma complicação da gravidez que é, geralmente, fatal. Para o obstetra, isto corresponde a uma necessidade incon-

* A taxa de mortalidade materna é definida como a razão entre o número de óbitos maternos e o número de nascidos vivos, pois é impossível conhecer exactamente o número total de gestantes, que deveria ser, teoricamente, o denominador utilizado para o cálculo da taxa. Em inglês utiliza-se o termo "ratio" para definir este tipo de indicador com um denominador diferente do numerador, em contraste com o termo "rate". "Rate" ou "ratio" em inglês traduz-se simplesmente por "taxa" ou coeficiente, em português.

testável. Uma cesariana - quando a criança está viva - é a única intervenção que responde a esta necessidade, salvando tanto a vida da mãe quanto a da criança.

No campo da saúde materna, um óbito materno é a evidência de que esta necessidade não foi satrisfeita. Entretanto, a definição de uma necessidade obstétrica - e sua identificação na prática - é mais imprecisa e de difícil especificação.

Definição Conceitual

De um ponto de vista médico, a gestação pode ser a causa directa de um grande número de problemas, que ameaçam a vida da mãe e/ou do feto. Pode também ser um factor agravante de problemas médicos anteriores (diabetes, cardiopatia, etc.) ou que ocorram durante a gestação (hepatite infecciosa, malária), que, quando levam a morte de uma gestante, são consideradas como causas indirectas de morte materna. Complicações "naturais" (no sentido de "não-iatrogênico") causadas directamente pela gravidez podem ocorrer logo no início ou mais tardiamente durante o período pré-natal.

Complicações possíveis durante este período são: a hemorragia ante- ou pós-partum, aguda ou crónica; uma distócia dinâmica ou mecânica ligada ao feto (apresentação, volume excessivo generalizado ou localizado, como por exemplo, uma hidrocefalia), ligada à bacia (anomalia congênita, ou anomalia no crescimento), ou ligada aos tecidos moles (tumores, más-formações); eclâmpsia; infecção; ou embolia. Algumas mulheres (e/ou seus bebés), com uma destas complicações obstétricas directas, podem vir a falecer. Causas directas, juntamente com as anemias, são responsáveis por 75-80% das mortes maternas notificadas nos países em desenvolvimento (3). Outras sofrerão as conseqüências na forma, por exemplo, duma anemia crónica, duma fístula vesico-vaginal ou então vir a sofrer duma esterilidade secundária.

Tudo isso - a soma total das incidências destes problemas - corresponde ao conceito de "necessidade" como definido acima: são estas as situações em que os cuidados deveriam ser dispensados de forma a prevenir ou tratar os problemas que ocorram. Em outras palavras, o conceito de "necessidade obstétrica" é, como definido aqui, construído na base de uma abordagem epidemiológica que "integra" (no sentido matemático do termo), a soma total das patologias que podem levar ao sofrimento e/ou morte da mãe e da criança.

Uso e Limites da Definição Conceitual

Entretanto, se esta definição é para ser utilizada no planeamento dos cuidados médicos, a necessidade tem que ser exprimida em termos de problemas de saúde, que necessitam uma intervenção dos serviços de saúde. Isto possibilita identificar as mulheres que recorreram aos serviços de saúde (uso de serviços) e cujas necessidades foram atendidas por uma intervenção (oferta apropriada de serviços). As mulheres, que necessitaram de cuidados obstétricos e que não o receberam, constituem o que nós chamamos "Necessidade Obstétrica Não Atingida".

Prioridades

Entretanto, o facto de tomar globalmente o conjunto de todas as patologias, que têm tanto conseqüências graves para a criança como para a mãe, não facilita a tarefa do planeador em saúde, que é de estabelecer uma ordem de prioridades nas acções a serem empreendidas a fim de cobrir as necessidades obstétricas. A sobrevivência da mãe pode ser proposta como prioridade, embora as mortes perinatais sejam de longe mais freqüentes que as mortes maternas. Este postulado é sobretudo um julgamento de valor - que pode, por sua vez, ser questionado. A escolha de salvar a mãe, prioritariamente, é guiada pela observação de que a morte materna leva não somente à morte do feto no seu ventre como também à morte da criança que lhe antecede (4). Sem tocar na questão do sofrimento social que causa o óbito de uma esposa, o óbito de uma mãe causa grandes prejuízos à economia familiar de subsistência na maioria dos países em desenvolvimento. Esta é uma das "razões" que forma a base do postulado proposto.

Qualidade das Informações

Quando as necessidades maternas são restritas às indicações para às quais uma intervenção obstétrica é indispensável para a sobrevivência da mãe, dois critérios essenciais da qualidade das informações têm que ser levados em consideração: a fidedignidade e a validade.

A fidedignidade das informações depende da capacidade dos profissionais de saúde de notificar da mesma forma os mesmos problemas. É o que se chama a reprodutibilidade. Tomando

um exemplo concreto, ao lidar com um caso de placenta prévia, o mesmo profissional de saúde (reprodutibilidade intra-observador), primeiro, e, em seguida, o conjunto dos profissionais (reprodutibilidade inter-observadores), notificarão o problema da mesma forma? Ou talvez será encontrada num dossiê médico a inscrição hemorragia ante-partum, num outro hemorragia (sem especificações) ou placenta prévia de terceiro grau?

A validade depende, essencialmente, da capacidade dos profissionais em reconhecer a patologia, quer dizer, em diagnosticar correctamente. Por exemplo, não foi até agora demonstrado, que a identificação através de uma monitoração electrónica de um sofrimento fetal, necessitando uma cesariana de emergência, tenha um efeito qualquer sobre o escore de Apgar, sobre a necessidade de admitir estes recém-nascidos em cuidados intensivos, sobre a taxa de infecção neo-natal, sobre a mortalidade intra-partum ou mesmo sobre a percepção global do trabalho pelas parturientes (5). A monitoração electrónica induz a classificação de casos como sofrimento fetal, que são, na realidade, "falsos positivos", o que leva a realização de cesarianas com a notificação incorrecta de sofrimento fetal. Entretanto, mesmo com a utilização de outros critérios, além da monitoração eletrónica, este diagnóstico é pouco reprodutível (inter-observador: 30% e intra-observador: 25%) (6).

Nos países em desenvolvimento, o problema é colocado, freqüentemente, em outros termos, já que o nível técnico é mínimo: as cesarianas são realizadas, às vezes, para uma simples distócia "dinâmica", que poderia ser resolvida através de uma vigilância intensiva, ou de um trabalho árduo (7). Neste caso, o diagnóstico de uma desproporção feto-pélvica é falso positivo.

3. Um indicador das necessidades obstétricas não atingidas

O conceito de necessidade não atingida, formulado no presente documento, refere-se à noção de uma diferença entre o que é considerado como uma necessidade pelos profissionais em termos de problemas de saúde a serem resolvidos através de uma intervenção obstétrica mais importante e o que é, de facto, coberto pelos serviços oferecidos. Portanto, refere-se apenas aos problemas que foram resolvidos através de uma intervenção obstétrica maior.

Entretanto, para que as necessidades não atingidas sejam determinadas, a necessidade global de uma população dada num período de tempo dado, isto é, a freqüência do problema na população estudada, deve ser identificada, e que, por outro lado, a quantidade de necessidades satisfeitas, isto é, a utilização dos serviços para o problema definido, também deve ser identificada. A necessidade não satisfeita é então deduzida da diferença entre a estimativa da necessidade global e a utilização (figura 1).

Figura 1. Conceito de necessidade não atingida

Necessidade não Atingida (NNA)	=	Número de problemas esperados em uma população (Pp,i,x)	–	Número de problemas adequadamente tratados (Up,i,x)

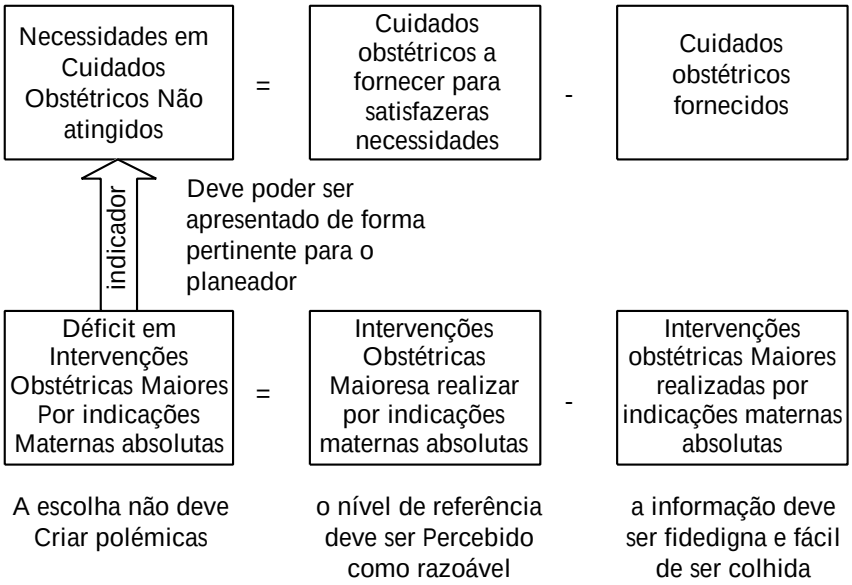
Onde Pp,i,x representa a incidência de problemas obstétricos x (para os quais há uma necessidade de cuidados) em uma população de gestantes p durante um período de tempo determinado i; e Up,i,x representa a incidência da utilização adequada dos serviços de saúde pelas mulheres pertencentes a população p, para um problema obstétrico x (necessitando de cuidados), durante um período de tempo i.

Para que a definição de necessidade obstétrica possa ser útil no planeamento dos cuidados de saúde, é necessário expressá-la em termos de problemas de saúde que necessitam uma intervenção dos serviços de saúde. Mesmo que a prioridade seja dada às intervenções realizadas para salvar a vida da mãe, esta necessidade não pode ser quantificada tal como se apresenta. A definição de necessidade é ainda um conceito muito vago: o que se pensa ser necessário fornecer como cuidados é, na verdade, o resultado de um julgamento que faz entrar não somente elementos técnicos e epidemiológicos, como também elementos culturais e de hábitos profissionais fundamentados ou não (por exemplo, "primeira vez uma cesariana, sempre cesariana"). Dentre as indicações para a realização de uma intervenção, há algumas que são mais essenciais à sobrevivência da mãe (e da criança) do que outras. Estas indicações são denominadas "indicações maternas absolutas" e

é sobre esta base que o indicador de necessidade obstétrica é construído. Isto não quer dizer que a necessidade de cuidados deva se limitar a estas indicações, considera-se, entretanto, que cobrir estas indicações é importante e prioritário em si, e que, por outro lado, as acções empreendidas para poder lhes cobrir melhorarão o conjunto de cuidados ao parto.

O indicador a construir deve refletir o volume das necessidades obstétricas atingidas de forma que as necessidades obstétricas, que ainda restam a serem satisfeitas, sejam estimadas, e que as acções requeridas para alcançar este objectivo sejam direccionadas. Mas para poder obter isto existem algumas dificuldades pelo caminho. Se o indicador for restrito às intervenções obstétricas maiores por indicações maternas absolutas, estas têm que ser escolhidas de forma a não criarem polémicas, isto é, as melhores indicações são aquelas que deixam o menor espaço possível para discussão, além de serem as mais pertinentes para o planeamento das intervenções mínimas requeridas. O indicador tem que possibilitar também a estimativa de um nível de referência do que é esperado ou desejável como a freqüência de intervenções para estas indicações, possibilitando, ao mesmo tempo, a obtenção, de uma maneira fácil e fidedigna, a informação sobre o que já foi realizado. Enfim, estas informações têm que ser apresentadas de forma inteligível e concreta para os planeadores e os actores no terreno: a sua interpretação deve levar à acção e não somente a constatação da gravidade da situação (figura 2).

FIGURA 2. UM INDICADOR DAS NECESSIDADES OBSTÉTRICAS NÃO ATINGIDAS



4. A ESCOLHA DAS INTERVENÇÕES E DAS INDICAÇÕES

Se prioridade tem que ser dada ao que é mais importante para a sobrevivência da mãe e, ao mesmo tempo, devem ser evitados os problemas mais graves em termos de reprodutibilidade e de validade, as patologias contidas no indicador devem ser restritas somente àquelas que requerem, absolutamente, uma intervenção obstétrica maior. Portanto, nestas patologias devem ser incluídos apenas os problemas obstétricos cuja probabilidade de morte da parturiente seja elevada, sobretudo se uma intervenção obstétrica maior não for realizada. Mas estas indicações têm que ser baseadas também em dados fidedignos num contexto dado para poderem ser levadas em conta. Estas indicações serão então reunidas sob o rótulo de "indicações maternas absolutas":

- As hemorragias ante-partum severas causadas por uma placenta prévia ou um hematoma retroplacentar (chamado ainda de descolamento prematuro da placenta normalmente implantada);
- As hemorragias do pós-partum não estancáveis;
- As desproporções feto-pélvicas principais (devido a uma bacia estreita ou a uma hidrocefalia);
- As situações transversas (apresentação de ombros);
- As apresentações de fronte.

Este conjunto de indicações corresponde ao que foi classificado como "indicações obrigatórias" durante um estudo realizado no Senegal (8). Estas indicações obrigatórias compreendiam: (i) desproporção feto-pélvica, (ii) placenta prévia, (iii) apresentação anormal, (iv) e rotura uterina. Os autores não definiram exactamente o que compreendiam por uma apresentação anormal, nem

como eles diferenciavam uma desproporção feto-pélvica de uma distócia dinâmica. Esta classificação das indicações (para as cesarianas), segundo os autores, é similar a outras classificações (9), em que também encontram-se imbricadas as noções de indicação obrigatória, de prudência e de necessidade.

No Marrocos, as apresentações anormais foram especificadas (apresentação de fronte e transversal) e validadas como indicações absolutas por um grupo de obstetras marroquinos (10). Este último ponto é importante, porque os termos empregados e os elementos sobre os quais os médicos baseiam-se para fazer o diagnóstico de um estado, ou de uma patologia, dependem, principalmente, da forma de como isto lhes foi ensinado.

As diferenças culturais e de formação médica constituem um limite à validade externa de comparações internacionais de taxas de intervenções segundo a indicação. Por exemplo, a noção de distócia feto-pélvica é compreendida diferentemente de acordo com o contexto: nos EUA, nos anos 1980, havia 6 vezes mais indicações de cesariana por distócia feto-pélvica do que na Irlanda, para um grupo de mulheres que apresentavam as mesmas características (nuliparidade, factores de riscos conhecidos, idade da mãe e peso ao nascer da criança) e que tinham dado a luz em hospitais comparáveis (11). Esta diferença não era devida a uma epidemiologia diferente, havia realmente um factor subjectivo "cultural" na notificação do diagnóstico. Na verdade, não era feita a distinção entre "desproporção feto-pélvica" e contracções uterinas ineficazes. Ora, fazer esta diferença é extremamente importante, pois dependendo do diagnóstico as decisões tomadas para resolver o problema serão diferentes, pois recomenda-se quase sempre a prática de uma cesariana em caso de desproporção, mas não no caso de contracções uterinas ineficazes. Fazer esta diferença consiste, entre outras coisas, em correr o risco de ter um trabalho de parto prolongado e árduo, o que parece ser "culturalmente" aceitável na Irlanda (12) ou na Nigéria (13), algumas vezes na França (14), mas menos nos EUA.

Outro limite à validade externa está ligado às diferenças epidemiológicas (incidência dos problemas) existentes entre os países, ou mesmo regiões dentro de um mesmo país. Por exemplo, em Karawa (RD Congo), dentro de uma zona de bócio endêmico, 20% das mulheres admitidas no serviço de obstetrícia por trabalho obstruído eram afetadas por cretinismo. Mas entre aquelas sem trabalho obstruído, apenas 1% das mulheres eram afetadas por cretinismo (15). Outras variações epidemiológicas puderam ser observadas sem que se tenha, aliás, nenhuma explicação: em Zaria na Nigéria, foi constatado que as mulheres negras e indianas apresentavam uma incidência de pré-eclâmpsia, aparentemente, mais elevada que as mulheres brancas, mesmo após o controle da paridade, da idade e do nível de vida (16), ou de variações de desproporções feto-pélvicas (17).

Uma vez que as indicações tenham sido seleccionadas, passa-se a etapa seguinte de identificação de todas as intervenções possíveis para responder às necessidades obstétricas, contidas no nosso indicador das indicações maternas absolutas. As intervenções obstétricas maiores realizadas para as indicações maternas absolutas, tais como definidas aqui, compreendem:

- Cesarianas (para as hemorragias ante-partum severas, as distócias feto-pélvicas maiores quando a criança ainda está viva, as situações transversais e apresentações de fronte);
- Laparotomias (para sutura de rotura uterina no caso desta poder ser remediada);
- Histerectomias (em caso de rotura uterina maior e em caso de hemorragia do pós-partum não estancável);
- Versões internas (em caso de situação transversa);
- Craniotomias ou embriotomias (em caso de distócia, quando a criança já está morta);
- Sinfisiotomia, que é realizada para evitar uma cesariana em caso de distócia mecânica.

Estas intervenções foram seleccionadas não somente porque evitam a morte de uma parturiente (para as indicações mencionadas), como também porque só podem ser praticadas em uma estructura hospitalar. Este último ponto é particularmente importante, pois restringe a colheita de dados somente às maternidades que dispõem de um bloco operatório.

Este indicador de cobertura das necessidades obstétricas compreende, portanto, a soma de todas as intervenções obstétricas maiores por indicações maternas absolutas como definidas aqui. Apresenta a vantagem de ser menos "manipulável" que a taxa de cesarianas realizadas. Há o risco, entretanto, de chamar a atenção dos profissionais para o facto de que praticam poucas cesarianas e isto talvez sirva como estímulo para que haja um aumento de sensibilidade na hora de tomar a decisão de realizar uma intervenção cirúrgica. Neste caso, as taxas de cesariana aumentariam, mas não necessariamente em benefício das mulheres que "absolutamente" teriam necessidade deste tipo de intervenção.

Existem, evidentemente, outras indicações que, numa grande parte dos casos, necessitam uma intervenção maior para prevenir o óbito materno. Isto pode ser o caso de uma transfusão isolada, em caso de hemorragia aguda do pós-partum, ou talvez de uma cesariana em caso de eclâmpsia. Mas, para estas outras indicações, é ainda mais difícil de obter uma reprodutibilidade satisfatória, e a experiência ainda é escassa neste campo. Entretanto, é aceitável que outras indicações sejam acrescentadas ao grupo de indicações aqui definidas dentro do contexto de alguns países, levando em conta as necessidades específicas regionais. O indicador serve antes de tudo para dar uma idéia da cobertura da necessidade obstétrica materna, e não deve medir a cobertura do conjunto de necessidades. Isto não seria, aliás, factível. De um lado, porque os obstetras não conseguiram chegar ainda a um consenso sobre o que é uma necessidade absoluta: o limite é impreciso e não foi até agora padronizado. Por outro lado, as taxas de complicações podem variar de uma região a outra.

Para avaliar a eqüidade no acesso aos cuidados de saúde, a análise espacial é o instrumento que permite a aferição das taxas de intervenção para indicações específicas e, desta forma, permite a avaliação da eqüidade na cobertura das necessidades maternas.

5. Os déficits em intervenções obstétricais maiores por indicações maternas absolutas

Para a medição dos déficits é necessário subtrair apenas do número estimado de mulheres, que têm necessidade de uma intervenção obstétrica maior por indicação materna absoluta, o número de mulheres que beneficiaram, realmente, de uma intervenção para as indicações mencionadas. Este déficit pode ser exprimido em números absolutos ou em taxa (número de mulheres que não tiveram acesso a uma intervenção obstétrica que necessitavam, dividido pelo número de mulheres que deram a luz durante o mesmo período, que é reduzido à seguinte aproximação: déficit dividido pelo número de nascimentos esperados). Estes déficits podem ser então medidos, apresentados e analisados por área geográfica.

Noção de Taxa de referência

A identificação do número estimado de mulheres, que necessitam uma intervenção obstétrica, é essencial para que o déficit em intervenções possa ser quantificado. Um valor, portanto, tem que ser dado aos coeficientes de incidências esperadas, assim chamadas incidências de "referência". O valor desta taxa de referência é calculado para um grupo da população, que tenha acesso livre aos cuidados obstétricos hospitalares (portanto cuja necessidade está, em princípio, coberta), e deve ser utilizado como valor comparativo para medir os déficits em outras populações, que tenham um acesso menor aos cuidados obstétricos, mas que, ao mesmo tempo, não seja significativamente diferente em termos culturais e características epidemiológicas da população de referência. A determinação de uma taxa de referência é uma escolha que é, de certa forma, arbitrária. Mas esta escolha tem que ser validada, para que tenha credibilidade junto ao actores envolvidos no processo.

Várias abordagens, que possibilitam a comparação dos dados produzidos em diferentes regiões, podem ser adoptadas: (i) incidência das indicações consideradas, onde estas indicações foram medidas e publicadas, (ii) observação das taxas de intervenções que, em uma época da nossa história, permitiram o controle da mortalidade materna, ou ainda (iii) observação das taxas de mortalidade materna nas regiões onde não há intervenções.

Na Gâmbia, uma taxa de mortalidade materna ao redor de 2.200/100.000 era observada, quando o acesso aos cuidados obstétricos era praticamente inexistente (18). Nos EUA, os membros de uma seita religiosa, que recusam todo tipo de intervenção cirúrgica e que, todavia, são bem nutridos e vivem em condições de higiene e de conforto semelhantes aos outros cidadãos americanos, apresentavam uma taxa de mortalidade materna de 872 por 100.000 nascidos vivos em 1982 (19). Estas situações extremas indicam que seria necessário ter uma taxa mínima de intervenção da ordem de 1-2% para poder eliminar a mortalidade materna.

A informação epidemiológica sobre a freqüência das indicações maternas em uma população dada, como definidas acima, não existe ainda actualmente. As taxas propostas na literatura concernem essencialmente as cesarianas (supõe-se que as outras intervenções são descartadas, se uma cesariana é realizada a tempo). Nestas publicações encontram-se taxas da ordem de 5% para evitar o óbito ou uma complicação grave da mãe ou da criança (20). A contribuição da literatura é, entretanto, relativa, na medida em que as taxas de intervenções obstétricas e, especificamente, as taxas de cesariana, variam muito de um lugar a outro (21). Na maior parte dos artigos publicados, dados hospitalares são apresentados, referentes, portanto, somente às mulheres que deram a

luz em hospitais. A questão da representatividade das taxas de mortalidade materna a partir de estudos hospitalares já foi debatida exaustivamente (22). De facto, a proporção de óbitos a domicílio (ou a caminho do hospital) sobre o total de óbitos maternos varia de uma situação a outra, de acordo com a acessibilidade ao hospital: ao redor de 25% na Jamaica (24), 47% em meio rural na China(25), 50% em Giza, Egito (26) e no Sul da Índia (27), 80% em Matlab (28) e 100% em uma zona rural da Gâmbia (29).

Existem poucos estudos, em que as taxas tenham sido estabelecidas em relação ao total de partos. Isto ocorre mais freqüentemente nos países em desenvolvimento, onde a maioria das mulheres não dão a luz em meio hospitalar. Por outro lado, as comparações das indicações de cesarianas são difíceis porque, geralmente, todas as indicações são citadas (e não somente a indicação principal que levou a realização da cesariana), além do que poucas tentativas de estudar as diferenças de incidências das complicações já foram empreendidas até agora (30). Artigos, em que os autores façam a diferença entre as intervenções obstétricas destinadas a salvar a vida da mãe e outros tipos de intervenção, cujas indicações reúnem de forma abrangente as indicações fetais, são infelizmente uma raridade (31).

Quando os poucos dados pertinentes e utilizáveis são analisados, pode-se ver claramente que a maioria dos problemas de saúde materna - oun pelo menos aqueles ligados ao parto - podem ser resolvidos, com taxas de cesarianas bem inferiores a 5%. Em Enga, Papua Nova Guiné, com uma taxa de cesariana de 1,8% (para todas as indicações, ou seja, mesmo para as indicações específicas da criança), a taxa de mortalidade materna era de 180/100.000 (32). Mais recentemente, um estudo clínico randomizado foi organizado em Harare (Zimbabwe), com o objetivo de demonstrar que a racionalização da oferta de cuidados pré-natais é possível, 15.994 gestantes em um período de dois anos foram incluídas. A taxa de mortalidade materna encontrada foi da ordem de 71 e a taxa de cesariana nas emergências de 2,7% (33).

Entretanto, não parece existir uma relação unívoca entre taxas de intervenções obstétricas por indicação materna absoluta e mortalidade materna. De facto, vários factores influenciam o agravamento de um problema no parto: estado geral, anemia severa, osteomalácia, atraso na procura de cuidados adequados.

Embora não exista uma única medida para a freqüência das intervenções obstétricas maiores por indicação materna absoluta, é possível, entretanto, tomar como ponto de referência as taxas de intervenção em uma situação dada, em que a freqüência das intervenções tenha sido adequada e suficiente para impedir a maioria dos óbitos maternos e em que, ao mesmo tempo, não tenha havido um excesso de intervenções. Em outros termos, nesta situação ideal, as decisões de intervenções são sensíveis o suficiente para evitar um óbito e específicas o suficente para evitar iatrogénese.

Um dos raros estudos bem documentados, que satisfazem estes critérios, provém de um inquérito levado a cabo na Inglaterra e no País de Gales em 1958 (34). Francome e Savage utilizaram estes dados para construir um quadro com a incidência de indicações específicas e com as proporções esperadas de parto por cesariana (tabela 1). Os números de incidência das indicações definidas foram colhidas numa época em que a taxa global de cesarianas era de 2,7%, a indução do trabalho e a utilização de oxitocina eram raras e a população era bastante homogênea. Os números apresentados referem-se às primeiras cesarianas realizadas para as gestações com apenas um feto. As proporções esperadas de cesarianas incluem também as indicações absolutas para a criança.

Baseado neste quadro, pode-se propor uma taxa de referência para a necessidade de intervenção da ordem de 2%. Com um mínimo de 1,9% distribuídos assim: 1% para as desproporções feto-pélvicas, 0,5% para as hemorragias ante-partum e 0,4%, para as situações transversais e apresentações de fronte; e um máximo de 2,9%: 1,5%, 1% e 0,4% para as mesmas indicações respectivamente.

TABELA 1. INCIDÊNCIA DAS INDICAÇÕES DEFINIDAS PARA CESARIANA NAS GESTAÇÕES COM UM ÚNICO FETO

INDICAÇÃO	NCIDENCIA (%)	% CESARIANAS ESPERADAS OMBROS
		0,2 0,2
Face e fronte	0,4+0,1=0,5	0,2
Situação sentada	2,6	1,0-1,5
Occiputo posterior persistente e posição transversa (POP e DTA)	3,4+0,3=3,7	0,5
Total de distóxias de apresentação	7,0	1,9-2,4
Placenta prévia	0,5	0,3-0,4
Hematoma retro-placentar	0,4	0,1-0,2
Hemorragia ante-partum não específica	2,2	0,1-0,2
Total hemorragias no ante-partum	3,1	0,5-1,0
Pré-eclâmpsia severa/eclâmpsia	1,0-1,5	0,5-1,0
Diabetes	1,0	0,1-0,2
Outras doenças	1,0	0,1-0,2
Total de doenças maternas	3,0-3,5	0,7-1,4
Prolapso do cordão umbilical	0,1-0,3	0,1
Desproporção feto-pélvica	?1,0	1,0-1,5
Sofrimento fetal	?1,0-2,5	0,7-2,0
Total das indicações definidas para uma primeira cesariana		***5,0-8,4***

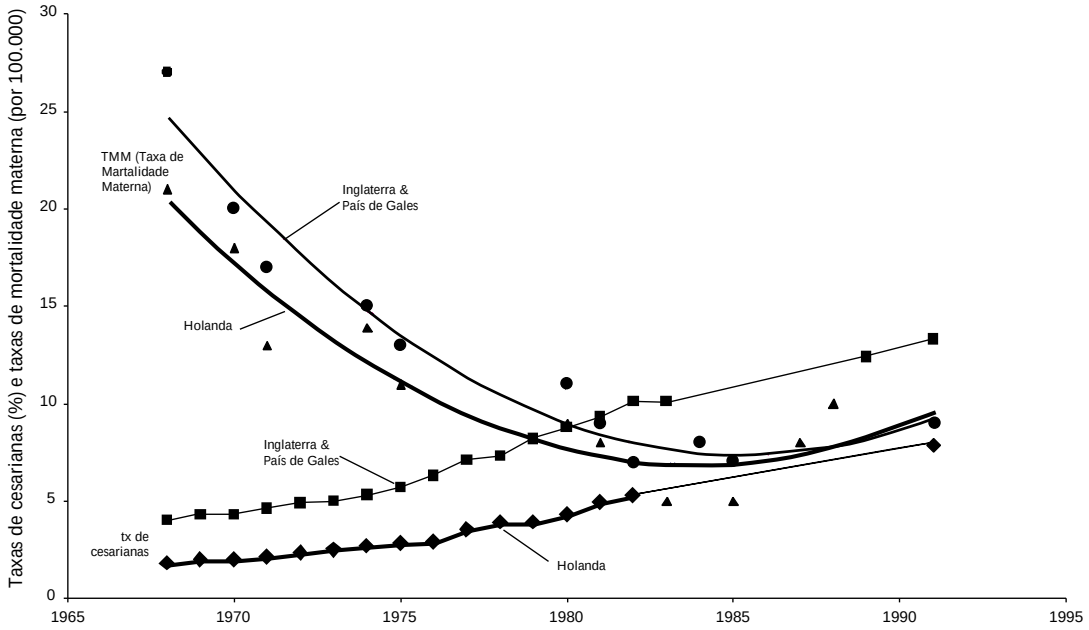
Fonte: Francome & Savage, 1993

Validação histórica

Dados históricos estimados a partir de fontes diversas mostram que no Condado de Somerset (Inglaterra), a mortalidade materna encontrava-se ao redor de 2.350 por 100.000 nascidos vivos no século XVI e ao redor de 1.590 por 100.000 nascidos vivos nos séculos XVII e XVIII (36), antes que as técnicas obstétricas fossem realmente eficazes. Isto dá uma idéia do nível de mortalidade natural ao dar a luz. Os números descritos por John Graunt (1620-1674) indicavam uma taxa de mortalidade materna da ordem de 1% (37). Um estudo sobre a mortalidade entre as famílias reais da Europa, entre 1500 e 1850, demonstrou que havia um número elevado de óbitos maternos da ordem de 2.000 por 100.000 nascidos vivos (38). Na Suécia, onde a notificação dos óbitos é sistemática desde 1749, as taxas de mortalidade materna variavam ao redor de 900/100.000 entre 1750 e 1800 (39). Shorter (40) resume o conhecimento sobre a mortalidade materna na história européia: "Antes de 1800, 1 a 1,5% dos partos terminavam com a morte da mãe, sendo que a média era de 1,3%, de acordo com os dados exactos dos estudos consultados. A taxa de mortalidade materna, considerada na sua globalidade, passava raramente de 2% (ainda que isso fosse o caso do bairro londrino de Algate no século XVI, bem como na Nova-Inglaterra na época colonial). A taxa era raramente inferior a 0,5%, sendo que algumas vezes isto era encontrado em algumas aldeias da Alemanha".

Mais recentemente em Aberdeen na Escócia, entre 1938 e 1947, a taxa de cesarianas era de 1% e a mortalidade materna "atribuível a um trabalho difícil e longo" era de 370/100.000 nascimentos (41). No período seguinte, de 1948 a 1954, a taxa de cesariana cresceu para 2,4% e a mortalidade materna caiu para 180/100.000. Uma taxa de cesariana de 1,8% (para todas as indicações confundidas) se encontrava na Holanda em 1968 (42) para uma mortalidade materna da ordem de 20/100.000 (43). O aumento das taxas de cesariana nos anos seguintes atingiu, ao menos para a mortalidade materna, o limite de rendimento decrescente (figura 3).

FIGURA 3. MORTALIDADE MATERNA E TAXAS DE CESARIANA NA HOLANDA E NA INGLATERRA E NO PAÍS DE GALES (1968 - 1991)



Validação Local

Uma outra abordagem possível do problema consistiria em utilizar, como taxa de referência, as taxas de intervenções obstétricas maiores por indicação materna absoluta medidas em área urbana, onde funcione uma maternidade hospitalar. A hipótese (que merece ser verificada, por exemplo, através de um inquérito sobre os óbitos de mulheres em idade reprodutiva originárias da área) é que, num meio urbano dispondo de uma maternidade hospitalar funcional, o acesso aos cuidados obstétricos de emergência está garantido e que as gestantes utilizarão este serviço em caso de dificuldades. A vantagem desta abordagem prática é dupla: os responsáveis dos cuidados de saúde terão uma menor resistência para aceitar a taxa de referência, pois esta terá sido construída pela equipe (não é importada) e, por outro lado, a taxa leva em conta as variações epidemiológicas locais, desde que as mulheres dos centros urbanos tenham as mesmas características epidemiológicas que as mulheres de origem rural (o que não era o caso da Inglaterra no início do século) (44).

No Marrocos, a taxa urbana média de intervenções obstétricas maiores por indicações maternas absolutas foi utilizada. Esta taxa de referência é de 1% e corresponde às taxas observadas para as mulheres vivendo em área urbana no Kasongo, RD Congo (1,1% para o período 1976-1984) (45), no Mali (Bamako: 1,2%; Kolondieba: 1,3%) ou na Guiné-Bissau (Gabu: 1,1%). Estas taxas subestimam a amplitude das necessidades, mas apresentam a vantagem de corresponder a um mínimo aceitável, que os profissionais locais não podem contestar. Isto não seria o caso com outros valores propostos para as taxas de cesarianas "obrigatórias, necessárias e absolutas", e que variam de 1,5% (46) a 1,8% (47), 3% (48) ou mesmo 10% (50). A variação destas recomendações mostra até que ponto a noção de necessidade pode ser exprimida de forma diferente, sendo necessário precisar o que está sendo medido desde o início, sem esquecer que se trata apenas de uma hipótese de trabalho e não de uma norma "absoluta e universal".

Estas hipóteses de trabalho transformam uma medida, que é, em princípio, simples e reprodutível (intervenções obstétricas maiores por indicações maternas absolutas) em um indicador dos déficits em cuidados obstétricos, que restam a serem cobertos. A escolha destas indicações e destas intervenções, que constituem o indicador da necessidade obstétrica a atingir, depende em grande parte das prioridades decididas (a vida da mãe) e em parte da qualidade das informações a recolher (reprodutibilidade e validade). Estes são os critérios que prevaleceram na elaboração do indicador no Marrocos.

Cálculo do Indicador

O número de intervenções obstétricas maiores praticadas para as indicações maternas absolutas é levantado por um período determinado (retrospectivamente ou de maneira prospectiva se os dados mostram-se imprecisos) nos registros e relatórios de actividades do(s) hospital(is) da

zona geográfica em questão. A fim de garantir que o indicador tenha as qualidades necessárias (precisão e fidedignidade), as Intervenções Obstétricas Maiores (IOM), bem como as Indicações Maternas Absolutas (IMA) serão definidas da forma mais precisa possível e todos os casos, que tenham beneficiado de uma intervenção maior por uma indicação não absoluta, devem ser subtraídos. O cálculo e a análise serão feitos para uma população dada, ou seja, para a população de uma área geográfica determinada. Portanto, é necessário que a origem dos pacientes seja anotada nos registros e relatórios utilizados para a colheita dos dados afim de que o conjunto dos cálculos levem em conta a mesma população (mesmo denominador).

Para uma população dada em um período de tempo determinado, o indicador "necessidades obstétricas não atingidas" é calculado da seguinte forma:

Necessidade obstétrica não atingida = (NE x TxRef) - (N° IOM/IAM)

NE= número de nascidos vivos esperados durante o período do estudo

TxRef = taxa de IOM por IAM de referência

N° IOM/IAM = número de intervenções obstétricas maiores por indicação materna absoluta realizadas na mesma população e no mesmo período.

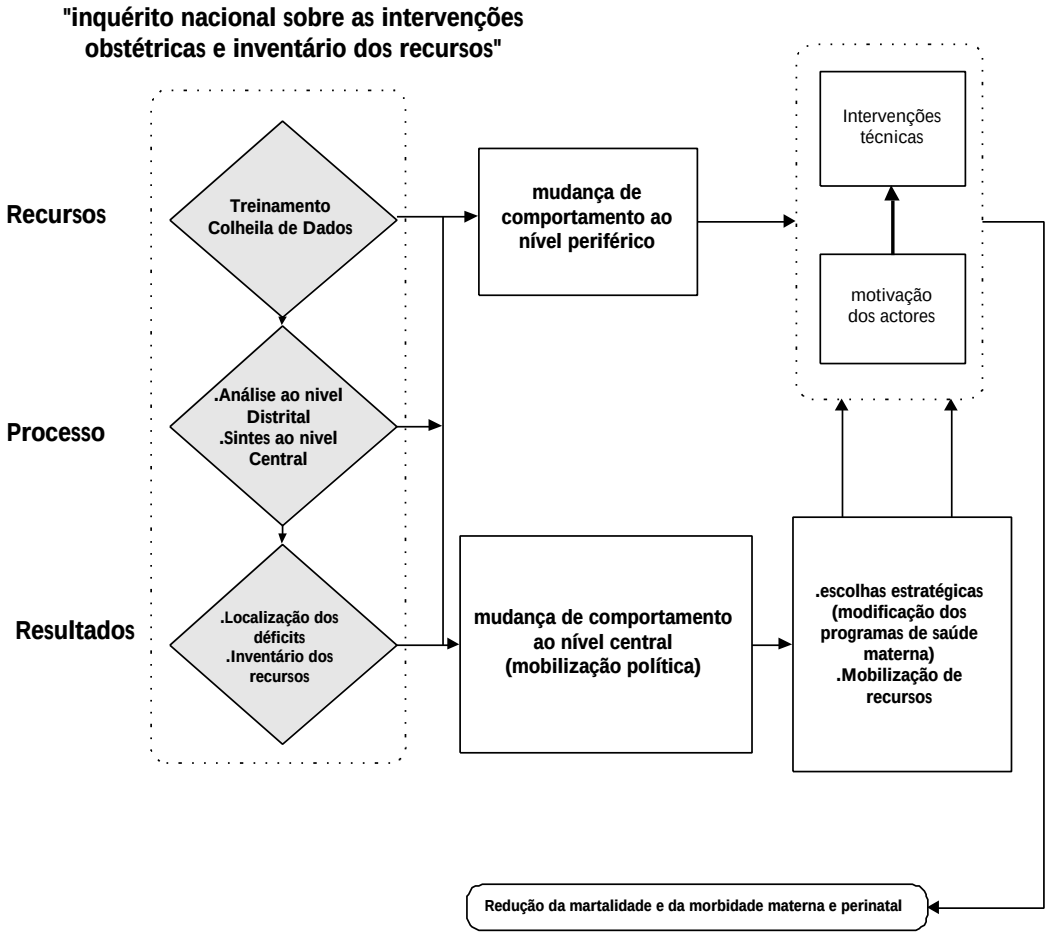
6. Um participação mais activa dos actores e profissionais de saúde

Para realizar um estudo sobre as necessidades obstétricas não atingidas, utilizando depois os resultados para implementar medidas activas e operacionais no planeamento em saúde e mudar as estratégias ou políticas de saúde, é primordial que todos os profissionais de todos os níveis do sistema de saúde estejam envolvidos na pesquisa e que as tarefas sejam distribuídas desde o início do processo. O motivo de exigir a participação mais activa de todos os profissionais pode ser explicada pela experiência dinâmica de mudança, que se opera em todos os participantes, quando através de uma análise causal constatam a extensão dos déficits e as suas causas, mais até do que a realização do estudo em si. Além disso, a colheita dos dados deve ser organizada de forma simples e fácil, podendo ser feita por equipas locais e baseada sobre as informações já existentes nos serviços hospitalares.

Os cuidados obstétricos essenciais, no sentido de cuidados que são vitais para a vida da mãe, requerem um sistema de saúde mais performante (hospitais, serviços de saúde de primeiro escalão, sistema de referência); e os elementos essenciais de luta contra a mortalidade materna são, de facto, os que são requeridos para o desenvolvimento de serviços de saúde em geral. Na maioria dos casos, mudanças de grande envergadura terão que ser feitas no sistema de saúde e é por isso que o envolvimento dos responsáveis e planeadores no processo de estudo e análise é uma questão de crucial importância.

Uma outra razão, para uma participação mais activa de um grande número de actores em um estudo, é que os problemas só poderão ser solucionados, em grande parte, com a adopção de medidas políticas e estratégicas e não apenas graças a um aumento de recursos, ou, no caso em que recursos adicionais são realmente necessários, a participação de todos facilitaria uma divisão mais equitável dos recursos alocados, trazendo soluções mais aceitáveis. Os estudos históricos sobre a mortalidade materna, por exemplo, mostraram o quanto as políticas de saúde adoptadas na época foram importantes para reduzir a mortalidade materna na Suécia, e isso muito antes do advento das técnicas modernas de obstetrícia. Algumas destas medidas foram a difusão da informação sobre a mortalidade, a profissionalização dos serviços obstétricos (formação de parteiras) e as medidas sociais, que garantiram o acesso às estructuras de saúde.

FIGURA 4. IMPACTO ESPERADO DO ESTUDO DAS INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS



FONTE: De Brouwere & Van Lerberghe, 1998

Na figura 4, o estudo é apresentado como um sistema em que entram os recursos, ou inputs (formação de equipes provinciais e a colheita de dados), ocorre um processo, ou processus (a análise de dados), que produz resultados, ou outputs (a identificação dos déficits mais graves e um inventário de recursos). O impacto esperado deste tipo de estudo sobre a redução da mortalidade materna não é directo. A expectativa é de que os actores ao nível periférico, tendo uma estimativa da extensão dos déficits e através de uma análise causal, constatem a importância do problema e identifiquem seus pontos vulneráveis, onde os actores poderiam intervir, assim, por exemplo, pela abertura de um diálogo com as populações, ou através da melhora da qualidade dos cuidados hospitalares ou da implantação de um sistema de referência para a transferência de pacientes graves. Estas intervenções só serão possíveis se os actores periféricos estiverem motivados (por isso a importância crucial de sua participação na colheita e análise dos dados) e que o nível central lhes garanta o apoio necessário. Ao nível central, o mapeamento das necessidades não satisfeitas, a distribuição dos recursos existentes e a análise dos pontos de estrangulamento dos serviços deveriam constituir instrumentos essenciais e estimulantes (uma base objectiva) para adaptar as estratégias e para uma melhor alocação dos recursos.

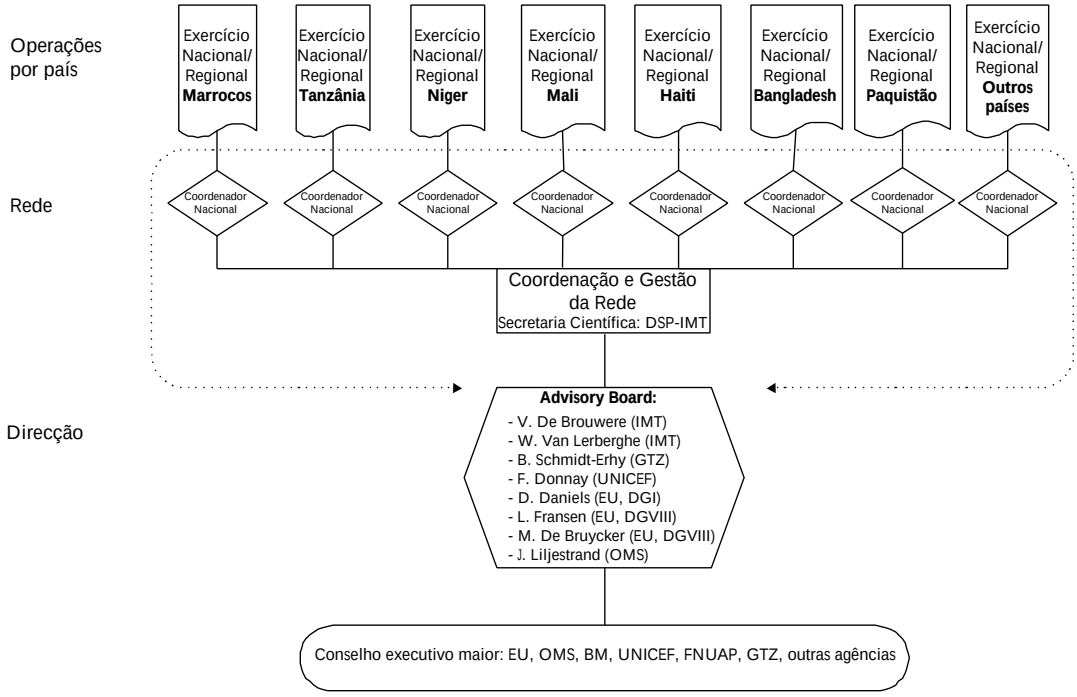
7. REDE INTERNACIONAL "NECESSIDADES NÃO ATINGIDAS PARA AS INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS MAIORES" (NONA)

Realizar a análise de problemas e o planeamento em saúde com base no cálculo das necessidades obstétricas não atingidas para as intervenções obstétricas maiores, bem como o impacto deste processo sobre as políticas e as estratégias de desenvolvimento em termos de políticas de saúde, constituem o objectivo de um projecto financiado pela União Européia (DG8), sob a forma de uma rede, que tem como membros (figura 5):

- Equipes nacionais de alguns países em desenvolvimento,

- Uma equipe de coordenação e de gestão baseada no Departamento de Saúde Pública do Instituto de Medicina Tropical de Antuérpia,
- Um conselho internacional, que reúne os membros das organizações mais activas para o desenvolvimento desta iniciativa: UNICEF, GTZ, União Européia (DG VIII e DGI), OMS, Banco Mundial, FNUAP.

FIGURA 5. ORGANIZAÇÃO DA REDE "NECESSIDADES NÃO ATINIGDAS PARA AS INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS MAIORES" (UNMET OBSTETRIC NEED NETWORK)



Justificação da Rede

A utilidade desta abordagem - a identificação das necessidades obstétricas não atingidas - consiste em fornecer dados sobre a situação dos serviços obstétricos em determinadas áreas geográficas. A identificação destas necessidades pode ser usada, portanto, para o planeamento e a supervisão do desenvolvimento dos serviços de saúde, podendo ser usada também como um ponto de partida concreto para discutir a política de saúde e as estratégias adoptadas ao nível local, regional ou nacional. De um ponto de vista operacional, as necessidades obstétricas não atingidas são expressas em termos do número de gestantes que deveriam ter beneficiado de uma intervenção cirúrgica. Esta informação, em seguida, pode ser usada para a estimativa das necessidades em termos de emergências obstétricas, sem ter que realizar estudos extensivos e caros representativos de toda a população. Estas estimativas, pelo facto de serem obtidas desta forma, são bastante úteis, pois permitem a comparação de diferentes áreas geográficas em termos da disponibilidade de técnicas obstétricas e a identificação das regiões mais necessitadas, ajudando, portanto, a definir mais efectivamente as despesas requeridas para o desenvolvimento dos serviços. A identificação das necessidades obstétricas não atingidas podem também servir aos planeadores em saúde, incumbidos da tarefa de supervisão das melhorias implantadas em termos de desenvolvimento em saúde e de seu impacto sobre a mortalidade materna.

As necessidades não atingidas para as intervenções obstétricas maiores podem servir, portanto, muito mais como uma alavanca para as intervenções do que como um instrumento de medida. Portanto, a utilidade da colheita dos dados e da análise das necessidades obstétricas não atingidas em um país consiste em:

- Ajudar a criar uma consciência política favorável ao desenvolvimento dos serviços de saúde materna,
- Produzir facilmente a informação necessária para o planeamento e escolher prioridades para o desenvolvimento dos serviços de saúde,
- Levar a ações imediatas na luta contra a mortalidade materna ao nível local, através de uma mudança de atitudes, da mobilização de recursos e de uma adaptação mais efectiva das práticas profissionais às necessidades dos pacientes.

O uso das 'necessidades obstétricas não atingidas" como um ponto de partida para o lançamento ou revisão de uma estratégia de luta contra a mortalidade materna pode trazer inúmeros benefícios, por exemplo:

- Estimular as discussões comunitárias e aumentar as pressões políticas para a mobilização dos recursos e a formulação de estratégias para a melhora dos cuidados obstétricos;
- O envolvimento directo dos profissionais de saúde e das comunidades na melhora dos cuidados obstétricos e, de uma maneira geral, do sistema de referência;
- Tornar possível o acompanhamento das tendências no campo da luta contra a mortalidade materna.

Estimar as 'necessidades não atingidas para as intervenções obstétricas maiores" é, portanto, um ponto de partida para intervenções concretas em termos de desenvolvimento de política de saúde e de melhora da saúde materna.

- Questões a serem respondidas através de uma pesquisa em conexão com o projecto da rede:

A validação da metodologia e o valor do indicador das necessidades obstétricas não atingidas em diferentes contextos, com o objectivo de definir em que circunstâncias e sob que condições esta abordagem é efectiva;

- Testar os módulos adicionais que complementam esta abordagem;
- A influência da informação fornecida sobre a política de saúde materna.

Módulos complementares

Os módulos básicos para a estimativa das necessidades não cobertas para as intervenções obstétricas maiores já estão disponíveis, tendo sido testados no Marrocos a nível nacional pelo Instituto Nacional de Administração Sanitária (INAS), que contou com o apoio do Instituto de Medicina Tropical de Antuérpia (IMT). A experiência marroquina mostrou que o indicador é útil, ético, fidedigno, representativo, global e de cálculo fácil. A sua eficácia como indutor de mudanças políticas e operacionais já foi também comprovada. O indicador necessita de uma validação mais ampla antes de ser utilizado em grande escala nos países, onde este tipo de abordagem poderia ser útil. Actualmente, a validação da metodologia, tendo como base as necessidades obstétricas não atingidas em outros contextos, é essencial para poder definir as condições em que a metodologia deveria ser validada, delimitando, ao mesmo tempo, tanto os problemas qaunto as evidências que poderiam guiar a sua difusão em maior escala.

Paralelamente a este módulo de base, outros instrumentos estão a ser elaborados afim de melhorar a precisão da análise de certos problemas como, por exemplo: o comportamento do pessoal de obstetrícia, o seu senso de responsabilidade, as tarefas das parteiras, os sistemas de referência e de transferência para outros serviços e a qualidade dos cuidados obstétricos nos hospitais. Alguns destes "módulos complementares" foram utilizados com sucesso no Marrocos, mas necessitam ainda de ser melhor definidos e testados. Além destes, outros módulos deveriam ser elaborados e testados, devendo ter como objectivo o impacto das mudanças políticas e operacionais induzidas por um processo de cálculo e de análise das necessidades obstétricas não atingidas.

A vantagem da constituição de uma rede é de permitir a realização de exercícios de colheita de dados e de análise das necessidades obstétricas não atingidas em contextos totalmente diferentes, além de possibilitar a realização duma síntese e análise aprofundadas, de forma a avaliar a reprodutibilidade, a factibilidade e o impacto efectivo em termos de políticas e estratégias de saúde.

Termos de referência da rede de Necessidades Não Atingidas para as Intervenções Obstétricas Maiores:

O projecto "rede de necessidades não atingidas para as intervenções obstétricas maiores" tem como termos de referência:

1. Meta:

O projecto contribuíra para melhorar a capacidade de planeamento e de desenvolvimento das políticas de saúde e dos serviços de saúde, afim de reduzir a mortalidade materna.

2. Objectivo Geral:

O projecto produzirá um conjunto de instrumentos fidedignos para ajudar os países em desenvolvimento, que apresentam taxas elevadas de mortalidade materna, a elaborar políticas de saúde adequadas em termos de planeamento e de desenvolvimento dos serviços de saúde.

3. Produtos Esperados:

- Um conjunto de instrumentos e de manuais técnicos validados, em francês, inglês e português, que terão como focos centrais a estimativa das necessidades não atingidas para as intervenções obstétricas maiores, bem como as publicações científicas sobre o assunto.
- Uma massa crítica de pelo menos 7 equipas nacionais familiarizadas com os instrumentos, que formará a rede das necessidades obstétricas não atingidas.
- Ao menos 7 estudos de caso em alguns países, bem como a análise comparativa, incluindo a análise crítica da situação e a documentação das mudanças políticas.

Estimando as Necessidades Não Atingidas para as Intervenções Obstétricas Maiores

Referências

1 WHO AND UNICEF (1996) Revised 1990 estimates of maternal mortality. A new approach by WHO and UNICEF, WHO/FRH/MSM/96.11 Geneva : WHO.
2 ROSENFIELD, A. (1989) Maternal mortality in developing countries: an ongoing but neglected 'epidemic'. J.A.M.A., 262 : 376-379.
3 ABOUZAHR, C., ROYSTON, E. (1991) Maternal Mortality: a global factbook, Geneva : World Health Organization.
4 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1952) Comité d'experts de la maternité. Premier rapport. Etude préliminaire. SRT n°51. OMS, (Ed.) 1-28. Geneva : OMS ; TÜRMEN, T. AND ABOUZAHR, C. (1994) Safe Motherhood. Int. J. Gynecol. Obstet. 46, 145-153.
5 ENKIN, M. (1993) Intrapartum care of fetus and mother in developed countries. In: Baum, J.D. (Ed.) Birth risks, pp. 149-157. New-York : Raven Press.
6 BARRETT, J.F.R., JARVIS, G.J., MACDONALD, H.N., BUCHAN, P.C., TYRREL, S.N., LILFORD, R.J. (1990) Inconsistencies in clinical decisions in obstetrics. Lancet, 336 : 549-551.
7 DE MUYLDER, X., THIERY, M. (1990) The cesarean delivery rate can be safely reduced in a developing country. Obstet. Gynecol., 75 : 360-364; DE MUYLDER, X. (1993) Caesarian sections in developing countries: some considerations. Health Pol. Plann., 8(2) : 101-112.
8 BOUILLIN, D., FOURNIER, G., GUEYE, A., DIADHIOU, F., CISSÉ, C.T. (1994) Surveillance épidémiologique et couverture chirurgicale des dystocies obstétricales au Sénégal. Cahiers Santé, 4 : 399-406.
9 BOISSELIER, P., MOGHIORACOS P., MARPEAU L. ET AL. (1987) Evolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983. A propos de 18 605 accouchements. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 16 : 251-260.
10 DE BROUWERE, V., LAABID, A., VAN LERBERGHE, W. (1996) Quels besoins en interventions obstétricales ? Une approche fondée sur l'analyse spatiale des déficits. Rev. Epidém. et Santé Publ., 44 : 111-124.
11 SHEEHAN, K.H. (1987) Caesarean section for dystocia: a comparison of practices in two countries. Lancet 1 : 548-551.
12 O'DRISCOLL, K., AND FOLEY, M. (1983) Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. Obstet. Gyne-col., 61 : 1-5.
13 OJO, V.A. AND OKWEREKWU, F.E.O. (1988) A critical analysis of the rates and indications for caesarean section in a developing country. Asia-Oceania J. Obstet. Gynaecol., 14(2) : 185-193.
14 MAILLET R., SCHAAL JP, SLOUKGI JC ET AL. (1991) Comment réduire les taux de césarienne en CHU ? Rev. Fr. Gynecol. Obstet., 86 : 294-300.
15 WALLACE, S. (1984) Les pratiques obstétricales. In: Janowitz, B., Lewis, J., Burton, N. and Lamptey, P. (Eds.) Santé reproductive en Afrique Subsaharienne: les questions et les choix, pp. 22-26. USA: Family Health International.
16 ROYSTON, E., ARMSTRONG, S. (1990) La prévention des décès maternels, Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
17 HARRISON, K.A. (1990) Social and health factors contributing to high maternal mortality. In Maternity care in developing countries. pp 3-5. Bullough, C.H., Lennox, C.E., and Lawson, J.B (Eds) London : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
18 GREENWOOD, A.M., Greenwood, B.M., Bradley, A.K., Williams, K., Shenton, F.C., Tulloch, S., Byass, P., Oldfield, F.S. (1987) A prospective survey of the outcome of pregnancy in a rural area of the Gambia. Bull. WHO, 65 : 635-643.
19 KAUNITZ, A.M., SPENCE, C., DANIELSON, T.S., ROCHAT, R.W., GRIMES, D.A. (1984) Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetric care. Am. J. Obstet. Gynecol., 150 : 826-831.
20 NORDBERG, E.M. (1984) Incidence and estimated need of caesarean section, inguinal hernia repair, and operation for strangulated hernia in rural Africa. B. M. J., 289 : 92-94 ; FRANCOME, C., SAVAGE, W. (1993) Caesarean section in Britain and the United States 12% or 24%: is either the right rate? Soc. Sci. Med., 37 : 1199-1218.
21 THIERY, M. AND DEROM, R. (1986) Review of evaluation studies on caesarean section. I. Trends in caesarean section and perinatal mortality. In: Kaminsky, M., Bréart, G. and Buekens, P. (Eds.) Perinatal care delivery systems: description and evaluation in European Community countries, pp. 93-113. London: Oxford University Press ; NOTZON, F.C., PLACEK, P.J., TAFFEL, S.M. (1987) Comparisons of national caesarean-section rates. N. Engl. J. Med., 316 : 386-389 ; LOMAS, J., ENKIN, M. (1989) Variations in operative delivery rates. In: Chalmers, I., Enkin, M. and Keirse ; VANDENBROEK, N., VAN LERBERGHE, W., PANGU, K.A. (1989) Cesarean sections for maternal indications in Kasongo (Zaire). Int. J. Gynecol. Obstet. 28, 337-342 ; SAKALA, C. (1993) Medically unnecessary cesarean section births: introduction to a symposium. Soc. Sci.

Med., 37 : 1177-1198 ; FRANCOME, C., SAVAGE, W. (1993) Caesarean section in Britain and the United States 12% or 24%: is either the right rate? Soc. Sci. Med., 37 : 1199-1218 ; HEMMINKI, E., GISSLER, M. (1994) Variation in obstetric care within and between hospital levels in Finland. Br. J. Obstet. Gynaecol. 101 : 851-857 ; NOTZON, F.C., CNATTINGIUS, S., BERGSJO, P., COLE, S., TAFFEL, S.M., IRGENS, L., KJERSTI DALTVEIT, A. (1994) Cesarean section delivery in the 1980s: International comparison by indication. Am. J. Obstet. Gyne-col., 170 : 495- 504 ; VAN ROOSMALEN J. AND VAN DER DOES, C.D. (1995) Caesarean birth rates world-wide: a search for determinants. Trop. Geo. Med. 47, 19-22 ; TEPERI, J., KESKIMAKI, I., HEMMINKI, E., ERKKOLA, R., MERI-LAÏNEN, J. (1995) A population-based analysis of variation in Caesarean birth rates. Eur. J. Public Hlth, 5: 116-122.

22 WALLACE, S. (1984) Les pratiques obstétricales. In: Janowitz, B., Lewis, J., Burton, N. and Lamptey, P. (Eds.) Santé reproductive en Afrique Subsaharienne: les questions et les choix, pp. 22-26. USA: Family Health International; BOERMA, J.T. (1987a) Levels of maternal mortality in developing countries. Stud. Fam. Plann., 18 : 213-221 ; ROYSTON, E., ARMSTRONG, S. (1990) La prévention des décès maternels, Genève : Organisation Mondiale de la Santé; THE PREVENTION OF MATERNAL MORTALITY NETWORK (1995) Situation analyses of emergency obstetric care: examples from eleven operations research projects in West Africa. Soc. Sci. Med., 40 : 657-667.

23 BOERMA, J.T. (1987b) The magnitude of the maternal mortality problem in Sub-Saharan Africa. Soc. Sci. Med., 24 : 551-558 ; ROSENFIELD, A. (1992) Maternal mortality: community-based Interventions. Int. J. Gynecol. Obstet., 38 : S17-S22.

24 WALKER, G.J., ASHLEY, D.E., MCCAW, A.M. AND BERNARD, G.W. (1986) Maternal mortality in Jamaica. Lancet i, 486-488.

25 ZHANG, L., DING, H. (1988) Analysis of the causes of maternal deaths in China. Bull. WHO 66, 282-286.

26 KANE, T.T., EL KADY, A.A., SALEH, S., HAGE, M., STANBACK, J., POTTER, L. (1992) Maternal mortality in Giza, Egypt: magnitude, causes, and prevention. Stud. Fam. Plann., 23 : 45-57.

27 BHATIA, J.C. (1993) Levels and causes of maternal mortality in southern India. Stud. Fam. Plann., 24 : 310-318.

28 FAUVEAU, V., KOENIG, M.A., CHAKRABORTY, J., CHOWDHURY, A.I. (1988) Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976-85. Bull. WHO, 66 : 643-651.

29 GREENWOOD, A.M., GREENWOOD, B.M., BRADLEY, A.K., WILLIAMS, K., SHENTON, F.C., TULLOCH, S., BYASS, P., OLDFIELD, F.S. (1987) A prospective survey of the outcome of pregnancy in a rural area of the Gambia. Bull. WHO, 65 : 635-643.

30 NOTZON, F.C., CNATTINGIUS, S., BERGSJO, P., COLE, S., TAFFEL, S.M., IRGENS, L., KJERSTI DALTVEIT, A. (1994) Cesarean section delivery in the 1980s: International comparison by indication. Am. J. Obstet. Gyne-col., 170 : 495-504.

31 VANDENBROEK, N., VAN LERBERGHE, W., PANGU, K.A. (1989) Cesarean sections for maternal indications in Kasongo (Zaire). Int. J. Gynecol. Obstet. 28, 337-342.

32 LENNOX, C.E. (1990) Difficult labour. In : Maternity care in developing countries., pp 19-20. Bullough, C.H., Lennox, C.E., and Lawson, J.B (Eds). London : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

33 MUNJANJA, S.P., LINDMARK, G., NYSTRÖM, L. (1996) Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. Lancet, 348 : 364-369.

34 BUTLER, N.R., BONHAM, D.G. (1963) Section I Postmortem findings. In: Perinatal mortality, pp. 143-176. Edinburgh: Churchill Livingstone.

35 FRANCOME, C., SAVAGE, W. (1993) Caesarean section in Britain and the United States 12% or 24%: is either the right rate? Soc. Sci. Med., 37 : 1199-1218.

36 WILMOTT DOBBIE, B.M. (1982) An attempt to estimate the true rate of maternal mortality, sixteenth to eighteenth centuries. Medical History 26, 79-90.

37 HECHT, J. (1980) L'évaluation de la mortalité aux jeunes âges dans la littérature économique et démographique de l'ancien régime. In: Boulanger, P.M. and Tabutin, D. (Eds.) La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire, pp. 29-83. Liège: Ordina Editions.

38 PELLER, S. (1965) Births and deaths among Europe's ruling families since 1500. Chicago: Aldine Publishing Co.

39 HÖGBERG, U., WALL, S. (1986) Secular trends in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. Bull. WHO, 64 : 79-84.

40 SHORTER, E. (1984) Le corps des femmes, Paris: Editions du Seuil.

41 BAIRD, D. (1955) Caesarean section: its use in difficult labour in primigravidae. B. M. J., 1159-1163.

42 LOMAS, J., ENKIN, M. (1989) Variations in operative delivery rates. In: Chalmers, I., Enkin, M. and Keirse,
43 LOUDON, I. (1992) Death in childbirth. An international study of maternal care and maternal mortality 1800-1950, Oxford: Oxford University Press.
44 BAIRD, D. (1960) The evolution of modern obstetrics. Lancet ii, 557-564.
45 VANDENBROEK, N., VAN LERBERGHE, W., PANGU, K.A. (1989) Cesarean sections for maternal indications in Kasongo (Zaire). Int. J. Gynecol. Obstet. 28, 337-342.
46 PETER, J., MARTAILLE, A., RONAYETTE, D. ET AL. (1982) Les indications de la césarienne. Rev. Fr. Gynecol. Obstet., 77 : 175-182.
47 MAILLET R., SCHAAL JP, SLOUKGI JC ET AL. (1991) Comment réduire les taux de césarienne en CHU ? Rev. Fr. Gynecol. Obstet., 86 : 294-300.
48 BOUILLIN, D., FOURNIER, G., GUEYE, A., DIADHIOU, F., CISSÉ, C.T. (1994) Surveillance épidémiologique et couverture chirurgicale des dystocies obstétricales au Sénégal. Cahiers Santé, 4 : 399-406.
49 NORDBERG, E.M. (1984) Incidence and estimated need of caesarean section, inguinal hernia repair, and operation for strangulated hernia in rural Africa. B. M. J., 289 : 92-94.
50 JOFFE, M., CHAPPLE, J., PATERSON, C.M., BEARD, R.W. (1994) What is the optimal caesarea section rate? An outcome based study of existing variation. J Epidemiol. Community Health, 48 : 406-411.
51 DE BROUWERE V, TONGLET R, AND VAN LERBERGHE W (1998) Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of Western countries? Trop.Med.&Int.Health, 3 (10):771-782.