



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

PROJETO DE PESQUISA

**AVALIAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO
EM MATERNIDADES DO SUS**

COORDENADORAS:

Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Leal

Prof^a. Dr^a. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Brasil

2016

SUMÁRIO

1	IDENTIFICAÇÃO	2
2	RESUMO EXECUTIVO	4
3	INTRODUÇÃO (Qualificação do Problema e Justificativa do Estudo)	5
4	OBJETIVOS	10
4.1	Geral	10
4.2	Específicos	10
5	METAS FÍSICAS	11
6	ASPECTOS METODOLÓGICOS	11
6.1	Desenho do estudo	11
6.2	Local do estudo	12
6.3	Procedimento amostral	13
6.3.1	<i>Seleção das puérperas</i>	13
6.3.2	<i>Seleção dos gestores e trabalhadores</i>	14
6.4	Critérios de inclusão e exclusão	15
6.5	Técnicas e instrumentos de coleta de dados	15
6.5.1	<i>Análise documental</i>	16
6.5.2	<i>Entrevistas</i>	17
6.5.3	<i>Observação</i>	17
6.6	Logística da coleta de dados	17
6.6.1	<i>Consulta às bases de dados</i>	17
6.6.2	<i>Avaliação Externa</i>	18
6.7	Seleção e treinamento da equipe de coleta de dados	19
6.8	Processamento e análise estatística	20
6.8.1	<i>Análise quantitativa</i>	20
6.8.2	<i>Análise qualitativa</i>	20
6.9	Acompanhamento e mecanismos de transferência dos resultados	22
6.10	Considerações éticas	23
7	EQUIPE	23
8	CRONOGRAMA	33
9	ORÇAMENTO	34
	REFERÊNCIAS	38

1. IDENTIFICAÇÃO

Título do Projeto:

Avaliação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades do SUS

Instituição Promotora:

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Instituições Executoras:

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)/RJ e Universidade Federal do Maranhão

Coordenação Geral:

Maria Esther Albuquerque Vilela

Maria Cristina de Oliveira Marques

Coordenadores Regionais:

Maria do Carmo Leal (Coordenadora das regiões: Sul, Sudeste e Centro-Oeste)

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz (Coordenadora das regiões: Norte e Nordeste)

Área Geográfica de Execução:

Brasil, em uma amostra de maternidades públicas do Brasil, conforme referencial da Rede Cegonha – Ministério da Saúde.

Linha Temática:

Ciências da Saúde. Saúde Pública. Saúde Coletiva. Avaliação de Serviços de Saúde. Saúde da Mulher e da Criança

Palavras-chave:

Avaliação de serviços de saúde; Humanização do parto; Trabalho de parto; Assistência ao parto.

2 RESUMO EXECUTIVO

Trata-se de um projeto de pesquisa cujo objetivo principal é avaliar o grau de implantação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas do Brasil, conforme referencial da Rede Cegonha – Ministério da Saúde. Além disso, visa verificar a implantação de mudanças do modelo de gestão desses serviços, a percepção das usuárias em relação às facilidades de acesso, acolhimento e execução das boas práticas e a percepção dos trabalhadores em relação ao acolhimento às usuárias, execução das boas práticas de atenção ao parto e nascimento e gestão participativa. Este projeto está vinculado a uma política ministerial, a Rede Cegonha, de abrangência nacional do Ministério da Saúde/SAS/DAPES. O projeto terá a duração de 24 meses, compreendendo as seguintes etapas: 1ª) Planejamento e implementação das ações; 2ª) Avaliação Externa; e 3ª) Devolutiva do Resultado e Apoio às Maternidades. Para tanto, propõe-se a execução de pesquisa avaliativa com diferentes enfoques metodológicos, como observação participante, análise documental e entrevista com gestores, trabalhadores e usuárias. Os instrumentos de coleta de dados serão organizados em módulos: I) Identificação; II) Acolhimento com classificação de risco; III) Direito ao acompanhante; IV) Vigilância e monitoramento epidemiológico; V) Ambiência; VI) Gestão participativa e compartilhada na maternidade; e VII) Boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Ao todo, será avaliada uma amostra mínima de 872 estabelecimentos de saúde do SUS (maternidades) que realizem 500 ou mais partos por ano, distribuídos por todo o território nacional, sendo 346 destes estabelecimentos sob a responsabilidade da UFMA e 526 sob responsabilidade da ENSP/FIOCRUZ. Ao final das avaliações serão confeccionados relatórios técnicos e realizadas reuniões técnicas com as maternidades, a fim de ampliar o apoio à implementação de boas práticas na atenção e na gestão.

Palavras chave: Avaliação em Saúde, Serviços de Saúde, Parto, Parto Humanizado.

3 INTRODUÇÃO (Qualificação do Problema e Justificativa do Estudo)

Nos últimos 30 anos, o Brasil avançou muito na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade. Porém, a redução da morbimortalidade materna e neonatal permanece um desafio (BRASIL, 2011).

A análise temporal dos indicadores de saúde materna e infantil permite avaliar o impacto de mudanças socioeconômicas, como também avanços e retrocessos na disponibilidade e qualidade dos serviços na saúde da população (GURGEL et al., 2009). Neste sentido, estudos seriados de base populacional (BETTIOL et al., 2010; SANTOS & BARROS, 2008) traduzem melhor a situação da maioria dos indicadores de saúde perinatal do que a análise dos sistemas de informações, devido a problemas na cobertura, sub-registro, falta de padronização de informações, sobretudo quanto à idade gestacional (IG) no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC (PEREIRA et al., 2014; SILVA et al., 2001; PASSINI-JR et al., 2010).

No Brasil, de 1930 a 1970 a redução do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) foi de cerca de 1% ao ano. A partir de então houve um incremento na queda dessa taxa, chegando a cair 5,5% nas décadas de 1980 e 1990 e 4,4% no período 2000 a 2008. No entanto, a redução do CMI não tem sido uniforme entre os componentes neonatal e pós-neonatal. As mortes neonatais representavam 68% do CMI, em 2008, e seu decréscimo anual entre 2000 e 2008 foi de 3,2% ao ano, valor bem menos expressivo do que o do coeficiente de mortalidade pós-neonatal – CMPN, com queda de 8,1% ao ano (VICTORA et al., 2011). Esta diferença deve-se principalmente à concentração de óbitos na primeira semana de vida, o que reflete problemas na qualidade da assistência prestada durante o pré-natal, parto e nascimento (LORENZI et al., 2001; GURGEL et al., 2009). O coeficiente de natimortalidade (CNM) também parece estar diminuindo no Brasil. Dados das capitais de estado brasileiras mostram que esta taxa caiu de 14,1 por mil em 1996 para 9,3 por mil em 2010 (VELOZO et al., 2013).

Alguns dos aspectos que potencialmente poderiam explicar tais indicadores estariam relacionados aos processos de trabalho no cuidado e na gestão dos serviços voltados à saúde da mulher e da criança.

As taxas de cesarianas mostraram expressivo aumento em diferentes regiões do país (VICTORA et al., 2011). Em Ribeirão Preto, São Paulo, por exemplo, aumentou de 30,3% em 1978-79 para 50,3% em 1994 (GOMES et al., 1999). Em nível nacional, a pesquisa “Nascer no Brasil”, encontrou que 52% das mulheres tiveram seus filhos por meio de cesariana, em 2012 (Sumário Executivo Nascer no Brasil, 2014).

O conhecimento da situação de atenção ao parto e ao nascimento e dos processos de gestão são de grande importância para a redução da morbimortalidade materna e neonatal. Assim, considerando as iniciativas do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS) centradas na qualificação da Atenção ao Parto e Nascimento, destaca-se a necessidade de apoiar e ampliar as ações já implementadas no âmbito da Rede Cegonha.

A Rede Cegonha, lançada em março de 2011 e instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011, é uma estratégia do Ministério da Saúde para o enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2011; GIOVANNI, 2013). Assim, o Departamento de Saúde da Mulher tem estimulado os estabelecimentos a ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

Nas últimas décadas esforços governamentais e não governamentais têm sido realizados no sentido de mudar o panorama perinatal no Brasil. As altas proporções de partos cirúrgicos dão ao país o título, nada honroso, de campeão mundial de cesarianas. Somam-se a este fato os dados de mortalidade materna e neonatal, pois em que pese a tendência de melhoria, estão ainda longe do que se consideraria aceitável e desejável. Frente a esta situação, por volta dos anos 80, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e no Brasil o Ministério da Saúde, entre outras entidades, iniciam movimento de revisão das práticas no campo obstétrico, sobretudo, e propõem mudanças no modelo de assistência, já apontado pelos movimentos de mulheres e redes de parto humanizado como iatrogênico e inadequado às necessidades das mulheres de uma maneira geral (PASCHE et al., 2013).

Para a OMS, as mudanças no acesso e oferta de serviços, embora necessárias, não são suficientes e os objetivos de uma maternidade segura só serão alcançados quando as mulheres estiverem fortalecidas em seu protagonismo e os seus direitos humanos respeitados, incluindo nesse âmbito o acesso aos serviços de qualidade no parto (OMS, 1996a).

Este movimento toma caráter mais ampliado a partir da década de 1990, com a criação, em 1993 da ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento) - um dos movimentos que visou estimular a discussão e a experimentação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil. Em 2000, é instituído o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) com objetivo de garantir um número mínimo de consultas no período gestacional e qualidade do atendimento no momento do parto. Em 2001, edita o manual Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher (BRASIL. MS, 2001),

no qual é definido o que se considera humanização da assistência e defende a perspectiva de que as intervenções desnecessárias devem ser evitadas e a privacidade e a autonomia materna, preservadas (BOARETTO, 2003).

Este cenário nos convoca a olhar para o campo de práticas de saúde, para a intimidade dos processos de trabalho e a Política Nacional de Humanização aponta para um princípio que deveria ser tomado como orientador de todos os processos de mudança: a inseparabilidade entre gestão e atenção, ou seja, as mudanças nas práticas dependem e demandam alterações na gestão, sem as quais projetos de mudança correm o risco de não conseguir de fato promover mudanças necessárias neste campo (PASCHE et al., 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o objetivo da assistência ao parto é ter como resultado mulheres e bebês saudáveis, com o mínimo de intervenção médica, compatível com a segurança (OMS, 1996a). Desde 1996 a OMS divulga as evidências sobre o uso apropriado de tecnologia na atenção ao parto e ao nascimento (OMS, 1996b). No Brasil, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde pela Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000 (BRASIL. MS, 2000), subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades: concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, fetal e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do

nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL. MS, 2000).

O PHPN está estruturado nos seguintes princípios: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Em relação ao adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera deverão ser realizadas as seguintes atividades: 1) Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4.º mês de gestação; e 2) Garantir os seguintes procedimentos: - Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; - Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento; - Realização dos seguintes exames laboratoriais: a) ABO-Rh, na primeira consulta; b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; c) Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; e) HB/Ht, na primeira consulta; - Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes; - Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; - Realização de atividades educativas; - Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes; - Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL. MS, 2000).

Neste sentido, iniciativas de apoio às Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento (OMS, 1996a; OMS, 1996b) e ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL. MS, 2000) são necessárias no Brasil.

Face ao exposto, e como parte integrante da política de atenção à mulher e ao recém-nascido, pretende-se realizar a presente pesquisa. O projeto terá abrangência nacional, com o apoio do Ministério da Saúde/SAS/DAPES. Compreende-se que estratégias de avaliação dos serviços que realizam parto e nascimento contribuem para a implementação de um conjunto

de procedimentos recomendados internacionalmente, benéficos e protetores à saúde das mulheres e bebês no momento do parto e nascimento.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Avaliar o grau de implantação de boas práticas da atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas do Brasil, conforme referencial da Rede Cegonha, com vista a induzir o desenvolvimento de um conjunto de ações que permitam mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde nas maternidades do SUS, fomentando melhorias no acesso, qualidade, acolhimento, resolubilidade e a incorporação das Boas Práticas no parto e nascimento.

4.2 Específicos

- Avaliar o grau de implantação de mudanças do modelo de gestão e atenção nos serviços que realizam partos, garantindo acesso, acolhimento, resolutividade, e incorporação das Boas Práticas do parto e nascimento, e mecanismos de participação colegiada;
- Avaliar a percepção dos trabalhadores em relação ao acolhimento às usuárias e a execução das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento, e mecanismos de participação colegiada;
- Avaliar a percepção das usuárias em relação às facilidades de acesso, acolhimento e execução das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento.

5 METAS

Meta 1: avaliar, pelo menos, 872 estabelecimentos de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde, sendo que 346 estabelecimentos localizados nas regiões Norte e Nordeste serão avaliados pela UFMA e 526 estabelecimentos localizados nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, pela Fiocruz.

Meta 2: entrega de relatório parcial. Tal relatório deverá conter síntese dos passos já realizados e reflexões sobre todo o processo de avaliação, com apontamentos de melhoria do processo e aperfeiçoamento dos instrumentos de avaliação;

Meta 3: discutir plano de publicização dos dados por meio de Relatórios Situacionais a serem discutidos com gestores locais, além de artigos científicos;

Meta 4: realizar seminários de discussão dos resultados com os gestores locais, municipais e estaduais de saúde;

Meta 5: entrega de relatório final. Neste relatório, deverão ser apresentados e discutidos os resultados das avaliações realizadas. Os dados deverão ser sintetizados por estabelecimento e agregados por Unidade Federativa e região geopolítica. No relatório final deverão constar ainda sugestões para melhoria nos processos de gestão e de cuidado com vistas à implementação das Boas Práticas no Parto e Nascimento.

6 ASPECTOS METODOLÓGICOS

6.1 Desenho do estudo

Esta é uma pesquisa avaliativa, com delineamento qualitativo e quantitativo. Trata-se de uma avaliação em parceria da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) com a Escola Nacional de Saúde Pública Prof. Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob a coordenação do Ministério da Saúde.

Entende-se que uma avaliação com estratégia metodológica exclusivamente quantitativa ou qualitativa não seria adequada para responder às perguntas propostas. No entanto, limites orçamentários e logísticos, demandam a otimização dos recursos. Neste sentido, propõe-se a utilização da Estimativa Rápida Participativa (ERP).

A metodologia da ERP é recomendada pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e tem sido utilizada em diferentes pesquisas na área da saúde (PIOVESAN et al., 2005; CARNEIRO et al., 2012). Trata-se de uma abordagem simples, rápida e de baixo custo, que envolve setores e organizações que participam do problema. Apóia-se em três princípios:

coletar dados pertinentes e necessários; coletar dados que reflitam as condições locais e as situações específicas; e envolver a comunidade na definição de seus próprios problemas e na busca de soluções. Permite conciliar o conhecimento teórico com o saber prático (TANCREDI, BARRIOS e FERREIRA, 1998).

Sua utilização é, portanto, coerente com o planejamento participativo porque contribui para a identificação dos problemas prioritários de populações específicas. Apresenta como resultado um conjunto de necessidades estruturadas a partir da própria população, em conjunto com técnicos e gestores de saúde, além de intervir tanto na esfera dos dirigentes e usuárias, como na esfera das relações de poder entre atores sociais, estimulando a participação e o compromisso das partes envolvidas (PIOVESAN et al., 2005).

Na ERP as informações podem ser obtidas por meio de três fontes de dados: registros escritos, tanto de fontes primárias quanto de secundárias; entrevistas com informantes-chave; e observação de campo (DI VILLAROSA, 1993).

Recomenda-se realizar a ERP em três etapas:

- 1) *Um momento inicial de planejamento/organização da pesquisa*: coleta e sistematização dos dados das diferentes fontes; preparação dos questionários; seleção e treinamento dos pesquisadores; organização da exploração do campo;
- 2) *Sistematização/reconhecimento da área*: para facilitar a observação do território é aconselhável que primeiro se percorra a área. Esse reconhecimento inicial dará uma ideia, mesmo que superficial, importante para uma divisão empírica dos setores que devem ser visitados. Essa divisão inicial deverá orientar a distribuição das equipes em campo para a observação e entrevistas, assim como para a análise dos dados estatísticos; e
- 3) *Trabalho de campo propriamente dito*: realizar a observação do território, as entrevistas com os informantes-chaves e avaliação de documentos (TANCREDI, BARRIOS e FERREIRA, 1998). A logística do trabalho de campo será mais detalhada adiante.

6.2 Local do estudo

Neste estudo, foram selecionados todos os hospitais públicos ou mistos (privados conveniados ao SUS) com pelo menos 500 partos/ano em 2015, com Plano de Ação Regional na Rede Cegonha (PAR na RC). Estes foram identificados pelo *linkage* entre o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), totalizando 872 estabelecimentos, distribuídos por regiões geográficas, da seguinte forma:

Quadro 1- Número de estabelecimentos de saúde, da rede SUS, que realizaram 500 partos ou mais em 2015.

Região	Total de hospitais	Nascidos vivos
Norte	89	175,410
Nordeste	257	503,809
Sudeste	335	588,526
Sul	131	190,384
Centro-Oeste	60	109,935
Total	872	1,568,064

6.3 Procedimento amostral

6.3.1 Seleção das puérperas

A amostra foi estratificada por Grande Região Geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). O tamanho da amostra em cada região foi calculado com base em uma taxa de cesariana de 50%, para detectar diferenças de 5%, com nível de significância de 5% e potência de 80%. A amostra foi de um mínimo de 1.603 puérperas por região que, acrescido de 10% para eventuais perdas, totalizou um mínimo de 1.764 puérperas em cada região.

Para cada região, o número de puérperas amostradas por hospital foi proporcional ao seu tamanho (partos/ano) de modo que mais puérperas foram amostradas nos hospitais maiores e menos puérperas nos hospitais menores. Um mínimo de cinco puérperas por hospital foi obrigatório. Este fato conduziu a um aumento amostral de 1.764 para 1.995 e de 1.764 para 2.297, nas regiões Nordeste e Sudeste, respectivamente.

Por questões logísticas, um mínimo de três dias consecutivos em cada hospital foi obrigatório e o tamanho da equipe de campo de cada hospital foi determinado para assegurar tal regra. Este fato conduzirá à necessidade de uma seleção aleatória de puérperas nos hospitais com grande volume de partos/dia. Uma tabela com os números de ordem da puérperas a serem entrevistadas foi elaborada, segundo o número de nascidos vivos e de entrevistas por dia e hospital. O número de ordem da puérpera será definido pela ordem de entrada no hospital, começando às 00:00 do primeiro dia de trabalho de campo no local. Por fim, o número de puérperas amostrado será de 9,484, distribuídos por 872 hospitais do país, conforme o Quadro 2, a seguir:

Quadro 2 - Total de puérperas a serem selecionadas nos estabelecimentos de saúde, da rede SUS, que realizaram 500 partos ou mais em 2015, por região geográfica do país

Região	Total de hospitais	Nascidos vivos	Amostra		Amostra corrigida	
			n	%	N	%
Norte	89	175.410	1.764	1,01	1.764	1,01
Nordeste	257	503.809	1.764	0,35	1.995	0,40
Sudeste	335	588.526	1.764	0,30	2.197	0,37
Sul	131	190.384	1.764	0,93	1.764	0,93
Centro-Oeste	60	109.935	1.764	1,60	1.764	1,60
Total	872	1.568.064	8.820	0,56	9.484	0,60

6.3.2 Seleção dos gestores e trabalhadores

Neste universo de maternidades, serão selecionados, por amostragem intencional, gestores e profissionais de saúde e entrevistados aqueles presentes por ocasião das visitas da equipe de pesquisa.

As entrevistas com os gestores serão realizadas, sempre que possível, com o Diretor Administrativo, o Diretor Técnico, o Chefe de Obstetrícia e da Neonatologia, o Chefe/Coordenador da Enfermagem e os Coordenadores/Diretores dos Núcleos de Vigilância da Maternidade/Hospital. Para o registro das informações, será preenchido um formulário eletrônico com perguntas abertas e fechadas, indicando a opinião geral do grupo, obtida por consenso. Porém, discordâncias, impressões dos entrevistadores, e outras informações dignas de nota serão devidamente registradas em diários de campo. Essas entrevistas poderão ainda ser gravadas para posterior transcrição e análise.

Para os profissionais de saúde, o critério de seleção será por intencionalidade, considerando trabalhadores com pelo menos seis meses de trabalho no serviço. Nas Maternidades que têm uma única equipe atendendo a todos os setores, deverão ser entrevistados, pelo menos, um médico obstetra, um pediatra, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um profissional da recepção. Nas Maternidades maiores, com diferentes equipes em diferentes setores, os setores deverão ser elencados e esse mesmo quantitativo de profissionais deverá ser entrevistado por setor. Os setores prioritários deverão ser: admissão, centro de parto e alojamento conjunto.

6.4 Critérios de inclusão e exclusão

Serão elegíveis para este estudo os estabelecimentos de saúde integrantes da rede SUS, que possuam serviço de parto e nascimento e que realizaram 500 ou mais partos por ano em 2015. As maternidades selecionadas serão distribuídas entre dois consórcios: um coordenado pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e outro pela Fiocruz/RJ. A UFMA ficará responsável pelas maternidades localizadas nas Regiões Norte e Nordeste. A Fiocruz ficará responsável pelas avaliações nos estabelecimentos das demais regiões (Sudeste, Sul e Centro-Oeste).

Todos estes estabelecimentos serão previamente informados das visitas, pactuando-se datas e receberão, previamente, uma relação de documentos que deverão ser disponibilizados à equipe de pesquisadores no momento da coleta de campo (Apêndice A).

Será facultado aos estabelecimentos, gestores, profissionais e usuárias a não participação no estudo. Esses casos deverão ser devidamente registrados no diário de campo do pesquisador.

Serão elegíveis gestores e profissionais em exercício de suas funções, presentes no estabelecimento por ocasião das avaliações, com tempo mínimo de seis meses de trabalho no local. Serão elegíveis para as entrevistas com usuárias, puérperas internadas, preferencialmente com seis ou mais horas decorridas desde o parto.

6.5 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Serão utilizadas diferentes estratégias metodológicas para a coleta dos dados, como a análise documental, entrevistas com informantes-chave e a observação *in loco*. A triangulação de técnicas, atores e estratégias metodológicas parece ser mais coerente diante da complexidade e grandeza do que se pretende avaliar: o acesso e qualidade dos serviços de parto e nascimento no Brasil, induzindo a mudanças do modelo de gestão e gestão do cuidado, garantindo acesso, acolhimento, resolubilidade e incorporação das boas práticas no parto e nascimento. Esta diversidade de instrumentos aprimora a avaliação e possibilita a análise dos diversos pontos de vista, aproximando-se da complexa realidade presente nos serviços de saúde do país.

Os instrumentos de avaliação foram organizados segundo Diretrizes e Dispositivos, conforme Quadro 3, baseados na Política Nacional de Humanização, na Rede Cegonha, e em documentos que normatizam as Boas Práticas ao Parto e Nascimento.

Quadro 3. Diretrizes, dispositivos e itens de verificação dos instrumentos.

Diretriz	Dispositivo
1- Acolhimento das necessidades de saúde da mulher/criança em todos os momentos de atenção na maternidade, com a finalidade da prestação de um cuidado resolutivo e humanizado.	1.1- Acolhimento na Maternidade de modo cordial, acolhedor e responsável.
2- Classificação de Risco, seguindo critérios de priorização do atendimento com base na complexidade das necessidades e demandas.	2.1- Classificação de Risco na maternidade.
3- Direito a acompanhante de livre escolha para a mulher durante toda a internação para o parto e para o recém-nascido de risco, durante a internação.	3.1- Direito a acompanhante.
4- Vigilância e monitoramento das condições de saúde, por meio de indicadores de morbimortalidade materno-neonatal.	4.1- Monitoramento de indicadores da atenção ao parto e nascimento e de vigilância da mortalidade e de morbidades severas (eventos sentinelas) materna e neonatal.
5- Valorização da ambiência, segundo as normas e legislação vigentes.	5.1- Ambiência adequada às boas práticas de atenção ao parto e nascimento.
6- Gestão Participativa e compartilhada na maternidade, buscando aumentar o grau de corresponsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores.	6.1- Dispositivo de Gestão Colegiada da Maternidade ou da unidade e/ou outros dispositivos de gestão colegiada.
	6.2- Mecanismos de escuta das usuárias/acompanhante e dos trabalhadores
7- Boas Práticas na atenção ao parto e nascimento	7.1- Boas práticas na atenção à mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto e ao recém-nascido

6.5.1 Análise documental

A análise documental objetiva obter informações sobre a gestão dos serviços, processo de trabalho da equipe e organização do cuidado com o usuário. Os documentos a serem analisados serão aqueles referentes aos indicadores da maternidade (previamente solicitados).

Para a checagem dos indicadores, os gestores receberão previamente uma lista com todos os documentos que deverão providenciar. Elaborou-se um *check list* (Apêndice A) para facilitar a conferência dos mesmos.

Embora a avaliação destes documentos pareça normativa, sua organização pela maternidade tem caráter indutivo. Alguns destes documentos são indicadores da qualidade da assistência, indicadores de morbimortalidade, bem como Normas, Rotinas e Protocolos, planilhas de análises de dados, entre outros documentos que ajudarão a induzir mudanças no processo de trabalho e na gestão. Uma cópia de cada um destes documentos deverá ser

entregue ao pesquisador no primeiro dia de trabalho de campo. Deverão ainda ser coletados dados dos prontuários das puérperas selecionadas para preenchimento do Formulário de Análise Documental (Apêndice B).

6.5.2 *Entrevistas*

Para as entrevistas, serão considerados informantes-chave gestores da maternidade, profissionais de saúde e usuárias. A entrevista visa a verificar a percepção dos diferentes atores quanto às mudanças do modelo de gestão e atenção nos serviços que realizam partos, focando o acesso, acolhimento, classificação de risco, gestão participativa, vigilância e monitoramento de indicadores da maternidade relacionados à saúde materna e infantil, resolubilidade e incorporação das Boas Práticas do parto e nascimento.

Para realização da entrevista com os gestores sugerimos que esta seja feita em reunião com diferentes diretores da maternidade, pois se entende que há perguntas de diferentes domínios, e que um único gestor não teria todo o conhecimento necessário para responder às questões formuladas. Além disso, ainda se promove um momento de reflexão coletiva. No Apêndice C está descrito o roteiro/questionário de entrevista com os gestores.

As entrevistas com trabalhadores e puérperas serão realizadas individualmente, considerando os critérios de seleção já referidos. Para a entrevista com os trabalhadores deverá ser utilizado um segundo questionário (Apêndice D). Para a entrevista com as usuárias dos serviços, será utilizado um terceiro questionário de entrevista (Apêndice E).

6.5.3 *Observação*

A observação direta objetiva avaliar os processos de cuidado e as condições de infraestrutura, planta física, equipamentos, materiais, insumos e equipe da Maternidade. Será realizada a partir de roteiro de observação *in loco* previamente elaborado (Apêndice F). Para isso, o avaliador deverá ser acompanhado por um profissional do hospital/maternidade.

6.6 Logística da coleta de dados

Para a coleta de dados, o grupo de pesquisa será composto por coordenadores, supervisores e pesquisadores de campo. Serão designados de dois a quatro pesquisadores de campo por maternidade. A coleta de dados acontecerá em dois momentos: consulta às bases de dados disponíveis no DATASUS sobre os Estabelecimentos e avaliação externa.

6.6.1 Consulta às bases de dados

Antes de ir à maternidade, a equipe de avaliadores deverá consultar os sistemas de informação do SUS e outras fontes de dados secundários (censo, SINACS, IBGE, SINES, SIH) como parte da etapa de reconhecimento prévio do estabelecimento. Devem-se incluir dados dos cenários micro políticos locais.

6.6.2 Avaliação Externa

Ao chegar à maternidade os pesquisadores de campo deverão apresentar-se ao Diretor Geral ou a quem estiver respondendo por ele. Deverão informar os objetivos da pesquisa, bem como fazer uma síntese da metodologia que será utilizada. Após este contato inicial, deverá agendar a entrevista com os gestores, que deverá ser realizada com a presença de, pelo menos, dois pesquisadores. Os pesquisadores deverão pedir os documentos previamente solicitados e solicitar a indicação de quem será o responsável por acompanhar a equipe de pesquisadores.

Deverão então fazer uma visita guiada aos setores da maternidade. Recomenda-se fazer uma sistematização da área (mapeamento): andar/percorrer o local para fazer um reconhecimento geral da área (porta de entrada, recepção, admissão, setor de observação, enfermaria para gestante de alto risco, ambiente pré-parto, salas PPP (pré-parto, parto e pós-parto) e salas de parto (centro de parto/centro obstétrico), alojamento conjunto, Unidade Neonatal e outros, para definição dos setores que deverão ser visitados.

A partir das necessidades específicas de cada serviço, a equipe de campo deverá planejar o caminho a ser percorrido. Uma opção é o caminho feito da puérpera, ou seja: recepção/acolhimento/admissão; internação materna (pré-parto ou PPP, internação clínica ou observação); internação neonatal (UTIN, UCINCo, UCINCa e outros). Acompanhar o máximo de partos que for possível. Deverão fazer a distribuição das tarefas entre si.

Durante o trabalho de campo, cada dia deve ser planejado previamente, de acordo com as observações do dia anterior e as pistas das entrevistas que vão sendo realizadas. A equipe de pesquisadores de campo deverá enviar para seu supervisor relatório com a síntese das impressões, registro das dificuldades, dúvidas, problemas, dentre outras informações pertinentes, ao final da avaliação de cada maternidade. O supervisor, por sua vez, deverá acionar os coordenadores sempre que necessário.

6.7 Seleção e Treinamento da equipe de coleta de dados

Antes de iniciar a coleta dos dados será realizado treinamento com a finalidade de garantir a padronização das equipes e o bom desenvolvimento do trabalho de campo.

Inicialmente será feita uma seleção dos potenciais candidatos e, posteriormente, a capacitação propriamente dita dos avaliadores e supervisores do trabalho de campo.

Serão pré-requisitos para participação no processo seletivo: ser maior de 18 anos; ter disponibilidade de tempo para dedicar-se ao trabalho de campo durante o período de coleta; ter disponibilidade para viajar pelo Brasil; ter habilidades em comunicação e informática, com ênfase em internet, Excel e Word; ter concluído o Ensino Superior em cursos da área da saúde, preferencialmente Medicina ou Enfermagem; ter experiência de, no mínimo, dois anos em hospital que realiza partos.

A princípio, sugere-se que a capacitação tenha carga-horária de 60 horas, sendo 40 horas presenciais. Pretende-se realizar uma capacitação inicial, envolvendo todos os coordenadores e supervisores, provavelmente em Brasília – DF. Essas mesmas capacitações deverão ser reproduzidas posteriormente no processo de seleção/capacitação dos avaliadores. Serão abordados, pelo menos, seis unidades didáticas:

1. Apresentação dos candidatos: será feita uma rodada de apresentações a fim de conhecer melhor os candidatos, suas expectativas, motivações, interesses, expertise, potencialidades e fragilidades, Nesta ocasião, avalia-se desde a capacidade de articulação e desenvoltura, até habilidades cognitivas e comportamentais;
2. Apresentação do Projeto de Pesquisa: será feita apresentação do Projeto e discussão com o grupo. Serão discutidos seus pressupostos teóricos, estratégias metodológicas, incluindo o Instrumento de coleta de dados e logística. Pediremos que apresentem suas dúvidas;
3. Apresentação da Portaria da Rede Cegonha e do Manual de Boas Práticas ao Parto e Nascimento. Estes são documentos que subsidiam a construção do Projeto. Serão, portanto, discutidos no treinamento;
4. Manuseio dos *tablets* e aplicação dos instrumentos de coleta de dados: serão efetuadas atividades práticas (leitura no *tablet*, simulação de aplicação dos módulos – *hole playing*, envio dos dados, edição de dados, além de treinar ações elementares como ligar/desligar, carregar, habilitar WiFi, fazer fotos e vídeos, enviar arquivos, acionar GPS, etc.). Pretende-se avaliar as competências e habilidades no manuseio de tecnologias “informacionais”;
5. Discussão dos direitos e deveres: serão abordados os aspectos relacionados às receitas, despesas, aspectos contratuais, etc, além de questões relacionais, comportamentais e éticas inerentes a este trabalho.
6. Realização de piloto: simulação do trabalho em Maternidade não incluída na amostra.

6.8 Processamento e Análise estatística

6.8.1 Análise quantitativa

Os dados serão coletados em formulário eletrônico, especificamente construído para esta pesquisa. Após definição dos itens que comporão cada Módulo, uma equipe de programação deverá desenvolver um software para a coleta dos dados em sistema operacional *android*, compatível com *tablets e smartphones e Microsoft Windows em netbooks e/ou notebooks*. Toda a etapa de coleta de dados será, portanto, informatizada, reduzindo custos com reprodução em papel e posterior digitação, bem como eliminando os erros de digitação. A programação prevê a impossibilidade de digitação de valores diferentes dos previamente listados pelo sistema nas questões de caráter fechado, bem como a impossibilidade de avançar para outra diretriz, sem o preenchimento de todos os dispositivos, reduzindo a perda de dados.

No momento do preenchimento de cada módulo da avaliação no sistema, o avaliador estará habilitado para salvar as informações. As avaliações digitadas e salvas serão armazenadas nos servidores do Ministério da Saúde. Cada formulário será posteriormente checado pelas equipes de coordenação para fins de análise de consistência e validação dos dados. Em caso de dúvidas ou falhas no preenchimento, os avaliadores e supervisores serão devidamente contatados, bem como será checado o diário de bordo, e, se necessário, a avaliação será refeita.

Serão realizadas análises estatísticas descritivas, estimando-se médias (\pm desvios-padrão) e medianas (\pm desvios interquartílicos) para as variáveis numéricas, bem como frequências absolutas e percentuais para as qualitativas. Serão confeccionados gráficos de diferentes tipos (*box-plot*, histograma, setores, colunas, etc.) e tabelas de frequências. O teste de *Shapiro Wilk* será utilizado para avaliar a normalidade na distribuição dos dados. Serão realizadas ainda análises estratificadas por macrorregião, porte da maternidade, etapa de adesão, dentre outras variáveis. A comparação das frequências será realizada pelos testes exato de Fisher, Qui-quadrado, Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis (amostras independentes, comparando-se os dados de uma mesma avaliação) e pelos testes de McNemar e Wilcoxon (amostras dependentes – comparando-se os dados entre as avaliações repetidas).

Serão processadas análises estratificadas por região geográfica e para todo o Brasil. O nível de significância de 5% será adotado para rejeição das hipóteses nulas. As análises serão efetuadas no *software Stata*, versão 12.0.

6.8.1 Análise qualitativa

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2007), é aquela que busca compreender o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais. Será uma pesquisa do tipo estratégica com a finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade, considerada a mais adequada para as investigações sobre saúde.

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa assim como o objeto não é um dado inerte e neutro, está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações (CHIZZOTTI, 2006).

Com base em Minayo (2007) percebemos que são dois os caminhos do trabalho qualitativo: no primeiro são elaboradas suas teorias, seus métodos, seus princípios e se estabelecem seus resultados; enquanto que no segundo inventam-se e ratificam-se caminhos, abandonando certas vias e seguindo outras. Definir o nível simbólico dos significados e da intencionalidade, constituir-lo como um campo de investigação e atribuir-lhe um grau de sistematicidade pelo desenvolvimento de métodos e técnicas têm sido as tarefas e os desafios dos pesquisadores que trabalham com a abordagem qualitativa.

Para a análise dos dados qualitativos, será selecionada uma sub amostra constituída pelas maternidades com menor e maior número de leitos obstétricos de cada Unidade Federativa do país. Caso a Maternidade com maior número de leitos não seja referência para gestação de alto risco (GAR), esta será substituída pela maior maternidade com GAR. A amostra qualitativa não é aleatória. A escolha da amostra, portanto, será segundo as Maternidades escolhidas, buscando contemplar o universo do estudo.

Na pesquisa qualitativa, a amostra ideal é aquela que reflete o conjunto de suas múltiplas dimensões e o número de entrevistas considerado relevante para a análise, e este, será definido mediante as convergências e divergências sobre o tema que venham a se refletir nas diferentes falas (MINAYO, 2007).

Como nesta pesquisa, as entrevistas não serão gravadas; mas as falas dos sujeitos serão anotadas pelos pesquisadores de campo, as análises serão realizadas sobre os discursos dos sujeitos, a partir da perspectiva dos pesquisadores de campo.

A análise qualitativa será realizada com os dados obtidos das questões abertas das entrevistas com gestor, trabalhadores e puérperas e do roteiro de observação.

Será realizada análise de modalidade temática. A análise do material coletado busca atingir os significados manifestos e latentes das falas. Segundo Minayo (2007), a Análise Temática, uma modalidade da técnica de Análise de Conteúdo, é muito adequada à

investigação qualitativa do material sobre saúde. O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente do texto analisado (MINAYO, 2007).

A operacionalização da análise temática desdobrar-se-á em três fases: 1) a ordenação dos dados, que corresponderá à etapa de organização das respostas dos sujeitos, de acordo com a pergunta e por respondente (gestor, trabalhadores e puérperas e do roteiro de observação); 2) leitura flutuante e exaustiva do material. Serão realizadas leituras verticais e horizontais das questões; e 3) extração dos núcleos dos sentidos.

6.9 Acompanhamento e Mecanismos de transferência dos resultados

Haverá um supervisor responsável por cada 2 a quatro equipes, bem como um coordenador de logística, ambos responsáveis pelo acompanhamento mais detalhado da coleta de dados.

Cada equipe de avaliadores deverá confeccionar, em conjunto com supervisor e coordenação, um planejamento detalhado das rotas, contendo datas prováveis de avaliação, bem como as características das maternidades (obtidas a partir de dados secundários) antes da entrada em campo.

Além disso, cada dupla deverá enviar à Supervisão/Coordenação um relatório de atividades ao final da avaliação de cada maternidade. Supervisores e avaliadores deverão ter contato, no mínimo, semanal durante o processo de coleta de dados. Ademais, serão feitas reuniões mensais com a equipe de coordenação, supervisão e avaliadores para acompanhamento do processo.

Os supervisores e coordenadores de logística deverão fazer o acompanhamento dos questionários de forma online no aplicativo eletrônico, a fim de certificarem-se de que as avaliações foram efetivamente realizadas nas quantidades pactuadas. Deverão validar os dados corretos e invalidar eventuais questionários enviados erroneamente (incompletos, preenchidos com erros, etc). Ao final deve-se gerar um parecer apontando o erro, para que seja realizado novo preenchimento eletrônico dos dados.

Serão confeccionados Relatórios para os Gestores – contendo gráficos e tabelas, que serão interpretados, resumindo os principais achados e apontando possíveis estratégias de ação para superar os problemas encontrados – a serem entregues aos gestores nos diversos níveis hierárquicos do SUS, a fim de subsidiar o planejamento/implementação de políticas públicas.

Pretende-se realizar reuniões técnicas semestrais com o Ministério da Saúde, convidando os gestores estaduais, municipais e locais, bem como membros da equipe técnica deste trabalho. Relatórios anuais serão confeccionados e entregues, conforme cronograma de

trabalho. Um relatório final (ampliado) será entregue no prazo de até cinco meses após o término da vigência desde projeto.

Ademais, o progresso das atividades será monitorado pela Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM/DAPES/SAS/MS), pela UFMA, e pela Fiocruz/RJ, por meio de um sistema informatizado de abrangência nacional, com acompanhamento em tempo real execução do programa no que diz respeito à Fase III - de avaliação externa.

Além disso, a pesquisa será publicada em periódicos indexados e anais de congressos, bem como apresentada em diferentes eventos científicos (jornadas, encontros, congressos, etc.) nacionais e internacionais.

6.10 Considerações éticas

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil. Somente serão incluídos na pesquisa os gestores, profissionais e as usuárias/acompanhantes que concordarem em participar do estudo, após serem convidados e esclarecidos sobre o trabalho. Ao concordarem, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início da coleta dos dados. Será facultada a desistência sem qualquer prejuízo para os participantes, em qualquer etapa da pesquisa. Todos os procedimentos serão efetuados de acordo com os princípios de confidencialidade. Serão respeitados todos os princípios éticos que se referem a pesquisas envolvendo seres humanos, em consonância com a Resolução 466/2012 e suas complementares, que normatizam as pesquisas envolvendo seres humanos.

7. EQUIPE

Coordenadores Gerais:

Universidade Federal do Maranhão - UFMA:

Nome: Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

Endereço comercial: Rua Barão de Itapary, nº 155, Centro, CEP: 65020-070, São Luís, MA, Brasil.

Endereço residencial: Avenida Brasil, Chácara Brasil, nº 792, Turu, CEP: 65066-842, São Luís, MA, Brasil.

Endereço eletrônico: ebthomaz@globo.com

Telefones de contato: (98) 3272 9680 / 3248 5573 / 99988 2611.

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ):

Nome: Maria do Carmo Leal

Endereço comercial: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 809, Manguinhos, CEP: 21041-210, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço residencial: Rua Marquês de Pinedo, 12, apartamento 202, Laranjeiras, CEP: 22231-100, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço eletrônico: ducaleal@gmail.com

Telefones de contato: (21) 2598 2620 / 99601 1163.

Ministério da Saúde – MS

Nome: Maria Cristina de Oliveira Marques

Endereço Comercial: SAF Sul Quadra 2 Ed. Premium Torre II Térreo Sala 18, CEP: 70070-600, Brasília, DF, Brasil.

Endereço residencial: DF 140 Km 5 Condomínio Ecológico Parque do Mirante, Rua Q, Casa 327, CEP: 72565-630, Setor Habitacional Tororó, Brasília, DF, Brasil.

Endereço eletrônico: cristina.marques@saude.gov.br

Telefones de contato: (61) 3315.9124 ou 8124.0124

Equipe de planejamento e execução:

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

- Profa. Dra. Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz (CPF 711.818.223-00)

E-mail: ebthomaz@globo.com

Doutorado em Saúde Pública (Epidemiologia) pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2007), Mestrado em Odontologia (Diagnóstico Bucal) pela Universidade Federal da Paraíba (2001), Especialização em Formação Docente na Área de Vigilância da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fiocruz, Rio de Janeiro (2011) e Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (2000). Atualmente, é Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão, vinculada aos Programas de Pós-Graduação (strictu sensu) em Saúde Coletiva da UFMA, em Odontologia (strictu sensu) da UFMA e da Rede Nordestina de

Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família (RENASF/FioCruz). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde coletiva, epidemiologia, saúde bucal coletiva, maloclusão, câncer bucal, epidemiologia das doenças bucais. Experiência em pesquisa nas áreas de Saúde Bucal Coletiva e Saúde Pública, com ênfase em Epidemiologia.

Atividades a serem desenvolvidas: Coordenação Regional do Projeto (Norte e Nordeste), supervisão de campo, planejamento da pesquisa, análise dos dados, redação dos trabalhos, leitura crítica. Tempo dedicado: 12h/semana.

- Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy (CPF 128.326.933-34)

E-mail: zenilamy@gmail.com

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (1982), Residência Médica em Pediatria (1985) no Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Título de Especialista em Pediatria com habilitação em Neonatologia pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Mestrado em Saúde da Criança (1995) e Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher (2000), ambos pelo Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da UFMA. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFMA) e professora dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil e em Saúde da Família (RENASF). Consultora Nacional da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde. Coordenadora do Projeto de Fortalecimento do Método Canguru em Maternidades Públicas Brasileiras. Bolsista de Produtividade em Pesquisa pela FAPEMA. Membro do Colegiado do Curso de Medicina (UFMA). Experiência na área de Medicina, com ênfase em Saúde Coletiva e em Saúde Materno-Infantil.

Atividades a serem desenvolvidas: Pesquisador. Auxiliará na coordenação do projeto, revisão crítica dos instrumentos de pesquisa e produtos do estudo (relatórios, artigos, etc). Tempo dedicado ao projeto: 8 horas/semana.

- Profa. Dra. Rejane Christina de Sousa Queiroz (CPF 698.466.933-20)

E-mail: queiroz.rejane@gmail.com

Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz (2009), linha de pesquisa em Avaliação de Serviços e tecnologia de Saúde; mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz (2002), linha de pesquisa em Epidemiologia,

especialização em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Maranhão (2003) e graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Pará (1999). Atualmente é Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão. Foi professora da Universidade Federal do Pará e Universidade CEUMA. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase na área de Odontologia em Saúde Coletiva, Saúde da Família, Epidemiologia, Vigilância e Câncer de boca.

Atividades a serem desenvolvidas: Pesquisador. Participará da Coordenação Técnica-pedagógica do projeto, treinamento/capacitação da equipe de coleta de dados, revisão crítica dos instrumentos de pesquisa e produtos do estudo (relatórios, artigos, etc). Tempo dedicado ao projeto: 4-8 horas/semana.

- Profa. Dra. Aline Sampieri Tonello Benazzi (CPF 317.424.058-19)

E-mail: alinetonello@hotmail.com

Graduada em Odontologia pela Universidade do Sagrado Coração (2001). Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva pelo HRAC/US (2003); Mestre em Odontologia, área de concentração Saúde Coletiva pela USC (2005). Doutora em Odontologia, área de concentração Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual de Campinas - FOP/UNICAMP (2010). Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em odontologia social e preventiva, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde coletiva, epidemiologia, saúde bucal, metodologia da pesquisa científica, educação e promoção em saúde, cariologia e trabalho de conclusão de curso. Atualmente é Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Atividades a serem desenvolvidas: Pesquisador. Participará da Coordenação Logística do Projeto, controle de rotas, revisão crítica dos instrumentos de pesquisa e produtos do estudo (relatórios, artigos, etc). Tempo dedicado ao projeto: 4-8 horas/semana.

Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva (CPF 176.754.643-20)

E-mail: aamouradasilva@gmail.com

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (1984), Mestrado (1990) e Doutorado (1997) em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Realizou pós-doutorado em Epidemiologia Perinatal na National Perinatal Epidemiology Unit, Universidade de Oxford, 2003. Atualmente é docente associado IV da Universidade Federal do Maranhão. É pesquisador 1-B do CNPq. É

membro titular do Comitê Assessor da área de Saúde Coletiva e Nutrição do CNPq. É editor associado dos Cadernos de Saúde Pública, editor assistente de Epidemiologia da revista Ciência & Saúde Coletiva e editor de seção da Revista Brasileira de Epidemiologia. É membro da Comissão de Epidemiologia da Abrasco. É revisor de vários periódicos, dentre os quais: Revista de Saúde Pública, BMC Public Health, Paediatric and Perinatal Epidemiology, Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, American Journal of Epidemiology, Social Science & Medicine, PLOS One, Pediatrics, Brazilian Journal of Medical and Biological Research e Cadernos de Saúde Pública. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: baixo peso ao nascer, mortalidade infantil, prematuridade, cesariana e obesidade. Atualmente coordena o segundo estudo de coorte perinatal de São Luís (estudo BRISA), iniciado em 2009, com o objetivo de estudar novos fatores de risco para nascimento pré-termo.

Atividades a serem desenvolvidas: Pesquisador. Participará da Assessoria Científica do Projeto, revisão crítica dos instrumentos de pesquisa e produtos do estudo (relatórios, artigos, etc). Tempo dedicado ao projeto: 4-6 horas/semana.

- Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves (CPF 084.261.711-68)

E-mail: mtseabra@gmail.com

Graduação em Medicina pela Universidade de Brasília (1979), mestrado em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão (1999) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2003). Atualmente é Professora Associada da Universidade Federal do Maranhão e médica do Governo do Estado do Maranhão. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: hiv, hiv/aids, assistência à mulher, quality of care e assistência ao parto.

Atividades a serem desenvolvidas: Pesquisador. Participará da Assessoria Científica do Projeto, revisão crítica dos instrumentos de pesquisa e produtos do estudo (relatórios, artigos, etc). Tempo dedicado ao projeto: 4-6 horas/semana.

- Profa. Dra. Alcione Miranda dos Santos (CPF 641.261.104-53)

E-mail: alcione.miranda@gmail.com

Graduada em Estatística pela Universidade Federal de Pernambuco (1991), mestrado em Estatística pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1996) e doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2003). Atualmente é professora adjunta Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão, na qual vem desenvolvendo atividades de pesquisas em Modelos Estatísticos aplicados Epidemiologia, Redes Neurais Artificiais, Análise de Sobrevivência e Inferência Bayesiana.

Atividades a serem desenvolvidas: Pesquisador. Participará da Assessoria Estatística do Projeto, análise estatística dos dados, revisão crítica dos instrumentos de pesquisa e produtos do estudo (relatórios, artigos, etc). Tempo dedicado ao projeto: 4-8 horas/semana.

- Prof. Dr. Fernando Lamy Filho (CPF 725.080.007-87)

E-mail: lamyfilho@gmail.com

Graduação em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1982), mestrado (1995) e doutorado (2001) em Saúde da Criança e da Mulher - IFF pela Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente é médico do Ministério da Saúde e professor associado da Universidade Federal do Maranhão. Atua também como professor e orientador dos programas de pós-graduação estrito senso, nível mestrado e doutorado, da Universidade Federal do Maranhão, nas disciplinas Metodologia de Pesquisa e Epidemiologia. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Neonatologia e Perinatologia, com linhas de pesquisa nos seguintes temas: Avaliação de Programas e Serviços de Saúde; Baixo peso ao nascer, prematuridade e crescimento intrauterino e seu impacto na morbidade; Magnitude, tendências e fatores associados às mortalidades neonatal e perinatal.

Atividades a serem desenvolvidas: Pesquisador. Participará da Assessoria Científica do Projeto, revisão crítica dos instrumentos de pesquisa e produtos do estudo (relatórios, artigos, etc). Tempo dedicado ao projeto: 4-6 horas/semana.

- Rafiza Félix Marão Martins (CPF 650.742.383-15)

E-mail: rafizafelix@yahoo.com.br

Cirurgiã-dentista formada pela Universidade Federal do Maranhão e Especialista em Política de Saúde da Família pelo Instituto Florence Superior. Atualmente, está cursando o Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão e a Especialização em Ortodontia na Associação Brasileira de Odontologia - Maranhão. Participa de Projetos de pesquisa em Odontologia e Saúde Coletiva.

Atividades a serem desenvolvidas: Apoio logístico. Participará da organização e supervisão de trabalhos de campo, análise de dados e redação de trabalhos. Tempo dedicado ao projeto: 12 horas/semana.

- Elisa Miranda Costa (CPF 035.010.843-90)

E-mail: elisamirandac@hotmail.com

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão. Atualmente, bolsista pela FAPEMA, na categoria de Apoio Técnico a Pesquisador (BATI II). Foi bolsista de iniciação científica no Projeto do CNPq, no período de 2012 a 2014. Desenvolveu atividades na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, relacionado a análises com a técnica CHECKERBOARD, como parte do Projeto de Pesquisa Temático BRISA. Atualmente, está cursando o Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão. Participa de Projetos de pesquisa em Odontologia e Saúde Coletiva.

Atividades a serem desenvolvidas: Apoio logístico. Participará da organização e supervisão de trabalhos de campo, análise de dados e redação de trabalhos. Tempo dedicado ao projeto: 12 horas/semana.

- Ana Basília dos Reis Oliveira (CPF 041.501.963-03)

E-mail: aninhhas2@hotmail.com

Graduanda em Biblioteconomia - Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Graduanda em Pedagogia - Núcleo de Tecnologias para a Educação - UEMANet. Bolsista de Apoio técnico à Pesquisa Científica e Tecnológica - Dep. de Saúde Pública - UFMA, pela Fundação de Amparo à Pesquisa ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FAPEMA - de out. 2011 a out. 2012. Projeto de extensão "Efeito das alterações bioquímicas, endócrinas e comportamentais da gestação na incidência de cárie dentária". Atualmente Bolsista de Iniciação à Extensão PROEXT- UFMA. Projeto "Prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca em Unidades Básicas de Saúde da família na ilha de São Luís - MA". Participa como bolsista de Apoio Técnico do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS (MAQ-AB), atuando como assessor de tecnologia da informação em ambos os 1º e 2º ciclos.

Atividades a serem desenvolvidas: Apoio técnico em secretaria. Participará do apoio técnico aos trabalhos de secretaria no projeto (relatórios, artigos, etc). Tempo dedicado ao projeto: 20 horas/semana.

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

- Profa. Dra. Maria do Carmo Leal (CPF 080.099.615-15)

E-mail: ducaleal@gmail.com

Médica graduada pela Universidade Federal da Bahia, mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz, foi Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz e Diretora da Escola Nacional de Saúde Pública. Docente e Pesquisadora em Saúde Pública e Epidemiologia, orientou mais de 30 alunos de Doutorado e Mestrado. Como pesquisadora, atua principalmente nos seguintes temas: iniquidades em saúde da mulher, criança e adolescente, mortalidade infantil, neonatal e perinatal, parto e nascimento, cuidados básicos em saúde e avaliação de programas. Coordenou a Pesquisa Nacer no Brasil, o primeiro estudo nacional sobre Parto e Nascimento no país.

Atividades a serem desenvolvidas: Coordenação Regional do Projeto (Sul, Sudeste e Centro-oeste). Supervisão de campo, planejamento da pesquisa, análise dos dados, redação dos trabalhos, leitura crítica. Tempo dedicado: 12h/semana.

- Profa. Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama (CPF: 790876637-49)

E-mail: silvana.granado@gmail.com

Epidemiologista com graduação em Enfermagem e Obstetrícia, Mestrado e Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública. Pesquisadora titular em Saúde Pública do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Atual coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz. Experiência em pesquisa e docência na área de Saúde Coletiva, subárea de Epidemiologia. Coordena o grupo de Pesquisa “Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente”, atuando nessa área e em Vigilância em Saúde. Coordenadora de Mestrado Profissional em Epidemiologia das doenças transmissíveis, Piauí.

Atividades a serem desenvolvidas: Pesquisador. Auxiliará na coordenação do projeto, revisão crítica dos instrumentos de pesquisa e produtos do estudo (relatórios, artigos, etc). Tempo dedicado ao projeto: 12 horas/semana.

- Profa. Dra. Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt (CPF: 663533007-00)

E-mail: bittencourtsonia@gmail.com

Possui graduação em Nutrição pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1981), mestrado em Mestre Em Alimentação e Nutrição pelo Instituto de Nutrição de Centro América e Panamá (1990) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2006). Atualmente é pesquisador associado da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: nutrição, pré-natal, epidemiologia, sistema de informação e diarreia.

Atividades a serem desenvolvidas: Pesquisador. Auxiliará na revisão crítica dos instrumentos de pesquisa e produtos do estudo (relatórios, artigos, etc). Tempo dedicado ao projeto: 12 horas/semana.

- Profa. Dra. Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes (CPF 056128768-66)

E-mail: maria@iff.fiocruz.br

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1986), mestrado em Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ (1995) e doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz (2002). Atualmente é pesquisadora e docente da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira, Coordenadora do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde - NATS do IFF e Consultora do Ministério da Saúde. Tem experiência em pesquisa e gestão na área de Saúde da Criança e da Mulher, atuando principalmente nos seguintes temas: avaliação de programas, ações e tecnologias em saúde, assistência perinatal e pediátrica, aleitamento materno e saúde da criança.

Atividades a serem desenvolvidas: Pesquisador. Participará da Assessoria Científica do Projeto, revisão crítica dos instrumentos de pesquisa e produtos do estudo (relatórios, artigos, etc). Tempo dedicado ao projeto: 4-6 horas/semana.

- Dra. Elaine Fernandes Viellas de Oliveira (CPF 07322784-731)

E-mail: elaine.viellas@gmail.com

Nutricionista formada pela Universidade Federal Fluminense, com Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Doutorado em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Atualmente é Pós-doutoranda do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, da ENSP/Fiocruz. Tem experiência em pesquisa e docência na área de Saúde Coletiva, subárea de Epidemiologia, e vem atuando no grupo de pesquisa “Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente” desta instituição.

Atividades a serem desenvolvidas: Pesquisador. Participará da revisão crítica dos instrumentos de pesquisa, da organização e supervisão de trabalhos de campo, análise de dados e produtos do estudo (relatórios, artigos, etc). Tempo dedicado ao projeto: 20h semanais.

- Dra. Ana Paula Esteves Pereira (CPF 080.341.267-30)

E-mail: ana.pep@gmail.com

Possui Graduação (2001) em Nutrição pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Especialização (2003) e Mestrado (2006) em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ e Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ (2012). Tem experiência na área de Epidemiologia em saúde materno-infantil.

Atividades a serem desenvolvidas: Pesquisador. Participará da revisão crítica dos instrumentos de pesquisa, da organização e supervisão de trabalhos de campo, análise de dados e produtos do estudo (relatórios, artigos, etc). Tempo dedicado ao projeto: 20h semanais.

- Ma. Bárbara Vasques da Silva Ayres (CPF 104766147-08)

E-mail: barbara_vsa@yahoo.com.br

Mestre em Ciências na área de Epidemiologia em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro em 2008, ex-acadêmica bolsista da Prefeitura do Rio de Janeiro. Durante a graduação atuou mais no campo de Nutrição Social. Assistente de pesquisa na Fundação Oswaldo Cruz.

Atividades a serem desenvolvidas: Pesquisador. Participará da revisão crítica dos instrumentos de pesquisa, da organização e supervisão de trabalhos de campo, análise de dados e produtos do estudo (relatórios, artigos, etc). Tempo dedicado ao projeto: 20h semanais.

- Ma. Márcia Leonardi Baldisserotto (CPF 00187416-060)

E-mail: mlbaldisserotto@gmail.com

Graduada em psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Possui formação de Doula pelo Instituto Kardaya (Espanha). Participou de projetos de pesquisa relacionados à psicologia perinatal e social que abordavam questões sobre depressão perinatal, relação mãe e bebê, interação familiar e saúde coletiva. Atualmente, faz parte do grupo de pesquisa: “Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente” da ENSP/Fiocruz.

Atividades a serem desenvolvidas: Pesquisador. Participará da revisão crítica dos instrumentos de pesquisa, da organização e supervisão de trabalhos de campo, análise de dados e produtos do estudo (relatórios, artigos, etc). Tempo dedicado ao projeto: 20h semanais.

- Vanessa Eufrauzino Pacheco (CPF 99156016-700)

E-mail: vepacheco@id.uff.br

Graduada em estatística pela Universidade Federal Fluminense. Tem experiência na área de epidemiologia. Mestranda em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz. Atualmente no grupo de pesquisa da saúde da mulher, da criança e do adolescente da ENSP/FIOCRUZ.

Atividades a serem desenvolvidas: Tabulação estatística da análise de dados, organização do banco de dados, criação de tabelas relacionadas à recepção dos dados coletados. Tempo dedicado ao projeto: 12h semanais.

- Monica Arruda de Almeida (CPF 99156016-700)

E-mail: profmonica.arruda@gmail.com

Graduada em Pedagogia pela Universidade do Grande Rio, especialista em Planejamento, Implementação e Gestão da Educação a Distância pela Universidade Federal Fluminense

e em Tecnologia Educacional pela Universidade Cândido Mendes. Atualmente no Grupo de Pesquisa “Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente”, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) FIOCRUZ/RJ.

Atividades a serem desenvolvidas: Apoio técnico em secretaria. Organização da logística de viagens e diárias, solicitação de passagens, controle e operacionalização das rubricas do projeto, emissão de relatório parcial e final. Tempo dedicado ao projeto: 12h semanais.

8. CRONOGRAMA

Ações Estratégicas	2016												2017					2018					
	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan
Tramitação dos documentos nas Instituições de Ensino e Pesquisa, CEP e Fundações	X	X	X																				
Elaboração e discussão dos Instrumentos de Coleta de dados	X																						
Pré-teste dos instrumentos e ajustes finais		X	X																				
Programação dos instrumentos de AE para os <i>tablets</i>		X	X																				
Piloto (simulando 1 dia de trabalho)				X																			
Seleção dos avaliadores da qualidade			X																				
Capacitação dos Avaliadores da Qualidade				X																			
Avaliação externa dos estabelecimentos que realizam partos (Meta 1)					X	X	X	X	X	X	X												
Entrega do Relatório Parcial (Meta 2)											X												
Reunião para discussão do plano de publicização dos dados (Meta 3)											X												
Análise de Dados											X	X	X	X									
Seminários para Discussão dos resultados com as Maternidades e gestores (Meta 4)																X	X	X					
Entrega do Relatório Final (Meta 5)																							

REFERÊNCIAS

1. Bettiol H, Barbieri MA, da Silva AA: Epidemiology of preterm birth: current trends. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010, 32(2):57-60.
2. Boaretto MC. Avaliação da Política de humanização ao Parto e Nascimento no município do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado em Saúde Pública - ENSP]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde (Brasil), FEBRASGO, ABENFO. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 569/GM em 1 de junho de 2000. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: MS; 2000.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.089, de 28 de maio de 2012. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Brasília: MS; 2012.
6. Carneiro Fernando Ferreira et al. Mapeamento de vulnerabilidades socioambientais e de contextos de promoção da saúde ambiental na comunidade rural do Lamarão, Distrito Federal, 2011. *Rev. bras. saúde ocup.* [online]. 2012, vol.37, n.125, pp. 143-148.
7. Chizzoti A. Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais. Rio de Janeiro: Vozes; 2006. 142p.
8. Di Villarosa FN. A estimativa rápida e a divisão do território no Distrito Sanitário – Manual de Instruções – Série desenvolvimento de serviços de saúde 11. Brasília: OPS Representação do Brasil; 1993.
9. Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA: Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol* 1999, 28(4):687-694.
10. Gurgel RQ, Nery AMDAG, Almeida MLD, Oliveira ERR, Lima DDF, Bettiol H, Barbieri MA: [Characteristics of pregnancies, deliveries and newborns in the

- Metropolitan Region of Aracaju, State of Sergipe, Brazil]. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2009, 9:167-177.
11. Gurgel RQ, Nery AMDG, Almeida MLD, Oliveira ERR, Lima DDF, Bettiol H, Barbieri MA: Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Rev Bras Saúde Materno Infantil* 2009, 9(2):167-177.
 12. Lorenzi DRSD, Tanaka ACA, Bozzetti MS, Ribas FE, Weissheimer A: A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. *Cad Saúde Pública* 2001, 17(1):141-146.
 13. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ed. São Paulo: HUCITEC; 2007. 406p.
 14. Organização Mundial de Saúde – OMS. *Care in normal birth: a practical guide*. WHO: Genebra; 1996b.
 15. Organização Mundial de Saúde - OMS. *Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. WHO: Genebra; 1996a.
 16. Pasche, Dário Frederico; Vilela, Maria Esther de Albuquerque; Martins, Cátia Paranhos. *Humanizing childbirth care in Brazil: new ethics requirements for management and care*. *Rev Tempus Actas Saude Col*, 105, 2013.
 17. Passini-Jr R, Tedesco RP, Marba ST, Cecatti JG, Guinsburg R, Martinez FE, Nomura ML: Brazilian multicenter study on prevalence of preterm birth and associated factors. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010, 10:22.
 18. Piovesan, Márcia Franke et al. *Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais*. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2005, vol.8, n.1, pp. 83-95.
 19. Santos IS, Barros AJ: From the uterus to 12 months of age: changes in the maternal-child health profile in three birth cohorts in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 1982-2004. *Cad Saude Publica* 2008, 24 Suppl 3:S368.
 20. Silva AA, Ribeiro VS, Borba AF, Jr., Coimbra LC, Silva RA: Avaliação da qualidade dos dados do sistema de informações sobre nascidos vivos em 1997 - 1998. *Rev Saude Publica* 2001, 35(6):508-514.

21. Tancredi Francisco Bernadini, Barrios Susana Rosa Lopez, Ferreira José Henrique Germann. Planejamento em Saúde. Volume 2, Série Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
22. Tripp David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.
23. Veloso HJ, Silva AA, Barbieri MA, Goldani MZ, Lamy Filho F, Simoes VM, Batista RF, Alves MT, Bettiol H: Secular trends in the rate of low birth weight in Brazilian State Capitals in the period 1996 to 2010. Cad Saude Publica 2013, 29(1):91-101.
24. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL: Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet 2011, 377(9780):1863-1876.
25. WHO: Appropriate technology for birth. Lancet 1985, 2(8452):436-437.
26. Sumário Executivo Nacer no Brasil, 2014. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nacerweb.pdf>