

Síntese de Evidências sobre Estratégias para Redução da Mortalidade Materna no Município de Franco da Rocha, São Paulo

Evidence Brief for Policy about Strategies to Reduce Maternal Mortality in the Municipality of Franco da Rocha, Sao Paulo.

Carolina Médici de Figueiredo^I, Inayá da Silva Duarte^{II}, Luciana C. Alves dos Santos^{III},
Luciana de Mendonça Freire^{IV}, Tatiane Aparecida Rocha Marcelo^V, Sonia Isoyama Venancio^{VI}

Resumo

O Brasil ainda está longe de atingir uma das Metas do Milênio assumidas em 1990, de redução da mortalidade materna (MM). Atualmente, morrem no país cerca de 69 mulheres a cada 100 mil nascidos vivos, mas pelas metas da Organização das Nações Unidas esse número deveria ser de no máximo 35 mulheres. Nesse contexto, é possível ressaltar que as principais causas dessas mortes são a hipertensão arterial, hemorragia, complicações de aborto em condições inseguras e infecção pós-parto. Ademais, notam-se índices elevados de mortalidade materna no Brasil em regiões periféricas, onde o acesso às redes de saúde é quase inexistente e/ou precário. No município de Franco da Rocha, as altas taxas de MM vêm preocupando os gestores da saúde, especialmente por estarem relacionadas a causas consideradas evitáveis. Este artigo apresenta alguns resultados de uma Síntese de Evidências elaborada por alunas do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, com apoio do Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde, o qual integra a Rede para Políticas Informadas por Evidências – EVIPNet Brasil, com o objetivo de apoiar a gestão municipal de saúde de Franco da Rocha na tomada de decisões para o enfrentamento da MM.

Palavras-chave: Mortalidade Materna, Políticas de Saúde, Síntese de Evidências.

Abstract

Brazil is still far from achieving the Millennium Development Goals undertaken in 1990 to reduce maternal mortality (MM). Currently, in the country about 69 women die per 100 thousand live births, but by the goals of the United Nations, that number should be a maximum of 35 women. In this context, it is possible to emphasize that the main causes of these deaths are hypertension, hemorrhage, complications of abortion in unsafe conditions and postpartum infections. Moreover, we note high rates of MM in Brazil in remote areas, where access to health networks is almost non-existent and / or precarious. In the city of Franco da Rocha, the high MM rates have been worrying policy makers, especially because it is related to causes considered preventable. This article presents some of the results of a Policy Brief prepared by students of the Professional Program in Public Health at Instituto de Saúde, with the support of its Evidence Center, which is part of the Evidence Informed-Policy Network - EVIPNet Brazil in order to support municipal policy makers in Franco da Rocha in decision making for reducing MM.

Keywords: Maternal Mortality, Health Policies, Evidence Brief for Policy.

^I Carolina Médici de Figueiredo (carolina_medici@hotmail.com) é obstetrix formada pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH-USP), com aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – SES/SP

^{II} Inayá da Silva Duarte (inaya.d@terra.com.br) é obstetrix formada pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH-USP), tem aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – SES/SP

^{III} Luciana C. Alves dos Santos (lu.cristinaalves@hotmail.com) é obstetrix formada pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH-USP), com aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – SES/SP

^{IV} Luciana de Mendonça Freire (luciana.m.freire23@gmail.com) é graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Acre (UFAC), com aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – SES/SP

^V Tatiane Aparecida Rocha Marcelo (tati-aprm@hotmail.com) é obstetrix formada pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH-USP), com aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde – SES/SP

^{VI} Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica, pesquisadora e vice-diretora do Instituto de Saúde- SES/SP

Introdução e Justificativa

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 incidentais²⁵.

O número de mortes maternas de um país constitui excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano. 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 consultas².

Para investigar as causas de MM no Brasil conta-se com os índices calculados a partir das MM declaradas, obtidas das declarações de óbitos do Sistema de Informação sobre Mortalidade e pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, ambos geridos pelo Ministério da Saúde. A partir dos dados coletados pelos serviços de saúde, é possível identificar diversos aspectos relevantes para o enfrentamento da MM, ou seja, 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 acima da meta definida pelos *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* para 2015 – o valor desejável seria igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupo de 100.000 NV –, estipulada pelas Nações Unidas.

A Região de Saúde (RS) de Franco da Rocha (que engloba os municípios de Cajamar, Caieiras,

Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã) 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, em consulta à Fundação Seade sobre Informações dos Municípios Paulistas, nota-se que esta razão de mortalidade era 47,87 em 2009, 90,21 em 2010, e 141,18 em 2011. Ressalta-se aqui que os dados referentes ao ano de 2012 e 2013 não estavam disponíveis para pesquisa (www.imp.sade.gov.br)

Em Franco da Rocha os dados mostram ainda que a cobertura do pré-natal, com sete ou mais consultas, encontra-se em queda no período analisado (índice de 72% no ano de 2010, 69,7% em 2011, 68% em 2012 e 65,5% em 2013); além disso, quando comparando com o Estado de São Paulo e a RS de Franco da Rocha, o município mostra menor cobertura de pré-natal. Tais dados podem sugerir diferentes causas, como: menor adesão das gestantes, redução das equipes que prestam assistência à mulher, ou ainda, estagnação dos serviços e recursos. Um aspecto que merece destaque é que o município não possui leitos obstétricos, tendo como referência para partos de baixo risco o município de Caieiras.

Quando analisadas as causas de óbitos maternos no município percebe-se que essas estão relacionadas à mortalidade obstétrica direta (em sua maioria pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hemorragias) podendo 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.

A evolução da MM e os indicadores relacionados à cobertura do pré-natal vêm preocupando os gestores de saúde do município de Franco de Rocha e motivou a definição deste problema para o desenvolvimento de uma Síntese de Evidências para Políticas de Saúde, a qual reúne evidências de pesquisa global (a partir de revisões

sistemáticas) e evidências locais para as deliberações sobre as políticas e programas de saúde.

A Síntese de Evidências foi desenvolvida por um grupo de alunas do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, sob supervisão de pesquisadoras do Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde, o qual integra a Rede para Políticas Informadas por Evidências – EVIPNet Brasil.

Este artigo tem por objetivo apresentar alguns resultados desta Síntese de Evidências, incluindo as opções de políticas identificadas e alguns aspectos relacionados à sua implementação, visando apoiar a gestão municipal de saúde de Franco da Rocha na tomada de decisões para o enfrentamento da MM. O detalhamento sobre as opções, custo-efetividade e percepção dos sujeitos envolvidos poderão ser consultadas no texto completo da Síntese de Evidências.^{vii}

Metodologia

A busca de evidências científicas foi realizada nos repositórios da Biblioteca Virtual em Saúde, *Health Systems Evidence* e *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;

^{vii} Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/acesso-rapido/sinteseevidencias-mm.pdf>.

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 selecionadas seis revisões sistemáticas 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 AMSTAR¹⁹.

Resultados

O Quadro a seguir apresenta um resumo das seis revisões sistemáticas que apoiaram a definição das opções de políticas.

Opção	Estudo	Elemento da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR
1	Pattinson et al. ¹⁵ , 2008.	Benefícios dos processos de auditoria e feedback para profissionais de saúde.	Avaliar se os processos de auditoria e feedback são efetivos para diminuição da MM.	Não foram encontrados ensaios clínicos controlados que avaliassem os efeitos dos processos de auditoria e feedback na MM. 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
1	Jamtvedt et al. ⁵ , 2003.	Influência dos processos 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.	A revisão incluiu 118 estudos. Na análise primária 88 comparações de 72 estudos foram incluídas (qualquer intervenção em que auditoria e feedback fosse um componente em relação a nenhuma intervenção). Para desfechos dicotômicos a diferença de risco ajustado de conformidade com a prática desejada variou de -0,16 (16% de redução absoluta em conformidade) para 0,70 (um aumento de 70% em conformidade). Para resultados contínuos a variação percentual ajustada relativamente ao controle variou de -0,10 (uma diminuição de 10% em conformidade absoluta) para 0,68 (um aumento de 68% em conformidade). Conformidade baixa com a prática recomendada na linha de base e maior intensidade de auditoria e feedback foram associados com taxas de risco ajustado maiores (maior eficácia) em todos os estudos.	9/11
2	Prost et al. ¹⁷ , 2013.	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 MM 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 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 onde foram realizados grupos de mulheres, aconteceram 10 reuniões mensais com abordagem de aprendizado participativa. A participação dos grupos foi um fator de proteção para MM 0,20 (0,04 - 0,91).	8/11

Opção	Estudo	Elemento da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR
2 e 3	Nyamtema et al. ¹² , 2011.	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 MM e dos fatores que influenciam sua implementação em países com recursos limitados.	Nyamtema et al. ¹² 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 dos estudos trazem o planejamento familiar como intervenção importante na redução da mortalidade materna. Estudo realizado em Bangladesh mostrou o planejamento familiar como fator de proteção OR 0,99 (0,66 - 1,50). 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. As conclusões do estudo em relação à redução da MM, através de intervenção em nível comunitário, basearam-se em um estudo randomizado controlado no Nepal, no qual a participação nos grupos na comunidade foi um fator de proteção para a MM 0,20 (0,04 - 0,91) e em outros estudos quase experimentais em Bangladesh.	10/11
4	Van Lonkhuijzen et al. ²⁷ , 2010.	Cursos de capacitação para profissionais de saúde para melhorar na qualidade do atendimento obstétrico.	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 e que houve pouca ou nenhuma melhora em relação ao conhecimento do pré-natal, parto, nascimento, porém, melhoraram 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 por sua adoção no sistema de saúde.	8/11
5	Paxton et al. ¹⁶ , 2005.	Benefícios dos cuidados obstétricos de emergência para reduzir a MM em países em desenvolvimento.	Buscar evidências para a eficácia dos Cuidados Obstétricos de Emergência como estratégia para reduzir a MM em países em desenvolvimento.	Esta revisão identificou que o acesso aos Cuidados Obstétricos de Emergência reduz a MM em até 50% dos casos. Mostra também que quanto maior a distância de um centro de referência Obstétrico de Emergência, maior a probabilidade de ocorrerem mortes maternas. Conclui-se que cuidados obstétricos de emergência têm sido uma boa estratégia para a prevenção da MM. Estes resultados fortalecem a justificativa para a implementação e o fortalecimento de redes de atenção à saúde.	8/11

Discussão

Existem muitas opções para enfrentar a MM, mas nem todas apresentam o mesmo nível de certezas, 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. Com base nas evidências identificadas, foram formuladas cinco opções de políticas, descritas a seguir.

Opção 1 - Auditoria dos óbitos maternos e feedback para profissionais de saúde: Os estudos mostraram que o processo de auditoria de todos óbitos maternos, juntamente com um *feedback* para os profissionais de saúde, pode auxiliar a redução da MM, 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 trabalho¹⁵. 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.

Jamtvedt *et. al*⁵, 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. Tem-se assim que a implementação dessa opção traz melhora da comunicação entre os profissionais, melhora nos cuidados com a paciente e satisfação profissional⁶, o que pode auxiliar no processo de redução da MM, embora os efeitos provocados sejam pequenos ou moderados¹⁵. Como incertezas em relação aos benefícios têm-se que o processo de auditoria por si só não mostra grandes benefícios¹⁵, a coleta de

informações e as reuniões de *feedback* demandam muito tempo, podendo ocasionar conflitos entre funcionários, departamentos e instituições; e os processos de auditoria e retroalimentação podem ocasionar nos trabalhadores medo de repressões, impedindo assim, a eficácia de seu trabalho⁶.

Opção 2 - Mobilização da Comunidade e Ações Educativas: Grupos permanentes de empoderamento da comunidade permitem que haja melhor compreensão, confiança e suporte para o autocuidado, tornando seu público mais atento para “quando” e “onde” buscar cuidados em saúde, o que pode ajudar a reduzir a MM.

A literatura aponta que a implementação dessa opção em locais com poucos recursos apresentou através de programas de intervenções integrados, baseados em evidências científicas, resultados satisfatórios¹². Além disso, nos países onde a intervenção por meio de grupos com as gestantes foi adotada, notou-se que quando ao menos 30% das gestantes participavam, havia redução de 49% da MM¹⁷. Com relação às incertezas dos benefícios, os autores não relatam danos potenciais nessa opção, e apontam a necessidade, em países com baixos recursos, que os governos e as instituições de saúde se unam em seus compromissos e responsabilidades na implementação de pacotes de intervenções baseadas em evidências científicas¹².

Opção 3 - Qualificação das Ações de Planejamento Familiar: O planejamento familiar acompanhado de um investimento gradual na qualidade dos serviços é capaz de auxiliar na redução da MM, em áreas rurais e urbanas⁴, dando suporte às escolhas das mulheres de decidir quando ou não engravidar e também ofertando contraceptivos de barreira na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Para essa ação ser efetiva em sua implementação para redução da MM deve ser realizada por meio de programas e intervenções integradas, baseados em evidências científicas¹². As incertezas

dos benefícios referem-se à religião, que pode ser uma forma de impedimento na utilização dos métodos; e a distribuição de métodos contraceptivos para jovens. Essa deve ser realizada de modo com que os pais não sejam motivo de constrangimento ou recusa para seus filhos¹⁹.

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 a fim de melhorar a saúde materna.

Van Lonkhuijzen *et. al* (2010)²⁷ em uma revisão sistemática de alta qualidade, avaliaram 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 e, conseqüentemente, no comportamento das habilidades após treinamento; assim, profissionais que participam desses cursos apresentam maior *feedback* com a equipe, gerenciamento de tarefas e comunicação, competência para realizar suas tarefas no serviço, consciência da deficiência no atendimento, melhor identificação das condições que ocasionam risco de morte e maior educação pelos pares quando comparados com aqueles que não participaram de nenhum curso de treinamento profissional.

Como danos potenciais e incertezas em relação aos benefícios dessa opção tem-se que, o controle excessivo do desempenho dos profissionais, no caso da recertificação parece ter efeitos negativos sobre esses¹¹. Assim, apesar dessa opção apresentar inúmeras melhorias, o sucesso da estratégia está ligado ao método de avaliação

e monitoramento da ação, sujeitos e efeitos no orçamento²⁷.

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 MM.

A literatura aponta que, em áreas onde há cobertura de serviços obstétricos de emergências e o acesso é facilitado, a redução da MM é de até 50%¹⁶. Ressalta-se aqui que, para auxiliar nesta redução é necessário que haja boa qualidade nos serviços³, criação de normas e protocolos de transferência rápida entre as unidades de atendimento¹¹ e formação de equipes multidisciplinares para atuar, dentro de instituição e da comunidade, distribuídos de forma equivalente em todos os estabelecimentos que oferecem serviços de atenção obstétrica²⁴.

Como incertezas em relação aos benefícios tem-se que a falta de compromisso dos tomadores de decisão e outros atores chave no financiamento dos órgãos provedores, que poderiam dar sustento aos programas, podem prejudicar o financiamento desta opção¹⁴.

Conclusão

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). Nesse sentido as opções de políticas com foco na Atenção Básica poderiam ser priorizadas, uma vez que o município não conta com leitos obstétricos sob sua gestão. 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.

As opções de políticas foram apresentadas e discutidas amplamente em um Diálogo Deliberativo (que consiste em uma discussão estruturada centrada em uma síntese de evidências para políticas), com a participação de gestores municipais, profissionais de saúde que participam do Comitê de Investigação da MM e Infantil do município, representantes do Conselho Municipal de Saúde, do Comitê Estadual de Investigação da MM e Infantil e pesquisadores.

Espera-se que o resultado desse processo seja a definição de um plano de ação municipal de enfrentamento à MM no município de Franco da Rocha, construído com base em evidências científicas e no contexto local.

Referências

1. Blackwell SP, Breen M, Hinshaw K. Learning from low income countries: what are the lessons? Hands on course may help deliver obstetric care. *BMJ*.2004;329(7475):1184.
2. Coimbra CL, Silva AMA, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2003;37:456-62.
3. 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.
4. Goldie SJ, Sweet S, Carvalho N, Natchu UCM, Hu D. Alternative strategies to reduce maternal mortality in India: a cost-effectiveness analysis. *PLoS Med*. 2010;7(4):e1000264.
5. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2003.
6. Johnston G, Crombie IK, Davies HTO, Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Qual Health Care*. 2000;9(1):23–36.
7. Jonas, E. Improving provider performance: an exploration of the literature, Box 3. Bolivia In-Service Training. *Mother Care Matters*.2000;9:10–1.
8. Kroeger M, Kaphagawani N, Kafalafula UK, Maluwa VM. Final evaluation of the malawi safe motherhood project life saving skills training programme. Blantyre: DFID/Safe Motherhood Project. 2003.
9. McDermott J, Beck D, Buffington ST, 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*. 2001;46:217–25.
10. Merkur S, Mladovsky P, Mossialos E, Mckee M. Policy brief. Do lifelong learning and revalidation ensure that physicians are fit to practise? Copenhagen: WHO; 2008.
11. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Normes et procédures cliniques des services de santé de la reproduction en République Centrafricaine. Haiti; 2003. 84p.
12. Nyamtema AS, Urassa DP, Roosmalen JV. Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011; 11:30.
13. O’rourke K. The effect of hospital staff training on management of obstetrical patients referred by traditional birth attendants. *Int J Gynaecol Obstet*.1995;48(Suppl):S95-102.
14. Pattinson R, Kerber K, Waiswa P, Day LT, Mussell F, Asiruddin SK, et al. Perinatal mortality audit: counting, accountability, and overcoming challenges in scaling up in low-and-middle-income countries. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*.2009;107:113–21,121–2.
15. Pattinson RC, Say L, Makin JD, Bastos MH. Auditoria de acontecimientos críticos y retroalimentación (“feedback”) para disminuir la mortalidad y la morbilidad perinatales y maternas (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*. 2008;4.
16. Paxton A, Maine D, Freedman L, Fry D, Lobis S. The evidence for emergency obstetric care *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005; 88:181-193.
17. Prost A, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A, Houweling TAJ, et al. 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*. 2013;381:1736–46.
18. Ronsmans C, Vanneste A, Chakraborty J, Van Ginneken J. Decline in maternal mortality in Matlab, Bangladesh: a cautionary tale. *Lancet*.1997;350:1810-4.
19. Sepou A, Serdouma E, Komas NP, Gody C, Abeye J, Koffi B, et al. Strategies for reducing maternal mortality in Central African Republic. *Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet)*;2011.
20. Shea JB, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, London. 2007;7:10.
21. Sloan NL, Nguyen TN, Do TH, 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*. 2005;50:315–2.
22. 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.
23. Warren C, Liambila W. Safe motherhood demonstration project western province. approaches to providing quality maternal care in Kenya. Nairobi: Population Council. 2004.
24. World Health Organization. *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Geneva; 2009.
25. World Health Organization. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*. Geneva; 2010. [acesso em 13 jun. 2015]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf
26. Woods DL. An innovative programme for training in maternal and newborn care. *Seminars in Fetal & Neonatal*. 1999;4(3):209-216.
27. 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*. 2010; 117(7):777-87.