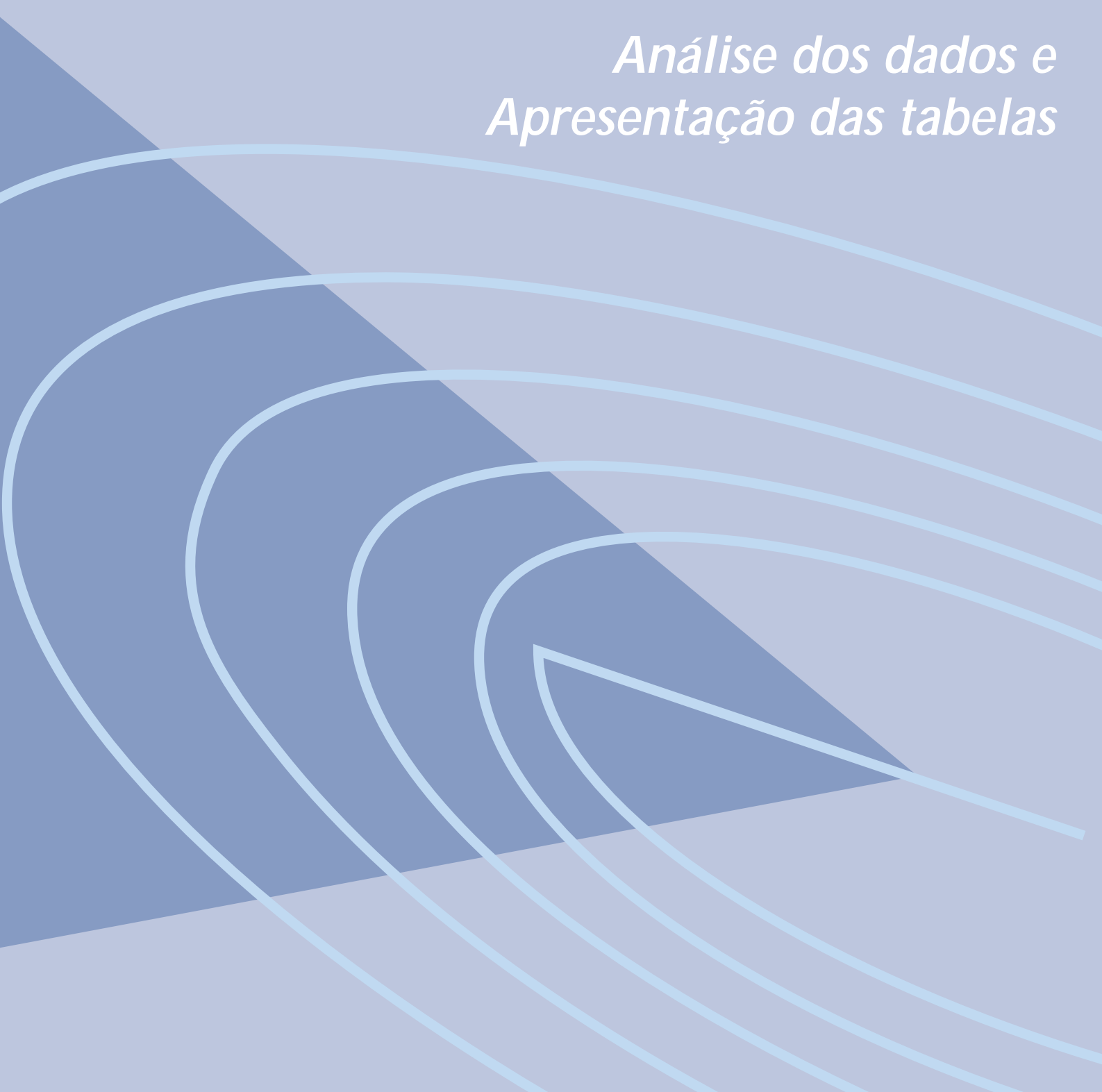


Estimando as Necessidades Não Atingidas para as Intervenções Obstétricas Maiores

Análise dos dados e Apresentação das tabelas



Estimando as Necessidades Não Atingidas para as Intervenções Obstétricas Maiores

Terceira Parte

Análise dos dados e

Apresentação das tabelas

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, sinfiotomia, 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 frente).



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 Europeia 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)

SUMÁRIO

ABREVIACÕES	5
1. INTRODUÇÃO	6
2. CONCEPÇÃO GÉRAL DO DOCUMENTO	7
3. TABELAS PARA A APRESENTAÇÃO DOS DADOS DO ESTUDO NONA	8
4. TABELAS APRESENTANDO DADOS DE ESTUDOS NONA DO QUESTIONÁRIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	15
5. LISTA DAS TABELAS	26

ABREVIACÕES

IOM	Intervenções Obstétricas Maiores
IMA	Indicações Maternas Absolutas
Não IMA	Indicações Maternas Não Absolutas
NE	Número de Nascimento Esperados
PSCG	Profissionais de Saúde com Competência Ginecológica
PQ	Parteira Qualificada
PONO	Pessoal Obstétrico Não Qualificado

AS DEFINIÇÕES:

Área: a área aqui referida neste documento é definida como uma unidade geográfica para análise, que conta com mais ou menos de 100.000 a 150.000 habitantes, correspondendo a um distrito sanitário, chamado “círculo” no Mali, e a uma sub-prefeitura ou sub-distrito no Paquistão.

Área de Estudo: A área de estudo neste documento corresponde ao conjunto de áreas onde o estudo foi realizado. Em um estudo a nível nacional, a área de estudo é igual ao país como um todo, em outros casos, é composta de diferentes áreas.

Nível Hospitalar: corresponde a estrutura de saúde onde é possível realizar as intervenções obstétricas maiores, não correspondendo, portanto, a um hospital ao senso estrito do termo.

1. INTRODUÇÃO

Este documento é o terceiro módulo de uma série, que complementa os dois módulos publicados anteriormente, onde foram explicados os conceitos gerais da abordagem baseada nos estudos sobre necessidades obstétricas não atingidas¹ e o esquema para a elaboração do protocolo de estudo².

O objectivo principal do módulo 3 é de propor uma estrutura para a apresentação dos dados do estudo na forma de tabelas. As diferentes tabelas aqui descritas, mostram como apresentar as necessidades obstétricas das pacientes das áreas geográficas cobertas pelo estudo, assim como os recursos alocados aos vários serviços de saúde, onde foram colhidos os dados sobre intervenções obstétricas.

As tabelas podem ser adaptadas de acordo com o contexto e com as características de determinados países e regiões, onde for realizado o estudo sobre necessidades obstétricas não atingidas. As sugestões apresentadas aqui permitem alcançar uma uniformidade na apresentação dos dados, que é necessária para que os resultados dos estudos, dentro do contexto da rede sobre as necessidades obstétricas não atingidas, possam ser interpretados e utilizados a nível internacional

A apresentação dos dados deve preceder a análise dos mesmos. Esta análise deve ser preparada num documento específico, orientado para as questões essenciais em termos de luta contra a mortalidade materna e do desenvolvimento dos sistemas de saúde. Este documento, que é denominado **Módulo 3b**, servirá como tema para amplas discussões entre as equipas de pesquisa afim de chegar a um consenso para a acção.

As tabelas podem ser construídas com a ajuda do programa EPIINFO. A utilização deste programa é recomendada desde a fase de elaboração do questionário. A equipa de coordenação da rede para a pesquisa das necessidades obstétricas não atingidas pode fornecer a qualquer momento as informações necessárias para a adaptação deste programa ao estudo realizado em cada contexto específico.

Deve ser garantida a colaboração das pessoas experientes com o processamento de dados, além de planear a introdução dos dados de forma programada. A limpeza de dados introduzidos com erro é uma etapa que toma um tempo considerável e que deve ser prevista igualmente. Uma atenção particular deve ser dada à validade interna do exercício, eliminando todas as duplicações, os erros de introdução ou dados incompletos.

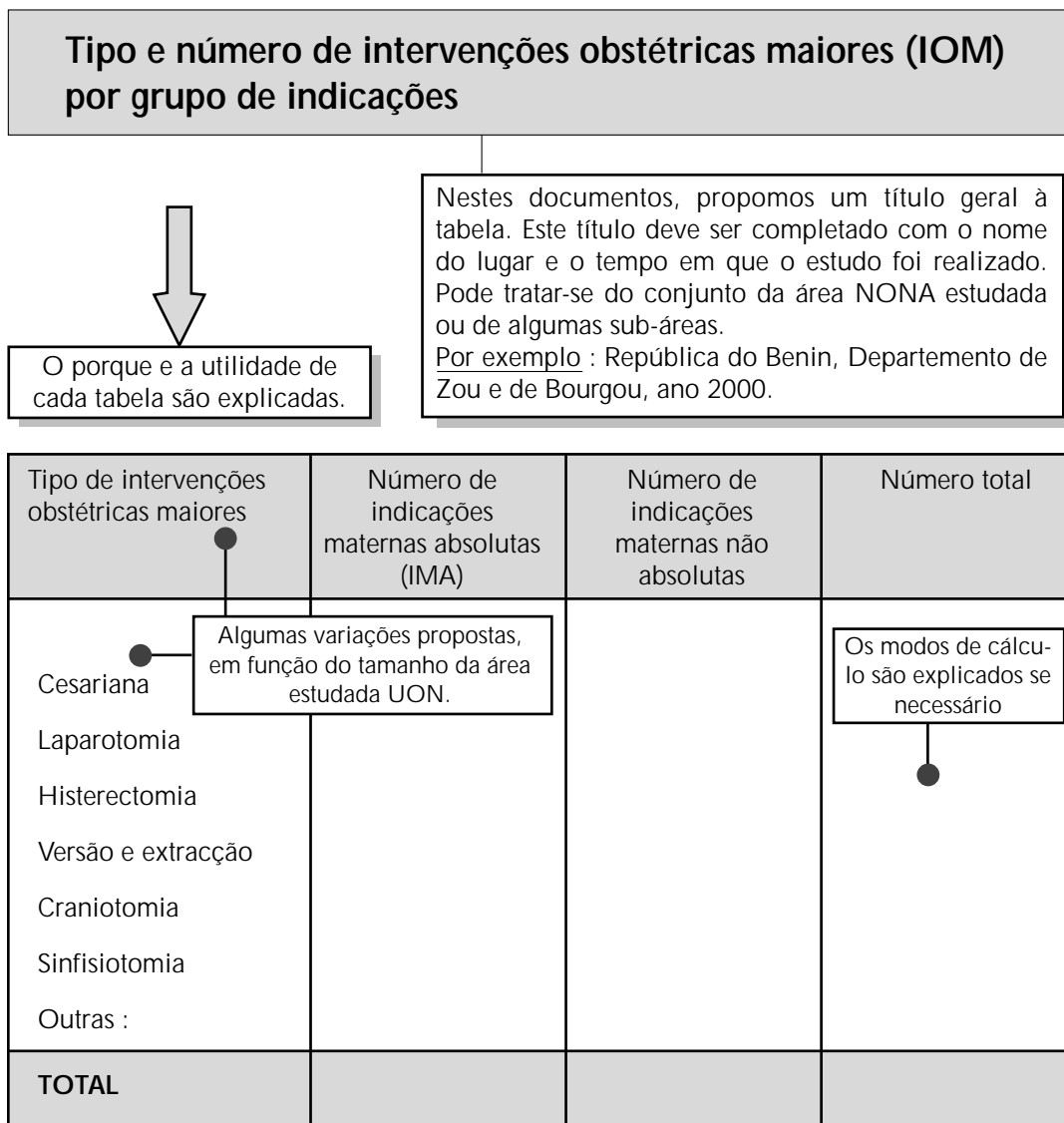
Deve ser lembrado que este é um estudo populacional e não uma análise geográfica da cobertura de um hospital. De facto, a abordagem da NONA oferece a possibilidade de estudar a cobertura das necessidades de uma população, tal como é efectivamente garantida pelo sistema de saúde, levando em conta a transferência dos pacientes em caso de problemas durante o parto.

1. **Estimando as Necessidades Obstétricas Não Atingidas para as Intervenções Obstétricas Maiores:** conceitos, princípios gerais e rede internacional".
2. **Estimando as Necessidades Obstétricas Não Atingidas para as Intervenções Obstétricas Maiores:** elaboração do protocolo de colheita dos dados".

2. CONCEPÇÃO GÉRAL DO DOCUMENTO

O documento explica como construir quinze tabelas para a apresentação dos dados. A maneira de como construir as tabelas e o porque de sua utilização estão descritas e comentadas na figura 1

TABELA 1. MODALIDADES PARA A APRESENTAÇÃO DAS TABELAS



3. TABELAS PARA A APRESENTAÇÃO DOS DADOS DO ESTUDO NONA

TABELA 1A. TIPO E NÚMERO DE INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS MAIORES (IOM)
POR GRUPO DE INDICAÇÕES

As Tabelas 1A e 1B são uma síntese da colheita dos dados, podendo servir como base para a elaboração das tabelas e das análises posteriores.

Tipo de intervenções obstétricas maiores (IOM)	Número de indicações maternas absolutas	Número de indicações maternas não absolutas (Não IMA)	Total
Cesariana			
Laparotomia			
Histerectomia			
Versão e extracção			
Craniotomia			
Sinfisiotomia			
Outras :			
TOTAL			

A colheita dos dados prevê todas as indicações. Os critérios clínicos preparados antes do estudo permitem fazer a diferença entre " absolutas " e " não absolutas " .

Quando a análise dos resultados (Módulo 3 b) for realizada, devem ser comparados diferentes regiões ou países. As disparidades podem mostrar em que medida são realmente tratados os casos graves em relação ao conjunto das situações obstétricas.

A Tabela 1B explica em detalhe as intervenções obstétricas maiores e as indicações maternas absolutas.

TABELA 1B. INDICAÇÕES PRINCIPAIS DAS INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS MAIORES (IOM) POR INDICAÇÕES MATERNAS ABSOLUTAS (IMA)

A Tabela 1B concentra-se na questão central das intervenções obstétricas : as indicações maternas absolutas.

IMA \ IOM	CESARIANA	LAPAROTOMIA	HISTERECTOMIA	VERSAO EXTRACCAO	CRANIOTOMIA	OUTRAS	TOTAL
ROTURA UTERINA							
SITUACAO TRANSVERSAL							
APRESENTACAO DE FRONTE							
DESproporcao FETO-PELVICA							
HEMORRAGIA ANTE-PARTUM							
HEMORRAGIA POS-PARTUM							
OUTRAS							
TOTAL							

As intervenções obstétricas maiores

As indicações maternas absolutas

➔ Nesta tabela encontra-se a referência para os totais de outras tabelas.

TABELA 2. NÚMERO DE INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS MAIORES (IOM) REALIZADAS SEGUNDO A ORIGEM DAS PACIENTES

A Tabela 2 apresenta os dados segundo a área de origem das pacientes. A utilização de dados "populacionais" é uma das bases essenciais da metodologia NONA. De facto, procura-se saber quais são as soluções adoptadas, pelas mulheres de diferentes áreas (distrito, região, província), para os problemas obstétricos quando estes se apresentam.

Conhecer o número de habitantes é essencial para que as necessidades não obstétricas não atingidas possam ser calculadas. Para isso, o número total de habitantes é necessário (e não apenas conhecer o total de pacientes que foram atendidos nos hospitais da área!).

A área de origem corresponde a uma definição prévia, aplicada à situação real das gestantes. Pode referir-se a regiões sanitárias ou administrativas. O termo adoptado, ou "linguagem" deve permanecer o mesmo ao longo da apresentação dos resultados.

A definição destas "áreas" deve ser explicitada antes de iniciar o estudo e refere-se ao conjunto da área estudada.

Área de origem	Número de nascimentos esperados (NE)	NE	Área urbana		Área rural		Área desconhecida		Total
			IMA	Não IMA	IMA	Não IMA	IMA	Não IMA	
Área 1	Com base na taxa de natalidade que é melhor aceita de forma geral								
Área 2									
Área 3									
Área 4									
.....									
Área desconhecido	Número de intervenções obstétricas maiores para os pacientes de cada área estudada, mesmo que a intervenção tenha sido realizada fora da área de residência da paciente.								
TOTAL									

Este total deve concordar com os totais das tabelas 1 e 1 A

A tabela 2 dá uma ideia geral do número de intervenções, ajudando a preparar assim a construção da Tabela 3 (taxa) e da Tabela 4 (déficits IOM / IMA).

TABELA 3. TAXA DE INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS MAIORES (IOM) POR INDICAÇÕES MATERNAS ABSOLUTAS (IMA) POR 100 NASCIMENTOS ESPERADOS E POR ÁREA DE ORIGEM

A expressão destas taxas permitirá, em seguida, fazer **análises** mais pertinentes das diferenças entre áreas. O cálculo das taxas de intervenções em relação aos nascimentos esperados é a última etapa antes do cálculo dos DEFICITS em intervenções obstétricas maiores por indicações maternas absolutas.

Área	NE	IMA Total	Área Urbana		Área rural		Taxa IOM/ IMA por 100 NE totais (Inclui áreas desconhecidas)
			Taxa IOM por IMA por 100 NE	Taxa IOM por não IMA por 100 NE	Taxa IOM por IMA por 100 NE	Taxa IOM por não IMA por 100 NE	
Área 1							
Área 2							
Área 3							
.....							
Área n							
TOTAL							

A tabela 3 é construída sobre a base de dados da tabela 2 (número de intervenções).

$$\text{TAXA IOM / IMA por 100 NE} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de IOM / IMA praticadas pelas mulheres do área x, área urbana, rural ou desconhecida}}{100 \text{ nascimentos esperados no área x (área rural, urbana ou desconhecida)}}$$

A expressão das taxas de intervenções obstétricas maiores por indicações maternas (absolutas e não absolutas) permite comparações entre áreas e regiões.

TABELA 4. DÉFICITS EM INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS MAIORES (IOM) POR INDICAÇÕES MATER-
NAS ABSOLUTAS (IMA)

A Tabela 4 apresenta uma síntese dos déficits em intervenções obstétricas maiores por indicações maternas absolutas, em números absolutos (número de mulheres que não sofreu nenhuma intervenção) e em taxas (em relação aos nascimentos esperados). Nesta tabela, utiliza-se a taxa de referência nacional IOM / IMA para calcular o número de IOM / IMA esperado.

Taxa de referência nacional IOM/IMA
por 100 nascimentos esperados x
número de nascimentos esperados (NE)

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ IOM/IMA esperado} - \text{N}^\circ \text{ IOM/IMA constatado}}{100 \text{ nascimentos esperados (NE)}}$$

Área	N° NE			N° IOM/IMA Esperado			N° IOM/IMA Constatado			Déficit IOM/IMA área urbana		Déficit IOM/IMA área rural		Déficit IOM/IMA TOTAL	
	U	R	T	U	R	T	U	R	T	N°	Tx	N°	Tx	N°	Tx
Área 1															
Área 2															
Área 3															
Área 4															
.....															
Área n															
TOTAL															

U = área urbana
R = área rural
T = total

N° = número de IOM / IMA esperado - número de IOM / IMA constatado

➔ A partir da Tabela 5, a apresentação dos dados é feita por serviço de saúde.

TABELA 5. DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS MAIORES POR SERVIÇO DE SAÚDE.

A Tabela 5 permite a visualização das estruturas hospitalares onde são feitas as intervenções obstétricas maiores, bem como os principais “resultados” para a mãe e para a criança (vistos através dum índice negativo, os óbitos).

Esta tabela difere das tabelas de 1 a 4, pois apresenta o total de todas as intervenções realizadas em cada serviço de saúde, sem ser levada em conta a área de origem das pacientes. As tabelas de 1 a 4 apresentam as intervenções para as mulheres de um determinado distrito, não importando o hospital em que tenham sido tratadas.

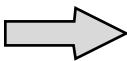
Hospital	Sector	Nº IOM / IMA	Nº IOM / não IMA	Nº IOM			Nº de óbitos maternos (Depois de IOM)	Nº de óbitos perinatais (Depois de IOM)
				IMA	Não IMA	IMA/ NãoIMA		
Área 1								
Hospital 1								
Hospital 2								
Hospital 3								
Hospital 4								
.....								
Área n								
TOTAL								

Estes dados referem-se às pacientes tratadas em cada hospital, não importando a origem das mesmas

Informações disponíveis no questionário “mulheres”

Todos sectores que dispõem de hospitais devem ser incluídos: sector público, sector religioso, empresas, hospitais militares, clínicas privadas,

Mesmo que e a área estudada apresente apenas um único sector!



Uma estrutura hospitalar (um hospital) comporta necessariamente um bloco operatório e uma equipa cirúrgica para a realização de intervenções obstétricas maiores. Todas as estruturas hospitalares que dispõem deste nível técnico são classificadas nesta categoria. A função hospitalar se distingue, desta forma, das actividades realizadas pelas estruturas de primeiro nível (centro de saúde, ambulatório, policlínica, etc ...). Nesta análise, não se faz nenhuma distinção entre os diferentes tipos de hospitais. É apenas uma abordagem funcional. Visto pelo lado dos pacientes, é a capacidade de resolver o conjunto das emergências obstétricas e de realizar as intervenções obstétricas maiores que devem ser levadas em consideração. Da mesma forma, é necessário registrar o número de mortes perinatais (natimortos + recém-nascidos mortos na primeira semana após o nascimento).

TABELA 6. ORIGEM DAS PACIENTES QUE BÉNIFICIARAM DUMA INTERVENÇÃO OBSTÉTRICA MAIOR POR INDICAÇÃO MATERNA ABSOLUTA

Hospitais	Nº de pacientes originários do área 1	Nº de mulheres originárias de outras áreas				
		A2	A3	A4	A5	An
Hospital 1.1 Hospital 1.2 Hospital 1.3 Hospital 1.n	Nome de cada hospital					
TOTAL :						

A **Tabela 6** permite a visualização da atracção exercida pelos diferentes hospitais, colocando em evidência os movimentos das pacientes entre áreas. Estes actos médicos são de importância significativa, já que referem-se às intervenções realizadas para salvar vidas.

A **Tabela 6** é construída para cada distrito estudado.

Hospitais	Nº de pacientes originários do área 2	Nº de mulheres originárias de outras áreas				
		A1	A3	A4	A5	An
Hospital 2.1 Hospital 2.2 Hospital 2.3 Hospital 2.n						
TOTAL :						

O número total de pacientes de um distrito corresponde aos totais da última coluna da tabela 2.

4. TABELAS APRESENTANDO DADOS DE ESTUDOS **NONA** DO QUESTIONÁRIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

TABELA 7. NÚMERO DE ESTRUTURAS HOSPITALARES QUE APRESENTA UMA CAPACIDADE CIRÚRGICA E OBSTÉTRICA, POR ÁREA E POR SECTOR

A **Tabela 7** apresenta as estruturas hospitalares da área estudada. Os diferentes sectores não estão todos representados. Portanto, a tabela coloca também em evidência a ausência de alguns agentes na área. Se outros sectores estão presentes de maneira significativa (associações, empresas, ...), é importante de exprimir isto de uma forma explícita.

Uma tabela específica pode ser construída para cada região (província, prefeitura, localidade, ...). Uma subdivisão pode também ser feita para a apresentação na primeira coluna, mostrando os sub-totais por área.

Área	Número de habitantes	Sector Público	Sector religioso	Sector privado	Sector militar	Sector outro
Área 1	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Região, província, localidade, ... </div>					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Associações empresa(s), ... </div>
Área 2						
Área 3						
Área 4						
.....						
Área n						
sub-total						
TOTAL						

TABELA 8A. CAPACIDADE EM NÚMERO DE LEITOS NA MATERNIDADE & GINECOLOGIA-OBSTÉTRICA : DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS POR SECTOR (TOTAL)

As Tabelas 8 A, B & C referem-se a capacidade em leitos em ginecologia e obstetrícia por sector, por área e por 1.000 nascimentos esperados. Pode referir-se também à capacidade em leitos dos serviços gerais, como pode ser o caso em alguns hospitais de área. Estes dados deveriam colocar em evidência a adequação entre as necessidades obstétricas a atingir e as capacidades das estruturas hospitalares que deveriam satisfazer estas necessidades. As tabelas são construídas a partir dos dados do questionário serviços de saúde.

Sector	Número de leitos		Total
	Maternidade	Ginecologia Obstetrícia	
Público			
Religioso			
Privado			
Militar			
Outros			
TOTAL			

Esta coluna é a única que tem que ser adicionada para os hospitais de maior capacidade.

Para a área de estudo sobre as necessidades obstétricas não atingidas

TABELA 8B. CAPACIDADE EM LEITOS NA MATERNIDADE & GINECOLOGIA-OBSTÉTRICA : DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS POR SECTOR E POR ÁREA

Área	Nº de habitantes	Capacidade sector público	Capacidade sector religioso	Capacidade sector privado	Capacidade sector militar	Capacidade sector outros
Área 1						
Área 2						
Área 3						
Área 4						
.....						
Área n						
TOTAL						

Região, província, distrito, localidade, ...

Número de leitos em ginecologia e obstetrícia. As camas que são exclusivamente reservadas para a maternidade podem ser acrescentadas às camas do serviço de ginecologia e obstetrícia.

TABELA 8C. CAPACIDADE EM LEITOS NA MATERNIDADE & GINÉCOLOGIA-OBSTÉTRICA :
DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS POR 1.000 NASCIMENTOS ESPERADOS E POR ÁREA

Área	Número de habitantes	Número de nascimentos esperados (NE)	Número de leitos em maternidade / ginecologia / obstetrícia	Número de leitos em maternidade / ginecologia / obstetrícia / 1.000 NE
Área 1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Região, província, distrito, localidade, ... </div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Construção de um índice que permite comparações entre área e entre regiões </div>
Área 2				
Área 3				
Área 4				
.....				
Área n				
TOTAL				

TABELA 9A. DISTRIBUIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E DAS TRANSFUSÕES POR ÁREA, POR HÔSPITAL E POR SECTOR ESTUDADO

A Tabela 9a é construída a partir da base de dados colhidos na área estudada sobre as necessidades obstétricas não atingidas (questionário serviços de saúde).

Hospitais	Sector	Número de caixa de cesariana	Número de fórceps	Número de vácuo-extractor a funcionar	Número de ambulâncias a funcionar	Número de transfusões sanguíneas realizadas por semana
<u>Área 1</u>						
Hospital 1						
Hospital 2						
Hospital 3						
Hospital 4						
.....						
<u>Área n</u>						
TOTAL						

TABELA 9B. RESULTADOS PARA A MÃE E PARA A CRIANÇA DAS INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS MAIORES

Hospitais	Sector	Nº de cesarianas	Nº IOM / IMA	Nº IOM total	Óbitos maternos após IOM	Óbitos maternos Total	Óbitos perinatais após IOM	Total de óbitos perinatais
Área 1								
Hospital 1								
Hospital 2								
Hospital 3								
Hospital 4								
.....								
Área n								
TOTAL								

TABELA 9C. SUMÁRIO DA DISTRIBUIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E DOS ACTOS TÉCNICOS POR ÁREA , POR HÔSPITAL E POR SECTOR ESTUDADO

Equipamento e actos técnicos " mínimos "	Número de área [total de distritos]	Nº de hospitais todos sectores reunidos [total de hospitais da área estudada]	Nº de hospitais sector público [total de hospitais público da área de estudo]	Nº de hospitais dos sectores não públicos [total de hospitais não públicos da área estudada]
Pelo menos uma caixa de cesariana completa disponível				
Pelo menos um fórcepe disponível				
Pelo menos um vácuo-extractor disponível				
Pelo menos uma transfusão sanguínea realizada por semana				
Pelo menos uma ambulância a funcionar				
Pelo menos ... [Outro(s) acto(s) técnico (s) (especificar)]				
Pelo menos ... [Outro(s) equipamento(s) (especificar)]				

Por exemplo : dentre todos os distritos da área de estudo, número de distritos que dispõem de pelo menos um vácuo-extractor a funcionar

Uma coluna ou outra pode ser acrescentada se a intenção é colocar em evidência os recursos dos outros sectores

**TABELA 10. NÚMERO DE GINECOLOGISTAS E DE PROFISSIONAIS DE SAUDE COM
COMPETÊNCIAS GINECOLÓGICAS (PSCG), POR DISTRITO, POR ÁREA,
POR SECTOR E POR 10.000 NASCIMENTOS ESPERADOS (NE)**

A Tabela 10 permite de ter uma idéia dos recursos humanos adequadamente qualificados e disponíveis para garantir os cuidados em saúde adequados para os intervenções obstétricas maiores.

Em algumas estruturas de saúde, em que não há ginecologista, são os cirurgiões que realizam as cirurgias obstétricas. Em outros casos, mais frequentes ainda, são os médicos generalistas que resolvem todos os problemas cirúrgicos, inclusive a cirurgia ginecológica. Neste caso, os médicos generalistas tiveram uma formação técnica complementar organizada pelo Ministério da Saúde, dentro de um quadro profissional totalmente adequado. No presente documento, todos são chamados **profissionais de saúde com competências ginecológicas (PSCG)**, incluindo assim como recursos humanos não somente os ginecologistas-obstetras como também os cirurgiões e os médicos que podem efectivamente realizar as intervenções obstétricas maiores. Como no caso dos hospitais (estructuras hospitalares), trata-se de uma abordagem funcional das coisas.

Área	Número de nascimentos esperados (NE)	Número de Ginecologistas e PSCG por sector				Taxa ginecologistas e PSCG/ 10.000 NE
		Público	Religioso	Militar	Privado	
Área 1						
Área 2						
Área 3						
.....						
Área n						
TOTAL						

Outros sectores, se pertinente

Colocar em evidência as diferenças entre sectores

Colocar em evidência as diferenças entre os áreas

Cada área pode também ser analisada através da apresentação do número de ginecologistas e PSCG para cada hospital da área. As taxas são calculadas para a área como um todo.

TABELA 11A. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTEIRAS QUALIFICADAS POR ÁREA E POR SECTOR

A Tabela 11a apresenta os dados relativos às parteiras qualificadas (PQ). Estes dados são colhidos com base no “questionário serviço de saúde” aplicado durante o estudo sobre as necessidades obstétricas não atingidas. Estes dados são essenciais para julgar o nível de profissionalização do acompanhamento dos partos. A profissionalização do acompanhamento dos partos é considerada como um factor essencial para a luta contra a mortalidade materna (ver Módulo 1 da rede NONA).

O termo **parteira qualificada** é proposto no presente documento para evitar todo tipo de confusão. Refere-se ao pessoal obstétrico que recebeu pelo menos três anos de formação especializada, teórica e prática. Em determinados contextos, ou algumas vezes no linguajar quotidiano, o termo parteira pode designar profissionais com formações diversas, desde a “matrona” até a parteira diplomada, passando pelas categorias intermediárias que inclui, em geral, o pessoal da maternidade que participou de cursos de reciclagem. Estes profissionais, mesmo enfrentando no dia a dia os problemas encontrados na obstetria clínica, não são classificados sob a denominação de Parteira Qualificada (PQ).

Isto é uma tentativa de determinar uma taxa global, que possa indicar até que ponto o acompanhamento dos partos foi profissionalizado. É por isso que se utiliza também na análise, os dados relativos ao acompanhamento dos partos nas estruturas de primeiro nível.

Região, provincia, distrito	Área	NE	Nº PQ no 1º nível			Nº PQ ao nível hospitalar			Nº total PQ (1º nível + hospitais)	Taxa PQ / 1.000 NE
			público	privado	outro	público	privado	outro		
	Área 1									
	Área 2									
	Área 3									
									
	Área n									
	TOTAL									

Ambulatórios, centros de saúde, maternidades

Clínicas privadas, partos a domicilio

$$\frac{\text{TN}^\circ \text{ total PQ}}{\text{N}^\circ \text{ NE} \times 1.000}$$

Cada área pode também ser analisada através da apresentação do número de PQ para cada hospital da área. As taxas são calculadas para a área como um todo.

Os totais mostram as disparidades entre distritos e entre sectores. As taxas PQ / 1.000 NE podem ser comparadas com as normas esperadas ao nível nacional e internacional.

TABELA 11B. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PARTEIRAS QUALIFICADAS POR ÁREA E SECTOR

A Tabela 11b apresenta os dados relativos às pessoal obstétrico não qualificado (PONQ). Estes dados são colhidos com base no "questionário serviço de saúde" aplicado durante o estudo sobre as necessidades obstétricas não atingidas.

Região, provincia, distrito	Área	NE	Nº PONQ no 1º nível			Nº PONQ ao nível hospitalar			Nº total PONQ (1º nível + hospitais)	Taxa PONQ / 1.000 NE
			público	privado	outro	público	privado	outro		
	Área 1									
	Área 2									
	Área 3									
									
	Área n									
	TOTAL									

Ambulatórios,
centros de saúde,
maternidades

Clínicas privadas,
partos a domicilio

$$\frac{\text{Nº total PONQ}}{\text{Nº NE} \times 1.000}$$

Cada área pode também ser analisada através da apresentação do número de PONQ para cada hospital da área. As taxas são calculadas para a área como um todo.

TABELA 12. DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PARTOS NAS ESTRUTURAS HOSPITALARES POR SECTOR

Relativo sempre a definição funcional das estruturas hospitalares (ver tabela 5)

A **Tabela 12** apresenta os partos realizados no meio hospitalar. É claro que estes dados mostram apenas parcialmente a cobertura dos partos na área estudada. O interesse destes dados é de permitir a comparação dos totais de partos, do número de cesarianas e do número de leitos disponíveis em diferentes sectores. Desta forma, é possível identificar as estruturas que garantem apenas as emergências e aquelas que têm o potencial para resolver problemas mais importantes.

Sector	Nº de partos em meio hospitalar	Nº de cesarianas			Nº de leitos em maternidade e de ginecologia - obstetrícia disponíveis
		IMA	NãoIMA	Total	
Público					
Religioso					
Privado					
Militar					
Outro(s)					
TOTAL					

Mesmo se na área estudada NONA, há apenas um único sector representado (o sector público, por exemplo), a tabela continua ainda assim interessante, pois mostra os investimentos humanos e materiais que foram feitos.

Cada área pode também ser analisada através da apresentação do número de partos, cesarianas (IMA et não IMA) e numero de leitos disponíveis para cada hospital da sector. As taxas são calculadas para a área como um todo.

**TABELA 13. NÚMERO DE CÉSARIANAS EFECTUADAS, POR GINECOLOGISTA OU POR PROFIS-
SIONAL DE SAÚDE COM COMPÉTENCIA GINECOLÓGICA (PSCG) POR ANO.**

A **Tabela 13** refere-se ao pessoal qualificado que realiza intervenções obstétricas maiores. Ao contrário das parteiras, todos estes profissionais trabalham exclusivamente ao nível hospitalar. Os dados referentes ao pessoal encontram-se, portanto, inquiridas exaustivamente no questionário serviço de saúde do estudo sobre as necessidades obstétricas não atingidas.

A noção de equivalência tempo integral foi introduzida durante a colheita dos dados do estudo NONA. De facto, por diferentes razões, os ginecologistas e os profissionais de saúde com competência ginecológica (PSCG) não trabalham todos os dias do ano. Estes profissionais algumas vezes são uma verdadeira raridade e nem sempre é possível de lhes colocar a disposição dos hospitais, quando estes realmente necessitam destes profissionais especializados.

Se, por exemplo, um ginecologista tiver trabalhado durante 8 meses do ano, em que foi realizado o estudo, um cirurgião durante 10 meses e um médico generalista com competência cirúrgica durante 6 meses, não se pode dizer que o hospital tivesse a sua disposição 3 profissionais com competências cirúrgicas/ginecológicas durante o ano todo. Deve-se calcular o número total de meses de presença para o conjunto destes profissionais (8 + 10 + 6 = 24 mois). O número total de meses dividido por 12 meses dá o número de " pessoas-anos ". Neste exemplo, deve-se se levar em consideração 2 pessoas-ano, ou seja dois equivalentes a tempo integral.



Durante o período do estudo NONA

Área	Hospitais	Sector	Número de cesarianas [ano]	Número de tempo integral ginecologistas e PSCG / MH	Número de cesarianas / ginecologista ou PSCG / ano
Área 1	Hospital 1 Hospital 2 Hospital 3				
Área 2	Hospital 1 Hospital 2 Hospital 3				
Área 3	Hospital 1 Hospital 2 Hospital 3				
Área n	Hospital 1 Hospital 2 Hospital 3				
TOTAL:					

A importância quantitativa da prestação de serviços pode ser estimada em cada hospital estudado

As disparidades entre área alcance ou não de um mínimo de serviços requeridos são colocados em evidência

TABELA 14. MORTALIDADE MATERNA INTRA- HOSPITALAR

A mortalidade materna hospitalar será exprimida para o ano estudado em relação às necessidades obstétricas não atingidas em questão. Não se trata de um objectivo específico do estudo sobre as necessidades obstétricas não atingidas, mas a estatística já terá sido feita de qualquer forma. Deve-se levar em conta apenas as causas directas, aquelas que estão relacionadas com a obstetria.

Várias tabelas deste tipo podem ser feitas: por distrito, por sector ou por região (provincia, localidade).

Durante o ano do estudo NONA

Hospitais	Número de partos	Óbitos maternos por causas directas			Porcentagem de óbitos maternos intra-hospitalares / número de partos
		IOM/ IMA	IOM/ nãoIMA	Outres	
Área 1					$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos maternos}}{\text{N}^\circ \text{ de partos}} \times 100$
Hospital 1					
Hospital 2					
Hospital 3					
.....					
Área n					
TOTAL					

As percentagens de óbitos maternos intra-hospitalares refletem as diferenças que existem entre os distritos, entre os sectores ou entre as regiões, segundo a construção das diferentes tabelas. Estas diferenças não refletem unicamente as diferenças na qualidade dos cuidados prestados, podem ser encontradas também grandes problemas de transferências tardias por lugar, por exemplo, por causa dos custos da hospitalização e das intervenções.

TABELA 15. RESULTADOS EM RELAÇÃO AOS RECEM-NASCIDOS, POR ÁREA E POR ESTRUTURA HOSPITALAR

A Tabela 15 é construída a partir dos dados colhidos nas estruturas hospitalares durante o estudo sobre as necessidades obstétricas não atingidas (questionário (serviço de saúde)). Como para a Tabela 14, não se trata de um objectivo específico do estudo. Os dados colhidos permitem o cálculo dos índices para julgar a qualidade dos cuidados intra-hospitalares ou, em outros contextos, de colocar em evidência as consequências de referências tardias e de refletir sobre as suas causas (distâncias, custos, aceitabilidade dos cuidados, ...).

A estatística refere-se ao período do estudo NONA (a especificar).
As taxas (Tx) são calculadas dividindo o número de óbitos perinatais pelo número de nascimentos totais no hospital X 100

Área	Hospitais	N° de nascimentos no hospital	Nascido vivo e saiu vivo		Natimorto Nascido vivo e óbito <24 h		Natimorto		Não mencionado	
			N°	Tx	N°	Tx	N°	Tx	N°	Tx
Área 1	Hospital 1									
	Hospital 2									
	Hospital 3									
Área 2	Hospital 1									
	Hospital 2									
	Hospital 3									
Área 3	Hospital 1									
	Hospital 2									
	Hospital 3									
Área n	Hospital 1									
	Hospital 2									
	Hospital 3									
TOTAL:										

Podem ser calculados sub-totais por distrito ou por região (provincia, localidade)

5. LISTA DAS TABELAS

Tabela 1.	Modalidades para a apresentação das tabelas	7
Tabela 1A.	Tipo e número de intervenções obstétricas maiores (IOM) por grupo de indicações	8
Tabela 1B.	Indicações principais das intervenções obstétricas maiores (IOM) por indicações maternas absolutas (IMA)	9
Tabela 2.	Número de intervenções obstétricas maiores (IOM) realizadas segundo A origem das pacientes	10
Tabela 3.	Taxa de intervenções obstétricas maiores (IOM) por indicações maternas absolutas (IMA) por 100 nascimentos esperados e por área de origem	11
Tabela 4.	Déficits em intervenções obstétricas maiores (IOM) por indicações maternas absolutas (IMA)	12
Tabela 5.	Distribuição das intervenções obstétricas maiores por serviço de saúde.	13
Tabela 6.	Origem das pacientes que beneficiaram duma intervenção obstétrica maior por indicação materna absoluta	14
Tabela 7.	Número de estruturas hospitalares que apresenta uma capacidade cirúrgica e obstétrica, por area e por sector	15
Tabela 8A.	Capacidade em número de leitos na maternidade & ginecologia-obstétrica : distribuição de leitos por sector (total)	16
Tabela 8b.	Capacidade em leitos na maternidade & ginecologia-obstétrica : distribuição dos leitos por sector e por Área	16
Tabela 8c.	Capacidade em leitos na maternidade & ginecologia-obstétrica : distribuição dos leitos por 1.000 nascimentos esperados e por Área	17
Tabela 9A.	Distribuição dos equipamentos e das transfusões por área, por hospital e por sector estudad	17
Tabela 9B.	Résultados para a mãe e para a criança das intervenções obstétricas maiores	18
Tabela 9C.	Sumário da distribuição de equipamentos e dos actos técnicos por Área , por hospital e por sector estudado	18
Tabela 10.	Número de ginecologistas e de profissionais de saude com competências ginecológicas (PSCG), por distrito, por Área, por sector e por 10.000 nascimentos esperados (NE)	19
Tabela 11A.	Distribuição das parteiras qualificadas por Área e por sector	20
Tabela 11B.	Distribuição do número de parteiras qualificadas por Área e sector	21
Tabela 12.	Distribuição do número de partos nas estruturas hospitalares por sector	22
Tabela 13.	Número de cesárianas efectuadas, por ginecologista ou por profissional de saúde com competência ginecológica (PSCG) por ano.	23
Tabela 14.	Mortalidade materna intra- hospitalar	24
Tabela 15.	Résultados em relação aos recém-nascidos, por Área e por estrutura hospitalar	25