

Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a mortalidade materna.



APRESENTAÇÃO

Esta síntese é resultado do trabalho de conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde 2015.

O Instituto de Saúde estabeleceu uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha com a finalidade de desenvolver estudos prioritários para o município com a participação dos alunos do PAP. Em 2014 os aprimorandos realizaram um diagnóstico sobre condições de vida e situação de saúde do Município e, com base nesse trabalho, a Secretaria Municipal de Saúde definiu três grandes áreas com problemas que poderiam se beneficiar com a elaboração de síntese de evidências para informar políticas de saúde: saúde mental, doenças crônicas e saúde materno-infantil.

Após várias discussões com os gestores municipais, definiu-se como tema prioritário para a elaboração desta síntese a redução da mortalidade materna, com base nos indicadores de saúde e nas percepções dos gestores sobre a rede de atenção ao pré-natal, parto e puerpério na Região.

Aprimorandas:

- Carolina Médici de Figueiredo, com formação em Obstetrícia.
- Inayá da Silva Duarte, com formação em Obstetrícia.
- Luciana C. Alves do Santos, com formação em Obstetrícia.
- Luciana de Mendonça Freire, com formação em Saúde Coletiva.
- Tatiane Aparecida Rocha Marcelo, com formação em Obstetrícia.

Orientadora:

- Sonia Isoyama Venancio, médica, pesquisadora e vice-diretora do Instituto de Saúde.

Colaboradoras:

- Carmem Verônica Mendes Abdala, bibliotecária, Gerente de Serviços Cooperativos de Informação e Evidências, BIREME/OPAS/OMS.
- Rosemeire Rocha Pinto, bibliotecária, Supervisora do Serviço de Atenção ao Usuário, BIREME/OPAS/OMS.

ÍNDICE

Introdução	3
Mensagem-chave	5
Descrição do problema	6
Panorama da mortalidade materna no Brasil e no município de Franco da Rocha/SP	6
O que está sendo feito para enfrentar o problema e reduzir a mortalidade materna	9
Opções para abordar o problema	13
Opção 1: Auditoria dos óbitos maternos e feedback para profissionais de saúde	14
Opção 2: Mobilização da Comunidade e Ações Educativas	16
Opção 3: Qualificação das Ações de Planejamento Familiar	18
Opção 4: Capacitação para Profissionais de Saúde.	20
Opção 5: Referenciamento aos serviços de Emergência Obstétrico.	24
Considerações adicionais sobre a equidade das opções	26
Considerações sobre a implantação das opções	28
Referências	36
Apêndices	43
Apêndice A – Revisões sistemáticas sobre a opção 1 – Auditoria dos óbitos maternos e feedback para profissionais de saúde.	44
Apêndice B – Revisões sistemáticas sobre a opção 2 – Mobilização da comunidade e ações educativas.	46
Apêndice C – Revisões sistemáticas / Estudo de custo efetividade sobre a opção 3 – Qualificação das ações de planejamento familiar.	47
Apêndice D – Revisões sistemáticas sobre a opção 4 – Capacitação para profissionais de saúde.	48
Apêndice E – Revisões sistemáticas sobre a opção 5 – Referenciamento aos serviços de emergência obstétrico.	50

INTRODUÇÃO

Síntese de evidências para políticas de saúde:

Reduzindo a mortalidade materna.

Incluindo

Descrição de um problema do sistema de saúde;

Opções viáveis para resolver este problema;

Estratégias para a implementação dessas opções.

Não incluindo

Recomendações. Esta síntese não faz recomendações sobre qual opção política para escolher.

Para quem esta síntese evidências é endereçada?

Para formuladores e implementadores de políticas de saúde, seu pessoal de apoio e outras partes interessadas no problema abordado por esta síntese de evidências.

Para que esta síntese de evidências foi preparada?

Para dar suporte às deliberações sobre as políticas e programas de saúde, resumindo a melhor evidência disponível sobre o problema e as soluções viáveis.

O que é uma síntese de evidências para a política de saúde?

Sínteses de evidências para políticas de saúde reúnem evidências de pesquisa global (a partir de revisões sistemáticas*) e evidências locais para as deliberações sobre as políticas e programas de saúde.

*Revisão Sistemática: um resumo de estudos endereçado a responder a uma pergunta explicitamente formulada que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e apreciar criticamente pesquisas relevantes e para coletar, analisar e sintetizar dados a partir destas pesquisas.

Objetivos desta síntese de evidências para políticas de saúde

As evidências apresentadas poderão ser utilizadas para:

- 1) Esclarecer e priorizar os problemas nos sistemas de saúde;
- 2) Subsidiar políticas, enfocando seus aspectos positivos, negativos e incertezas das opções;
- 3) Identificar barreiras e facilitadores de implementação das opções, seus benefícios, riscos e custos;
- 4) Apoiar o monitoramento e avaliação de resultados das opções.

Sumário Executivo

As evidências apresentadas no relatório completo também foram resumidas em Sumário Executivo.

EVIPNet Brasil

A Rede de Políticas Informadas por Evidências (Evidence-Informed Policy Network) - EVIPNet - visa fomentar o uso apropriado de evidências científicas no desenvolvimento e implementação das políticas de saúde. Essa iniciativa promove o uso sistemático dos resultados da pesquisa científica na formulação e implementação de políticas e programas de saúde mediante o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil. A EVIPNet promove ainda o uso compartilhado do conhecimento científico e sua aplicação, em formato e linguagem dirigidos aos gestores de saúde, seja na prática clínica, gestão dos serviços e sistemas de saúde, formulação de políticas públicas e cooperação técnica entre os países participantes. No Brasil, são parceiros na EVIPNet: o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), a Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia do Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e outros.

Conflito de interesses

Os autores declaram não possuírem nenhum conflito de interesse.

Revisão do mérito desta síntese de evidências

Esta síntese de evidências foi revisada por investigadores, gestores e partes interessadas externas na busca de rigor científico e relevância para o sistema de saúde.

MENSAGEM-CHAVE

O problema

O Brasil ainda está longe de atingir uma das Metas do Milênio assumidas em 1990: a que determina a redução da mortalidade materna. Atualmente, morrem no Brasil 69 mulheres a cada 100 mil partos de nascidos vivos, mas pelas metas da Organização das Nações Unidas (ONU), esse número deveria ser de no máximo 35 mulheres. Nesse contexto, é possível ressaltar que as principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, hemorragia, complicações de aborto em condições inseguras e infecção pós-parto. Ademais, notam-se índices elevados de mortalidade no Brasil em regiões periféricas, onde o acesso às redes de saúde é quase inexistente e/ou precário. O enfrentamento da mortalidade materna no Brasil deve focar em estratégias que promovam o acesso adequado e qualificado das gestantes no contexto da saúde, visando tanto o pré-natal quanto ao período do parto e puerpério. No município de Franco da Rocha as altas taxas de mortalidade materna vêm preocupando os gestores da saúde, especialmente por estarem relacionadas a causas consideradas evitáveis.

Opções para enfrentar o problema:

Opção 1 - Auditoria dos óbitos maternos e feedback para profissionais de saúde;

Opção 2 - Mobilização da comunidade e ações educativas;

Opção 3 - Qualificação das ações de planejamento familiar;

Opção 4 - Capacitação para Profissionais de Saúde;

Opção 5 - Referenciamento aos serviços de emergências obstétricas.

Considerações gerais acerca das opções propostas:

As opções de intervenção voltadas à redução da mortalidade materna apresentadas nesta síntese levam em consideração o contexto local de organização da rede de atenção à saúde materno-infantil do município de Franco da Rocha. A implementação das intervenções poderá ser facilitada pela implantação da Rede Cegonha na região e por várias iniciativas do município voltadas à organização e qualificação da Atenção Básica, porém é fundamental o envolvimento dos gestores, profissionais de saúde, controle social e população para a implantação e monitoramento e avaliação de seus resultados.

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Panorama da Mortalidade Materna no Brasil e no Município de Franco da Rocha

A Mortalidade Materna (MM) é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não a causas acidentais ou incidentais (1). Pode ainda ser classificada em tardia (ocasionada por causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre após 42 dias do parto e em um prazo inferior a um ano); materna relacionada com a gravidez (durante a gravidez ou até 42 dias após o término da gestação independentemente da causa); materna obstétrica direta (resultante de complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, causadas por intervenções, omissões ou tratamento incorreto); e obstétrica indireta (decorrente de doenças existentes anteriormente à gestação ou que são desenvolvidas neste período, não devidas a causas obstétricas diretas, porém agravadas pelo efeito fisiológico da gestação) (2).

O número de mortes maternas de um país constitui excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano. Dessa forma reflete, além dos fatores biopsicossociais, a qualidade da assistência médica, a iniquidade entre os gêneros e a determinação política e da saúde pública. Assim os países em desenvolvimento são os mais afetados com altas taxas de MM, cujos óbitos representam 99% do total (1). As principais causas diretas são doenças hipertensivas, hemorragias, infecções puerperais, seguidas de complicações decorrentes de aborto (3), as quais podem sofrer influência direta da qualidade do pré-natal. Nesse aspecto, estudos nacionais confirmam que os desfechos maternos são influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal e segundo recomendações de organismos oficiais de saúde este deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais ações preventivas e curativas e deve ter um número mínimo de consultas (4).

Para investigar as causas de MM os governos utilizam as informações coletadas pelos sistemas de saúde e, no Brasil, conta-se com os índices calculados a partir das MM declaradas, obtidas das declarações de óbitos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), ambos geridos pelo Ministério da Saúde (MS). A partir dos dados coletados pelos serviços de saúde, é possível identificar diversos aspectos

relevantes para o enfrentamento da MM, como: as principais causas de morte, quando estas ocorrem e se poderiam ser evitadas.

Nesse contexto, o problema da MM no Brasil tornou-se relevante, pois os dados disponíveis e suas respectivas análises apontam que o país está abaixo da meta definida pelos *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* (ODM) para 2015, estipulada pelas Nações Unidas. Segundo os ODM o valor desejável seria igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100.000 NV; dessa forma o país deveria atingir tal propósito através da redução anual de 5,5% de sua Razão de Mortalidade Materna (RMM) - importante indicador de saúde da mulher que estima o risco de morte de mulheres ocorrida durante a gravidez ou até 42 dias após o seu término, independentemente de sua duração, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou seu manejo, mas não por causas acidentais ou incidentais.

Apesar dos avanços observados em todo país, nos últimos 18 anos notou-se redução de 52% (120/100.000 NV em 1990, 64/100.000 NV em 2005 e 58/100.000 NV em 2008), refletindo assim uma velocidade média anual de queda de 4%, inferior à necessária para atingir a meta dos ODM (1).

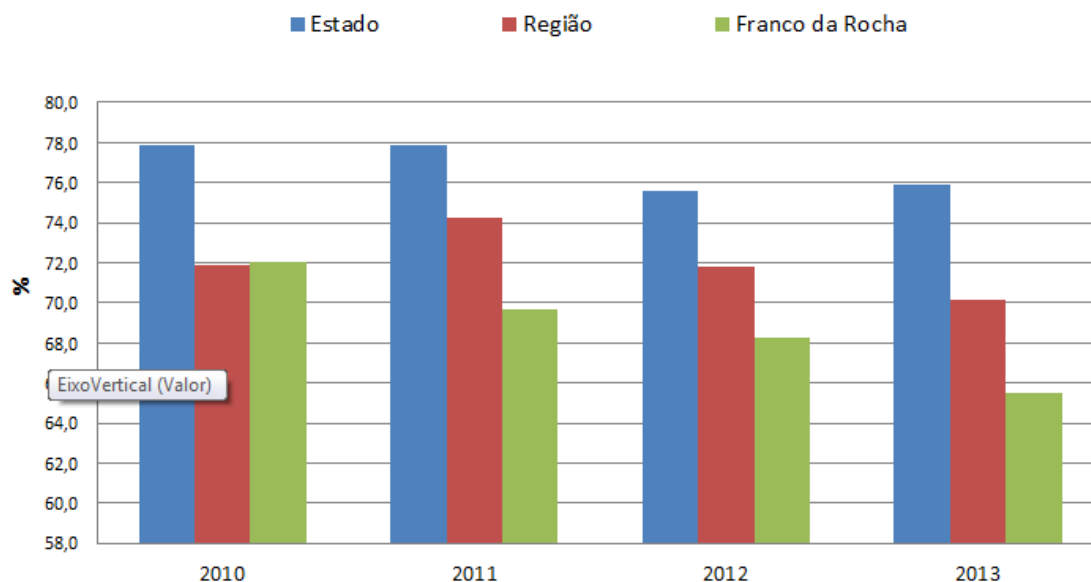
No Estado de São Paulo, de acordo com dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), em 2010, a taxa de MM era de 45,55 por grupo de 100.000 NV, tendo positivamente, em 2013, reduzido para 39,42, mas mantendo-se ainda acima do que é preconizado pela Meta do Milênio.

Na análise deste indicador na Região de Saúde (RS) de Franco da Rocha (que engloba os municípios de Cajamar, Caieiras, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã) tem-se que a razão de MM apresentou, no ano de 2010, taxa de 71,06 por 100.000 NV e em 2013, 46,37 por 100.000 NV. Restringido o olhar para o município de Franco da Rocha nota-se que esta razão de mortalidade era 92,38 em 2010, 143,54 em 2011 e em 2013 não houve mortes computadas. Ressalta-se aqui que os dados referentes ao ano de 2012 não estavam disponíveis para pesquisa.

Em Franco da Rocha os dados mostram que a cobertura do pré-natal (sete ou mais consultas), conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, encontra-se em queda no período analisado, representando assim índice de 72% no ano de 2010, 69,7% em 2011, 68% em 2012 e 65,5% em 2013. Comparando-se com os dados do Estado de São Paulo e com a RS de Franco da Rocha o município mostra menor cobertura de pré-natal (Gráfico 1).

Tal indicador pode sugerir diferentes causas, como: menor adesão das gestantes, redução das equipes que prestam assistência à mulher, ou ainda, estagnação dos serviços e recursos.

Gráfico 1 - Proporção de nascidos vivos (%) segundo sete ou mais consultas de pré-natal. Município e Região de Franco da Rocha (SP) e Estado de São Paulo, 2010-2013.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Acesso em 15/05/2015.

As causas de óbitos maternos no município (Tabela 1) estão relacionadas diretamente à mortalidade obstétrica direta, que podem indicar pré-natal de baixa qualidade, baixa qualidade da atenção ao parto ou até mesmo a falta de acesso das gestantes aos serviços de saúde.

Tabela 1- Causas dos óbitos maternos no município de Franco da Rocha (SP), 2010-2013*.

CAUSAS / ANO	2010	2011	2013
Pré Eclâmpsia	-	1	-
Eclâmpsia	1	-	-
Hemorragia Placenta Prévia	1	-	-
Hemorragia Atonia Uterina	-	1	-
Doença ap. circulat. complic. gestação	-	1	-

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

*Dados do ano de 2012 não disponíveis

Percebe-se que os dados oficiais de Franco da Rocha sinalizam problemas: o município encontra-se em desenvolvimento de seu sistema público de saúde, com o ônus de todas as dificuldades inerentes a esta condição e não possui sistema de registro adequado para os casos de MM, o que conseqüentemente reflete que este problema de saúde pública pode estar atrelado às subnotificações. Além disso, as condições de alto risco para MM estão relacionadas a causas diretas e evitáveis, à falta de implementação de estratégias efetivas, aos fatores culturais, médicos-profissionais e político-sociais que refletem nas iniquidades existentes e na má qualidade dos serviços de assistência à mulher nos períodos da gestação, parto e puerpério.

O que está sendo feito para enfrentar o problema e reduzir a Mortalidade Materna

A identificação e implantação de intervenções efetivas para a redução da MM, durante o pré-natal e, preferencialmente, no parto, quando predominam as mortes, devem ser prioridades do governo e da própria sociedade. Assim muitas estratégias têm sido criadas para a resolução do problema, incluindo um adequado sistema de registro de nascimentos e mortes, a implantação dos comitês de mortalidade materna, o planejamento familiar, a assistência pré-natal, a utilização de parteiras tradicionais em determinados contextos, o uso de tecnologias apropriadas, o atendimento profissional capacitado e a atenção institucional ao parto (4).

No Brasil as principais iniciativas do Governo Federal para redução desse problema constituem, além da melhoria da vigilância de registro civil, um tripé com intervenções específicas relacionadas à promoção da saúde materna, à prevenção dos riscos e a garantia de suporte nutricional durante a gestação. Entende-se assim que promover a saúde materna contempla a recomendação do número ideal de consultas e da qualidade ao pré-natal, o estabelecimento do programa de imunização materna e a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes do período gravídico-puerperal.

A complexidade de um sistema de vigilância epidemiológica de mortalidade materna e a sua necessária articulação com o sistema de saúde levam ao reconhecimento de que seu "desenho" implica nas especificidades de cada país e nos recursos disponíveis para a saúde materna. Entretanto, alguns parâmetros e definições foram consignados de modo a favorecer a comparabilidade dos dados e aperfeiçoar os sistemas existentes, dessa maneira, a concepção do sistema de vigilância do óbito materno foi assim estabelecida: *"o processo contínuo e sistemático de coleta, análise, interpretação e difusão de dados relacionados com a*

identificação, notificação, medição, determinação de causa e prevenção de mortes maternas, com o propósito de formular medidas de prevenção adequadas. Tal sistema de vigilância é um componente do sistema de informação de saúde” (5). Nesse sentido, a implantação dos “Comitês de Mortalidade Materna – CMM” é tida como parte integrante da estrutura do sistema de vigilância, assinalando-se o caráter técnico dessa inserção com funções correspondentes àquelas do sistema.

A definição de CMM adotada no Brasil segue os mesmos princípios - organismos interinstitucionais, de caráter educativo, com atuação sigilosa, não coercitiva ou punitiva, que congregam instituições governamentais e da sociedade civil, que conta com equipe multiprofissional para analisar todos os óbitos maternos e assim apontar medidas de intervenção para a redução da mortalidade materna. Dessa forma o Ministério da Saúde vem apoiando a organização desses comitês, pois garante a perspectiva de aquisição de informações melhores e mais acuradas sobre as circunstâncias das mortes maternas, mesmo quando o setor de vigilância epidemiológica não estiver apto a fazê-lo (6).

Nota-se assim que esse conhecimento é de fundamental importância para a correção das distorções quanto ao tamanho e qualificação do problema e, por consequência, para o equacionamento de medidas para prevenção e redução da mortalidade do grupo de mulheres expostas a esse risco; logo o CMM é um importante instrumento de gestão para avaliar a qualidade da assistência prestada à mulher e para subsidiar as políticas públicas de saúde.

Com relação ao sistema de coleta de dados sobre morte materna no Brasil, podemos afirmar que esse é classificado no *grupo E* (7), ou seja, apresenta má qualidade dos dados e falta de pesquisa minuciosa e abrangente em todo o território nacional. A melhoria da vigilância desses registros, apesar de não diminuir por si só o número de óbitos maternos, poderia garantir menor negligenciamento ligado à ausência ou registro incompleto dos dados, associados à subnotificação e grande dispersão territorial de nosso país, o que dificulta a análise acurada das mortes.

Pode-se afirmar que a mensuração adequada da mortalidade materna é extremamente difícil, existindo poucos países que a realizam de forma completa (8). Vale ressaltar que a implantação e o adequado funcionamento do sistema dependem fundamentalmente dos órgãos governamentais e operacionalização efetiva e o apoio dos Estados e municípios na captação dessas informações deverá (futuramente) melhorar qualidade da informação do óbito em nível nacional.

Ao longo dos anos, o Brasil vem implantando algumas estratégias para a redução da MM, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000, que buscava analisar as necessidades de atenção específica à

gestante, ao recém-nascido e à mulher desde o período gestacional até o pós-parto (9).

Outra ação que vem atuando na redução da mortalidade materna é a Rede Cegonha. Instituída em 2011, pela Portaria nº 1.459, trata-se de uma estratégia do Governo Federal que propõe uma rede integrada de cuidados incluindo o planejamento reprodutivo, atenção à gravidez, ao parto e puerpério, assim como à criança. Objetiva a implementação de um modelo de atenção com assistência humanizada e de qualidade à saúde da mulher e da criança, buscando a melhoria do atendimento durante a gravidez, o parto e pós-parto e ao crescimento e desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida e garantia do acesso, acolhimento, resolutividade, bem como a redução das altas taxas de mortalidade materna no país (10). Essa iniciativa é financiada pela União, estados e municípios e conta com bilhões do orçamento do Ministério da Saúde para investimentos. A adesão às ações preventivas é realizada conjuntamente pelos municípios integrantes de uma mesma região de saúde mediante a elaboração de um plano de ação que inclui diagnóstico situacional, desenho regional da Rede, ações e indicadores estratégicos e a contratualização dos pontos de atenção (11). A Rede deverá ser implantada e operacionalizada em todo o país até 2016 (12).

Em vista das várias estratégias que auxiliam na redução da MM, o município de Franco da Rocha tem buscado operacionalizar efetivamente algumas dessas ações a fim de melhorar o seu panorama da MM. Dessa forma vem nos últimos anos traçando o perfil do local e de suas mulheres a fim de definir os indicadores relevantes ao problema, à vulnerabilidade da gestante e criando um plano de ação municipal que acione medidas que evitem a ocorrência deste e permitam a solidificação da Rede Cegonha, que se encontra em andamento desde 2012.

A Rede de Atenção à Saúde de Franco da Rocha é compreendida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado, segundo a Portaria MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (13). Assim, a RAS do município é composta por cinco municípios: Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã, totalizando uma população de 516.809 habitantes em 573.906 habitantes em 2015 (14).

A região possui três hospitais, sendo eles: Hospital Estadual Carlos da Silva Lacaz, no município de Francisco Morato, que realiza assistência de trauma e parto de alto risco; o Hospital Estadual Dr. Albano de Franco Rocha Sobrinho, localizado em Franco da Rocha, que atende clínica médica, cirúrgica e traumas; e o Hospital Estadual Vitalina Francisca Ventura, em Caieiras, responsável por pediatria e obstetrícia – atualmente, incumbido também pela assistência ao parto de baixo

risco da cidade de Franco da Rocha. Os três hospitais atendem a região sendo que os dois primeiros recebem clientes referenciados pelos municípios.

A rede de atenção à saúde no município de Franco da Rocha é constituída de cinco Unidades Básicas e Saúde (UBS), cinco Unidades de Saúde da Família (USF), um Centro de Especialidades, uma Unidade de Saúde Mental, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) 2 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Vigilância Epidemiológica (VE) e Vigilância Sanitária (VISA).

OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA

Existem muitas opções para enfrentar a MM, mas nem todas apresentam o mesmo nível de certeza, efetividade ou são condicionadas pelos mesmos fatores de implementação. Além disso as opções de política podem incluir desde ações isoladas até intervenções muito complexas, exigindo a consideração sobre a potência dos benefícios e riscos, além das barreiras e aspectos facilitadores nos diversos níveis afetados pela implementação de uma política, do sistema de saúde ao indivíduo.

Esta síntese de evidências identificou cinco opções para a redução da mortalidade materna: 1) Auditoria dos óbitos maternos e Feedback de para profissionais de saúde 2) Mobilização da comunidade e ações educativas; 3) Qualificação das ações de planejamento familiar; 4) Capacitação para Profissionais de Saúde e 5) Referenciamento aos serviços de emergências obstétricas.

O objetivo dessa seção é discutir opções para reduzir a mortalidade materna, a partir das evidências científicas de melhor nível de confiabilidade (revisões sistemáticas, estudos de custo-efetividade ou documentos de política) e identificar barreiras e estratégias de implantação.

Buscando evidências científicas sobre as opções

As revisões sistemáticas são adotadas como evidências de mais alto nível nesta síntese. Este tipo de estudo é cada vez mais visto como importante fonte de informação para a tomada de decisão sobre diferentes aspectos do sistema de saúde, apesar de ainda subsistirem equívocos sobre o seu potencial em políticas e sistemas de saúde (15). A busca de evidências científicas foi realizada nos repositórios da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.bvsalud.org>), Health Systems Evidence (<http://healthsystemsevidence.org/>) e PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). A estratégia de busca se deu com os seguintes termos e resultados: na BVS, “mortalidade materna” or “maternal mortality” or “mortalidad materna” or “maternal deaths” e aplicação do filtro “Tipo de Estudo” e seleção de ‘Revisões Sistemáticas’, retornando 68 estudos, dos quais, após a leitura dos títulos, foram selecionados 20 para leitura dos resumos; no HSE, “mortalidade materna” or “maternal mortality” or “mortalidad materna” or “maternal deaths”, retornando 20 estudos, sendo 14 selecionadas para leitura dos resumos (seis revisões sistemáticas concluídas, uma avaliação econômica e sete documentos de política); no PubMed, (“mortalidade materna” or “maternal mortality” or “mortalidad materna” or “maternal deaths”) or ((postpartum or “posparto” or puerperio) and (mortali\$ and Matern\$)) or ((antenatal or “ante natal” or prenatal or “pre natal”) and (mortali\$ and Matern\$)), aplicando o filtro “Article type” e selecionando “Systematic reviews” e “Meta-analysis”, retornaram 1076 estudos; após realizar a leitura dos títulos, 68 foram selecionados para leitura dos

resumos. Após a leitura dos resumos selecionados e identificação das questões de interesse, excluíram-se os estudos duplicados, as revisões sistemáticas voltadas a aspectos de manejo clínico e aquelas relacionadas a intervenções hospitalares, pelo fato de o município não contar com leitos obstétricos sob sua gestão, restando para leitura completa o total de 45 artigos, dos quais foram selecionados sete (quatro revisões sistemáticas e três documentos de política) e duas avaliações de custo efetividade sobre efeitos de intervenções para a redução da mortalidade materna, que atendiam ao escopo de identificar opções de políticas desta síntese. A qualidade das revisões sistemáticas foi avaliada utilizando-se o instrumento AMSTAR (16). Os detalhes sobre a qualidade das RS encontram-se nos apêndices.

Opção 1: Auditoria dos óbitos maternos e feedback para profissionais de saúde.

A investigação de todos os óbitos maternos, juntamente com um feedback para os profissionais de saúde, pode auxiliar a redução da morbimortalidade materna, uma vez que conhecer a causa da morte é tão ou mais importante quanto apenas quantificá-la, sendo fundamental que os profissionais de saúde possam ter um retorno sobre seu trabalho. Além disso, uma parte das mortes maternas ocorridas no mundo poderia ser evitada se os profissionais de saúde estivessem capacitados para atender as necessidades básicas das mulheres durante o ciclo gravídico puerperal.

Quadro 1 - Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas e documentos de políticas.

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Jamtvedt et. al (17), avaliaram, em sua revisão sistemática de alta qualidade, os efeitos dos processos de auditoria e feedback sobre a prática dos profissionais de saúde e os resultados sobre os pacientes, mostrando que essa estratégia pode ser efetiva para melhorar a prática dos profissionais. Relataram ainda que os efeitos dessa intervenção geralmente são de pequenos a moderados, podendo ser maiores quando a adesão inicial dos profissionais às recomendações é baixa e quando há maior envolvimento dos profissionais.</p> <p>Johnston et. al (18) em uma revisão de alta qualidade, afirmaram que os processos de auditoria trazem benefícios como: melhor comunicação entre os profissionais, melhoria nos cuidados com o paciente e satisfação profissional.</p>

Pattinson e col. (19), realizaram através de uma revisão sistemática de moderada qualidade, uma discussão sobre o benefício dos processos de auditoria e feedback na redução das taxas de morbimortalidade materna e mortalidade perinatal. Afirmaram que o processo de auditoria por si só não mostra grandes benefícios, devendo ser utilizado juntamente com um feedback aos profissionais de saúde, sendo assim, mais eficiente. Embora, a revisão sistemática realizada por Pattinson et. al (19) não tenha encontrado estudos que cumprissem seus critérios de inclusão, os autores abordam a importância de se realizar os processos de auditoria e feedback, uma vez que, conhecida a magnitude do problema da mortalidade materna, sabe-se que para melhorá-lo é mais efetivo um aprofundamento acerca dos eventos que levaram a tais desfechos.

Danos potenciais

Henríquez et. al (20) descrevem que os processos de auditoria e retroalimentação podem ocasionar o medo dos profissionais de retaliações e impedir a eficácia de suas ações, além disso, a coleta de informações e as reuniões de feedback demandam muito tempo, podendo existir ainda a possibilidade de criar conflitos entre os profissionais, os departamentos e as instituições (18).

Custos ou custo-efetividade em relação à situação atual

Henríquez et. al (20), afirmam que os custos sobre os processos de auditoria e retroalimentação são muito variáveis e dependem das condições locais, de informações confiáveis e da disponibilidade de profissionais.

Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e risco, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção for implementada

Henríquez et. al (20) afirmam que se desconhecem quais são os métodos mais eficazes para realizar um processo de feedback sobre o desempenho dos profissionais de saúde e a magnitude do efeito dessas intervenções (21). Descrevem ainda que os mecanismos de auditoria e feedback trazem benefícios, através de informações sobre o registro do número e as causas de morte materna, sendo essenciais para identificação dos problemas envolvidos nestas questões. Entretanto as revisões sistemáticas, utilizadas por Henríquez et. al (20) não identificaram ensaios clínicos controlados que avaliassem os efeitos do feedback sobre o desempenho dos profissionais de saúde bem como a redução da mortalidade materna (22) (17). Sabe-se, porém, que as intervenções de auditoria podem ser eficazes para melhorar a prática profissional (20) e que quanto mais intenso for o processo de feedback mais eficaz serão os seus resultados (17).

Segundo Sepou et. al (23), monitorar e auditar todas as mortes maternas e notificar as causas dos abortos seria uma boa opção para reduzir as mortes por complicações graves e

	<p>mortes decorrentes de abortos clandestinos (22). Jamtvedt et. al (17), afirmaram que os resultados dos processos de auditoria e feedback variam de acordo com as várias formas de realizá-los, a intensidade com que são feitos, a forma de apresentar os resultados, a participação dos profissionais e sem dúvida a sua finalidade. Henríquez et. al (20) descrevem que o efeito da auditoria depende da capacidade de fechar um ciclo dentro do próprio processo de auditoria e sem a aplicação efetiva das soluções e dos problemas encontrados não há como melhorar a qualidade da atenção (24).</p>
Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/testada em outro lugar)	Nenhum dos estudos relatou essa questão.
Percepção dos sujeitos sociais (grupos de interesse) envolvidos na opção, quanto a sua efetividade	<p>Henríquez et. al (20) chamaram a atenção para o fato de que nos estudos avaliados sobre o efeito da auditoria e feedback na qualidade da atenção obstétrica (25), nenhum mostrou o ponto de vista das mulheres, usuárias dos serviços de saúde. Do ponto de vista dos profissionais de saúde as percepções variam desde o medo de ações punitivas até a percepção de que estes são processos imprescindíveis para a melhora da qualidade da atenção (18). A revisão de Pattinson et. al (19) não reportou a percepção dos sujeitos afetados, mas os autores afirmaram que os processos de auditoria e feedback poderiam ocasionar, principalmente, o medo dos profissionais de saúde com relação a retaliações.</p>

Fonte: Elaboração Própria.

Opção 2: Mobilização da Comunidade e Ações Educativas.

Grupos permanentes de empoderamento da comunidade, principalmente das gestantes, dando-lhes compreensão, confiança e suporte para o autocuidado para estarem atentas para quando e onde buscar cuidados em saúde podem ajudar a reduzir a mortalidade materna.

Quadro 2 - Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas e documento de políticas.

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Uma revisão sistemática de boa qualidade (26) buscou os efeitos de grupos com gestantes em comparação aos cuidados habituais para a redução da mortalidade materna e neonatal. O resultado mostrou que os grupos com as gestantes foram importantes no processo de redução da mortalidade materna nos países onde a intervenção foi adotada. Quando ao menos 30% das gestantes participavam, reduzia-se 49% da mortalidade materna.</p> <p>Nyamtema et al. (27) analisaram, em uma revisão sistemática de alta qualidade, as evidências científicas disponíveis de intervenções para reduzir mortalidade materna e dos fatores que influenciam sua implementação em países com recursos limitados. Os resultados indicaram resultados satisfatórios na redução da mortalidade materna em locais com poucos recursos através de programas de intervenções integrados baseados em evidências científicas, inclusive grupos de ação e aprendizado em comunidades.</p>
Danos potenciais	Não foram relatados danos potenciais nessa opção.
Custos ou custo-efetividade em relação à situação atual	Não foram encontrados estudos sobre custos ou custo-efetividade desta opção.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e risco, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	<p>Como apenas sete estudos foram incluídos na revisão sistemática de Prost e col. (26), os autores relataram limitações, o que restringiu as análises de potenciais fontes de heterogeneidade e viés. Muitos fatores que poderiam ser associados às reduções na mortalidade materna, como aumento da consciência dos sinais de perigo e maior capacidade de resposta individual e comunitária não foram medidos em avaliações de impacto. Os fatores contextuais e de execução podem ter alterado os tamanhos do efeito e precisam ser melhor analisados. Relataram também que não foi possível comparar os determinantes de diferenças de custo-benefício em escala de custos.</p> <p>O estudo de Nyamtema et al. (27) enfatiza que não há uma única opção a ser adotada para reduzir a mortalidade materna e em locais com poucos recursos é necessário que os governantes e as instituições de saúde se unam em seus compromissos e responsabilidades na implementação de pacotes de intervenções baseadas em evidências científicas</p>

	para a redução da mortalidade materna.
Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/testada em outro lugar)	<p>Um estudo em Malawi (28) promoveu grupos de mulheres para empoderamento social através de 20 encontros. Os grupos eram realizados por facilitadoras, de 20-49 anos, moradoras locais, treinadas durante 11 dias e com cursos de reciclagem a cada 4 meses. Os resultados indicam que a intervenção foi fator de proteção para o grupo de mulheres participantes da intervenção.</p> <p>No Nepal, em um estudo (29) no qual foram realizados grupos de mulheres com facilitadoras locais e treinadas previamente em saúde perinatal, aconteceram 10 reuniões mensais com abordagem de aprendizado participativa. A participação dos grupos foi um fator de proteção para a mortalidade materna.</p>
Percepção dos sujeitos sociais (grupos de interesse) envolvidos na opção, quanto a sua efetividade	<p>Nenhum dos estudos relatou a percepção dos sujeitos sociais afetados pelos elementos da opção, como a percepção do empoderamento no autocuidado, mas acredita-se que o indicador de mortalidade materna por si só já indique uma satisfação, ou não, com a assistência obstétrica.</p>

Fonte: Elaboração Própria.

Opção 3: Qualificação das ações de planejamento familiar.

O planejamento familiar, acompanhado de um investimento gradual na qualidade dos serviços de saúde materna, é capaz de auxiliar na redução da mortalidade materna em áreas rurais e urbanas, dando suporte às escolhas das mulheres de decidir quando ou não engravidar e também ofertando contraceptivos de barreira na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Quadro 3- Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas, documento de política e estudo de custo-efetividade

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Nyamtema et al. (27) buscaram, em uma revisão sistemática de alta qualidade, as evidências científicas disponíveis de intervenções para reduzir mortalidade materna e dos fatores que influenciam sua implementação em países com recursos limitados. Os resultados indicaram que o planejamento familiar é uma intervenção eficaz para a redução da mortalidade materna, mas deve ser realizada inserida em programas de intervenções integrados e baseados em evidências científicas.</p>

Goldie e col. (30) realizaram uma análise através de um software que simula a história natural da gestação - o “Global Maternal Health Policy Model”, na Índia e constataram que a intervenção individual mais eficaz é o planejamento familiar, que reduziria a mortalidade materna em 7-28,1% na área rural e de 5,8-23,5% na área urbana

Delphine et al. (31) fizeram em seu estudo uma análise realizada por um software, que simula a história natural da gravidez e complicações relacionadas com esse período em uma coorte representativa de mulheres mexicanas sexualmente ativas, para identificar o potencial clínico e o custo-efetividade das estratégias alternativas para a redução da mortalidade materna (MM) no México. Entre os benefícios clínicos encontrados, o aumento do planejamento familiar de 59% para 74% em mulheres de 20 anos ou mais, e de 18% para 33% em mulheres com menos de 20 anos de idade junto a outras estratégias de ação proporcionaria a redução de até 75% na mortalidade materna.

Danos potenciais

Não foram relatados danos potenciais nessa opção.

Custos ou custo-efetividade em relação à situação atual

Um estudo sobre custo-efetividade, realizado no México (32), sobre intervenções para redução da mortalidade materna, encontrou que a implementação de um pacote de ações sobre planejamento familiar, atenção segura ao aborto, e melhoria de acesso a serviços básicos e integrais obstétricos de pelo menos 90% das mulheres que necessitam de referência poderiam reduzir até 75% da mortalidade materna, com custos menores que os das práticas atuais. Um estudo realizado na Índia (33) encontrou resultados semelhantes aos do estudo realizado no México (32).

Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e risco, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção for implementada

Sepou et. al (23) relata que a distribuição de métodos contraceptivos para jovens deve ser realizada de modo que os pais dos jovens não sejam motivo de recusa ou de constrangimento para estes. Afirma ainda que a religião ainda é uma forma de impedimento na utilização dos métodos contraceptivos na República Centro Africana, uma vez que esta é contra o uso destes.

Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/testada em outro lugar)

No estudo de Nyamtema et al. (27) foram analisados estudos quase experimentais em relação ao planejamento familiar na redução da mortalidade materna. Os resultados dos estudos trazem o planejamento familiar como intervenção importante na redução da mortalidade materna. Em dois estudos em Bangladesh (34) (35), a redução da mortalidade esteve relacionada à distribuição de contraceptivos em centros de

	saúde familiar, embora ou autores relatem que o planejamento familiar deve ser implementado junto a um programa de intervenções.
Percepção dos sujeitos sociais (grupos de interesse) envolvidos na opção, quanto a sua efetividade	Nenhum dos estudos relatou a percepção dos sujeitos sociais afetados pelos elementos da opção.

Fonte: Elaboração Própria

Opção 4: Capacitação para Profissionais de Saúde.

A capacitação para profissionais de saúde consiste em um programa de Educação Permanente em saúde, que visa um processo dinâmico-pedagógico de desenvolvimento e qualificação de ações que alberguem conhecimento nas dimensões técnico-científica, ético-política e socioeducativa da assistência realizada por esses trabalhadores. Também preza pela melhora da capacidade de prestar cuidados à mulher, através de intervenções que considerem todas as dimensões do ser humano – ressaltando os valores sociais, políticos, religiosos e filosóficos que influenciam a percepção, o raciocínio, o julgamento e as decisões do sujeito - a fim de melhorar a saúde materna.

Quadro 4- Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas

Categorias dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	Van Lonkhuijzen et. al (36) em uma revisão sistemática recente e de alta qualidade, avaliou a eficácia dos programas de formação que visam melhorar os cuidados obstétricos de emergência em ambientes com poucos recursos. Identificou assim que, cursos de capacitação profissional contribuem positivamente no aumento do conhecimento (37) (38) e, conseqüentemente, no comportamento das habilidades após treinamento, assim, profissionais que participam desses cursos apresentam maior feedback com a equipe (39) (40), gerenciamento de tarefas (41) e comunicação (42) (43), competência para realizar suas tarefas no serviço (44) (45) (46), consciência da deficiência no atendimento (42), melhor identificação das condições que ocasionam risco de morte (40) (47) e, maior educação pelos pares (48) quando comparados com aqueles que não participaram de nenhum curso de treinamento profissional.

	<p>Além disso, os cursos de capacitação ocasionam melhora na prevenção de complicações obstétricas (41) e do atendimento prestado às mulheres grávidas, aumenta a satisfação e diminui a espera do tempo de atendimento (49), podendo ainda haver contribuição na queda do número de mulheres com partos prolongados (38).</p>
Danos potenciais	<p>Van Lonkhuijzen et al. (36) não apontam em sua revisão sistemática danos ou riscos potencialmente relacionados com essa opção.</p> <p>No entanto, Henríquez et. al (20) em um documento de política mostrou que o controle excessivo do desempenho dos profissionais, no caso da recertificação, parece ter efeitos negativos sobre eles (50).</p>
Custos ou custo-efetividade em relação à situação atual	<p>O programa de capacitação de profissionais em regiões com poucos recursos teve seu processo de financiamento (muitas vezes) sustentado por apoiadores governamentais ou organizações não governamentais que não disponibilizaram seus documentos ao domínio público, assim, os autores concluíram que o custo-efetividade dessa opção não poderia ser incluído nesta revisão.</p> <p>No entanto, os autores ressaltam que não há evidências de superioridade em relação ao tempo (curta ou longa duração) ou método entre os cursos de capacitação, logo, a opção pelo financiamento depende da logística dos aspectos do projeto escolhido e do local no qual será implantado.</p>
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e risco, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	<p>Van Lonkhuijzen et. al (36) não identificaram estudos avaliados em diferentes escalas de sistema de saúde, o que representa uma lacuna importante da evidência.</p> <p>As lacunas nas evidências sobre os impactos de pacotes de intervenções múltiplas em nível de sistemas de saúde ainda permanecem e devem ser consideradas ao se decidir sobre sua adoção em programas de capacitação.</p> <p>A verificação dos efeitos das intervenções foi consideravelmente dificultada pela variação dos programas em tamanho, conteúdo e desenho. Assim, embora esses apontem para uma melhora no conhecimento, nas habilidades e no comportamento dos profissionais, a avaliação dos efeitos de intervenções educativas após a graduação para melhores cuidados obstétricos, implementação da assistência à mulher e redução da mortalidade materna têm limitações que prejudicam a sua utilidade. Alguns resultados apresentam pouca ou nenhuma melhora em relação ao conhecimento sobre o pré-natal, parto, nascimento e gerenciamento obstétrico de emergência (40) (42) (51) (52), o que torna necessário outros estudos para confirmar ou refutar</p>

as evidências apresentadas.

Os autores também apontaram como importante fator de incerteza relacionado com esta opção, o uso de instrumentos não válidos para medição dos resultados, o que pode levar a uma concepção inadequada do estudo, o que pode limitar a capacidade de identificar a eficácia das intervenções isoladas ou conjuntamente. Ponto similar foi indicado por Henríquez et. al (20) em seu documento de política, o qual mostra que a experiência sobre ferramentas de avaliação profissional não é conclusiva (53) e não está claro os métodos mais eficazes para garantir a avaliação dos profissionais (50).

Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/testada em outro lugar)

A opção consiste no uso de cursos de capacitação para profissionais de saúde. Todos os estudos incluídos na revisão sistemática foram realizados em países com ambientes de cuidados obstétricos com poucos recursos.

Os principais elementos para a opção estão relacionados com o treinamento dos profissionais em cursos, de longa e curta duração, com exercícios teórico-práticos individuais ou em grupo (54), pautados em workshops (55), simulação de situações e práticas hospitalares (43) (54) (55), dinâmicas em grupo (44) (56) e autoaprendizagem (52) (57).

O estudo realizado no Quênia (38) mostrou que a capacitação de profissionais realizada em curto prazo (com a duração de 5 dias) e por meio de aulas teórico-práticas dentro e fora de um hospital distrital trouxe benefícios relacionados aos cuidados obstétricos, como por exemplo, o aumento da qualidade no atendimento, do uso do partograma, redução de infecções e de mulheres com parto prolongado.

O estudo realizado na Indonésia (46) que buscou capacitar parteiras, por meio da educação continuada e em pares apontou que as participantes desses treinamentos melhoraram suas habilidades e competências na assistência obstétrica apresentando, por exemplo, melhor percepção das condições que podem gerar risco de vida e, maior desempenho em trabalho de equipe (40) (47) (58).

Um estudo no México e na Tailândia (59) apontou que a criação de uma biblioteca virtual de saúde reprodutiva, atualizada anualmente, com objetivo de disseminar práticas baseadas em evidências através de workshops direcionados a todo o pessoal que acessar ao banco de dados resultou na melhoria do conhecimento individual.

Van Lonkhuijzen et. al (36) apontou que os componentes mais importantes para o sucesso dessas estratégias não são o tipo ou a duração do programa de capacitação, mas sim, que o método inclua dentro de seus projetos: avaliação do programa

por meio de um processo adequado de revisão por pares, checagem do viés de informação, monitoramento das ações e sujeitos, e comunicação de efeitos nos orçamentos de projetos para novos programas capacitação.

Partindo do que foi descrito, Henríquez et. al (20), em seu documento de política, relatam que estratégias de desenvolvimento profissional contínuo, como: reuniões educativas e visitas de extensão educativas combinadas com outras intervenções podem melhorar a prática profissional e o resultado de saúde dos pacientes (36) (50).

Em outro documento de política, Sepou et. al (23) descrevem que a valorização dos profissionais de saúde é essencial para se obter resultados positivos na saúde da população, portanto, o treinamento dos profissionais envolvidos na atenção e no cuidado obstétrico auxilia na prevenção e redução da morbimortalidade materna (20).

Estudos realizados na Indonésia, Quênia e Egito mostraram a importância da implementação de formação contínua dos profissionais que atuam no cuidado obstétrico, como uma forma exitosa de garantir cuidados básicos para as mulheres (60) (61) (62) (63).

Percepção dos sujeitos sociais (grupos de interesse) envolvidos na opção, quanto a sua efetividade

Os únicos estudos que reportaram a percepção dos sujeitos afetados pelos elementos da opção foram os da revisão sistemática de Warren e Liambila (38), no qual o comportamento dos profissionais de saúde após três anos do curso de capacitação resultou em maior satisfação por parte das usuárias do centro de saúde, que relataram terem sido melhor tratadas, com mais respeito, pelos profissionais. E Henríquez et. al (20) que, no documento de política, expõe que os profissionais de saúde temem que os processos de recertificação profissional conduzam a ações punitivas; além disso, os autores concluem que para este processo ser exitoso deve haver incentivo aos profissionais a fim de ocasionar motivação.

Embora não tenham sido reportados aspectos de avaliação dos resultados da percepção dos pacientes afetados pelos elementos da opção nos demais estudos, pode-se supor que a qualificação do serviço prestado pelos funcionários de saúde, seguida da monitoração, não produza nenhum nível de insatisfação em comparação à inexistência de cuidados oferecidos por serviços de saúde. Van Lonkhuijzen et. al (36) consideram ainda que a avaliação desses cursos de capacitação por meio de um processo adequado de revisão por pares pode beneficiar ao máximo um programa de assistência bem sucedido e que melhorar o conhecimento e a habilidade

profissionais pode contribuir para a redução da mortalidade materna e, conseqüentemente, à conquista do 5º Objetivo do Milênio.

Henríquez et. al (20) relatam que estratégias de desenvolvimento profissional contínuo como reuniões educativas, visitas de extensão educativas combinadas com outras intervenções podem melhorar a prática profissional e o resultado de saúde dos pacientes (36) (50).

Fonte: Elaboração Própria.

Opção 5: Referenciamento aos Serviços de Emergências Obstétricas.

A detecção precoce e conseqüentemente o referenciamento a serviços de atendimento especializado de emergência obstétrica são essenciais para evitar e diminuir a morbimortalidade materna.

Quadro 5 - Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas

Categories dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	Paxton et al (64) em uma revisão sistemática afirmam que o acesso a cuidados obstétricos de emergência e a qualidade destes serviços contribui de forma significativa para a redução da mortalidade materna, principalmente em países em desenvolvimento. Segundo os autores, em um estudo realizado em Bangladesh em áreas que tem a cobertura de serviços obstétricos de emergência e onde o acesso a estes serviços é facilitado, a mortalidade materna é reduzida em até 50% (65).
Danos potenciais	Não foram reportados danos ou riscos potenciais relacionados com essa opção.
Custos ou custo-efetividade em relação à situação atual	Henríquez et. al (20) relatam que 2 estudos sobre custo-efetividade foram realizados no México e na Índia, sobre pacotes de cuidados obstétricos essenciais e que mostraram resultados positivos (32) (30).
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e risco, de modo que o monitoramento e avaliação sejam garantidas se a opção for implementada	Em seu documento de políticas Henríquez et. al (20) descrevem que cerca de 80% do acesso a serviços básicos e integrais ao cuidado obstétrico (e neonatal) no mundo conta com financiamento externo. Por isso, a falta de compromisso dos tomadores de decisões e outros atores chave de financiamento dos órgãos provedores, que poderiam dar sustento aos programas, podem prejudicar o financiamento destas ações (22). Sepou et. al (23) afirmam que há uma grande dificuldade em

obter profissionais capacitados para atendimento de emergências obstétricas, principalmente em áreas mais remotas.

Henríquez et. al (20) descrevem que como a morte materna é um evento pouco frequente é muito difícil avaliar se a atenção obstétrica de emergência reduz a mortalidade materna a nível populacional utilizando estudos experimentais (66).

Principais elementos da opção (se ela já foi implementada/testada em outro lugar)

Henríquez et. al (20) descrevem, em um documento de políticas, que o acesso a serviços de emergência obstétrica (24 horas por dia durante os sete dias da semana) pode reduzir em até 50% as chances de morte por complicações obstétricas (66). Além disso, a criação de equipes multidisciplinares, com diferentes profissionais, que atuem dentro da instituição, na comunidade e distribuídos de forma equivalente em todos os estabelecimentos que oferecem serviços de atenção obstétrica, auxilia na redução da mortalidade materna (67).

Sepou et. al (23) afirmam que a demora na transferência de emergência obstétrica para centros de referência é uma das principais causas de morbimortalidade materna na República Centro Africana (68) e que a criação de normas e protocolos de transferência rápida poderiam auxiliar na diminuição destas mortes (69). Um estudo realizado no Mali mostrou redução da taxa de mortalidade materna de forma acentuada nas mulheres que foram referenciadas a centros de atenção capazes de gerenciar emergências obstétricas (70). Afirmam ainda que um bom atendimento às emergências obstétricas é uma estratégia eficaz para reduzir a mortalidade materna, principalmente em áreas de baixa renda (70).

Paxton et al. (64) relatam através de um estudo realizado em Guiné-Bissau que, além de variáveis demográficas e assistência ao pré-natal, a morte materna esteve fortemente associada à distância para um hospital, sendo que uma distância superior de 25 km aumentou a chance de mortalidade materna (71).

A revisão de Paxton et al (64) mostra que um estudo realizado no distrito de Bamako, capital de Mali, apontou que além do acesso a cuidados obstétricos de emergência é necessário que estes serviços sejam de boa qualidade (72).

Percepção dos sujeitos sociais (grupos de interesse) envolvidos na opção, quanto a sua efetividade

Nenhum dos estudos relatou a percepção dos sujeitos sociais afetados pelos elementos da opção.

Fonte: Elaboração Própria.

CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS SOBRE A EQUIDADE DAS OPÇÕES

Opção 1 – Auditoria dos óbitos maternos e feedback para profissionais de saúde.

Sabe-se que o número de mortes maternas está diretamente relacionado ao grau de desenvolvimento de um país e que, portanto, reflete as desigualdades existentes na população, afetando aquelas com piores condições de vida e menor acesso aos serviços de saúde. A atuação dos Comitês de Mortalidade Materna é voltada à auditoria das mortes maternas ocorridas no âmbito do SUS e em instituições privadas, tendo desse modo uma cobertura universal. Porém, o processo de feedback para profissionais dificilmente atingirá os profissionais das instituições privadas, que muitas vezes tem seus próprios meios de realizá-lo. Sendo assim, o público alvo dos processos de feedback seria predominantemente os profissionais de saúde do SUS, que atendem a parcela da população mais carente do município. Portanto a implementação desta opção poderá reduzir as desigualdades existentes na população em geral, levando mais qualidade ao atendimento da população vulnerável.

Opção 2 – Mobilização da Comunidade e Ações Educativas.

O acesso aos serviços de atenção ao pré-natal no Brasil ainda tem falhas e apesar das estratégias desenvolvidas, como a Rede Cegonha, persiste a falta de conhecimento das gestantes sobre os cuidados durante a gestação, parto e pós-parto (73) (74) (75). Essa ação desenvolvida no âmbito da atenção básica favorece o envolvimento da população usuária do SUS, fortalecendo ações de promoção e prevenção da saúde, atuando em áreas de maior vulnerabilidade social o que pode diminuir as desigualdades de acesso às informações sobre gestação, parto e puerpério (31) (76). Para alcançar maior cobertura da população, outras estratégias, fora do ambiente das UBS, poderão ser planejadas e desenvolvidas no município.

Opção 3 – Qualificação das Ações de Planejamento Familiar.

O planejamento familiar é considerado a chave para a redução da mortalidade materna na conquista do 5º Objetivo do Milênio, acompanhado de um investimento gradual e rítmico da qualidade dos serviços de saúde materna. Isso porque proporciona às mulheres a possibilidade de decidir quando ou não engravidar, prevenindo-se assim gravidezes indesejadas, transmissão vertical de

HIV, sífilis e outras doenças infecciosas, além de promover maior intervalo interpartal, menor risco de abortos, morbidade e mortalidade materna (30) (77).

A mortalidade materna é mais frequente em mulheres negras e pardas, com baixo nível sócio econômico. Além dessas mulheres também apresentarem maior número de filhos e menos acesso à assistência à saúde (73) (74) (75) (78) (79). Qualificar as ações de planejamento familiar no SUS do município teria potencial para reduzir essas desigualdades.

Opção 4 – Capacitação para Profissionais de Saúde.

Com relação à capacitação de profissionais, a opção se destina a melhorar o processo de assistência à saúde nos serviços com baixos recursos. No atual contexto de reformulação do setor saúde no Brasil, a responsabilidade pelo treinamento e, conseqüentemente, capacitação profissional está diretamente ligada ao desenvolvimento de programas de Educação Permanente para as diferentes categorias profissionais que operam os serviços de saúde. Estes programas constituem-se em estratégia da Política de Recursos Humanos para o setor, método esse concebido e orientado para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população, ao resgate do compromisso social dos trabalhadores e, a valorização profissional (80).

“Recurso humano é gente, gente que trabalha para viver; que tem seus próprios objetivos; que se comunica para superar problemas; recurso humano é gente, gente que anseia por proporcionar e desfrutar de uma melhor qualidade de vida!” (81).

Entende-se que uma ação de formação dos profissionais de saúde do SUS teria o potencial de qualificar os serviços prestados, especialmente à população mais vulnerável à mortalidade materna no município.

Opção 5 - Referenciamento aos Serviços de Emergências Obstétricas.

A necessidade de deslocamento das gestantes do município de Franco da Rocha para o parto pode constituir um fator de risco para a morbidade e mortalidade materna.

Os serviços em redes de atenção garantem o acesso das usuárias às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade, assegurando a integralidade do cuidado. Para a o funcionamento efetivo das redes de saúde, é necessário um sistema de referência e contrarreferência, ou seja, um encaminhamento mútuo das usuárias entre os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (82).

É importante organizar um sistema de referência e contrarreferência efetivo, para reduzir as desigualdades de acesso ao serviço impostas por diferenças socioeconômicas. Entretanto dependendo da forma como esta opção for implementada ela poderá aumentar a inequidade do acesso de usuárias com condições socioeconômicas desfavoráveis. Para evitar o aumento das desigualdades referentes ao acesso aos serviços de referenciamento obstétrico, ao implementar esta opção é necessário a regulação dos serviços, gestão clínica, recursos humanos e condições de acesso aos serviços de saúde, como por exemplo, a garantia de transporte adequado e em tempo oportuno (83).

Algumas considerações sobre a promoção da equidade, de acordo com a escolha da opção a ser implantada são necessárias, haja vista a possibilidade de alguns grupos não serem contemplados pelas intervenções.

É importante que as atividades em grupo sejam realizadas em diversos horários para atender os pacientes que trabalham. Eventualmente, essas atividades poderiam ser realizadas em locais mais próximos da comunidade e com facilidade de acesso, especialmente para os pacientes com mobilidade reduzida ou deficiência.

A realidade econômica local, onde aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população encontra-se em situação de pobreza, pode dificultar a participação do usuário nas atividades propostas e o acesso aos equipamentos, como computador e telefone, rede de internet e, conseqüentemente, ferramentas online. Este quadro atrelado à alta taxa de analfabetismo identificada em Franco da Rocha (5,44% no ano de 2010)¹⁴ pode resultar em uma dificuldade de utilização dos programas.

De acordo com o Relatório da análise de situação de saúde do município foi ressaltada a importância da “atenção diferenciada nas ações de promoção, prevenção, reabilitação e comunicação entre equipe de saúde, usuário e família” dos pacientes analfabetos, levando em conta o cuidado de contemplar as pessoas sem residência, que por diversas vezes não possuem acesso ao sistema de saúde¹⁴.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLANTAÇÃO DAS OPÇÕES

Embora as opções apresentadas não tenham que necessariamente ser implementadas de forma conjunta e completa, a aplicação prática deve considerar a viabilidade local, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão, independentemente da dimensão do sistema de saúde (nacional, regional ou local). Também é importante considerar as barreiras de implementação das opções, especialmente as localizadas no campo da cultura e representações sociais dos usuários e trabalhadores de saúde.

Quadro 6 - Considerações sobre a implementação da opção 1

Níveis	Opção 1 – Auditoria dos óbitos maternos e feedback para profissionais de saúde
Paciente/indivíduo	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> A não adesão dos familiares das mulheres ao processo de auditoria pode dificultar a obtenção de informações sobre as circunstâncias do óbito e suas causas.</p> <p><u>Possibilidades de superação das dificuldades:</u> A adesão dos familiares pode ser facilitada com a capacitação dos profissionais que realizam a auditoria para o adequado esclarecimento sobre as repercussões dessa ação para melhorar a qualidade da assistência à saúde e prevenir óbitos maternos no município.</p>
Trabalhadores de saúde	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> O medo e a insegurança em relação a punições podem interferir negativamente no envolvimento dos profissionais nos processos de feedback.</p> <p><u>Possibilidades de superação das dificuldades:</u> Apesar da insegurança, os profissionais compreendem a importância destas ações. Portanto para a implementação desta opção é muito importante que os processos de auditoria não gerem ações punitivas ou constrangedoras. Além disso, estimular a participação dos profissionais de saúde também é fator determinante para a eficácia desta ação. Ressalta-se ainda que é imperioso que os profissionais de saúde possam ter um retorno sobre essas informações, buscando-se identificar as oportunidades de aprimoramento da prática e induzir a mudança de comportamento profissional.</p>
Organização de serviços de saúde	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> A não liberação dos profissionais de suas atividades assistenciais para participação nos processos de feedback pode constituir uma barreira.</p> <p><u>Possibilidades de superação das dificuldades:</u> Os serviços de saúde devem valorizar e compreender a necessidade da participação dos profissionais de saúde nos processos de auditoria e feedback.</p>
Sistema de Saúde	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> As condições locais e a coleta de informações confiáveis podem ser as maiores dificuldades do sistema de saúde para implementar a opção de processos de auditoria e feedback para profissionais de saúde, além da não implementação de</p>

monitoramento e avaliação dos resultados dessa ação.

Possibilidades de superação das dificuldades: O sistema de saúde deve priorizar os processos de auditoria e feedback para profissionais de saúde e implantar estratégias para o monitoramento e avaliação de resultados.

Quadro 7- Considerações sobre a implementação da opção 2

Níveis	Opção 2 – Mobilização da comunidade e Ações Educativas
Paciente/indivíduo	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> A não adesão das gestantes consiste na principal barreira à implementação dessa opção.</p> <p><u>Possibilidades de superação das dificuldades:</u> Facilitar o acesso das gestantes em relação aos horários dos grupos e adotar metodologias participativas pode aumentar a adesão das gestantes (26) (31).</p>
Trabalhadores de saúde	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> A participação dos profissionais de saúde é determinante na eficácia desta ação, pois são eles os mediadores dos grupos, fortalecendo também o vínculo da comunidade com o sistema de saúde. A falta de preparo dos profissionais pode constituir em uma barreira à implementação dessa opção (26) (28).</p> <p><u>Possibilidades de superação das dificuldades:</u> A preparação dos profissionais para esse tipo de atividade é fundamental para o sucesso dessa opção.</p>
Organização de serviços de saúde	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> Os serviços de saúde precisam estar preparados para receber e realizar esses grupos. São necessários espaços adequados, profissionais de saúde disponíveis e capacitados. A rotatividade do grupo é natural, principalmente em relação às gestantes, por isso é indicado que a ação seja permanente.</p> <p><u>Possibilidades de superação das dificuldades:</u> É preciso mudar o modelo assistencial, passando a valorizar mais os espaços de discussão e ações educativas de promoção à saúde.</p>

Sistema de Saúde

Possíveis dificuldades: A falta de divulgação dos grupos e de materiais educativos de apoio pode dificultar a implementação da opção.

Possibilidades de superação das dificuldades: O sistema de saúde deve promover a divulgação dos grupos, assim como prover os materiais educativos que poderão ser utilizados.

Quadro 8 - Considerações sobre a implementação da opção 3

Níveis	Opção 3 – Qualificação das Ações de Planejamento Familiar.
Paciente/indivíduo	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> A não adesão às orientações sobre planejamento familiar consiste em uma barreira.</p> <p><u>Possibilidades de superação das dificuldades:</u> Ao ser implementada, esta ação precisa respeitar a cultura e os valores dos usuários e não apenas impor as ações de planejamento familiar (84). Desta forma, as orientações poderão ser realizadas com um entendimento da necessidade e não como obrigação.</p>
Trabalhadores de saúde	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> Os profissionais de saúde são responsáveis pelo acolhimento dos indivíduos, realização de exame físico e orientação. O modo como as ações contraceptivas ou concepcionais forem abordadas influenciará na prática ou não das recomendações (77).</p> <p><u>Possibilidades de superação das dificuldades:</u> Os trabalhadores de saúde devem ser preparados para o desenvolvimento das ações de planejamento familiar.</p>
Organização de serviços de saúde	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> As barreiras de acesso aos serviços e a não disponibilidade de métodos contraceptivos podem dificultar a implementação da opção.</p> <p><u>Possibilidades de superação das dificuldades:</u> Os serviços devem estar aptos a acolher toda a população que buscar planejar ou evitar gravidezes, sem qualquer discriminação e disponibilizar métodos contraceptivos (77).</p>
Sistema de Saúde	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> A focalização das ações de planejamento familiar no setor saúde pode dificultar</p>

a ampliação da cobertura dessa opção.

Possibilidades de superação das dificuldades: Cabe ao sistema de saúde o planejamento familiar em todos seus aspectos, buscando ampliar o escopo da opção com ações intersetoriais, como por exemplo, ações educativas em escolas.

Quadro 9 - Considerações sobre a implementação da opção 4.

Níveis	Opção 4 – Capacitação para Profissionais de Saúde
Paciente/indivíduo	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> A população e o controle social poderão ser contrários às capacitações caso elas prejudiquem o atendimento.</p> <p><u>Possibilidades de superação das dificuldades:</u> O planejamento das capacitações deverá ser feito de modo a não interferir no atendimento da população.</p>
Trabalhadores de saúde	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> A não adesão dos trabalhadores é o principal obstáculo a ser superado na implementação dessa opção.</p> <p><u>Possibilidades de superação das dificuldades:</u> A implementação dessa opção pode ter melhores resultados quando buscar promover a autonomia intelectual dos trabalhadores, seu domínio do conhecimento técnico-científico e capacidade de planejamento, gerenciamento de seu tempo e espaço de ação, exercício da criatividade, trabalho em equipe, interação com os usuários dos serviços, consciência da qualidade e das implicações éticas e maior humanização das atividades de atenção primária pelo SUS (85).</p>
Organização de serviços de saúde	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> Os processos de trabalho e a organização da atenção à saúde que não priorizam a capacitação dos profissionais de saúde podem dificultar a implementação da opção.</p> <p><u>Possibilidades de superação das dificuldades:</u> Os serviços de saúde devem investir na capacitação dos profissionais, nessa direção os gerentes de saúde devem proporcionar condições que garantam a efetiva contribuição dos profissionais e trabalhadores na</p>

obtenção dos objetivos institucionais, com o estabelecimento de relações de colaboração entre os trabalhadores, os usuários e as instituições e suas respectivas gerências, mas também devem estar preparados para se deparar com lacunas que envolvem as diversas demandas/necessidades da população, funcionários e equipe.

Sistema de Saúde

Possíveis dificuldades: A ausência de uma política de educação permanente e de processos de monitoramento e avaliação dos resultados das capacitações podem significar uma barreira à implementação da opção.

Possibilidades de superação das dificuldades: O fortalecimento da política de Educação Permanente, responsável por treinar e capacitar os funcionários de saúde pública, pode apoiar fortemente essa opção (36).

Além disso, a consolidação da política de Educação Permanente pode possibilitar a mobilização de pessoas e instituições, no sentido de uma aproximação entre instituições formadoras e ações e serviços do SUS (86), o que conseqüentemente, permite colocar o SUS como interlocutor efetivo entre instituições de ensino, assistência e gestão, para formular e implantar os projetos políticos-pedagógicos, superando a visão de que as instituições de saúde sejam apenas campo de estágio ou aprendizagem prática (87).

Dentro desse contexto, os programas de capacitação devem ser cuidadosamente monitorados mediante dados precisos de avaliação, comunicação de efeitos nos orçamentos de projetos para novos programas de formação e, principalmente, a monitoração das ações (36).

Quadro 10 - Considerações sobre a implementação da opção 5

Níveis	Opção 5 – Referenciamento aos Serviços de Emergências Obstétricas
Paciente/indivíduo	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> A falta de informação sobre os sinais de risco gestacionais e o desconhecimento sobre a rede de atenção e suas referências podem significar uma barreira à implementação da opção.</p> <p><u>Possibilidades de superação das dificuldades:</u> A informação sobre a organização dos serviços em rede de atenção à saúde é indispensável, na qual as gestantes devem ser informadas sobre o funcionamento dos serviços prestados/ofertados pelas redes assistenciais. Na organização e no fortalecimento das redes assistenciais, no âmbito local ou regional é importante o apoio das usuárias e da população em geral (88).</p>
Trabalhadores de saúde	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> A ausência ou déficit de profissionais qualificados nos serviços de emergência, além de seu desconhecimento sobre a organização da rede de atenção constituem-se em barreiras para a implementação desta opção.</p> <p><u>Possibilidades de superação das dificuldades:</u> Para a implementação desta opção é indispensável a cooperação dos profissionais de saúde, especialmente de enfermeiros e médicos (88) (89) (90). Deve-se levar em consideração também a experiência profissional, a educação permanente para o aprimoramento de seus conhecimentos e as condições de trabalho, como melhores salários e vínculos empregatícios (83).</p>
Organização de serviços de saúde	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> A ausência de infraestrutura adequada, equipamentos, insumos e protocolos clínicos pode dificultar a implementação da opção.</p> <p><u>Possibilidades de superação das dificuldades:</u> Os serviços de referência devem ser adequados aos atendimentos de emergência e providos de infraestrutura adequada, equipamentos, insumos e equipes qualificadas (91).</p>
Sistema de Saúde	<p><u>Possíveis dificuldades:</u> As dificuldades no acesso à rede de atenção e a ausência ou fragilidade na pactuação de referência e contrarreferência são</p>

obstáculos à implementação da opção.

Possibilidades de superação das dificuldades: Para garantir assistência de qualidade e integrada é necessário que haja vínculo entre o pré-natal e o local do parto, garantindo o fácil acesso, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco para prevenir e reduzir mortes maternas (92). É importante que a Rede Cegonha esteja implantada, pois é uma estratégia para facilitar e garantir o vínculo entre os estabelecimentos de saúde para resolutividade dos problemas relacionados à mortalidade materna. Além disso, as organizações de saúde devem realizar o controle, monitoramento e avaliação dos resultados alcançados através da implementação da opção, baseando-se em parâmetros validados (93).

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization/United Nations Children's Fund/United Nations Population Fund/World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. September 2010. WHO, UNICEF, UNFPA. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2015.
2. FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEAD). Disponível em: <<http://produtos.seade.gov.br>>. Acesso em: 09 jun. 2015.
3. SIQUEIRA AAF, TANAKA ACA, SANTANA RM, ALMEIDA PAM. Mortalidade materna no Brasil, 1980. Revista Saúde Pública 1984; 18:448-65.
4. COIMBRA, C. L.; SILVA, A.M.A.; MOCHEL E.G.; ALVES, M.T.S.S.B.; RIBEIRO, V.S.; ARAGÃO, V.M.F.; BETTIOL, H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Revista Saúde Pública, 2003.
5. MORSE, M. L. et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.27, n4, p.623-638, Apr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2015.
6. OPS (Organización Panamericana de la Salud)/OMS (Organización Mundial de la Salud)/CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Maternas en las Américas. Guía para la vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Washington, D.C.: OPS/Geneva: OMS/Atlanta: CDC, 1992.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. – 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Comitê).
8. VEGA C.E.P. Mortalidade materna na cidade de São Paulo de 1995 a 1999, com ênfase em hipertensão arterial. Rev Bras Ginecol Obstet [serial on the Internet]. 2004 [citado 21 Maio 2006];26(8):672. Disponível em: <<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mulher/0007>>. Acesso em: 9 jun. 2015.
9. DATASUS. Programa de Humanização no Pré-Natal E Nascimento. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/SPN_PHPN.php>. Acesso em: 15 jun. 2015.
10. WHO/UNICEF/ UNFPA. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. WHO/WQ16 [homepage da internet]. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 12 jun. 2015.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Saude Legis. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459-24_06_2011.html>. Acesso em: 10 jun. 2015.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37472&janela=1>. Acesso em: 10 jun. 2015.
13. RRAS. Rede Regional de Atenção à Saúde Franco da Rocha/SP. Franco da Rocha: Grupo de Trabalho da Rede Cegonha do Município de Franco da Rocha, 2012.
14. IBGE. GOV. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Inc: 2014. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=351640&idtema=130&search=sao-paulo%7Cfranco-da-rocha%7Cestimativa-da-populacao-2015->>>. Acesso em 27 nov. 2015.
15. MOAT, K. A. et al. Twelve myths about systematic reviews for health system policymaking rebutted. J. Health Serv. Rev.Policy, London, v. 18, n. 1, p.44-50, 2013.
16. SHEA, J.B. et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Medical Research Methodology, London, v.10, n.7, 2007.
17. JAMTVEDT, G. et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, 2003.
18. JOHNSTON, G. et al. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. Quality in health care, 9(1):23–36, 2000.
19. PATTINSON, R.C.; SAY, L.; MAKIN, J.D.; BASTOS, M.H. Auditoría de acontecimientos críticos y retroalimentación ("feedback") para disminuir la mortalidad y la morbilidad perinatales y maternas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
20. HENRÍQUEZ, R. et al. Síntesis de la evidencia para informar políticas em salud. Reducción de la mortalidade materna em Ecuador: Opciones de política para mejorar el acceso a atención materna calificada y de calidad. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2011.
21. PATTINSON, R.C.; SAY, L.; MAKIN, J.D.; BASTOS, M.H. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. Cochrane database of systematic reviews (Online) 2005 Jan;(4):CD002961.
22. PATTINSON, R.; KERBER, K.; WAISWA, P.; DAY, L.T.; MUSSELL, F.; ASIRUDDIN, S.K. et al. Perinatal mortality audit: counting, accountability, and overcoming challenges in scaling p in low---and middle---income countries. International journal of gynaecology and obstetrics 2009;107 Suppl S113–21, S121–2.
23. SEPOU, A. et al. Strategies for reducing maternal mortality in Central African Republic. Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet); 2011.
24. O'BRIEN, M.A.; OXMAN, A. D.; DAVIS, D.A., HAYNES, R.B.; FREEMANTLE, N.; HARVEY, E.L. WITHDRAWN: Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane database of systematic reviews (Online) 1998 Jan;(1):CD000260.

25. KONGNYUY, E.J.; UTHMAN, O.A. Use of criterion---based clinical audit to improve the quality of obstetric care: A systematic review. *Acta obstetrician et gynecologica Scandinavica*, 88(8):873–81, 2009.
26. PROST, A. e col. Women’s groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. vol. 381. Maio, 2013.
27. NYAMTEMA, A. S. et al. Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011.
28. COLBOURN, T. et al. Effects of quality improvement in health facilities and community mobilization through women’s groups on maternal, neonatal and perinatal mortality in three districts of Malawi: MaiKhanda, a cluster randomised controlled effectiveness trial. *Int Health*. 2013 Sep;5(3):180-95.
29. MANANDHAR, D.S. et al. Effect of a participatory intervention with women’s groups on birth outcomes in Nepal: cluster randomised controlled trial. *Lancet*. vol. 364. 2004.
30. GOLDIE, S. J. et al. Alternative Strategies to Reduce Maternal Mortality in India: A Cost-Effectiveness Analysis. April 2010 | Volume 7 | Issue 4 | e1000264.
31. DELFINO, M. R. R. et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):1057-1066, 2004.
32. HU, D.; BERTOZZI, S.M.; GAKIDOU, E.; SWEET, S.; GOLDIE, S.J. The costs, benefits, and cost-effectiveness of interventions to reduce maternal morbidity and mortality in Mexico. *PloS one* 2007;2(8):e750.
33. TRIPATHY, P. et al. Effect of a participatory intervention with women’s groups on birth outcomes and maternal depression in Jharkhand and Orissa, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2010, 375:1182-1192.
34. RONSMANS C. et al. Decline in maternal mortality in Matlab, Bangladesh: a cautionary tale. *Lancet* 1997, 350:1810-1814.
35. CHAUDHURY R.H.; CHOWDHURY Z. Maternal mortality in rural Bangladesh: lessons learned from Gonoshasthaya Kendra programme villages. *Asia Pac Popul J* 2008, 23:55-78.
36. VAN LONKHUIJZEN, L.; DIJKMAN, A.; VAN ROOSMALEN, J.; ZEEMAN, G.; SCHERPBIER, A. A systematic review of the effectiveness of training in emergency obstetric care in low-resource environments. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2010.
37. JOHANSON, R.; AKHTAR, S.; EDWARDS, C.; DEWAN, F.; HAQUE, Y.; JONES, P. et al. MOET: Bangladesh – an initial experience. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 28:217–23, 2002.
38. WARREN, C.; LIAMBILA, W. Safe Motherhood Demonstration Project Western Province. Approaches to Providing Quality Maternal Care in Kenya. Nairobi: Population Council, 2004.
39. TAYLOR, J.E. Life-saving skills training for midwives: report on the Ghanaian experience. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 1992.

40. KROEGER, M.; KAPHAGAWANI, N.; KAFULAFULA, U.K.; MALUWA, V.M. Final Evaluation of the Malawi Safe Motherhood Project Life Saving Skills Training Programme. Blantyre: DFID/Safe Motherhood Project, 2003.
41. THAIRU, A.; SCHMIDT, K. Training and author is ingmid level providers in Life Saving Skills in Kenya Case study No 8. In: Crump S, editor. Shaping Policy for Maternal and Newborn Health: A Compendium of Case Studies. Baltimore, MD: JHPIEGO, 2003.
42. JONAS, E. Improving provider performance – an exploration of the literature, Box 3 – Bolivia In-Service Training. Mother Care Matters, 9:10–1, 2000.
43. BLACKWELL-SMYTH, P.; BREEN, M.; HINSHAW, K. Learning from low income countries: what are the lessons? Hands on course may help deliver obstetric care. BMJ, 2004.
44. O'HEIR, J.M. Midwifery education for safe motherhood. Midwifery, 1997.
45. TAYLOR, J. Ghana Life saving skills effort. In: Meashem DM, Kallianes VD, editors. Issues in Essential Obstetric Care. Report of a Technical Meeting of the Inter-Agency Group for Safe Motherhood, May 31–June 2, 1995. New York: Population Council, 1996.
46. MCDERMOTT, J.; BECK, D.; BUFFINGTON, S.T.; ANNAS, J.; SUPRATIKTO, G.; PRENGGONO, D. et al. Two models of in-service training to improve midwifery skills: how well do they work? J. Midwifery Womens Health 46:217–25, 2001.
47. SLOAN, N.L.; Nguyen, T.N.; DO, T.H. Quimby C, Winikoff B, Fassihian G. Effectiveness of lifesaving skills training and improving institutional emergency obstetric care readiness in Lam Dong, Vietnam. J. Midwifery Womens Health 50:315–2, 2005.
48. WOOD.S, DL. An innovative programme for training in maternal and newborn care. Semin Neonatol, 1999.
49. O'ROURKE, K. The effect of hospital staff training on management of obstetrical patients referred by traditional birth attendants. Int. J. Gynaecol. Obstet., 1995.
50. MERKUR, S.; MLADOVSKY, P.; MOSSIALOS, E.; MCKEE, M. Policy brief. Do lifelong learning and revalidation ensure that physicians are fit to practise? WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, editor. Copenhagen: World Health Organization, 2008.
51. KAYO, D.A.; BAGAYOKO, A. Training in Life Saving Skills (LSS) for managing obstetric emergencies. Network conference 2003, Book of Abstracts, 66. 2003. Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program Mailman School of Public Health, Columbia University.
52. OSEI, I.; GARSHONG, B.; BANAHENE, G.O.; GYAPONG, J.; TAPSOBA, P.; ASKEW, I. et al. Improving the Ghanaian Safe Motherhood Programme. Evaluating the Effectiveness of Alternative Training Models and Other Performance Factors on the Quality of Maternal Care and Client Outcomes. Washington, DC: Population Council. FRONTIERS final report, 2005.
53. GREENHALGH, T.; WONG, G. Revalidation: a critical perspective. The British Journal of General Practice, 61(584):166–8, 2011.

54. HILL, K.; THOMAS, K.; ABOUZAHAR, C.; WALKER, N.; SAY, L.; INOUE, M. et al. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *Lancet*, 2007.
55. VAN DEN BROEK, N. *Life Saving Skills Manual – Essential Obstetric and Newborn Care*. London: RCOG Press, 2006.
56. MACLEAN, G.D.; TICKNER, V.J. A preliminary evaluation of education material prepared for the Safe Motherhood Initiative Educational Project. *Midwifery*, 8:143–8, 1992.
57. A PILOT STUDY: Distance Learning Course on Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn care for primary health care workers in Mongolia. *Making Pregnancy Safer*, 3:6, 2006.
58. ORERO S, OGUTTU M, OMONDI E, OYOO C, ISORE A, MBAKA C. The importance of Life Saving Skills (LSS) training for mid-level providers of Emergency Obstetric Care (EmOC) in a low resource setting. Network conference 2003, Book of Abstracts, 62. 2003. Averting Maternal Death and Disability (AMDD). Program Mailman School of Public Health, Columbia University.
59. GULMEZOGLU, A.M.; LANGER, A.; PIAGGIO, G.; LUMBIGANON, P.; VILLAR, J.; GRIMSHAW, J. Cluster randomised trial of an active, multifaceted educational intervention based on the WHO Reproductive Health Library to improve obstetric practices. *BJOG*, 114:16–23, 2007.
60. HENNESSY, D.; HICKS, C.; KOESNO, H. The training and development needs of midwives in Indonesia: paper 2 of 3. *Human Resources for Health*, 4:9, 2006.
61. ADANO, U. The health worker recruitment and deployment process in Kenya: an emergency hiring program. *Human Resources for Health*, 6:19, 2008.
62. MANSOUR, M.; MANSOUR, J.B.; EL SWESY, A.H. Scaling up proven public health interventions through a locally owned and sustained leadership development programme in rural Upper Egypt. *Human Resources for Health*, 8:1, 2010.
63. FAUVEAU, V.; SHERRATT, D.R.; LUC DE BERNIS, L. Human resources for maternal health: multipurpose or specialists? *Human Resources for Health*, 6:21, 2008.
64. A. PAXTON, D. MAINE, L. FREEDMAN, D. FRY, S. LOBIS. Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program, Mailman School of Public Health, Columbia University, 60 Haven Avenue, 10032 New York, NY, USA.
65. RONSMANS C, VANNESTE A, CHAKRABORTY J, VAN GINNEKEN J. Decline in maternal mortality in Matlab, Bangladesh: a cautionary tale. *Lancet* 1997; 350:1810–4.
66. Paxton A, Maine D, Freedman L, Fry D, Lobis S. The evidence for emergency obstetric care. *International journal of gynaecology and obstetrics* 2005;88(2):181–93.
67. World Health Organization. *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Journal of Obstetrics & Gynaecology. Geneva: World Health Organization; 2009.
68. Sépou A, Goddot M, Ngalé R, Gaunefet C.E, Domandé-Modanga Z, Fandéma E, Baligross S. Evolution de la fréquence et des problèmes liés aux

- évacuations sanitaires vers le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Communautaire de Bangui. Clin Mother Child Health 2009 ; 6 : 1007-1012.
69. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Normes et procédures cliniques des services de santé de la reproduction en République Centrafricaine, 2003, 84p.
70. Fournier P, Dumont A, Tourigny C, Dunkley G, Dramé S. Improved access to comprehensive emergency obstetric care and its effect on institutional maternal mortality in rural Mali. Bull World Health Organ 2009;87:30–38.
71. HOJ L, DA SILVA D, HEDEGAARD K, SANDSTROM A, AABY P. Factors associated with maternal mortality in rural Guinea-Bissau. A longitudinal population-based study. Br J Obstet Gynecol 2002;109:792—9.
72. ETARD J-F, KODIO B, TRAORE S. Assessment of maternal mortality and late maternal mortality among a cohort of pregnant women in Bamako, Mali. Br J Obstet Gyneacol 1999;106:60—5.
73. CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis vol.23 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2013.
74. GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L. & LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(1):153-161, jan-fev, 2002.
75. MARTINELLI, K.G.; SANTOS NETO, E.T.; GAMA, S.G., OLIVEIRA A.E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36(2):56-64.
76. HOGA, L.A.K.; REBERTE, L.M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(4):559-66.
77. TSUI, A. O.; McDONALD-MOSLEY, R.; BURKE, A. B. Family Planning and the Burden of Unintended Pregnancies. Epidemiologic Reviews. Vol. 32, 2010
78. LEAL, M.C. et al. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Rev. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2005.
79. MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad. Saúde Pública vol.22 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2006.
80. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: Assistência de Enfermagem à Mulher, Criança e Adolescente em Serviços Locais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p. 89, 1994.
81. GIRARDI, S. N. Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral. Divulgação em Saúde para Debate, 14:23-32. 1996.
82. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N°. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Institui Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
83. SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, Nov. 2010 . Disponível em:

- <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201000090033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 dez. 2015.
84. SILVA, R. M. et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Ciênc. saúde coletiva*;16(5):2415-2424. Maio 2011.
85. MINISTÉRIO DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde. Área profissional saúde. Brasília: MS/MEC; 2004.
86. CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Infertace - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo*, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005.
87. SILVA, C.M.; VASCONCELOS, G.M.; MATOS FILHOS, S.C. Educação Permanente em Saúde: Fatores que limitam a participação dos trabalhadores. UFBA NPGA, Salvador, 2010.
88. TORGERSON, R. C. Ontario's Local Health Integration Networks. *Health Policy Monitor*. 2005. Disponível em: <<http://hpm.org/ca/b6/2.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2015.
89. OR, Z.; LUCAS, V. *Health Policy Monitor*. 2009. Disponível em: <http://www.hpm.org/en/Surveys/IRDES__France/13/Urban_Health_Networks.html>. Acesso em: 15 dez. 2015
90. BECK, K. Waiting for stronger integrated networks of care. *Health Policy Monitor*. 2008. Disponível em: <http://hpm.org/en/Surveys/USI_-_Switzerland/11/Waiting_for_stronger_integrated_networks_of_care.html>. Acesso em: 15 dez. 2015.
91. SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 6, p. 2753-2762, June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201100060014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2015.
92. VIELLAS, Elaine Fernandes et al . Prenatal care in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 dez. 2015.
93. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

APÊNDICES

As tabelas a seguir fornecem informações detalhadas sobre as revisões sistemáticas identificadas. Cada linha da tabela corresponde a uma revisão sistemática ou estudo em particular. A revisão sistemática é identificada na primeira coluna; a segunda coluna descreve a intervenção analisada; os objetivos da revisão sistemática estão descritos na terceira coluna e as principais conclusões do estudo que se relacionadas com a opção estão listadas na quarta coluna. As colunas restantes referem-se à avaliação da qualidade global metodológica da revisão utilizando o instrumento AMSTAR (16), que avalia a qualidade global em que usa uma escala de 0 a 11, onde 11 representa uma revisão da mais alta qualidade. No entanto, sempre que um aspecto do instrumento não se aplicou ou não pode ser avaliado e a revisão sistemática foi considerada relevante, o denominador do escore AMSTER será diferente de 11. É impossível notar que a ferramenta AMSTER foi desenvolvida para avaliar revisões sistemáticas de estudos sobre intervenções clínicas e não os aspectos de políticas analisados nessa síntese de evidências, como arranjos de governança, financiamento, provisão de serviços e implementação de estratégias no âmbito dos sistemas de saúde. Portanto, notas baixas não refletem, necessariamente, que uma revisão sistemática tenha má qualidade. Ademais uma revisão sistemática com alto escore pelo AMSTER pode conter evidências de baixa qualidade, dependendo do desenho metodológico e da qualidade geral dos estudos primários incluídos nesta revisão, e vice-versa (15). As demais colunas trazem a proporção dos estudos incluídos na revisão que incluíram os grupos prioritários do problema abordado nesta síntese, a proporção dos estudos que foram realizados em cenários/países de baixa ou média renda, a proporção dos estudos incluídos que foram dirigidos especificamente à mortalidade perinatal e o último ano da busca para inclusão de estudos na revisão sistemática respectiva.



Apêndice A - Revisão sistemática sobre Opção 1 – Auditoria dos óbitos maternos e feedback para profissionais de saúde.

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população de interesse	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Pattinson <i>et al.</i> (21)	Benefícios dos processos de auditoria e feedback para profissionais de saúde.	Avaliar se os processos de auditoria e feedback são efetivos para diminuição da mortalidade materna.	Não foram encontrados ensaios clínicos controlados que avaliassem os efeitos dos processos de auditoria e feedback na mortalidade materna. Porém, o autor afirma que não há dúvidas com relação aos benefícios que tais processos trazem e que o processo de auditoria por si só não mostra grandes benefícios, é necessário que seja realizado juntamente com o processo de feedback, onde os profissionais de saúde teriam um retorno sobre seu desempenho.	6/11	NA	NA	NA	2005
Jamtvedt <i>et al.</i> (17)	Influencia dos processo de auditoria e feedback sobre a prática profissional.	Avaliar os efeitos da auditoria e feedback sobre a prática dos profissionais de saúde e os resultados sobre os pacientes.	Trinta novos estudos foram adicionados a essa atualização, e um total de 118 estudos estão incluídos. Na análise primária 88 comparações de 72 estudos foram incluídos que comparou qualquer intervenção em que auditoria e feedback é um componente em relação a nenhuma intervenção. Para desfechos dicotômicos a diferença de risco ajustado de conformidade com a prática desejada variaram de - 0,16 (a 16% de redução absoluta em conformidade) para 0,70 (um aumento de 70% em conformidade) (mediana = 0,05, intervalo inter-quartil = 0,03 a 0,11) ea proporção de risco ajustado variada, 71-18,3 (mediana = 1,08, intervalo inter-quartil = 0,99-1,30). Para resultados contínuos a variação percentual ajustado relativamente ao controlo variou de -0,10 (uma diminuição de 10% em conformidade absoluta) para 0,68 (um aumento de 68% em	9/11	118/118	115/118	2/118	2005



			conformidade) (mediana = 0,16, intervalo inter-quartil = 0,05-0,37). Cumprimento baixo da linha de base com a prática recomendada e maior intensidade de auditoria e feedback foram associados com taxas de risco ajustado maiores (maior eficácia) em todos os estudos.					
Johnston <i>et. al</i> (18)	Benefícios do processo de auditoria para os profissionais de saúde.	Revisão da literatura sobre as vantagens e desvantagens dos processos de auditoria.	Foram selecionados 93 estudos, sobre os principais facilitadores e as barreiras para realização dos processos de auditoria. Mostrando que as principais vantagens são: melhor comunicação entre os profissionais, melhoria no atendimento aos pacientes e maior satisfação profissional. Por outro lado as desvantagens seriam: a falta de financiamento, medo por parte dos profissionais de saúde de litígio, falta de experiência com os processos de auditoria e falta de planejamento destas ações.	9/11	93/93	93/93	NA	1999

**Apêndice B - Revisão sistemática sobre Opção 2 – Mobilização da Comunidade e Ações Educativas.**

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população de interesse	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Prost e col. (26)	Grupos de discussão e ações participativas com gestantes para empoderar mulheres quanto ao autocuidado, reconhecendo quando e onde procurar ajuda.	Avaliar o efeito de grupos de discussão com gestantes em relação ao cuidado habitual para redução da mortalidade materna e neonatal em locais com poucos recursos.	Foram selecionados sete estudos, com base nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, em Bangladesh, Índia, Malawi e Nepal. Em Malawi (28) foram realizados grupos de mulheres para empoderamento social através de 20 encontros. Os resultados indicam que a intervenção foi fator de proteção para o grupo de mulheres 0.26 (0.10–0.70). No Nepal em um estudo (29) onde foram realizados grupos de mulheres, aconteceram 10 reuniões mensais com abordagem de aprendizado participativa. A participação dos grupos foi um fator de proteção na mortalidade materna 0.20 (0.04–0.91).	8/11	7/7	7	6/7	2013
Nyamtema et al. (27)	Intervenção em nível comunitário através de grupos de discussão para conscientização a respeito dos sinais de perigo de complicações na gravidez.	Revisão sistemática para explorar as evidências disponíveis de intervenções para reduzir mortalidade materna e dos fatores que influenciam sua implementação em países com recursos limitados.	As conclusões do estudo em relação à redução da mortalidade materna, através de intervenção em nível comunitário, basearam-se em um estudo randomizado controlado no Nepal (29) onde a participação nos grupos na comunidade foi um fator de proteção na mortalidade materna 0.20 (0.04–0.91) e em outros estudos quase experimentais: em Bangladesh (34) 0.99 (0.66 - 1.50) e (35) 0.62**	10/11	18/44	44	35/44	2010

Nota do autor: **Odds ratio foi calculado pela R.M.M. antes e após a intervenção devido a dados brutos incompletos nos artigos de revisão.



Apêndice C - Revisão sistemática/estudo de custo efetividade sobre Opção 3 – Qualificação das Ações de Planejamento Familiar.

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população de interesse	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Nyamtema <i>et al.</i> (27)	Estabelecer serviços de planejamento o familiar	Revisão sistemática para explorar as evidências científicas disponíveis de intervenções para reduzir mortalidade materna e dos fatores que influenciam sua implementação em países com recursos limitados.	Foram analisados estudos quase experimentais em relação ao planejamento familiar na redução da mortalidade materna. Os resultados dos estudos trazem o planejamento familiar como intervenção importante na redução da mortalidade materna nos estudos em Bangladesh (34) Odds ratio 0.99 (0.66 - 1.50) e (35) 0.62**, embora os autores relatem que o planejamento familiar deva ser implementado junto a um programa de intervenções para reduzir a mortalidade materna de forma eficaz.	10/11	18/44	44/44	35/44	2010
Goldie, S. J. <i>et al.</i> (30)	Melhorar o acesso ao planejamento o familiar	Estudo de custo efetividade para avaliar os impactos na saúde e na economia de alternativas para reduzir a	Foi realizada uma análise através de um software que simula a história natural da gestação - o “ <i>Global Maternal Health Policy Model</i> ”, na Índia onde ocorre aproximadamente ¼ das mortes maternas do mundo. Eles constataram que a intervenção individual mais eficaz é o planejamento familiar, que reduziria a mortalidade materna em 7-28,1% na área rural e de 5,8-23,5% na área urbana. Embora sejam necessárias intervenções	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A



		mortalidade materna	integradas para garantir a qualidade da assistência à mulher.					
Delphine <i>et al.</i> (31)	Aumentar o acesso ao planejamento familiar	Estudo do custo efetividade de intervenções para redução da morbidade e mortalidade materna no México	Através de uma análise realizada por um modelo computacional de software, que simula a história natural da gravidez e complicações relacionadas com esse período em uma coorte representativa de mulheres mexicanas sexualmente ativas, fez-se uma análise política comparativa para identificar o potencial clínico e o custo-efetividade das estratégias alternativas para a redução da mortalidade materna (MM) no México. Entre os benefícios clínicos encontrados, o aumento do planejamento familiar de 59% para 74% em mulheres de 20 anos ou mais, e de 18% para 33% em mulheres com menos de 20 anos de idade junto a outras estratégias de ação proporcionaria a redução de até 75% na mortalidade materna.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Nota do autor: **Odds ratio foi calculado pela R.M.M. antes e após a intervenção devido a dados brutos incompletos nos artigos de revisão.

**Apêndice D - Revisão sistemática sobre Opção 4 – Capacitação para Profissionais de Saúde.**

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população de interesse	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Van Lonkhuijzen <i>et. al</i> (36)	Cursos de capacitação para profissionais de saúde para melhorar na qualidade do atendimento obstétrico, em baixo-recurso ambientes.	Avaliar a eficácia dos programas de capacitação profissional.	Essa revisão identificou 24 artigos sobre cursos e seus efeitos para profissionais de saúde. Estudos sobre cursos de curta duração apontam que profissionais que participam desses cursos melhoram o atendimento prestado aos pacientes, tendo melhor percepção dos riscos à vida. Alguns estudos sobre cursos de longa duração que verificaram o impacto destes cursos mostram que houve pouca ou nenhuma melhora em relação ao conhecimento do pré-natal, parto, nascimento, porém, melhoram a comunicação e o trabalho em equipe. As lacunas nas evidências quanto aos impactos desses cursos de aperfeiçoamento permanecem, logo devem ser consideradas ao decidir sua adoção no sistema de saúde.	8/11	NA	23/24	24/24	2010

**Apêndice E - Revisão sistemática sobre Opção 5 - Referenciamento aos serviços de Emergências Obstétricas.**

Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população de interesse	Proporção de estudos realizados em LMIC	Proporção de estudos com foco no problema	Último ano da busca
Paxton <i>et al.</i> (64)	Benefícios dos cuidados obstétricos de emergência para reduzir a mortalidade materna em países em desenvolvimento.	Buscar evidências para a eficácia dos Cuidados Obstétricos de Emergência como estratégia para reduzir a mortalidade materna em países em desenvolvimento.	Esta revisão identificou que, o acesso aos Cuidados Obstétricos de Emergência reduz a mortalidade materna em até 50% dos casos. Mostra também, que quanto maior a distância de um centro de referência Obstétrico de Emergência maior a probabilidade de ocorrer mortes maternas. Conclui-se que cuidados obstétricos de emergência tem sido uma boa estratégia para a prevenção da mortalidade materna. Estes resultados fortalecem a justificativa para a implementação e o fortalecimento de redes em saúde.	8/11	NA	7 / 8	8/8	2004