



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas - FACE

Departamento de Gestão de Políticas Públicas - GPP

PATRÍCIA MARQUES DA SILVA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À MORTALIDADE MATERNA NO
BRASIL: análise da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2003-
2014)**

Brasília – DF

2023

PATRÍCIA MARQUES DA SILVA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL: análise da efetividade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2003/2014)

Monografia apresentada ao Departamento de Gestão de Políticas Públicas como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Professora Orientadora: Dr^a Ana Paula Antunes Martins

Brasília – DF
2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

MD111p Marques da Silva, Patrícia
POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À MORTALIDADE MATERNA
NO BRASIL: análise da Política Nacional de Atenção Integral à
Saúde da Mulher (2003-2014) / Patrícia Marques da Silva;
orientador Ana Paula Antunes Martins. -- Brasília, 2023.
48 p.

Monografia (Graduação - Gestão de Políticas Públicas) --
Universidade de Brasília, 2023.

1. Políticas Públicas . 2. Saúde da Mulher. 3.
Mortalidade Materna. 4. Políticas Públicas de Gênero . I.
Antunes Martins, Ana Paula, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo primeiramente aos meus pais Antonio Marcos e Iranilce por todo o apoio durante a minha formação, além de todo o amor, carinho e incentivo. Também agradeço a Deus e Nossa Senhora Aparecida, que me deram força para concluir essa etapa.

Agradeço pelo apoio dos meus queridos amigos e por todos os momentos que passamos juntos durante esses anos de graduação, sem eles essa caminhada seria incompleta.

Agradeço também a todos os professores de GPP que fizeram parte dessa caminhada. E um agradecimento especial à minha orientadora e professora, Dr^a Ana Paula Antunes Martins, pela paciência, dedicação e por aceitar me orientar neste trabalho.

RESUMO

O acesso à saúde pública é um dos grandes problemas que ainda existem no Brasil. E quando é feito um recorte de gênero esse acesso é ainda pior. As mulheres sempre fizeram parte de um dos grupos mais excluídos da sociedade e o seu acesso a serviços básicos sempre foi dificultado. O surgimento de movimentos feministas foi essencial para que os direitos básicos das mulheres fossem atendidos, ainda que de forma incompleta. Assim, a partir desses movimentos surgem as primeiras políticas públicas voltadas para as mulheres e os primeiros programas voltados para a saúde da mulher. Mesmo com a emergência dessas políticas, as violações de direitos ainda persistem no Brasil. Uma delas, que figura entre as mais importantes, é a mortalidade materna. Deste modo, este trabalho busca apresentar como se deu o surgimento das primeiras políticas públicas voltadas para a saúde da mulher e qual o foi o processo que resultou na criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). O principal objetivo do trabalho é analisar os dados de mortalidade materna no Brasil e observar o impacto da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Assim, para chegar aos resultados, foi feita uma pesquisa de métodos mistos, com fontes secundárias de dados. Foi feita uma análise documental da PNAISM e grande parte dos dados utilizados foram extraídos das bases de dados do Ministério da Saúde, principalmente da plataforma DATASUS, além do Manual dos Comitês de Mortalidade Materna e os relatórios Saúde Brasil dos anos de 2017, 2018 e 2019. Foi possível observar que durante o período observado ocorreram oscilações nos índices de mortalidade materna e que a situação se agravou com o surgimento da Covid-19.

Palavras-chave: mortalidade materna; saúde da mulher; políticas públicas.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS:

FIGURAS

FIGURAS

Figura 1 -	Esquema síntese de atenção à saúde das mulheres.....	24
Figura 2 -	Método de cálculo da Razão de Mortalidade Materna.....	31

QUADROS

Quadro 1 -	Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	20
Quadro 2 -	Objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	21
Quadro 3 -	Objetivos específicos e estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	22

TABELAS

Tabela 1 -	Mortes maternas declaradas - 2003.....	33
Tabela 2 -	Mortes maternas declaradas - 2014.....	33
Tabela 3 -	Taxa de Mortalidade Materna entre 2003-2014.....	34
Tabela 4 -	Antes e depois da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	41

GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Razão de Mortalidade Materna por 100 mil nascidos vivos (1990-2016).....	32
Gráfico 2 -	Razão de Mortalidade Materna (para cada 100 mil nascidos vivos).....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

RMM - Razão de Mortalidade Materna

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 Introdução	8
1.1 Contextualização	8
1.2 Objetivos geral e específicos	10
1.3 Justificativa	11
2 Referencial Teórico	12
2.1 Políticas Públicas de Gênero	12
2.2 Programas e Políticas Públicas da Saúde da Mulher no Brasil	14
2.2.1 Contextualização do período	14
2.2.2 Programas e políticas	15
2.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	18
2.4 Mortalidade Materna e seus indicadores	24
2.4.1 Mortalidade e Morbimortalidade	24
2.4.2 Mortalidade Materna no Brasil e seus indicadores	24
3 Métodos e técnicas de pesquisa	27
4 Análise de dados e resultados	30
4.1 Mortes maternas 2003-2014	30
4.2 Mortalidade Materna e COVID-19	34
5 Considerações finais	37
Referências	39

1 Introdução

1.1 Contextualização

As mulheres são, historicamente, um dos grupos mais vulnerabilizados da sociedade. Podemos constatar essa vulnerabilidade quando observamos, por exemplo, os altos números de feminicídios no Brasil, a precarização do trabalho, a desigualdade no mercado de trabalho e o baixo índice de representação política. Nas últimas décadas essa questão se tornou o foco de vários estudos e muito se fala sobre como solucionar esse problema.

A partir da metade do século XX, os movimentos feministas passaram a cobrar de forma mais rígida equidade entre homens e mulheres, além de exigir direitos básicos para as mulheres. Esses movimentos foram essenciais para que a saúde da mulher passasse a fazer parte das agendas de políticas públicas.

A saúde pública também surge como um dos maiores problemas públicos brasileiros. E quando fazemos um recorte de gênero esse problema é ainda pior. Apenas no século XX especificidades das mulheres passaram a ser nominalmente consideradas nas políticas de saúde, com o surgimento dos primeiros programas voltados para esse público. Contudo, a atenção ainda era voltada apenas para as mulheres grávidas.

Durante todo o século XX, novos programas e novas políticas foram surgindo para tentar atender todas as mulheres e todas as suas necessidades. Em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), visto como um marco e uma das primeiras soluções relativamente eficazes para a solução deste problema. Era um programa que buscava mudar os critérios de atendimento e a hierarquia das políticas e programas anteriores.

Em 1988, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), surge um novo olhar sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. A saúde da mulher passa a ter mais prioridade. A criação do SUS tem grande influência na implementação do PAISM e na descoberta de várias limitações e obstáculos do programa.

Para tentar resolver os problemas e as lacunas encontrados no PAISM foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM),

implementada no ano de 2004. Um dos principais objetivos desta política é a promoção da saúde da mulher e também garantir o acesso à saúde de forma plena por todas as mulheres.

Apesar da criação de políticas e dos avanços na área da saúde, persistem muitos problemas relacionados à saúde da mulher. Um dos principais problemas que ocorrem e que podem ser evitados ou controlados é a mortalidade materna. É um problema grave que ocorre em várias regiões do mundo e que necessita de muita atenção.

O conceito de morte materna, segundo o Manual de Comitês de Mortalidade Materna, elaborado pelo Ministério da Saúde é:

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais. (BRASIL, 2007, p.12)

Dados publicados pelo Jornal da USP (2022) demonstram que “Conforme dados registrados no Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, em 2021, o País teve média de 107 mortes a cada 100 mil nascimentos”, o que segundo o jornal mostra como a realidade do Brasil é bem diferente dos países da Europa, que diminuem seus índices de mortalidade materna a cada ano.

A mortalidade materna de um país pode indicar o quão desenvolvido o país é, a partir de seus índices. A redução dos índices de mortalidade materna é um dos objetivos presentes na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Além disso, a redução da mortalidade materna também está presente na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU).

A Agenda 2030 contém as Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. A Agenda apresenta 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). O objetivo 3 trata de Saúde e Bem-Estar e uma das metas presentes neste objetivo, segundo a ONU (2015) é: “Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos”.

Além da ODS número 3 é importante citar a ODS 5 que busca alcançar igualdade de gênero e também empoderar todas as mulheres e meninas. A meta 5.6 da ODS 5 fala sobre a garantia ao acesso a saúde sexual e reprodutiva:

Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a

Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão. (ONU, 2015)

A Agenda 2030 traz importantes metas a serem cumpridas globalmente. Muitas das metas presentes buscam assegurar que os direitos das mulheres sejam garantidos.

1.2 Objetivos geral e específicos

Nesse sentido, esse trabalho busca responder a seguinte pergunta: a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher influenciou nos índices de mortalidade materna no Brasil, comparando os anos de 2003 e 2014? Assim, o objetivo geral do trabalho é analisar os dados de mortalidade materna no Brasil e observar o impacto da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Em relação ao período escolhido, foi feita uma comparação entre os anos de 2003 e 2014. Assim, foram comparados o ano anterior à criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o ano em que a PNAISM completou 10 anos.

Ademais, o presente trabalho, para alcançar o objetivo geral da pesquisa, também buscou entender os seguintes objetivos específicos:

- Definir o que são Políticas Públicas e o qual a importância das questões de gênero na criação de Políticas Públicas;
- Analisar as transformações das políticas de saúde da mulher no Brasil até a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Descrever a Mortalidade materna e quais são seus indicadores, além de apresentar a importância desses indicadores;
- Observar se após a implementação da PNAISM houve mudanças nos índices de mortalidade materna no Brasil, comparando os anos de 2003 (o ano anterior a criação da política) e 2014 (dez anos após a criação da política).

Assim, esse trabalho está dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta a contextualização, os objetivos gerais e específicos e a justificativa da pesquisa.

O segundo capítulo apresenta o referencial teórico, que foi dividido em quatro tópicos. O primeiro trata de políticas públicas e políticas públicas de gênero e seu

processo histórico. O segundo apresenta os programas e políticas públicas de saúde da mulher no Brasil ao longo dos anos e como foi possível chegar a essas políticas. Ademais, é apresentada a importância da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu papel nesses processos.

O terceiro tópico apresenta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e seus principais objetivos, além de apresentar as principais diretrizes da política. O quarto e último tópico do referencial teórico trata da mortalidade materna no Brasil e seus indicadores. São apresentados os conceitos de mortalidade materna, seus indicadores e qual a importância dos mesmos. Além de demonstrar como a mortalidade materna é tratada no Brasil e em outros países ao redor do mundo.

No terceiro capítulo é apresentada a metodologia e os instrumentos que foram utilizados na pesquisa. A pesquisa, de caráter qualitativo, foi feita por meio de uma análise documental da PNAISM e de bases de dados do Ministério da Saúde. No quarto e último capítulo são apresentados os resultados obtidos com a pesquisa e as discussões.

1.3 Justificativa

A escolha do tema se deu por conta da importância do gênero como uma importante categoria de análise e de formulação de políticas para as mulheres e também por conta dos números de mortes maternas no Brasil continuarem elevados e longe de cumprir a meta da Agenda 2030 da ONU. Segundo o Fundo de Populações das Nações Unidas, essa situação piorou durante a pandemia de Covid-19:

A razão de mortalidade materna no Brasil, que registra as mortes relacionadas a complicações no parto, gravidez e puerpério em relação aos nascidos vivos, aumentou 94% durante a pandemia da Covid-19, retrocedendo a níveis de duas décadas atrás. O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), agência da ONU para assuntos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, alerta para a gravidade do problema e apela por mais investimentos para fortalecer a cobertura e qualidade dos serviços de saúde materna. (UNFPA, 2022)

Essa pesquisa justifica-se pela importância da criação e implementação de Políticas Públicas de Saúde da Mulher efetivas e que incluam todas as mulheres e também por ser necessário entender como a mortalidade materna pode estar ligada ao desenvolvimento de um país.

Também busca analisar como a criação de políticas públicas com perspectiva de gênero, principalmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

(que tem entre seus objetivos gerais a redução de mortes de mulheres), influenciam na promoção da saúde da mulher e propõem alternativas para a redução da mortalidade materna no Brasil.

É necessário que as discussões sobre esse grave problema, que ainda está muito presente no Brasil, sejam aprofundadas. Ademais, essa pesquisa também se faz necessária para novas contribuições e melhorias para as políticas de saúde das mulheres, que passaram por um desmonte nos últimos anos.

2 Referencial Teórico

Levando em consideração todos os conceitos até aqui apresentados e todo o contexto que é necessário para entendermos os objetivos específicos deste trabalho, o presente referencial teórico busca apresentar, em um primeiro momento, o que são Políticas Públicas de Gênero. Logo em seguida é apresentada uma discussão sobre as Políticas Públicas da Saúde da Mulher no Brasil e seu avanço. É apresentada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, os principais objetivos e diretrizes dessa política. E, por fim, é apresentado o conceito de Mortalidade Materna, seus indicadores e sua importância

2.1 Políticas Públicas de Gênero

Antes de falar sobre o conceito de Políticas Públicas de Gênero é necessário entender o conceito de Políticas Públicas. Existem várias definições sobre esse conceito e também vários autores que são considerados os fundadores dessa área de Políticas Públicas. Entre os principais autores podemos citar Harold Lasswell, que foi responsável por apresentar “[...] a expressão análise de Política Pública (Policy Analysis).” (AGUM, RISCADO, MENEZES, 2015, p.14).

Sousa (2006) afirma que “Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública.”. A autora ainda cita algumas das principais definições:

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer” (SOUSA, 2006, p.24)

Em relação aos estudos de gênero, Farah (2004) traz uma definição sobre a implementação de políticas públicas com recorte de gênero:

Políticas públicas com recorte de gênero são políticas públicas que reconhecem a diferença de gênero e, com base nesse reconhecimento, implementam ações diferenciadas para mulheres. Essa categoria inclui, portanto, tanto políticas dirigidas a mulheres – como as ações pioneiras do início dos anos 80 – quanto ações específicas para mulheres em iniciativas voltadas para um público mais abrangente. (FARAH, 2004, p.51)

Já, segundo Souto (2008), o gênero vai ser uma categoria de análise que é importantíssima para a construção social e cultural das diferenças sexuais. Assim, o gênero vai ser uma categoria de grande importância para criação e implementação de políticas públicas.

A questão de gênero ganhou mais destaque nos estudos e pesquisas nas últimas décadas, mas, apesar de ganhar mais espaço, essa questão ainda não está presente de forma ampla. Farah (2004) afirma que a partir da década de 1970 o campo dos estudos de gênero se consolidou, principalmente por conta do crescimento dos movimentos feministas no Brasil. Mas, apesar de tudo, a autora afirma que “A incorporação da perspectiva de gênero por políticas públicas é, no entanto, um tema ainda hoje pouco explorado.” (FARAH, 2004, p.47)

No ano de 1994 foi realizada, no Cairo, a Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento - Plataforma de Ação do Cairo. A conferência foi de grande importância para o avanço na garantia dos direitos reprodutivos das mulheres e também para o avanço de políticas e programas voltados para a saúde da mulher. Foram feitas diversas recomendações de melhorias para os países que participaram da Conferência.

O cumprimento das recomendações da Conferência vai acontecer segundo uma série de princípios, de acordo com o Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma Cairo. O Princípio 8 trata da saúde reprodutiva:

Toda pessoa tem direito ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental. Os estados devem tomar todas as devidas providências para assegurar, na base da igualdade de homens e mulheres, o acesso universal aos serviços de assistência médica, inclusive os relacionados com saúde reprodutiva, que inclui planejamento familiar e saúde sexual. Programas de assistência à saúde reprodutiva devem prestar a mais ampla variedade de serviços sem qualquer forma de coerção. Todo casal e indivíduo têm o direito básico de decidir livre e responsavelmente sobre o número e o espaçamento de seus filhos e ter informação, educação e meios de o fazer. (UNFPA, 2007, p. 43)

Em 1995, foi realizada na China, a Conferência Mundial sobre a Mulher, o tema central desta conferência foi “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz.” Nesta conferência o conceito de gênero foi definido para uma agenda internacional e também para um empoderamento das mulheres e transversalidade das políticas públicas com uma perspectiva de gênero. Assim, são estabelecidas 12 áreas de preocupação sobre os direitos das mulheres e meninas, entre elas está presente a área de Mulheres e saúde.

É importante lembrar que, apesar de uma determinada política ser voltada para as mulheres, não necessariamente a política vai incorporar uma abordagem de gênero (SOUTO, 2008). A autora ainda afirma que existe “[...] a necessidade de se considerar a integralidade e a perspectiva de gênero nas práticas de saúde, desde a formulação da política até a sua execução pelos profissionais, gestores da saúde e usuários (as) [...]” (SOUTO, 2008, p.166)

O termo “integral” vai ser destaque nos títulos de diversos programas e políticas, entre eles o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e também na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e isso mostra que, nesses programas/políticas de saúde da mulher, a atenção tem que ser integral (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Medeiros e Guareschi (2009) afirmam que “Ao falar-se em políticas públicas de saúde a partir do SUS, o termo “atendimento integral/integralidade” está sempre presente e é central para toda e qualquer discussão.” (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p.32).

As questões de gênero se mostraram um dos fatores mais importantes para a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), segundo Souto e Moreira (2021), pois:

A articulação entre a contribuição teórica da categoria de gênero, a mobilização social do movimento feminista por políticas públicas para mulheres e a luta pela democratização do Estado foi decisiva no processo de elaboração, implementação e monitoramento da PNAISM, como se pode constatar na sua trajetória. (SOUTO;MOREIRA, 2021, p.837)

Assim, podemos observar como o gênero é um fator importantíssimo para as políticas públicas e que foi muito importante para a construção da PNAISM. Os estudos de gênero ganharam mais espaço nas últimas décadas e se mostram de grande importância nos dias atuais. A partir dos estudos de gênero e das discussões acerca desse tema surgem os primeiros programas e políticas públicas voltadas para as mulheres.

2.2 Programas e Políticas Públicas da Saúde da Mulher no Brasil

2.2.1 Contextualização do período

A partir da segunda metade do século XX, principalmente por conta dos movimentos feministas, a questão da saúde das mulheres ganhou destaque e passou a ter mais importância na agenda de políticas públicas. É nessa época que surgem as primeiras políticas voltadas exclusivamente para a saúde da mulher, já que:

No final dos anos 70 e início dos anos 80 deste século, movimentos em prol da saúde das mulheres surgiram na Ásia, América Latina, Europa e América do Norte (DAWN, 1993). Estes movimentos tinham por finalidade fazer com que as mulheres, tanto individualmente quanto em suas organizações coletivas, pudessem determinar suas próprias vidas reprodutivas e sexuais em condições ótimas de saúde, e bem-estar econômico e social. (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p.152)

Mas, apesar dos avanços no âmbito internacional, e desse um avanço na segunda metade do século XX, no Brasil a saúde da mulher ainda era tratada de forma modesta e o papel da mulher na sociedade ainda era muito pequeno. Isso acontece principalmente porque o país ainda estava no período da Ditadura Militar.

Durante esse período os movimentos feministas tiveram um grande papel na defesa dos direitos das mulheres, além de ser muito importante também período de transição para um novo regime:

No Brasil, os movimentos feministas tiveram grande protagonismo em momentos-chave de nossa história contemporânea, como no processo de transição da ditadura de 1964 para um regime democrático, nos anos 1980, em que se destacaram as disputas para a construção da nova Carta Constitucional de 1988. (PITANGUY apud BIROLI, 2018, p.175)

Mesmo com o fim da ditadura, as mulheres ainda encontram diversos obstáculos para que seus direitos fossem garantidos. Nos anos que sucederam o fim da ditadura os avanços não foram significativos, principalmente em relação aos direitos reprodutivos e direitos sexuais das mulheres.

Os primeiros anos da década de 90 não mostraram mudanças em relação às políticas que eram voltadas para as mulheres e que “[...] os setores conservadores, em seu reagrupamento, aumentavam a espessura das barreiras para a ação das feministas no âmbito estatal.” (BIROLI, 2018, p.189)

Somente no ano de 2003, com o início do primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva e com a criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, que essa situação teve uma melhora e que os movimentos feministas passaram a ter mais espaço para atuar no âmbito federal. (BIROLI, 2018)

Mesmo com todos os obstáculos, Biroli (2018) afirma que a partir de 1970 os movimentos feministas vêm atuando para que a saúde da mulher seja uma prioridade:

Os movimentos organizados em defesa da saúde das mulheres têm atuado, a partir dos anos 1970, para promover políticas que permitam ampliar suas possibilidades de autodeterminação. Retomam e atualizam demandas feitas desde o século XIX pelo direito das mulheres a controlar sua sexualidade e sua capacidade reprodutiva [...] (BIROLI, 2018, p.136)

Assim, a partir desses movimentos, as políticas públicas voltadas para as mulheres começam a fazer parte da agenda. Biroli (2018), afirma que a atuação desses movimentos “[...] desaguou numa agenda que ganhou espaço nas políticas, em âmbito nacional e transnacional” (BIROLI, 2018, p. 136). Além disso, as discussões sobre o direito à saúde passaram a considerar o gênero nas políticas (BIROLI, 2018).

Surgem os primeiros programas e as primeiras políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. Mas essas políticas ainda não atendiam todas as mulheres e geraram diversas críticas por parte dos movimentos feministas. Só em 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher essa situação mudou.

2.2.2 Programas e políticas

Apesar de entrar na agenda, as primeiras políticas que foram elaboradas para as mulheres eram voltadas para gravidez e para o parto:

Até a década de 1970, a saúde da mulher era tomada como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão procriativa, especialmente no que se refere aos cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal, enfatizando-se a visão da mulher como mãe. (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p.39)

O fato desses programas e políticas serem voltados apenas para mulheres grávidas gerou diversas críticas, principalmente pelo movimento feminista brasileiro:

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. (BRASIL, 2004, p.15)

O primeiro programa que vai efetivamente atender outros aspectos da saúde da mulher é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O documento com as bases do PAISM foi publicado em 1984. O programa buscava mudar critérios de atendimento e também mudar a hierarquia dos programas anteriores.

O PAISM foi um programa que tinha entre seus princípios e diretrizes propostas como a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, além de propor “[...] a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).” (BRASIL, 2004, p.16)

O PAISM foi um programa que rompeu com a utilização do termo “materno-infantil”, que era o princípio orientador das ações voltadas para a saúde das mulheres (SOUTO;MOREIRA, 2021). Além disso, o programa também foi um marco pois:

[...] significou também um rompimento com uma abordagem controlista, que culpabilizava os corpos grávidos das mulheres pobres. Em resposta, o programa passou a trabalhar os direitos reprodutivos, o direito à concepção e à contracepção com assistência, segurança e autonomia, como decisão da mulher sobre quando, como e quantos filhos deseja ou não ter.” (SOUTO;MOREIRA, 2021, p.833)

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um marco em relação aos serviços de saúde no Brasil e foi muito importante em relação a luta por direitos reprodutivos das mulheres:

A luta pela saúde reprodutiva das mulheres conectava-se com a luta por um sistema de saúde universal, igualitário e gratuito. A consagração na Constituição Federal do Sistema Único de Saúde – SUS – fundado nos princípios da universalidade, igualdade, gratuidade, descentralização, atendimento integral e participação da comunidade- representou uma conquista para a cidadania e um novo paradigma no campo da saúde pública (CAMPOS;OLIVEIRA, 2009, p. 46)

O SUS foi importantíssimo para a ampliação e criação das políticas de saúde da mulher e sua construção tem grande influência na implementação do PAISM. Realizada em 1986, a VII Conferência Nacional de Saúde, foi importantíssima para a construção SUS, já que:

[...] lança os princípios básicos para a formulação de uma nova política de saúde, quais sejam: utilização do conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado; necessidade de controle social das políticas adotadas; e constituição e ampliação do orçamento social.(MEDEIROS; GUARESCHI, 2009,p.34)

Com a criação da Constituição Federal em 1988, que passou a garantir o acesso à saúde pública a todos, o Sistema Único de Saúde foi oficialmente criado. O SUS foi criado por meio da Lei nº 8.080/1990, e essa lei “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL, 1990)

E é a partir da criação do SUS que tem início a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). As trajetórias do SUS e da PNAISM se misturam, principalmente por conta da consolidação da saúde como um direito de todas as pessoas. (SOUTO; MOREIRA, 2021)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) surge com o objetivo de ampliar as ações voltadas para a saúde da mulher. Também foi considerada um marco em relação às políticas de saúde da mulher, pois traz conceitos como integralidade, questão de gênero e também reconheceu os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos (SOUTO; MOREIRA, 2021). Além de ampliar o atendimento para mulheres negras, indígenas e deficientes.

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. (BRASIL, 2004, p.5)

Assim, nessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher já tinha uma abordagem interseccional. A interseccionalidade vai ser uma ferramenta importantíssima de análise:

Conceito elaborado pelas feministas negras nos anos 1980, a interseccionalidade constitui uma ferramenta teórico-metodológica fundamental para ativistas e teóricas feministas comprometidas com análises que identifiquem os processos de interação entre as categorias classe, gênero, e raça em contextos individuais, práticas coletivas e arranjos culturais/institucionais (RODRIGUES apud MAYORGA, 2015, p.184)

A interseccionalidade não trabalha os marcadores de forma isolada e vai ser necessário levar em conta “[...] categorias de classificação dos sujeitos de forma racional e articulada” (MAYORGA, 2015, p.184).

Assim, como já citado anteriormente, a criação da PNAISM foi um marco em relação às políticas de saúde da mulher. A PNAISM buscou atender outros aspectos

da saúde da mulher e também trouxe um novo olhar sobre as necessidades das mulheres.

2.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), como já citado anteriormente, surge com o objetivo de ampliar os serviços e ações voltados para a saúde da mulher. Na PNAISM, a saúde da mulher é vista como uma prioridade, assim o Ministério da Saúde:

[...] considerando que a saúde da mulher é uma prioridade deste governo, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. (BRASIL, 2004, p.5)

De acordo com o documento da PNAISM, no Brasil existem doenças dos países considerados desenvolvidos e também doenças típicas de países subdesenvolvidos. Assim, de acordo com o documento:

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social. (BRASIL, 2004, p.9)

Além dessas doenças consideradas de países subdesenvolvidos (ou em desenvolvimento), o Brasil e outros países ainda enfrentam um outro problema: a violência de gênero, que também pode contribuir para a mortalidade materna. Assim, para tentar reduzir os danos causados por esse tipo de violência “[...] foram estabelecidas como prioritárias as medidas de prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência doméstica e sexual, a partir da indução de políticas locais, por meio de assessoria técnica e financiamento de projetos.” (BANDEIRA, 2014, p.465)

A PNAISM propõe diretrizes para que ocorra uma humanização e a melhora da qualidade de serviços e atendimento. Esses pontos são considerados precários e ainda presentes na atenção à saúde. Foram considerados como base para a

construção da política “[...] os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais[...]” (BRASIL, 2004, p.10).

Algumas das principais diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher são:

Quadro 1 - Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
<ul style="list-style-type: none"> - O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.
<ul style="list-style-type: none"> - A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).
<ul style="list-style-type: none"> - A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.
<ul style="list-style-type: none"> - A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).
<ul style="list-style-type: none"> - As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados

FONTE: Ministério da Saúde/ Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004.

A humanização é um dos principais pontos tratados na PNAISM e vai ser importantíssima para a melhoria dos serviços e do acesso à saúde, já que:

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e

reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado. (BRASIL, 2004, p.59)

Os objetivos gerais da PNAISM, de acordo com o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes”, são:

Quadro 2 - Objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

OBJETIVOS GERAIS POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

FONTE: Ministério da Saúde/ Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004

Além desses objetivos gerais, existem os objetivos específicos e também algumas estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Entre esses objetivos específicos, existem os que buscam a redução da mortalidade materna e melhoria de serviços essenciais às mulheres. São eles:

Quadro 3 - Objetivos específicos e estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS
Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST:	<ul style="list-style-type: none">- fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher;- ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico- ginecológica na rede SUS.

Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes

- construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;
- qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios;
- organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência;
- fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal;
- elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo;
- qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento;
- apoiar a expansão da rede laboratorial;
- garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes;
- melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna.

<p>Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres</p>	<p>- promover a integração com o movimento de mulheres feministas no aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher</p>
---	--

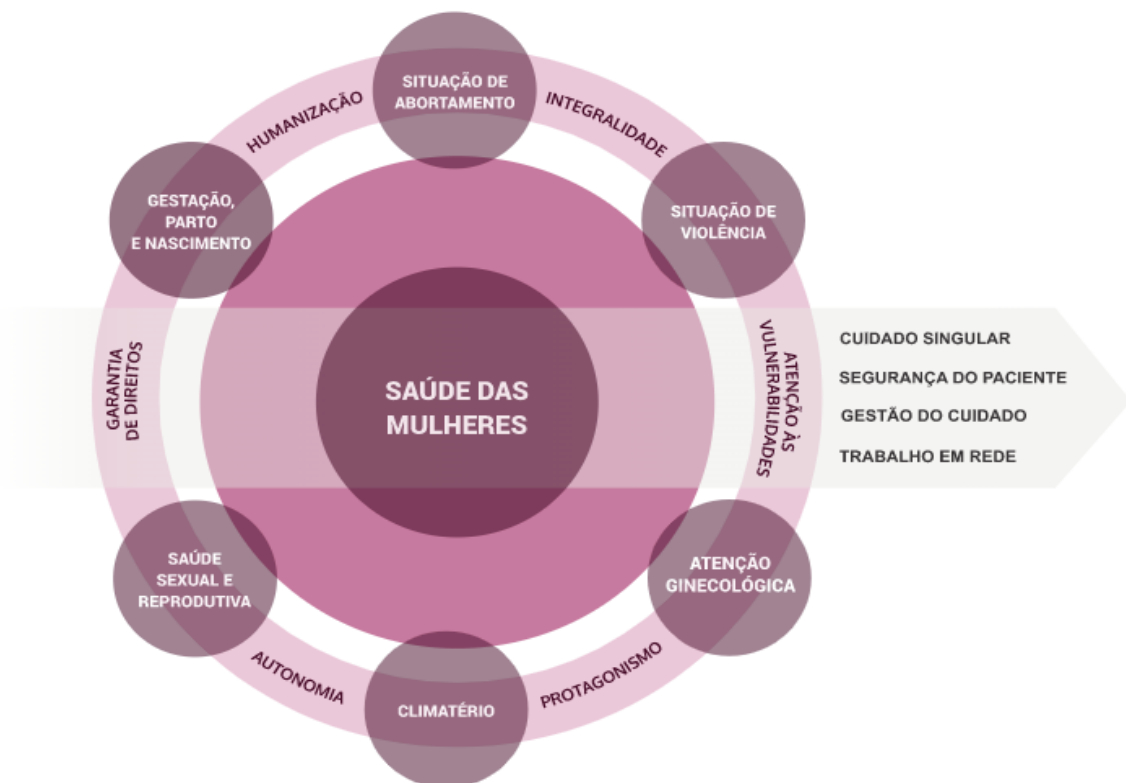
FONTE: Ministério da Saúde/ Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004.

Na figura abaixo é possível observar um Esquema Síntese da Atenção das Mulheres, criado pelo Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (do Ministério da Saúde). Esse esquema é totalmente baseado na PNAISM e cita os principais pontos tratados na política.

Figura 1 - Esquema síntese de atenção à saúde das mulheres

ESQUEMA SÍNTESE DA ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES

O Esquema Síntese da Atenção à Saúde das Mulheres é baseado na Política de Atenção à Saúde das Mulheres (PNAISM) e orientará a seleção e organização do conteúdo nesse Eixo.



FONTE: Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente

O esquema apresenta os principais eixos tratados na PNAISM. Assim, as prioridades são: atenção às vulnerabilidades, protagonismo, autonomia, garantia de direitos, humanização e integralidade. As principais situações tratadas na política e que passam a ter destaque são:

- situação de abortamento;
- situação de violência;
- atenção ginecológica;
- climatério;
- saúde sexual e reprodutiva;
- gestação, parto e nascimento.

Ademais, a PNAISM busca ter um cuidado singular e também assegurar a segurança do paciente. Além de buscar uma gestão do cuidado e também o trabalho em rede.

Um dos objetivos gerais da PNAISM é a redução da mortalidade das mulheres no Brasil. Observando o esquema podemos verificar como a política busca tratar esse assunto e como a redução da mortalidade passa por diversos eixos do esquema.

2.4 Mortalidade Materna e seus indicadores

2.4.1 Mortalidade e Morbimortalidade

Antes de debater sobre a mortalidade materna é necessário fazer uma distinção entre dois termos que são frequentemente usados quando falamos desse assunto, são eles: morbimortalidade e mortalidade, que podem ser definidos como:

Morbimortalidade é um conceito complexo que provém da ciência médica e que combina dois subconceitos como a morbidade e a mortalidade. Podemos começar explicando que a morbidade é a presença de um determinado tipo de doença em uma população. A mortalidade, por sua vez, é a estatística sobre as mortes em uma população. (BRASIL, 2020)

A combinação dos termos morbidade e mortalidade resultam no termo morbimortalidade. Levando isso em consideração, o termo que foi utilizado no presente trabalho foi mortalidade, já que ele vai informar as estatísticas sobre as mortes em uma determinada população.

2.4.2 Mortalidade Materna no Brasil e seus indicadores

A mortalidade materna é um dos grandes problemas que vários países ainda enfrentam. No Brasil, a mortalidade materna ainda é um grande problema de saúde pública. A morte materna corresponde a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o final da gravidez, independente da duração da gestação (BRASIL, 2007). Além disso, ela pode ser causada por “[...] qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela” (BRASIL, 2007, p.12).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a Morte Materna é definida como:

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 com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida às causas acidentais ou incidentais” (OMS,1997).

As mortes maternas, de acordo com o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, podem ser diretas ou indiretas. A morte materna de causa direta “[...] é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.” (BRASIL, 2007, p.12).

Já a morte materna de causa indireta “[...] é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.” (BRASIL, 2007, p.12).

A mortalidade materna é um problema global de saúde pública. A redução da mortalidade materna é uma das metas que estão presentes no Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Ação do Cairo.

1.12. O presente Programa de Ação recomenda à comunidade internacional uma série de importantes objetivos de população e desenvolvimento, assim como metas qualitativas e quantitativas que se apoiam mutuamente e de importância decisiva para esses objetivos. Entre esses objetivos e metas estão: crescimento econômico sustentado no contexto de um desenvolvimento sustentável; educação, especialmente para moças; equidade e igualdade dos sexos; redução da mortalidade materna, de bebês e crianças e o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva, de inclusive de planejamento familiar e saúde sexual. (UNFPA, 2007, p. 41)

A redução da mortalidade materna também está presente na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), que é uma agenda global que visa atingir objetivos de desenvolvimento sustentável. Um dos objetivos presentes na agenda, segundo a ONU (2015) é: “Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos”.

A mortalidade materna vai afetar as mulheres de forma diferente, de acordo com Galli, Queiroz e Rocha (2014):

A mortalidade materna também é um indicador das desigualdades sociais, raciais e regionais no Brasil e no mundo. A mortalidade materna afeta de forma desigual os diferentes grupos de mulheres, dependendo da região do país, das condições socioeconômicas, raça, etnia e das condições de vida das mulheres com maior ou menor vulnerabilidade ao risco de mortalidade materna (GALLI, Beatriz; QUEIROZ, J.; ROCHA, H., 2014, p.6)

Existem vários fatores que agravam esse problema, Campos e Oliveira (2009) afirmam que:

As desigualdades sociais, de raça e etnia têm um impacto diferenciado na mortalidade materna, sendo que as mulheres negras e pobres são as mais vulneráveis. A taxa de mortalidade materna entre as mulheres negras é seis vezes maior do que entre as mulheres brancas. (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009, p.74)

Ademais, outros fatores explicam a maior incidência da mortalidade materna entre mulheres negras. De acordo com Campos e Oliveira (2009), um desses fatores é a condição social, já que:

As condições sociais relacionadas à discriminação étnico-racial também estão relacionadas às maiores taxas de morte materna entre mulheres negras, que em geral, têm menor renda, baixa escolaridade, pouco acesso às informações e aos serviços de saúde e por isso, sofrem maior discriminação institucional. (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009, p.74)

A criação de Comitês de Mortalidade Materna foi um importante passo para a tentativa de reduzir as taxas de mortalidade materna no Brasil e aconteceu a partir da criação da PAISM em 1984. Os comitês são organismos que, de modo geral, buscam analisar os óbitos maternos e criar possíveis soluções para esse problema, além de ser uma importante ferramenta para acompanhar e avaliar políticas públicas de atenção à saúde da mulher. (BRASIL, 2007)

Os indicadores de mortalidade materna podem ser uma boa forma de avaliar o desenvolvimento de um país. Segundo Ferraz e Bordignon “[...] o número de mortes maternas de um país constitui um excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano.”

(FERRAZ;BORDIGNON, 2012, p.529). A mortalidade materna também pode ser vista como um ótimo indicador de saúde reprodutiva das mulheres, pois mostra como ela está sendo tratada (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009, p.73).

A mortalidade materna pode ser um ótimo indicador de como está a saúde de determinada população e pode demonstrar o desenvolvimento de um país, já que:

A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna (RMM) elevadas são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. (BRASIL, 2004, p.26)

Os índices de mortalidade materna podem ser usados, segundo Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2000), como uma espécie de “estimador de iniquidades”.

Seus níveis servem, também, como estimador de iniquidades, na medida em que revelam grandes disparidades, ao se compararem áreas ou regiões de diferentes graus de desenvolvimento. (LAURENTI;MELLO-JORGE;GOTLIEB, 2000, p.24)

A Taxa de Mortalidade Materna é um indicador de mortalidade materna. Existem várias definições sobre o que é a taxa de mortalidade materna, segundo Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb “A taxa ou coeficiente de mortalidade materna é o indicador utilizado para se conhecer o nível da morte materna.” (LAURENTI;MELLO-JORGE;GOTLIEB, 2000, p.25)

Uma dos principais índices utilizados para mensurar os índices de mortalidade materna é a Razão de Mortalidade Materna (RMM). O método de cálculo da RMM é o seguinte: o número de óbitos maternos diretos e indiretos dividido pelo número de nascidos vivos e depois multiplica o valor encontrado por 100.000. Assim, a RMM vai ser a principal forma de cálculo utilizada para mensurar a mortalidade materna e vai ser o método utilizado neste trabalho.

3 Métodos e técnicas de pesquisa

Segundo o Observatório de Igualdade de Gênero da América Latina e do Caribe, existe certa dificuldade para a medição dos números de mortalidade materna. O Observatório afirma que: “A medição da mortalidade materna é um processo complexo e os dados provenientes das distintas fontes disponíveis não necessariamente coincidem entre si.”

Assim, para o presente trabalho foi utilizada uma metodologia mista de pesquisa. A pesquisa que tem como base os métodos mistos, segundo Creswell, vai ser definida como:

[...] uma técnica de métodos mistos é aquela em que o pesquisador tende a basear as alegações de conhecimento em elementos pragmáticos (por exemplo, orientado para consequência, centrado no problema e pluralista). Essa técnica emprega estratégias de investigação que envolvem coleta de dados simultânea ou seqüencial para melhor entender os problemas de pesquisa. A coleta de dados também envolve a obtenção tanto de informações numéricas (por exemplo, em instrumentos) como de informações de texto (por exemplo, em entrevistas), de forma que o banco de dados final represente tanto informações quantitativas como qualitativas.(CRESWELL, 2007, p.35)

Foram utilizadas na pesquisa fontes secundárias de dados e foi feita uma análise de relatórios com fontes oficiais. Também foram utilizados dados das bases de dados do Ministério da Saúde e foi feita uma pesquisa documental sobre a mortalidade materna. Foi realizada uma análise documental do texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).

Foram utilizados dados dos Painéis de Monitoramento (SVS), da plataforma DATASUS (Disponível em: <https://svs.aims.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>), do Ministério da Saúde. Essa plataforma possui diversos painéis que mostram dados sobre mortalidade e o número de nascidos vivos no país desde o ano de 1996.

O principal painel utilizado foi o Painel de monitoramento da mortalidade de MIF e Materna - notificação e investigação. De acordo com o DATASUS, os dados oficiais do site são publicados 15 meses após o fim do ano de ocorrência e esses números representam o total de casos que ocorreram naquele ano e servem para cálculo de indicadores (entre eles o indicador de mortalidade materna).

O Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna vai utilizar diversas variáveis para mensurar os índices de mortalidade materna. Os índices utilizados serão:

- Ano de referência: 2003 e 2014.
- Local de registro do óbito: óbitos por residência.
- Abrangência: País.
- País: Brasil.
- Indicador: Maternos Declarados (mortes diretas e indiretas).
- Categoria: notificação de óbito de mulheres.
- Estatística: Número de óbitos.
- Óbito por atestado médico: todos.
- Grupo etário (anos): 10 a 49.
- Raça/Cor: todos.

Para a visualização dos resultados são utilizadas duas variáveis:

- Visualização - linha: localidade do óbito
- Visualização - coluna: Mês de ocorrência do óbito

Ademais, também foi utilizado o Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos. Esse painel também está disponível na plataforma DATASUS e é utilizado para os cálculos das taxas de mortalidade materna. Também foi utilizado o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que serve como fonte de dados para o cálculo da taxa de mortalidade materna.

Além da pesquisa nas bases de dados do Ministério da Saúde, foram utilizados os Manuais dos Comitês de Mortalidade Materna e os relatórios “Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”, “Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas” e “Saúde Brasil 2019: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização” do Ministério da Saúde.

O objetivo principal é analisar o número de mortes maternas dos anos de 2003 e 2014 e observar como esses números se comportaram durante esse período e qual a influência da PNAISM na variação do número de mortes maternas no Brasil.

4 Análise de dados e resultados

4.1 Mortes maternas 2003-2014

A mortalidade materna é um problema de saúde global. A Agenda 2030 que contém as Metas Nacionais de Desenvolvimento Sustentável estabeleceu na ODS 3 que “Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.”(ONU, 2015) No Brasil a meta é reduzir a mortalidade materna para 30 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030.

Um dos objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é a redução da mortalidade materna no Brasil. A PNAISM afirma que o objetivo é:

Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie (BRASIL, 2004, p.67)

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é uma das principais formas de mensurar a mortalidade materna e é calculada segundo a figura a seguir:

Figura 2 - Método de cálculo da Razão de Mortalidade Materna

Método de cálculo

$$\frac{\text{Nº de óbitos maternos diretos e indiretos}}{\text{Nº de nascidos vivos}} \times 100.000$$

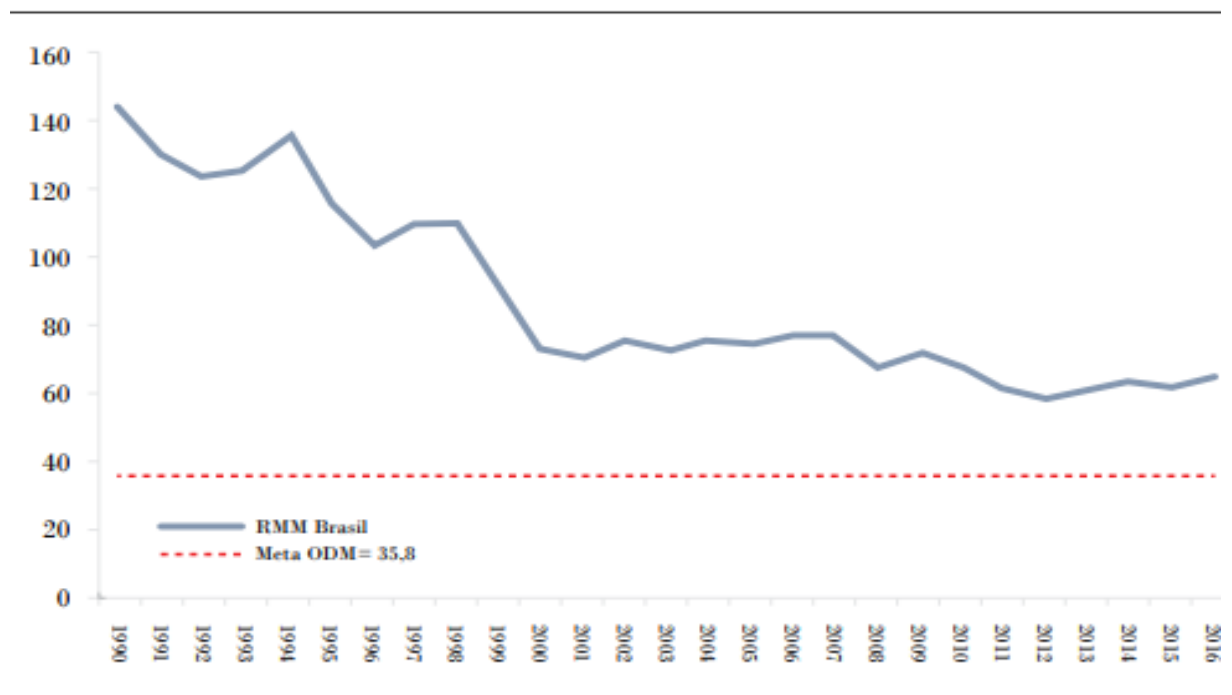
O “Manual dos Comitês de Mortalidade Materna” explica que a RMM “Relaciona as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas com o número de nascidos vivos, e é expresso por 100.000 nascidos vivos.” (BRASIL,2007, p.16)

Durante o período analisado (2003/2014) os índices de mortalidade materna no Brasil continuaram elevados, principalmente em determinadas regiões do país. Segundo o relatório “Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”, independente do método de cálculo os índices continuam altos:

Em todo o período de 2000 a 2015, a mortalidade materna manteve-se em patamares considerados elevados, independentemente da metodologia utilizada para se calcular o indicador de Razão de Mortalidade Materna (RMM). (Ministério da Saúde, 2017, p.45)

Entre os anos de 2000 e 2015 foi possível observar que a Razão de Mortalidade Materna segue uma linha quase plana. Em 2008 houve uma queda na RMM e já no ano de 2009, por conta da epidemia de H1N1, a RMM voltou a crescer. O gráfico a seguir apresenta as Razões de mortalidade materna entre 1990 e 2016, em que é possível observar essas oscilações:

Gráfico 1- Razão de Mortalidade Materna por 100 mil nascidos vivos (1990-2016)



IM/Sinasc/SVS/MS.

Fonte: SIM/SINASC/SVS/MS

Assim, de acordo com o gráfico e com o relatório “Saúde Brasil 2018: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” [...] houve queda acentuada até 2001 e após esse período a razão se mantém estável oscilando entre 75 e 80 até 2008. De 2009 em diante passa a oscilar no patamar entre 60 e 70 [...]. (Ministério da Saúde, 2019, p.63)

Como já citado anteriormente, o objetivo deste trabalho é analisar os anos de 2003 e 2014. No ano de 2003 a RMM foi de 72,99 (para 100 mil nascidos vivos) e no ano de 2014 a RMM foi de 58,4 (para 100 mil nascidos vivos). O número total de

mortes maternas no Brasil em 2003 foi de 1548. A tabela a seguir mostra o número de mortes maternas em cada região do país no ano de 2003:

Tabela 1 - Mortes maternas declaradas - 2003

Por localidade e mês

Localidade	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Ano
▼ Brasil	141	132	149	153	149	99	119	117	123	121	135	110	1.548
▶ Norte	18	15	14	17	20	11	10	12	13	18	13	14	175
▶ Nordeste	57	41	68	57	50	38	48	39	51	36	50	44	579
▶ Sudeste	40	51	43	46	43	29	40	37	40	43	41	28	481
▶ Sul	13	14	15	22	27	11	15	19	8	15	16	19	194
▶ Centro-Oeste	13	11	9	11	9	10	6	10	11	9	15	5	119

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Outubro de 2022

Em 2014 foram registradas 1738 mortes maternas no Brasil. Na tabela a seguir podemos observar, assim como na tabela anterior, os números de mortes maternas em cada região:

Tabela 2 - Mortes maternas declaradas - 2014

Por localidade e mês

Localidade	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Ano
▼ Brasil	160	137	163	148	178	153	166	112	144	131	116	130	1.738
▶ Norte	21	20	26	21	25	19	25	15	21	21	15	24	253
▶ Nordeste	43	51	63	51	66	55	52	37	63	35	40	37	593
▶ Sudeste	69	46	54	54	57	46	65	41	40	53	38	47	610
▶ Sul	17	7	13	10	18	14	18	10	8	11	11	12	149
▶ Centro-Oeste	10	13	7	12	12	19	6	9	12	11	12	10	133

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Outubro de 2022

Em ambas as tabelas é possível observar que a maior parte dos casos de mortalidade materna, nos anos observados, ocorrem na região Nordeste e na região Sudeste do Brasil. Houve uma redução na RMM, comparando os dois anos.

Apesar da redução da RMM (na comparação entre 2003 e 2014) os índices tiveram algumas variações e chegaram a aumentar em determinados períodos. Na

tabela a seguir podemos observar como a Razão de mortalidade materna se comportou durante o período de 2003 a 2014:

Tabela 3 - Taxa de Mortalidade Materna entre 2003-2014

ANO	Nº DE NASCIDOS VIVOS	Nº DE MORTES MATERNAS DIRETAS E INDIRETAS	RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA PARA 100 MIL NASCIDOS VIVOS
2003	3.038.251	1.584	72,99
2004	3.026.548	1.641	76,09
2005	3.035.094	1.620	74,68
2006	2.944.928	1.623	77,16
2007	2.891.328	1.590	76,99
2008	2.934.828	1.681	68,73
2009	2.881.581	1.872	72
2010	2.861.868	1.719	68,2
2011	2.913.160	1.610	64,75
2012	2.905.789	1.583	54,5
2013	2.904.027	1.686	58,1
2014	2.979.259	1.739	58,4

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Painel de monitoramento sobre nascidos vivos (SVS).

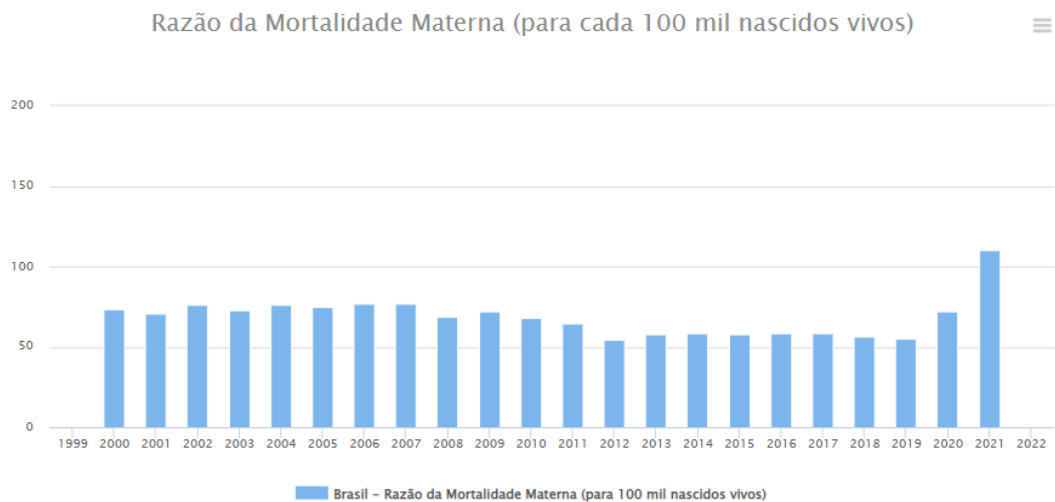
É possível observar certa estabilidade nos números até o ano de 2008 em que ocorre uma diminuição no índice. E isso pode ser explicado porque:

A partir de 2008, o MS intensificou esforços para ampliar, estruturar e fortalecer ações de vigilância de óbito materno, buscando aprimorar a

captação e a qualificação das informações sobre a causa de morte, ação realizada em articulação entre as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2019, p.75)

Já no ano de 2009 esse índice volta a aumentar. A partir de 2010 os números passam a diminuir e a RMM chega ao número de 58,4 em 2014. O gráfico abaixo mostra de forma mais clara essas variações:

Gráfico 2 - Razão de Mortalidade Materna (para cada 100 mil nascidos vivos)



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

O aumento da RMM em 2009 pode ser explicado pela epidemia de H1N1, segundo Szwarcwald (2014):

É preciso apontar, todavia, que, em 2009, a RMM teve um comportamento atípico, voltando a atingir valor superior a 70 por 100 mil nascidos vivos. O acréscimo é, provavelmente, explicado pela epidemia de gripe pelo vírus da influenza A (H1N1), que atingiu o Brasil nesse ano, aumentando o risco de morte na gestação, conforme igualmente relatado em outros países. (SZWARCWARD, 2014, p.79)

Após o fim da epidemia de H1N1 em 2009, podemos observar que houve uma diminuição da RMM a partir do ano seguinte (2010). É possível observar como os números da RMM diminuíram até 2012 e voltaram a crescer em 2013. Após este período os números ficaram estáveis, sem grandes acréscimos. A partir de 2020 os números voltaram a crescer de forma exponencial por conta da Pandemia de COVID-19.

4.2 Mortalidade Materna e COVID-19

Quase 20 anos após a criação da PNAISM o Brasil continua enfrentando obstáculos para a redução da mortalidade materna e um grande obstáculo que surgiu em 2020 e causou grandes estragos foi a Pandemia de COVID-19.

Em 2020, com o início da Pandemia de COVID-19 no Brasil, os índices de mortalidade materna voltaram a crescer de forma acelerada. A assistência médica para os acometidos pela Covid-19 foi precária e para as gestantes esse atendimento foi ainda mais limitado “[...] em função de particularidades e vulnerabilidades associadas ao período, sejam elas biológicas, sejam do próprio processo de atenção.” (IPEA, 2022, p.25)

A situação em relação às mortes maternas no Brasil já era preocupante e com o início da pandemia esse problema se agravou e o número de mortes maternas voltou a subir:

É importante lembrar que a maioria das mortes maternas possui causas evitáveis, especialmente se detectadas precocemente. Nesse contexto, a covid-19 agravou, no Brasil, um cenário que já era ruim, de falhas graves no atendimento a esse grupo que resultam, no caso brasileiro, em alta mortalidade [...] (IPEA, 2022, p.25)

Foram vários os fatores que contribuíram para esse aumento de casos de mortalidade materna. Entre os principais podem ser citados:

[...] o adiamento das consultas de rotina, o menor acesso a métodos contraceptivos e a redução dos atendimentos ambulatoriais para o acompanhamento de comorbidades em função das restrições do isolamento social e do avanço do vírus pelo país. O aumento da pobreza e o acirramento da desigualdade social resultantes da pandemia dificultaram ainda mais o acesso das mulheres ao pré-natal e ao atendimento especializado. Entre as mulheres, as mais atingidas são as pobres que moram a mais de 100 km do hospital de referência e que não acessam o Programa Saúde da Família, e as mulheres negras, que sofrem com o racismo estrutural e institucional. (IPEA, 2022, p.26)

Além de todos esses fatores é preciso citar também a questão do atraso na imunização e da distribuição de vacinas e também a propagação de fake news sobre o funcionamento dos imunizantes (Ipea, 2022). Todos esses fatores combinados com um retrocesso em relação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil levaram ao aumento da mortalidade materna:

A destinação de recursos e a concentração de atenções e esforços para o enfrentamento da crise do Covid-19, aliado a um processo de retrocesso de direitos sexuais e reprodutivos e ascensão do conservadorismo anti-mulher em curso no Brasil, pode exacerbar problemas já bastante severos, como a mortalidade materna, que voltou a crescer no país desde 2013 (GUIMARÃES et. al apud BARROSO, 2020, p.91)

Bandeira (2021) busca mostrar, em seu artigo “Duas tragédias se entrecruzam: a COVID-19 e a mortalidade materna”, quais os fatores que levam ao aumento constante da mortalidade materna. Segundo a autora no Brasil podemos observar as seguintes hipóteses:

No caso do Brasil, para os/as pesquisadores/as da diversas áreas de da saúde, há algumas hipóteses convergentes, que buscam explicar o aumento persistente da mortalidade materna, dentre os quais destacam-se: i) dificuldade de acesso aos serviços de saúde durante os primeiros meses de gravidez, no período pandêmico; ii) presença da má qualidade do atendimento ao pré-natal, associado a identificação de comorbidades existentes; iii) desarticulação da rede e da assistência à saúde em muitos municípios-regiões, sobretudo, nas áreas periféricas, suburbanas e interioranas; iv) precariedade e escassez de acesso a um leito de UTI, e a equipamentos como ventiladores; v) número significativo de mulheres grávidas e puérperas que não realizaram o diagnóstico adequado quando ingressadas no sistema; vi) despreparo profissional diante do elevado número de gravidez de risco e de partos prematuros e também de óbito fetal sem causa identificável; vii) recursos institucionais insuficientes - humanos e financeiros para o manejo de emergências para estas mulheres. (BANDEIRA, 2021, p. 9)

Assim, é possível observar que o acesso aos serviços de saúde no período da pandemia ficou ainda mais complicado. A saúde pública brasileira entrou em colapso. O acesso a serviços básicos e essenciais para as mulheres, como por exemplo, o pré-natal (um serviço essencial para as grávidas), foi dificultado e até interrompido em muitos casos.

Faltaram ações voltadas especificamente para as mulheres durante a pandemia. Segundo Farah (2004), em sua definição de políticas públicas de gênero, é necessário reconhecer a diferença de gênero e a partir disso implementar ações específicas para as mulheres. Portanto, faltou o reconhecimento das particularidades das mulheres brasileiras para a construção de políticas e ações voltadas para a saúde das mulheres nesse período.

Segundo um estudo publicado no International Journal of Gynecology, o Brasil foi o país que teve o maior número de mulheres grávidas e puérperas mortas pela Covid-19 em todo o mundo (BANDEIRA, 2021). Além disso outros estudos afirmam que:

[...] aproximadamente oito de cada dez mortes maternas que aconteceram entre dezembro de 2019 e julho de 2020 no mundo ocorreram no Brasil (Nakamura-Pereira et al., 2020b, p. 140; Souza e Amorim, 2021). Em outubro de 2021, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publicou relatório de atualização epidemiológica sobre o coronavírus em que consta que a taxa de letalidade provocada pela covid-19 entre grávidas no Brasil é de 8,5%, a maior entre todos os países analisados no continente americano, enquanto a taxa de letalidade da população brasileira é de 2,8% (Fiocruz, 2021). (IPEA, 2022, p. 25)

No ano de 2020, mesmo com o número de mortes durante a pandemia ainda parcial, pesquisadores afirmavam que o número de mortes passaria por um salto sem precedentes, além disso, estudos afirmaram que aproximadamente 36% das mulheres grávidas que morreram no país não foram intubadas (BANDEIRA, 2021).

Esse aumento expressivo no número de casos ocorreu principalmente por conta da precariedade do sistema de saúde do Brasil e pela falta de insumos básicos para o tratamento de pacientes. Além da falta de ações por parte do governo para o combate da Covid-19.

5 Considerações finais

A mortalidade materna é um problema de saúde global e que ainda registra altos índices ao redor do mundo e também é um tema que está presente “[...] na agenda de prioridades da saúde pública global devido às altas taxas em muitos países.” (Ministério da Saúde, 2019, p 61)

Assim, a redução da mortalidade materna é uma prioridade em todo o mundo. No Brasil, várias foram as tentativas para a redução desse índice ao longo dos anos. Uma das principais medidas, que tem como um de seus objetivos gerais a redução da mortalidade materna, é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

O objetivo principal deste trabalho foi observar como os índices de mortalidade materna se comportaram no ano anterior à criação da PNAISM e dez anos após a criação da política. Após a análise dos dados, foi possível observar uma redução, com algumas oscilações, nos índices de mortalidade no período observado. Na tabela abaixo podemos observar o antes e depois da criação da PNAISM:

Tabela 4 - Antes e depois da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

	2003 - Antes da criação da PNAISM	2014 - Depois da criação da PNAISM
Número de mortes maternas diretas e indiretas	1584	1739
Razão de Mortalidade Materna	72,99	58,4
Princípios tratados nas políticas de saúde da mulher	<ul style="list-style-type: none"> ● Descentralização; ● Hierarquização; ● Regionalização dos serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfoque de gênero; ● Integralidade; ● Promoção da saúde; ● Consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos; ● Melhoria da atenção obstétrica, do planejamento familiar,

		<p>e da atenção ao abortamento inseguro;</p> <ul style="list-style-type: none"> • combate à violência doméstica e sexual.
--	--	--

Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Painel de monitoramento sobre nascidos vivos (SVS)/Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004.

Em 2003 a RMM foi de 72,99 e em 2014 foi de 58,4. É possível observar que após a implementação da PNAISM ocorreu uma redução, comparando esses dois anos. Mas, apesar dessa redução, o Brasil ainda está longe de atingir a meta de redução imposta pela ONU e como já citado anteriormente ocorreram oscilações em relação a RMM.

A situação das mortes maternas no Brasil, que já era preocupante, se agravou com o início da Pandemia de Covid-19. O Brasil foi o país que mais sofreu com as mortes maternas em todo o mundo e a atuação do governo não foi eficaz no combate à pandemia, como podemos ver no trecho a seguir:

Registrou-se também o aumento do total de mortes maternas no país de forma desproporcional ao resto do mundo e, da mesma forma, uma atuação débil e pouco decidida do Estado na adoção de medidas para o seu enfrentamento, seja em termos de garantias de vacinação, seja de assistência adequada no sistema de saúde. Ao tempo em que o país chegava à desastrosa marca de 77,5% das mortes maternas do mundo, assistiu-se a uma ação desconcertada do Ministério da Saúde, que, em um primeiro momento, deixou de incluir as mulheres grávidas sem comorbidades entre as prioridades de vacinação. (IPEA, 2022, p.57)

Com o início do novo governo no ano de 2023, foi divulgado um Relatório do Grupo Técnico de Saúde, feito pelo grupo de transição do governo, que mostra um aumento das mortes maternas. Além disso, o relatório afirma que nos últimos anos houve redução e até extinção de muitas políticas e programas, fato que dificultou a redução dos índices de mortalidade materna durante esse período.

Para tentar melhorar o cenário da saúde brasileiro, foram apresentadas, no relatório, uma série de propostas de revogações e medidas prioritárias. Uma das medidas diz respeito ao desenvolvimento de um plano de ação, que tem como um dos objetivos a redução da mortalidade materna.

A redução da mortalidade materna ainda é um grande desafio. No Brasil, com o retrocesso que as políticas passaram nos últimos anos e também com o aumento de mortes maternas por conta da Covid-19, esse desafio passa a ser ainda maior. A qualidade da saúde pública continua sendo um grande problema encontrado no Brasil.

Assim, é necessário que as políticas sejam retomadas e novas políticas sejam criadas para que os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres sejam garantidos. Além disso, é necessário garantir uma melhora na qualidade e na atenção dos serviços de saúde pública. Desta forma, podemos começar achar possíveis soluções para a redução da mortalidade materna no Brasil.

Referências

- A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso. **UNFPA**, 2022. Disponível em: <<https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu#:~:text=Em%202021%2C%20a%20raz%C3%A3o%20de,cada%20100%20mil%20nascidos%20vivos.>>> Acesso em: 15 de fev de 2022
- AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. Políticas públicas: conceitos e análise em revisão. **Agenda política**, v. 3, n. 2, p. 12-42, 2015.
- BANDEIRA, Lourdes Maria. Duas tragédias se entrecruzam: a Covid-19 e a mortalidade materna. 2021. Disponível em: <<https://www.sbs2021.sbsociologia.com.br/arquivo/downloadpublic?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyl7czozNToiYToxOntzOjEwOiJJRF9BUiFVSVZPlitzOjQ6IjQyNjciO3oiO3M6MT0iaCI7czozMjoiMGY0Y2Q5YzU4ZDQzYjY3NjYyYzQ2YThjZjE5M2MwZjgiO30%3D>>> Acesso em: 12 de jan. de 2023
- BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, v. 29, p. 449-469, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/se/a/QDj3qKFJdHLiPXmvFZGsrLq/abstract/?lang=pt>>> Acesso em: 12 de jan. de 2023
- BARROSO, Hayeska Costa; GAMA, Mariah Sá Barreto. A crise tem rosto de mulher: como as desigualdades de gênero particularizam os efeitos da pandemia do COVID-19 para as mulheres no Brasil. *Revista do CEAM*, v. 6, n. 1, p. 84-94, 25 ago. 2020. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/39554/1/ARTIGO_CriseRostoMulher.pdf>> Acesso em: 17 de jan. de 2023
- BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**. Boitempo Editorial, 2018.
- BRASIL. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna/Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_s_aude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf>> Acesso em: 25 de jul. de 2022
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>> Acesso em: 20 de ago. de 2022
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna /**

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 104 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf> Acesso em: 20 de ago. de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf> Acesso em: 22 de dez. de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf> Acesso em: 22 de dez de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2019_analise_situacao.pdf> Acesso em: 20 de jan de 2023

BRASIL. RELATÓRIO DO GRUPO TÉCNICO DE SAÚDE. Relatório Final. Comissão de Transição Governamental 2022. Brasília, dezembro de 2022. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/noticias/2023/GT-Saude_Relatorio_Final_1.pdf> Acesso em 13 de jan de 2023

BRASIL; LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da união**, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 15 de nov de 2022

CAMPOS, Carmen H.; OLIVEIRA, Guacira C. (Orgs.). Saúde Reprodutiva das Mulheres: direitos, políticas públicas e desafios. Brasília: CFEMEA; IWHC; Fundação H.Boll; Fundação Ford, 2009. Disponível

em: <https://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/colecao20anos_saudereprodutivadasmulheres.pdf> Acesso em: 15 de nov de 2022

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 6, p. 147-177, 1996.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/physis/a/K7L76NSSqymrLxfsPz8y87F/?format=pdf&lang=pt>>

Acesso em: 15 de fev de 2023.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**/John W. Creswell; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. 2ª ed. - Porto Alegre, 2007. 248 p. Disponível

em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/696271/mod_resource/content/1/Creswell.pdf> Acesso em: 20 de set. de 2022.

DALL'ARA, João. Taxa de mortalidade materna no Brasil cresce principalmente por falta de recursos. **Folha de S.Paulo**. São Paulo 11 de abr. de 2022. Disponível

em: <<https://jornal.usp.br/atualidades/taxa-de-mortalidade-materna-no-brasil-cresce-principalmente-por-falta-de-recursos/>> Acesso em: 19 de set. de 2022.

BRASIL. Divulgação do perfil de morbimortalidade da unidade hospitalar. Serviços e Informações do Brasil. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/divulgacao-do-perfil-de-morbimortalidade-da-unidade-hospitalar-1>>

Acesso em: 18 de jan de 2023

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, v. 12, p. 47-71, 2004. Disponível

em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/T3X8zdDGn5DZbcjxTLjcyKM/?format=pdf&lang=pt>>

> Acesso em: 20 de ago. de 2022

FERRAZ, Lucimare; BORDIGNON, Maiara. **Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar**. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 527-527, 2012. Disponível em:

<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/474/pdf_150> Acesso em 21 de ago. de 2022

FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth; MENEGHEL, Stela N. (Ed.). **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2015.

GALLI, Beatriz; QUEIROZ, J.; ROCHA, H. **Relatório sobre Mortalidade Materna no contexto do processo de implementação da decisão do Comitê CEDAW contra o Estado brasileiro no caso Alyne da Silva Pimentel**. Plataforma Dhesca Brasil, Curitiba, abril, 2014. Disponível em:

<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Relatorio_caso_alyne_pimentel.pdf> Acesso em: 19 de set. de 2022.

IPEA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. Igualdade de Gênero. 2022. Disponível em: <https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/220530_218154_bps_29_igualdade_gener.pdf> Acesso em: 12 de jan. de 2023.

LAURENTI, Ruy; MELLO-JORGE, M. Helena P. de; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. **Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna**. Cadernos de saúde pública, v. 16, n. 1, p. 23-30, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/HbTsjc3kb367HZtTrcFDr7y/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 21 de ago. de 2022

MEDEIROS, Patricia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, p. 31-48, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/mPftn3WYBFk6jyNs5tBYXqv/?lang=pt>> Acesso em: 15 de nov de 2022

Observatório de Igualdade de Gênero da América Latina e do Caribe - **Mortalidade Materna**. Disponível em: <<https://oig.cepal.org/pt/indicadores/mortalidade-materna>> Acesso em: 19 de set de 2022

Portal de Boas Práticas IFF/FIOCRUZ. Esquema Síntese da Atenção à Saúde das Mulheres. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-as-mulheres/#:~:text=O%20Esquema%20S%C3%ADntese%20da%20Aten%C3%A7%C3%A3o,organiza%C3%A7%C3%A3o%20do%20conte%C3%BAdo%20nesse%20Eixo.>>> Acesso em: 20 de jan. de 2023

SILVA, Enid Rocha Andrade da. **Agenda 2030: ODS - Metas nacionais dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8855/1/Agenda_2030_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf> Acesso em 21 de ago de 2022

SOUTO, Kátia Maria Barreto. **A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero**. **Ser social**, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12950> Acesso em: 21 de ago. de 2022.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres**. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 832-846, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMMPmpt/?format=html&lang=pt>> Acesso em: 21 de ago. de 2022

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: uma revisão da literatura**. **Sociologias**, p. 20-45, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?for>> Acesso em: 21 de ago. de 2022.

SZWARCWALD, Celia Landmann et al. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S71-S83, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2014.v30suppl1/S71-S83/pt/>> Acesso em: 17 de jan. de 2023.

UNFPA. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Plataforma do Cairo. S/d. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>> Acesso em: 15 de nov. de 2022.