

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

CAROLINY VICTORIA DOS SANTOS SILVA

**EPIDEMIOLOGIA DA MORTALIDADE MATERNA NO DISTRITO FEDERAL,
ENTRE 2012 E 2021:
UMA COMPARAÇÃO ANTES E APÓS O INÍCIO DA PANDEMIA DE COVID-19**

BRASÍLIA

2023

CAROLINY VICTORIA DOS SANTOS SILVA

**EPIDEMIOLOGIA DA MORTALIDADE MATERNA NO DISTRITO FEDERAL,
ENTRE 2012 E 2021:
UMA COMPARAÇÃO ANTES E APÓS O INÍCIO DA PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologias em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

BRASÍLIA

2023

CAROLINY VICTORIA DOS SANTOS SILVA

**EPIDEMIOLOGIA DA MORTALIDADE MATERNA NO DISTRITO FEDERAL,
ENTRE 2012 E 2021:
UMA COMPARAÇÃO ANTES E APÓS O INÍCIO DA PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em: 19 / 07 / 2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro
Presidente da Banca
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Alisson Fernandes Bolina
Membro efetivo, interno ao Programa
Universidade de Brasília – UnB

Dra. Débora Luiza de Oliveira Rangel Resende
Membro efetivo, externo ao Programa
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dra. Katiuscia Larsen de Abreu Aguiar
Membro Suplente
Universidade de Brasília – UnB

Às mulheres que me incentivaram a seguir o caminho da pesquisa, da honestidade e da persistência. À minha mãe, Madalena e à Profa. Dra. Clélia Parreira (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

A consecução de um trabalho científico requer vários olhares e mãos, por isso sou grata aos que de algum modo contribuíram para a concretude desta dissertação que é o coroamento de uma etapa desafiadora.

À minha mãe, meu eterno porto seguro, base e força. Agradeço por apoiar minhas escolhas e acreditar verdadeiramente nos meus sonhos, me dando as possibilidades para que eu conseguisse realizá-los. Espero que, de alguma forma, eu possa, também, retribuir, à altura, tanta dedicação e cuidado. Ter a oportunidade de ingressar na carreira acadêmica é a materialização de incontáveis esforços e renúncias que minha mãe precisou fazer. Devo-lhe tudo o que sou.

À minha avó, Dona Maria (*in memoriam*), espero que esteja orgulhosa de mim, mesmo de outro plano. Sou grata pelo carinho, pelas comidas mineiras inesquecíveis e por ter sido a primeira a acreditar no meu potencial, quando pagou a inscrição do vestibular, ainda no ensino médio. Sei que ela gostaria de acompanhar este momento.

Agradeço à Profa. Clélia Parreira (*in memoriam*), pelo acolhimento durante o ensino médio, por impulsionar a minha decisão de estudar em uma universidade pública e me guiar durante toda a graduação, até a conclusão do curso e também na escolha do Programa de Pós Graduação. Sou grata pelo aprendizado, estímulo intelectual e pelas oportunidades únicas que me ofereceu. Clélia foi exemplo de fé, sabedoria e leveza.

À Profa. Marilac Barbosa, em quem me espelho pela sensibilidade e compromisso. Agradeço por transmitir seus conhecimentos pautados pela ética e humanismo desde que ingressei sob sua orientação nos Programas de Iniciação Científica, na área da Epidemiologia. Programas esses, que foram decisivos para a minha candidatura ao curso de Mestrado. Sobretudo, agradeço pelas palavras de incentivo, motivação e riqueza de experiências e reflexões compartilhadas ao longo dos anos que caminhamos juntas.

À minha amiga Thaís que partilha comigo as alegrias, desafios, conquistas e angústias da universidade. Deixo aqui registrada a sua importância na construção da minha experiência de vida.

Ao Prof. Pedro Sadi, agradeço por ter me acolhido como orientanda, por todo seu respaldo propiciado para a minha chegada ao fim do mestrado, por seus ensinamentos nas aulas e orientações. Admiro-o por sua rica e inspiradora trajetória acadêmica, mas além disso, pela sua humildade, simplicidade e história de vida.

Agradeço aos professores / pesquisadores que prontamente aceitaram o convite para compor a banca examinadora desta dissertação: Alisson Fernandes Bolina, Débora Luiza de Oliveira Rangel Resende e Katiuscia Larsen de Abreu Aguiar.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, por ministrarem as disciplinas que ofereceram a base do conhecimento para a realização deste trabalho.

Aos servidores da Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde pela agilidade em me auxiliar com as dúvidas que surgiram ao longo do percurso.

À Universidade de Brasília, que há nove anos têm sido a ponte para realizações profissionais e de vida.

À Coordenação de Apoio à Pesquisa e Ensino Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado acadêmico durante a realização da pesquisa.

Agradeço especialmente a Deus, em todas as suas manifestações espirituais de fé e força, as quais recorri muitas vezes em busca de consolo e paz. Ao menino Jesus de Praga, a quem sou devota, por interceder por mim fortalecendo meu coração e minha alma.

E por fim, sou grata pelo meu encontro com as oportunidades e as pessoas anteriormente mencionadas, a mim tão especiais, para encorajar e auxiliar na conclusão deste trabalho.

“Não existe meio direito, meia negligência ou meia morte”.

(Fundo de População das Nações Unidas do Brasil)

RESUMO

SILVA, C. V. S. **Epidemiologia da mortalidade materna no Distrito Federal, entre 2012 e 2021: uma comparação antes e após o início da pandemia de Covid-19.** 2023. 117f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

Introdução: A elevada carga de mortes maternas observada na pandemia de Covid-19, além de sugerir óbitos evitáveis, indica a necessidade de aperfeiçoamento das políticas de saúde materna, especialmente durante crises sanitárias. **Objetivo:** Conhecer a magnitude da ocorrência de óbitos maternos no Distrito Federal (DF) no período de 2012 a 2021. **Método:** Trata-se de estudo descritivo transversal. Os dados quantitativos utilizados no estudo foram oriundos dos Sistemas de Informação do DATASUS (Sistema de Informação sobre Mortalidade e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos). Para determinar a magnitude dos óbitos maternos no DF, construiu-se um Diagrama de Controle e foi traçada a série histórica das mortes maternas. Os dados secundários utilizados nesta pesquisa são públicos e publicizáveis, dispensando a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** No Diagrama de Controle, os coeficientes de Mortalidade Materna (MM) mantiveram-se com a linha de controle abaixo do canal endêmico em todos os meses, entre 2012 e 2019, indicando que a ocorrência de óbitos não estiveram em nível epidêmico. Entre os anos de 2012 e 2021 foram confirmadas 179 mortes maternas, no DF. Mais da metade desse óbitos, 77%, ocorreu no período do puerpério. De modo geral, houve redução da MM até o ano de 2019. No entanto, ao incluir os anos de 2020 e 2021, pode-se visualizar expressivo aumento, já que a Razão de Mortalidade Materna (RMM) passou de 19/100.000 Nascidos Vivos (NV) em 2019, para 87/100.000 NV em 2021. Dentre as políticas de saúde materna, programas e legislações lançadas, destaca-se a (i) Declaração Universal dos Direitos Humanos: proteção social à maternidade e à infância; (ii) Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: RMM global < 70 / 100.000 NV até 2030; (iii) Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: rompimento da visão que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução; (iv) Constituição Brasileira: a proteção à maternidade é um direito social; (v) Projeto Maternidade Segura: incentivo às Práticas Baseadas em Evidências; (vi) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: ações que respeitem os direitos humanos e aspectos sociais; (vii) Lei nº11.108 de 7/4/2005: direito da gestante a acompanhante; (viii) Lei nº11.634 de 27/12/2007: direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade; (ix) Rede Cegonha: operacionaliza políticas criadas, articulando pontos de atenção em uma rede de cuidados integrais; (x) Centro Especializado em Saúde da Mulher: linha de cuidado em Atenção à Saúde da Mulher; (xi) II Plano Distrital de Políticas para Mulheres: efetivar políticas públicas pensadas para a diversidade entre as mulheres. **Considerações finais:** As Políticas lançadas forneceram uma importante contribuição para o progresso da saúde da mulher. Mas ainda assim, metas permanecem pendentes, sobretudo, as relacionadas à redução da MM. Nesse sentido, reforça-se a importância de assegurar acesso e assistência de qualidade às mulheres gestantes, parturientes e puérperas, já que a MM significa um grande problema de ordem social, neste momento em que a pandemia pela Covid-19 ameaça a vida desses grupos populacionais que fazem parte da reprodução e da manutenção da humanidade.

Palavras-chave: Epidemiologia; Mortalidade Materna; Covid-19; Distrito Federal.

ABSTRACT

SILVA, C. V. S. **Epidemiology of maternal mortality in Federal District, between 2012 and 2021: a comparison before and after the beginning of the covid-19 pandemic.** 2023. 117pages. Dissertation (Master's degree) – Postgraduate Program of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2023.

Introduction: The high burden of maternal deaths observed in the Covid-19 pandemic, in addition to suggesting preventable deaths, indicates the need to improve maternal health policies, especially during health crises. **Objective:** To know the magnitude of the occurrence of maternal deaths in the Federal District (FD) from 2012 to 2021. **Method:** This is a cross-sectional descriptive study. The quantitative data used in the study came from the DATASUS Information Systems (Mortality Information System and Live Births Information System). To determine the magnitude of maternal deaths in the FD, a Control Diagram was constructed and the historical series of maternal deaths was traced. The secondary data used in this research are public and publishable, eliminating submission to the Research Ethics Committee. **Results:** In the Control Diagram, the Maternal Mortality (MM) coefficients remained with the control line below the endemic channel in all months between 2012 and 2019, indicating that the occurrence of deaths was not at an epidemic level. Between 2012 and 2021, 179 maternal deaths were confirmed in the DF. More than half of these deaths, 77%, occurred in the postpartum period. In general, there was a reduction in the MM until the year 2019. However, when including the years 2020 and 2021, a significant increase can be seen, since the Maternal Mortality Ratio (MMR) went from 19/100,000 Live Births (LB) in 2019, to 87/100,000 LB in 2021. Among the maternal health policies, programs and legislation launched, the following stand out: (i) Universal Declaration of Human Rights: social protection for maternity and childhood; (ii) Sustainable Development Goals: Global MMR < 70 / 100,000 LB by 2030; (iii) Program for Comprehensive Assistance to Women's Health: break with the view that centered care for women on issues related to reproduction; (iv) Brazilian Constitution: maternity protection is a social right; (v) Safe Motherhood Project: encouragement of Evidence-Based Practices; (vi) National Policy for Integral Attention to Women's Health: actions that respect human rights and social aspects; (vii) Law No. 11,108 of 4/7/2005: right of pregnant women to have a companion; (viii) Law No. 11,634 of 12/27/2007: pregnant women's right to know and link to maternity; (ix) Rede Cegonha: implements created policies, articulating points of care in a comprehensive care network; (x) Center Specialized in Women's Health: line of care in Women's Health Care; (xi) II District Plan of Policies for Women: implement public policies designed for diversity among women. **Final Considerations:** The Policies launched provided an important contribution to the progress of women's health. But even so, goals remain pending, especially those related to the reduction of the MM. In this sense, the importance of ensuring access and quality assistance to pregnant, parturient and puerperal women is reinforced, since MM represents a major social problem, at a time when the Covid-19 pandemic threatens the lives of these groups. populations that are part of the reproduction and maintenance of humanity.

Keywords: Epidemiology; Maternal Mortality; Covid-19; Federal District.

RESUMEN

SILVA, C. V. S. **Epidemiología de la mortalidad materna en Distrito Federal, entre 2012 y 2021: una comparación antes y después del inicio de la pandemia de Covid-19.** 2023. 117hojas. Disertación (Maestría) – Programa de Posgrado de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasíia, Brasíia, 2023.

Introducción: La alta carga de muertes maternas observada en la pandemia de Covid-19, además de sugerir muertes evitables, indica la necesidad de mejorar las políticas de salud materna, especialmente durante las crisis sanitarias. **Objetivo:** Conocer la magnitud de la ocurrencia de muertes maternas en el Distrito Federal (DF) desde 2012 hasta 2021. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo transversal. Los datos cuantitativos utilizados en el estudio provinieron de los Sistemas de Información DATASUS (Sistema de Información de Mortalidad y Sistema de Información de Nacidos Vivos). Para determinar la magnitud de las muertes maternas en el DF se construyó un Diagrama de Control y se trazó la serie histórica de muertes maternas. Los datos secundarios utilizados en esta investigación son públicos y publicables, eliminando la sumisión al Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** En el Diagrama de Control, los coeficientes de Mortalidad Materna (MM) se mantuvieron con la línea de control por debajo del canal endémico en todos los meses entre 2012 y 2019, indicando que la ocurrencia de muertes no fue a nivel epidémico. Entre 2012 y 2021 se confirmaron 179 muertes maternas en el DF. Más de la mitad de estas muertes, el 77%, se produjeron en el puerperio. En general, hubo una reducción de la MM hasta el año 2019. Sin embargo, al incluir los años 2020 y 2021, se aprecia un incremento significativo, ya que la Razón de Mortalidad Materna (RMM) pasó de 19/100.000 Nacidos Vivos (NV) en 2019, a 87/100.000 NV en 2021. Entre las políticas, programas y legislación de salud materna lanzadas, se destacan: (i) Declaración Universal de los Derechos Humanos: protección social a la maternidad y la niñez; (ii) Objetivos de Desarrollo Sostenible: RMM global < 70/100 000 NV para 2030; (iii) Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer: romper con la visión que centraba la atención de la mujer en temas relacionados con la reproducción; (iv) Constitución brasileña: la protección de la maternidad es un derecho social; (v) Proyecto Maternidad Segura: fomento de Prácticas Basadas en Evidencia; (vi) Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer: acciones que respeten los derechos humanos y aspectos sociales; (vii) Ley N° 11.108 del 07/04/2005: derecho de la mujer embarazada a tener acompañante; (viii) Ley N° 11.634 del 27/12/2007: derecho de la mujer embarazada a conocer y vincularse a la maternidad; (ix) Rede Cegonha: implementa las políticas creadas, articulando los puntos de atención en una red integral de atención; (x) Centro Especializado en Salud de la Mujer: línea de atención en Salud de la Mujer; (xi) II Plan Distrital de Políticas para las Mujeres: implementar políticas públicas diseñadas para la diversidad de las mujeres. **Consideraciones finales:** Las Políticas lanzadas proporcionaron una contribución importante para el progreso de la salud de la mujer. Pero aun así, quedan metas pendientes, especialmente las relacionadas con la reducción de la MM. En ese sentido, se refuerza la importancia de garantizar el acceso y una asistencia de calidad a las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas, toda vez que la MM representa un problema social de primer orden, en momentos en que la pandemia del Covid-19 amenaza la vida de estos grupos de población que forman parte. de la reproducción y mantenimiento de la humanidad.

Palabras clave: Epidemiología; Mortalidad maternal; COVID-19; Distrito Federal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição geográfica do Distrito Federal, segundo Região Administrativa	38
Figura 2 – Distribuição da população por faixas de idade e sexo, Distrito Federal, 2021	39
Figura 3 – Distribuição da população, segundo raça/cor, Distrito Federa, 2021	39
Figura 4 – Distribuição da população, segundo estado civil, Distrito Federal, 2021	40
Figura 5 – Diagrama de Controle da Mortalidade Materna, no Distrito Federal, 2012 a 2019	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estabelecimentos de saúde no Brasil, até Junho de 2023	35
Quadro 2 – Regiões de Saúde do Distrito Federal	52
Quadro 3 – Unidades Hospitalares no Distrito Federal, SES-DF e URD	54
Quadro 4 – Estabelecimentos de Saúde SES-DF	55
Quadro 5 – Marcos da Política de Saúde Materna	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil, segundo Região, até Junho de 2023	36
Tabela 2 – Distribuição de leitos obstétricos, segundo Região do Brasil, até Junho de 2023	37
Tabela 3 – Óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna no Distrito Federal, entre 2012 e 2021	62
Tabela 4 – Contribuição percentual da mortalidade materna no Distrito Federal, em relação ao ano de 2012, 2015, 2018 e 2019	63
Tabela 5 – Óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna de mulheres negras e não negras no Distrito Federal, entre 2012 e 2021	64
Tabela 6 – Óbitos maternos no Distrito Federal, segundo faixa etária, escolaridade e estado civil, entre 2012 e 2021	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEDAW	Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESMU	Centro Especializado em Saúde da Mulher
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNODS	Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DENERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DIU	Dispositivo Intrauterino
DN	Declaração de Nascido Vivo
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EAP-SUS	Escola de Aperfeiçoamento do SUS
ETESB	Escola Técnica de Brasília
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
HMIB	Hospital Materno Infantil de Brasília
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LIC	Limite Inferior de Controle
LSC	Limite Superior de Controle
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MM	Mortalidade Materna
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NV	Nascidos Vivos
OOBr Covid-19	Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PBE	Práticas Baseadas em Evidências
PEDF	Plano Estratégico do Distrito Federal
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNOV	Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação
PPA	Plano Plurianual do Distrito Federal
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
Q1	Primeiro quartil
Q3	Terceiro quartil
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RA's	Regiões Administrativas
RC	Rede Cegonha
RMM	Razão de Mortalidade Materna

RN	Recém Nascido
RS	Região de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SRAG	Respiratória Aguda Grave
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TFT	Taxa de Fecundidade Total
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 A HISTÓRIA DOS HOSPITAIS NO MUNDO	23
2.2 A EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS E DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: CONQUISTAS E DESAFIOS	26
2.3 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE NO BRASIL	33
2.4 CARACTERIZAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL	37
2.5 A ORIGEM DO PARTO NO MUNDO	41
2.6 A MORTALIDADE MATERNA E A PANDEMIA DE COVID-19	44
3 OBJETIVOS	50
3.1 OBJETIVO GERAL	50
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	50
4 MÉTODO	51
4.1 TIPO DE ESTUDO	51
4.2 DESCRIÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	51
4.3 COLETA DE DADOS	56
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	58
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	58
4.6 CRITÉRIOS ÉTICOS	60
5 RESULTADOS	61
5.1 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA MORTALIDADE MATERNA	61
5.2 POLÍTICAS DE SAÚDE MATERNA, PROGRAMAS E LEGISLAÇÕES LANÇADAS A NÍVEL INTERNACIONAL E NACIONAL, APLICADAS NO DISTRITO FEDERAL	65
5.2.1 Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)	65
5.2.2 Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: consagradas noções de direitos reprodutivos e saúde sexual (1994)	67
5.2.3 IV Conferência Mundial da Mulher: compromissos dos países em implementar políticas públicas para a promoção dos direitos reprodutivos e de saúde reprodutiva de sua população (1995)	69

5.2.4 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: reduzir a Mortalidade Materna em três quartos até 2015 (2000)	71
5.2.5 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: RMM global <70/100.000 nascidos vivos até 2030 (2015)	73
5.2.6 Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (1984)	74
5.2.7 Constituição Brasileira: proteção à maternidade é um direito social (1988).....	76
5.2.8 Projeto Maternidade Segura (1994)	77
5.2.9 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000)	79
5.2.10 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)	82
5.2.11 Direito da gestante a acompanhante (Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005) ..	84
5.2.12 Direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade (Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007)	84
5.2.13 Investigação obrigatória do óbito materno e de mulher em idade fértil (Portaria nº 1.119 de 5 de junho de 2008)	84
5.2.14 Rede Cegonha (Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011)	85
5.2.15 Instituição do Centro Especializado em Saúde da Mulher (CESMU) e critérios de encaminhamento de mulheres ao serviço (2020)	86
5.2.16 II Plano Distrital de Políticas para Mulheres 2020 – 2023 (2021)	87
6 DISCUSSÃO	90
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	102

1 INTRODUÇÃO

Desde 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) destaca que a família, diante da maternidade tem direito à ajuda e à assistência especial, assim como a Constituição Brasileira defende a proteção à maternidade como um direito social (BRASIL, 1948; BRASIL, 1988). Em todo o mundo, cerca de 140 milhões de nascimentos acontecem todos os anos. Parir trata-se de um processo fisiológico e natural que pode ser vivenciado sem complicações pela maioria das mulheres (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Passados 67 anos da promulgação da DUDH, a Organização das Nações Unidas (ONU), por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), propostos no ano de 2015, estabeleceu a meta de redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) global para menos de 70 mortes/100.000 Nascidos Vivos (NV), até o ano de 2030. Mas a sobrevivência das mulheres gestantes continua vulnerável, especialmente relacionada ao período de pandemia pelo coronavírus, mesmo já tendo sido declarado o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à Covid-19, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2021; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA, 2023a).

No fim do ano de 2019, foram registrados casos de pneumonia de origem desconhecida em Wuhan, na China que levaram a descoberta de um novo coronavírus, cientificamente identificado como SARS-CoV-2, causador da doença Covid-19. Em decorrência da sua rápida distribuição geográfica, a OMS declarou estado de pandemia pelo novo coronavírus em março de 2020 (SENHORAS, 2020). No mundo, foram notificados 767 milhões casos de Covid-19 e 6,9 milhões de óbitos pela doença, até onze de junho de 2023 (CENTER FOR SYSTEMS SCIENCE AND ENGINEERING, 2023).

Com o objetivo de minimizar os agravos decorrentes da Covid-19, identificaram-se grupos de risco para complicações e morte, a saber, idosos, pessoas portadoras de doenças crônicas e profissionais da área da saúde. No primeiro momento, o ciclo gravídico puerperal não foi associado a complicações e mortalidade, provavelmente devido à baixa frequência de mulheres gestantes na China, primeiro país a ser acometido pela doença, bem como nos países asiáticos e no continente europeu, em que a doença se propagou primeiro. Isso porque são territórios que a taxa de natalidade é considerada baixa (SOUZA; AMORIM, 2021).

Diante da disseminação da doença em todo o mundo, houve um expressivo aumento da Mortalidade Materna (MM) provocada pelo coronavírus no Brasil em 2020. Nesse sentido, foram incluídas nos grupos de risco para agravamento da Covid-19 as mulheres gestantes e

puérperas, e até junho de 2023 foram registrados 24.510 casos da doença no referido grupo (BRASIL, 2023a). O risco elevado pode ser explicado por alterações anatômicas, especificidades hemodinâmicas, ventilatórias e circulatórias durante o ciclo gravídico-puerperal (FERNANDEZ; AMORIM, 2021).

Segundo dados divulgados pelo Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOBr Covid-19) (2023), foram notificados 2.941 óbitos maternos no ano de 2021 e 6.157 mortes maternas, por Covid-19, considerando todo o período de pandemia, até o mês seis de 2023. Diante disso, o cumprimento da meta dos ODS de redução global das mortes maternas está ameaçado, uma vez que as mulheres gestantes e puérperas representam um grupo de risco para gravidade da Covid-19 (BRASIL, 2023a).

Estudo sueco elaborado por Collin et al. (2020) demonstrou que mulheres grávidas possuem maior risco de necessitarem de cuidados na UTI quando comparadas às mulheres não grávidas, se infectadas pelo novo coronavírus. Desse modo, uma vez que as mulheres grávidas e puérperas apresentam mais riscos para mortalidade pelo coronavírus, existe o desafio de contar com as interfaces do manejo obstétrico e clínico, que instiga a necessidade de melhoria da competência colaborativa dos profissionais.

Tem-se observado em uma série histórica que a maior parte das mortes maternas ocorre em países em desenvolvimento, principalmente em mulheres negras (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009; WHO, 2015). Estudos como os de Almeida et al. (2015) e Silva (2023) revelam que os grupos mais vulneráveis à MM são constituídos por mulheres com faixa etária mais avançada, de menor renda e escolaridade, em conjunto com questões raciais. Além disso, durante a pandemia de Covid-19, as mulheres negras apresentam piores indicadores de acesso ao pré-natal bem como maiores razões de mortalidade materna durante a gestação, parto e puerpério (COELHO et al., 2022).

O quesito cor da pele em óbitos maternos é investigado desde 1993 no Brasil. No entanto, os dados com recorte segundo raça/cor só foram disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), a partir do ano de 2001, o que promove a visualização de possíveis desigualdades na assistência à saúde. No Brasil, segundo Silva (2019), a proporção de óbitos maternos de mulheres negras responde por mais da metade dos óbitos maternos. Salienta-se que, dentre as Unidades Federativas do país, não existem estudos com recortes raciais sobre MM no Distrito Federal (DF), sendo essencial a realização de pesquisas para o levantamento de indicadores epidemiológicos, discussões e elaboração de documentos que

embasem o planejamento em saúde e a efetivação de políticas públicas, com vista à redução de iniquidades (SILVA, 2019).

A primeira justificativa científica para a realização deste trabalho respalda-se na definição de epidemiologia, por Pereira como “o ramo das ciências da saúde que estuda, na população, a distribuição e frequência dos determinantes em saúde ou doença” (PEREIRA, 2010, p.3). O referido autor menciona que a distribuição desigual dos agravos à saúde é produto da ação de fatores que também se distribuem desigualmente na população. Desse modo, o conhecimento desses determinantes, por meio de pesquisas científicas, pode permitir a aplicação de medidas sistematizadas direcionadas a alvos específicos. Assim, a elaboração desta investigação, abordando a temática da MM sob o ponto de vista epidemiológico, representa uma contribuição para o fortalecimento das ciências da saúde como objeto legítimo de produção de conhecimento (PEREIRA, 2010).

A fundamentação científica para efetuação desta pesquisa é ainda favorecida pela epidemiologia social, ao figurar como a ciência responsável pelo “renascer do estudo da determinação social da doença” (PEREIRA, 2010, p.13). Isso porque o seu intuito é o de procurar melhor entender a situação de saúde da população, em especial nas regiões subdesenvolvidas — ou dos segmentos desfavorecidos da população, mesmo das nações industrializadas. De acordo com Pereira (2010), o objetivo da epidemiologia social concentrasse em “produzir conhecimentos dentro de uma lógica até então pouco utilizada e totalmente esquecida na epidemiologia” (PEREIRA, 2010, p.13). Dessa forma, a justificativa do enfoque social advém da constatação de desigualdades existentes no acesso e qualidade da assistência em saúde oferecida as mulheres gestantes e puérperas e que, enquanto este contexto não for mitigado, a saúde de grupos socialmente menos favorecidos sofrerá consequências, tais como as altas razões de óbitos evitáveis e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, quando deles tem necessidade.

Outro argumento científico que apoia o desenvolvimento desse trabalho se refere as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da saúde, ao afirmarem que a formação profissional deve contemplar: (i) o sistema de saúde vigente no país e a atenção integral à saúde; (ii) o conhecimento técnico científico sobre os problemas de saúde e doença prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na região de atuação do profissional, e na identificação das dimensões biopsicossociais dos seus determinantes; (iii) e a busca da compreensão da política de saúde no contexto das políticas sociais, a partir dos perfis epidemiológicos das populações. Portanto, afirma-se que a produção de novos conhecimentos

à luz do enfoque epidemiológico-social e do que preconiza as DCN faz-se necessário para contribuir na orientação da formação dos profissionais de saúde e no cumprimento do princípio da integralidade em saúde (BARBOSA, 2016; BRASIL, 2018; SILVA; BARBOSA; PEREIRA, 2022).

A elevada carga de mortes maternas observada durante a pandemia de Covid-19, além de sugerir óbitos evitáveis, dada a deterioração do acesso e qualidade dos serviços de saúde direcionados às mulheres gestantes e puérperas, indica a necessidade de aperfeiçoamento das políticas de saúde materna, especialmente durante crises sanitárias. Destarte, o levantamento de dados e políticas de saúde implementadas permitem subsídios para análises de situação, avaliação das ações e políticas existentes, além de possibilitar a construção de indicadores e análises epidemiológicas, cujos resultados refletem a gestão quanto sua eficiência em produzir políticas de saúde resolutivas.

O grande desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) é conseguir implementar e efetivar políticas e ações em um país com mais de 200 milhões de habitantes. Sendo assim, conhecer a realidade dos estados brasileiros é fundamental para o planejamento em saúde (LAVRAS, 2011). A disparidade socioeconômica dos municípios brasileiros influencia as demandas dos cidadãos e faz com que as ações de saúde tenham que ser mais enérgicas no sentido de adotar e ser capaz de operacionalizar medidas equitativas (SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014). O DF é um exemplo disso, sendo dividido em 35 Regiões Administrativas e apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,824, considerado muito alto quanto aos indicadores referentes à longevidade, educação e renda. No entanto, contempla desigualdades relacionadas ao acesso à assistência à saúde por fatores econômicos e sociais, pois nem todas as RA's possuem a mesma estrutura econômica e de serviços de saúde (IBGE, 2023).

Em relação às demais Unidades da Federação, o DF possui uma renda média bastante elevada, mas ao desagregar os dados por Região Administrativa (RA), observa-se desigualdades internas no DF, por exemplo, a renda *per capita* do Lago Sul é 19 vezes maior que a da Estrutural. As referidas diferenças socioeconômicas refletem em indicadores díspares (COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL, 2021a).

Diante das argumentações expostas, torna-se relevante conhecer a magnitude da ocorrência de óbitos maternos no Distrito Federal no período antes e após o início da pandemia de Covid-19.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A HISTÓRIA DOS HOSPITAIS NO MUNDO

Os registros históricos apontam que os primeiros hospitais possuíam características diferentes das instituições contemporâneas. A prática médica estava ligada de maneira particular à religião e eram praticamente escassos os locais de acolhimento aos doentes para permanência e tratamento. Mas ainda assim, existem relatos na literatura de que na Babilônia, mercados públicos foram empregados como instituições de assistência hospitalar, bem como no Egito, em 2700a.C., os templos eram utilizados para o ensino de medicina sacerdotal. Com o surgimento do budismo, em 528 a.C., as instituições de saúde receberam grande incentivo e foram criados hospitais e escolas médicas em diferentes regiões da Ásia (NEUFELD, 2013).

O primeiro hospital no mundo foi construído por volta de 430 a.C, na Ásia, onde hoje está situado o país Sri Lanka. Dois séculos depois, na Índia, houve a criação de instituições e estabelecimentos erguidos como lugar específico de cura e com o propósito principal de cuidar dos enfermos. Posteriormente, na Europa, 100 a.C., locais chamados valetudinários foram desenvolvidos para oferecer auxílio aos soldados feridos em batalha (CAMPOS, 1944). Já na Idade Média, com a expansão do cristianismo, os hospitais se transformaram em espaços de reclusão, dirigidos por ordens religiosas (BRASIL, 1965).

Os mosteiros, como assim eram chamados os hospitais do século IV, comandados por religiosos, além de local de quarentena, em especial no período das pestes, eram também instituições de caridade. Em seguida, o hospital deixou de pertencer, na sua totalidade, as ordens religiosas, diante da ascensão do Estado absolutista, mas manteve seu caráter de assistência social ao acolher mendigos, imigrantes e portadores de doenças (ANTUNES, 1989; LISBOA, 2002). Nesse sentido, a superlotação e falta de organização em alas e especialidades, contribuiu para a rápida transmissão de infecções e aumento das taxas de mortalidade. Tal situação, afastava a população do ambiente hospitalar e favorecia a assistência domiciliar, pois, à época, costumava-se receber cuidados em casa, a exemplo o acontecimento dos partos (MORAES, 2005).

No século XVII, a nova perspectiva hospitalar baseava-se não mais na caridade e sim na preocupação com a ordem pública e reclusão dos “pestilentos”, pobres e mendigos. Assim, foram criados os hospitais gerais, administrados pelo poder nacional, que para manter as instituições hospitalares, passou a cobrar impostos da comunidade. Além disso, as reformas legislativas ocorridas na época definiam a prática médico-hospitalar e reforçavam que a

atividade médica era capaz de reduzir o tempo de hospitalização dos doentes. Em decorrência disso, no século XVIII, o hospital passou a ser entendido como um instrumento de cura e não mais como um ambiente de conforto espiritual, segregação ou repressão (BRASIL, 1965; MORAES, 2005; NEUFELD, 2013).

Foi no século XVIII que o médico adentrou o ambiente hospitalar. Nesse período, os hospitais gerais passaram a ser um local de assistência médica e terapêutica mais efetiva sobre os doentes e as doenças. Os médicos assumiram, gradualmente, a direção dos hospitais, a realização de exames, diagnósticos e uso de medicações, bem como os cirurgiões-barbeiros passaram a realizar extração de pedras vesicais, hérnias e amputações (ROSEN, 1994). O ambiente sofreu transformações e ganhou disciplina e arquitetura hospitalar voltada para prática médica e a figura do médico surgiu como a autoridade máxima técnica e administrativa da instituição (GONZÁLEZ; NAVARRO; SANCHEZ, 2005; NEUFELD, 2013).

Na Europa, a inovação hospitalar também conduziu a criação de hospitais especializados com caráter complementar aos gerais. Foram construídos hospitais específicos para tratamento de doenças venéreas, hospícios e as casas de parto. Outro tipo de instituição sanitária que, nesta época, apareceu como um complemento aos novos hospitais, foram os dispensários ou ambulatórios. Tais instituições eram unidades de consulta externa com o objetivo de oferecer cuidados médicos e de hospitalidade sem a necessidade de internação (ANTUNES, 1989).

Mesmo com a difusão da medicalização, a superlotação e as infecções hospitalares constituíam importantes problemas sanitários na época (FONTANA, 2006). A ocorrência de óbitos e a transmissão de doenças eram expressivas nesse ambiente e impulsionaram o movimento da reforma hospitalar (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2007). Como consequência, a arquitetura dos hospitais ganhou uma estrutura pavilhonar dividida em blocos, com o objetivo de reduzir o problema da umidade, melhorar a circulação do ar e permitir a entrada de luz (SOUZA; PAULA, 2018). Além disso, as camas coletivas foram abolidas e as enfermarias categorizadas por sexo e tipo de enfermidade. A administração também foi setorizada e ligada a uma unidade central (BRASIL, 1965).

Diferente do esperado, a estrutura de hospital pavilhonar não conseguiu, de maneira isolada, reduzir a transmissão de doenças (TOLEDO, 2006). A compreensão da fisiopatologia das enfermidades era incipiente e pouco se conhecia sobre medidas de higiene e desinfecção eficazes. Portanto, no século XIX, quando a teoria dos miasmas ainda prevalecia, um grave problema prejudicava as maternidades dos hospitais: as febres infecciosas. Isso porque os partos

aconteciam sem nenhum controle de higiene e desse modo, eram responsáveis por altas razões de mortalidade nas enfermarias obstétricas (DUNN, 2007; NULAND, 2005; VIEIRA, 1951).

Ao investigarem, constatou-se que o problema da febre puerperal se dava pela utilização de instrumentos e roupas contaminados e pela manipulação de parturientes infectadas. A ideia do contágio por partículas pútridas, possivelmente carregadas pelos médicos e enfermeiras, assim como as recomendações para o controle da febre puerperal foram discutidas, inicialmente, em 1843, pelo médico americano Oliver Wendell Holmes (DUNN, 2007; NULAND, 2005). A febre puerperal foi também motivo de estudo pelo médico austríaco Ignáz Philipp Semmelweis que, em 1847, propôs como medida profilática, a antisepsia das mãos pela lavagem com cloro antes da entrada nas enfermarias e após o contato com as pacientes (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em 1874, com o avanço das pesquisas científicas, Louis Pasteur recomendou que os instrumentos médico hospitalares fossem colocados em água fervente e flambados antes do contato com o paciente (WALDEN, 2003). Já na década de 1880, foi proposto que os instrumentais cirúrgicos fossem esterilizados utilizando o calor. Uma década depois, luvas de borracha passaram a ser utilizadas durante as cirurgias, e em 1896, as máscaras cirúrgicas. A matemática como suporte para o controle e a prevenção das infecções hospitalares surgiu na Inglaterra, com Florence Nightingale, ao publicar, em 1859, "Notas sobre Enfermagem" e, em 1861, "Notas sobre Hospitais" (CARRARO, 2004; DUNN, 2007; GITTI, 2014; NEUFELD, 2013).

A partir da segunda metade do século XIX, as práticas de controle de infecções hospitalares tiveram forte respaldo da bacteriologia, levando à criação de um "mundo asséptico", onde multiplicaram-se os procedimentos de controle sobre o meio hospitalar (FONTANA, 2006; HURT, 2003). No final do século XIX, foi consagrado em definitivo, o modelo do "grande hospital público", financiado majoritariamente pelo Estado. O hospital começou a basear-se na tríade: assistência, docência e investigação. No entanto, manteve a assistência médica diversificada em três níveis: nobres e ricos atendidos em domicílio pelas celebridades médicas, a burguesia atendida em domicílio por médicos iniciantes ou mais modestos e pobres atendidos em hospitais, o que perpetuava a antiga ideia de uma instituição de "segunda classe" (COSTA, 2004; NEUFELD, 2013; SANGLARD; COSTA, 2004).

A partir da década de 1880, a construção de centros médicos e cirúrgicos mais bem equipados e "esterilizados", contribuiu para fazer com que o hospital fosse deixando aos poucos de ser um refúgio de indigentes e se transformasse, principalmente, no século seguinte, numa

“máquina de curar”. A descoberta da penicilina, em 1928, na Inglaterra, foi um marco científico, que separou em duas eras o tratamento das doenças infecciosas hospitalares (PEREIRA; PITA, 2018). O progresso crescente da anestesia, microbiologia, assepsia e controle da hemorragia fizeram decair drasticamente a mortalidade operatória e deram à cirurgia todas as suas possibilidades atuais (CALIXTO; CAVALHEIRO, 2012; REIS, 2006).

Diante dos avanços, a estrutura dos hospitais foi substituída por construções em torres hospitalares. Entre as duas grandes guerras mundiais, as cirurgias tornaram-se mais intrincadas e as tecnologias foram expandidas. Essas mudanças provocaram um aumento nos gastos hospitalares e levaram ao colapso financeiro os hospitais que tradicionalmente eram financiados pelo Estado e pelo voluntariado. Em decorrência disso, surgiram as primeiras discussões acerca do financiamento da saúde (PIOLA et al., 2013) Assim, pela primeira vez na história, os hospitais começaram a ser utilizados, indistintamente, por toda a população, se tornando, inclusive, o cenário onde se desenvolviam os acontecimentos sanitários da vida de um ser humano, desde seu nascimento até sua morte (MORAES, 2005; NEUFELD, 2013).

2.2 A EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS E DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: CONQUISTAS E DESAFIOS

No Brasil, a assistência hospitalar, desde o início da colonização, era oferecida basicamente pelas Santas Casas e pela filantropia. O ano de 1540 representou a criação do primeiro hospital do país, a Santa Casa de Misericórdia de Olinda, em Pernambuco, que funcionou até o ano de 1630, quando a estrutura foi saqueada e incendiada por holandeses. Em 1543, foi inaugurada a Santa Casa de Misericórdia de Santos, no Estado de São Paulo, por iniciativa de Brás Cubas. Esta era coordenada por jesuítas e nos dias atuais permanece em funcionamento, sendo considerado o hospital brasileiro mais antigo. Menos de uma década depois, em 1550, foi fundada em Salvador, a Santa Casa de Salvador (MORAES, 2005).

Entre os séculos XVI e XVII, o colonialismo e os empreendimentos comerciais eram ameaçados por doenças transmissíveis endêmicas e epidêmicas. No século XVII, uma profunda crise demográfica acometeu o Brasil devido a epidemia de sarampo, abalando a incipiente economia colonial (UJVARI, 2003). Após esse fato, as epidemias passaram a receber atenção governamental, sobretudo em razão dos prejuízos causados à política econômica, pois os navios estrangeiros evitavam os portos nacionais com medo do contágio (BAPTISTA, 2007; OLIVEIRA, 2012; PAIM, 2003).

A partir do século XVIII, surgiram no país os hospitais militares, dos quais apenas os membros das tropas tinham direito à assistência. Até o fim do século XIX, as doenças como a varíola e febre amarela representavam o principal problema de saúde pública. A organização dos serviços de saúde era precária e o conhecimento científico estava baseado nas concepções miasmáticas das doenças – crença de que a contaminação das doenças era atribuída às emanções do solo, a partir da exalação pútrida de animais ou vegetais em decomposição. Esta teoria foi a grande orientadora das políticas públicas de saúde até a descoberta da microbiologia (CORREA; RANGEL; SPERANDIO, 2004; MORAES, 2005).

Com o objetivo de minimizar a propagação das doenças, as ações públicas voltavam-se para a circulação do ar e da água (AMORIM, 2013). As iniciativas eram de responsabilidade das autoridades locais que implementavam medidas sanitárias para o controle das enfermidades. Diante dos surtos epidêmicos de cólera e febre amarela no século XIX e a consequente superlotação dos hospitais filantrópicos, o Estado Imperial inaugurou os primeiros hospitais direcionados à segregação dos enfermos (MENDES, 1993; SANTOS, 1994).

A chegada da família Real no Brasil, em 1808, ocorreu em um período de avanços nas descobertas científicas. Nessa área, foi fundamental o aprofundamento nos estudos da anatomia humana e também na descoberta do microscópio, que precedeu a revolução pasteuriana (BENCHIMOL, 2000). A partir disso, foram dados os primeiros passos mais sólidos da medicina com a criação das Faculdades de Medicina em Salvador e no Rio de Janeiro, que coincide com as cidades portuárias que recebiam o maior número de navios e escravos (BAPTISTA, 2007; OLIVEIRA, 2012; PAIM, 2003).

Com a proclamação da República em 1889, a ascensão da industrialização e chegada de imigrantes europeus no país, o governo foi pressionado a melhorar a assistência em saúde (PAIM, 2003). Como reflexo, o ensino e a prática médica foram regulamentados em conformidade com o modelo europeu (ENTRALGO, 2006). A medida resultou em maior controle sobre as práticas populares de cura, substituição gradual dos religiosos das direções dos hospitais gerais, e a construção de hospitais públicos para atender doenças consideradas nocivas à população, tais como a tuberculose, hanseníase e condições mentais (BAPTISTA, 2007; OLIVEIRA, 2012).

O governo de Rodrigues Alves, entre 1902 e 1906, marcou o início das políticas sanitárias no Brasil. O médico, epidemiologista e cientista Oswaldo Cruz esteve à frente das iniciativas de saneamento e urbanização. Sob sua coordenação, foram criadas medidas essenciais, e por vezes drásticas, mas que representaram avanços no combate as epidemias que

se propagavam com velocidade (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Nesse cenário, nasceu o Código Sanitário que previa a desinfecção domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica, e também a atuação da polícia sanitária (UJVARI, 2003).

O modelo campanhista utilizado na época, previa a desinfecção dos espaços públicos e domiciliares, principalmente nas áreas menos favorecidas. Além disso, incluía a estratégia sanitária de vacinação obrigatória, que diante do teor autoritário das práticas de saúde, gerou insatisfação popular e culminou no movimento que ficou conhecido como a Revolta da Vacina, em 1904, no Rio de Janeiro (SEVCENKO, 2018). Já na segunda fase do movimento sanitário, de 1910 a 1920, a preocupação se voltou para o saneamento rural e combate a três endemias: a malária, o mal de Chagas e a ancilostomíase (BAPTISTA, 2007; PORTO, 2003).

A participação do Estado na oferta da assistência à saúde da população, principalmente hospitalar, até a década de 1920, era quase inexistente, assim como os recursos disponibilizados. As condições de conforto e higiene eram precárias e apenas a população desprovida de meios de subsistência buscavam apoio nessas casas, isto é, o hospital servia apenas para os pobres. As salas de cirurgia, por exemplo, não possuíam a preservação asséptica dos tempos atuais, e abrigavam simultaneamente os pacientes do pré-operatório, os que estavam sendo operados e os pós operados. Era grande a mortalidade (LACERDA; EGRY, 1997; MORAES, 2005).

Em meados do século XX, as viagens médico-científicas promovidas pelo Instituto Oswaldo Cruz ao Norte e Nordeste do Brasil revelaram um país pobre, doente e isolado geograficamente e culturalmente. Nessa conjuntura, é reconhecido que Oswaldo Cruz abriu caminhos para melhorias na situação epidemiológica do país, assim como para seu sucessor, Carlos Chagas (OLIVEIRA, 2012; PAIM, 2003). Os cientistas Belisário Penna e Arthur Neiva, ressaltaram na época, a urgência de uma política sanitária para além dos limites da capital do país e dos portos marítimos e fluviais. Apontavam, portanto, para um cenário que resultaria na reforma da estrutura de saúde pública brasileira. De tal inquietação, nasceu, em 1923, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (BAPTISTA, 2007; JÚNIOR; JÚNIOR, 2006).

O DNSP representou um momento de ampliação da iniciativa pública sobre os problemas sanitários e de saúde. Mas apesar de expandir as ações do Estado e implantar novidades no controle da saúde pública, manteve práticas de controle sanitário do início do século, como por exemplo, as normas de vigilância das pessoas que tinham contato com doentes

ou áreas consideradas foco de doenças contagiosas. O departamento se caracterizou como uma das primeiras iniciativas de saúde do Estado brasileiro de âmbito nacional (LIMA; GERSHMAN; EDLER, 2005; MORAES, 2005).

A partir da década de 1920, com a criação do DNSP, a assistência hospitalar no Brasil estava cada vez mais relacionada com as políticas da Previdência Social (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). Em 1923, diante de revoltas populares, o chefe de polícia, Eloy Chaves, propôs uma lei que regulamentava a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), instituindo a primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado (ENGEL; SILVA; WEILLER, 2012). Estas instituições organizadas pelas empresas através de um contrato coletivo e sob a forma de contribuição, tinham como função a prestação de benefícios, pensões, aposentadorias, e a assistência médica a seus filiados e dependentes (OLIVEIRA, 2012; PAIM, 2003).

Em 1930, no governo de Getúlio Vargas, as CAPs foram transformadas nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). As principais categorias de profissionais beneficiados foram organizações trabalhistas atuantes na política e no setor financeiro, como os ferroviários, comerciários, industriários, bancários e os marinheiros, ligados à produção exportadora (FORTES, 2011; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985). O Estado brasileiro passou a colaborar com 15% do total da receita, e o restante era custeado pelos trabalhadores e patrões (BAPTISTA, 2007; OLIVEIRA, 2012; PAIM, 2003).

Nesse período, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Assim surgiu o primeiro sistema de proteção social brasileiro, concebido pela política de proteção ao trabalhador (PASTORINI; GALIZIA, 2006). Diante disso, foi instituída a obrigatoriedade da carteira profissional, jornadas de oito horas, direito a férias, a lei do salário mínimo e, ainda, questões relativas à saúde. Nessa mesma época, foi criado o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BAPTISTA, 2007; OLIVEIRA, 2012; PAIM, 2003).

Durante a segunda guerra mundial, na década de 1940, o governo brasileiro, em parceria com o governo americano, estruturou o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (FORTES, 2011). Sua atuação norteou-se pela criação de centros de saúde e postos permanentes e rurais em diversas regiões, como os Estados do Espírito Santo e Minas Gerais. Foram contratados ainda, sanitaristas em tempo integral, uma equipe auxiliar com laboratoristas, médicos e visitantes. A criação do órgão foi fundamental para a introdução dos conceitos de

desenvolvimento, educação em saúde e participação comunitária (CAMPOS, 2006; OLIVEIRA, 2012).

A saúde pública nos anos 50 foi marcada pela criação do Ministério da Saúde (MS) e a reorganização dos serviços de controle das endemias rurais no Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU). Tratavam-se de órgãos que atuavam com ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, aliados a uma política de saúde previdenciária restrita aos contribuintes da previdência e seus dependentes. Essa conformação de atuação do Estado na saúde pública permitiu o melhor controle dos espaços de circulação de pessoas, produtos e do comércio (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; PAIM, 2003). O Estado também passou a contar com postos de trabalho, indústrias de medicamentos e equipamentos, ensino profissional, hospitais e ambulatórios (BAPTISTA, 2007).

Os avanços da industrialização geraram grandes demandas para o sistema de saúde em decorrência da massa operária. O momento exigiu uma rápida expansão dos serviços de saúde, e dada a impossibilidade de o Estado suprir as demandas, abriu-se espaço para os convênios-empresas (OLIVEIRA, 2012). A assistência tornou-se mais cara e o hospital passou a ser o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde, conhecido como modelo hospitalocêntrico. Modelo esse, caracterizado por uma concepção mecanicista do processo saúde-doença, pelo reducionismo da causalidade aos fatores biológicos e pelo foco da atenção sobre a doença (PAIM, 2003).

A partir do golpe militar, foi instaurado em 1964, no Brasil, um regime autoritário de administração pública que causou piora sensível na saúde pública, ressentida sobretudo pela parcela mais vulnerável da população (FORTES, 2011). Nessa época, a política de saúde voltou-se para a expansão de serviços médicos privados, isto é, o modelo previdenciário-privatista oferecia assistência médico-hospitalar a trabalhadores urbanos e industriais, na forma de seguro-saúde/previdência. Sendo assim, o governo passou a comprar serviços de assistência médica, e as condições dos brasileiros tornaram-se ainda mais críticas (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; PAIM, 2003).

No ano de 1966, ocorreu a junção dos IAPs com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (RAMOS, 2013). A decisão unificou os benefícios para os trabalhadores em geral, independentemente de sua filiação profissional (FORTES, 2011). Com isso, novas categorias profissionais foram incorporadas ao sistema, como trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos. A nova configuração provocou a superlotação dos hospitais, gerou

insatisfação entre a população e doenças antes erradicadas, ressurgiram em surtos epidêmicos (SILVA; TELES, 2022).

Na década de 1970, as pressões por reformas na política de saúde possibilitaram a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), responsável por distribuir recursos para investimento na expansão do setor hospitalar, sendo 79,5% destinados para o setor privado e apenas 20,5% para o setor público. Posteriormente, em 1977, foi concebido o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), política pública de saúde que vigorava antes da criação do SUS e órgão que passou a coordenar todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da Previdência Social. Logo, os setores da população que não contribuía não podiam acessar os serviços de saúde (AGUIAR, 2022; VIANNA, 1989).

Outro marco refere-se a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, realizada pela OMS, em 1978, na cidade de Alma-Ata (MATTA, 2009). Os assuntos debatidos incluíram os cuidados primários à saúde, a participação comunitária, cooperação entre os diferentes setores da sociedade, além de forte oposição à privatização e mercantilização da medicina sob o comando da previdência social (AGUIAR, 2003). Foram propostas reformas no atendimento público de saúde, reivindicada a universalização do direito à saúde, bem como a unificação dos serviços prestados pelo INAMP e MS em um mesmo sistema, para reforçar a integralidade das ações (BAPTISTA, 2007; OLIVEIRA, 2012; PAIM, 2003).

A OMS, a partir da experiência dos países socialistas, passou a enfatizar as desigualdades na situação de saúde entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos (RONCALLI, 2003). A defesa baseava-se nos critérios de que as ações de saúde deviam ser práticas, exequíveis, estar ao alcance de todas as pessoas e famílias, em locais acessíveis, com participação ativa da comunidade na implantação e atuação do sistema de saúde, e com custos compatíveis com a situação econômica da região e do país (BAPTISTA, 2007; PAIM, 2003).

As inquietações sobre o direito à saúde incentivaram a realização da VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, que apresentou como propostas a reformulação da política de saúde e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Assim, a saúde passou a assumir um sentido mais amplo e visto como resultante das condições socioeconômicas da população, a saber, renda, habitação, educação, trabalho, meio ambiente, lazer e acesso aos serviços de saúde (RONCALLI, 2003).

O PREV-SAÚDE teve como proposta a extensão nacional do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Já em 1981, com a nomeação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) foi realizado um

diagnóstico situacional, que apontava uma rede de saúde insuficiente, fragmentada, complexa, indutora de desvios de recursos e fraudes. Foram então elaboradas estratégias operacionais para a reestruturação do setor, incluindo o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) (HOCHMAN; FONSECA, 1999; OLIVEIRA, 2012; RONCALLI, 2003).

A posteriori, em 1983, o PAIS foi redesenhado como Ações Integradas de Saúde (AIS), e demonstrou ser a estratégia mais importante para a universalização do direito à saúde, além de representar uma proposta de “integração” e “racionalização” dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que comporia um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado para o atendimento (HOCHMAN; FONSECA, 1999; OLIVEIRA, 2012).

A segunda metade da década de 1980 foi marcada por uma intensa crise política, social e econômica, que repercutiu sobre a situação de saúde da população e agravou as condições de vida, aumentando o desemprego e a desnutrição. No governo da Nova República, em 1985, ocorreu a ascensão do movimento social que defendia a democratização da saúde e da reforma sanitária (HOCHMAN; FONSECA, 1999). Além disso, reformistas passaram a ocupar cargos de expressão no âmbito político institucional do Estado, em órgãos como o MS, INAMPS e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A pressão gerada repercutiu de modo positivo e, pela primeira vez, o MS convocou gestores de saúde, técnicos e usuários para a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (OLIVEIRA, 2012).

Considerado um marco histórico da política de saúde brasileira, a conferência aprovou, por unanimidade de seus 4.000 participantes, as diretrizes da universalização da saúde e do controle social, e assim ficaram desenhados os princípios norteadores do que viria a ser o SUS. No relatório da Conferência de Saúde também foi destacado o conceito ampliado de saúde, como direito de todos e dever do Estado. Mas apesar do progresso do movimento de reforma sanitária no país, mesmo tendo sido realizada em um momento propício com o advento da Nova República, com a eleição indireta de um presidente não militar e a perspectiva de uma nova constituição, as propostas da conferência não vigoraram de imediato (BAPTISTA, 2007; OLIVEIRA, 2012; PAIM, 2003).

Mais tarde, em 1987, por iniciativa do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e do INAMPS, foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que representou a ponte para a construção do SUS (OLIVEIRA; SOUZA, 1997). Houve avanços na política de descentralização da saúde e do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos Estados na programação das atividades no setor. Além disso, foi dada

continuidade nas estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde, antes centralizadas no INAMPS (BAPTISTA, 2007; OLIVEIRA, 2012; PAIM, 2003).

O relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde acolheu os princípios do projeto sanitário, abrindo caminho para sua consolidação na Assembleia Nacional Constituinte, entre 1987 e 1988. As proposições mais importantes desse relatório foram assumidas pela Constituição de 1988 e a forte pressão de movimentos civis e sociais fez com que um capítulo inteiro fosse dedicado à saúde, prevendo que ela deveria ser universal, gratuita e de acesso igualitário a todos (BRASIL, 2006). Esse momento marcava o nascimento do SUS, que teve sua lei de criação regulamentada, dois anos mais tarde, no dia 19 de setembro de 1990, conhecida como lei nº 8080 (BRASIL, 2002a; OLIVEIRA; SOUZA, 1997).

Na atualidade, o SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem, exclusivamente, dos serviços públicos para qualquer atendimento de saúde. É também, um sistema que constitui um importante instrumento de democratização da saúde no país (BRASIL, 2021). No entanto, mesmo com os reconhecidos avanços desde a sua construção, ainda há muito a se fazer para o enfrentamento dos desafios que ainda persistem. São inúmeros os esforços para consolidar a rede de saúde no Brasil e um serviço de saúde qualificado e integral, é um passo fundamental.

2.3 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE NO BRASIL

O Brasil é um país com dimensões continentais e reconhecida disparidade social, econômica, sanitária, demográfica e cultural. O sistema de governo é federativo, composto por 26 Estados, Distrito Federal (DF) e 5568 municípios — sendo que estes se tornaram entes federativos, com autonomia política, financeira e administrativa, a partir da promulgação da Constituição Brasileira (IBGE, 2021). Nesse contexto, o processo de criação do sistema de saúde do país esteve relacionado diretamente com a redemocratização. Na atualidade, o SUS opera em todos os municípios do país e, mesmo com limitações, representa importante avanço no direito à saúde, principalmente quando comparado ao período que antecedeu a sua concepção (BRASIL, 2002a).

O SUS, criado pela lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, representa a tradução prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. Sua gestão pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) está fundamentada na distribuição de competências entre a União, Estados e Municípios (BRASIL, 2023b). Dessa forma, cabe às três esferas de

governo definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar indicadores de saúde da população, gerenciar a aplicação de recursos, realizar o planejamento a curto, médio e longo prazo, assim como promover a articulação de políticas de saúde (PAIM, 2003; PAIM, 2009).

A organização e funcionamento do SUS baseia-se em princípios e diretrizes, e permite a afirmação de direitos conquistados historicamente (BRASIL, 2002a). Os princípios doutrinários tratam-se da universalidade, que supõe o direito à saúde para todos, incluindo acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade; a integralidade, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de saúde; e a equidade, que norteia o atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, assim como reconhece as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, considerando que o direito à saúde deve atender a diversidade (BRASIL, 2023b; PAIM, 2003; PAIM, 2009).

É por intermédio das diretrizes do SUS, tendo em vista o alicerce estrutural dos princípios doutrinários, que o sistema deve se organizar. As diretrizes da descentralização, regionalização e hierarquização, e participação da comunidade são estratégias para que os valores fundamentais do SUS se concretizem. A descentralização refere-se a redistribuição de poder e responsabilidades entre os três níveis de governo, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços e garantir o controle social; a regionalização e hierarquização, defende que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida; e a participação da comunidade, que ocorre por meio de entidades representativas, tais como os Conselhos e Conferências de saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução das políticas de saúde (BRASIL, 2023b; PAIM, 2003; PAIM, 2009).

O SUS possibilitou o acesso integral, universal e gratuito à saúde para toda a população, e por isso, constitui um dos mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, já que permeia todos os níveis de atenção. Sendo assim, a rede de atenção à saúde abrange ações e serviços de saúde que incluem a baixa, média e alta complexidades, atenção hospitalar, assistência farmacêutica, serviços de urgência e emergência, vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. Além disso, quando a disponibilidade de recursos próprios não é suficiente para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS pode recorrer, por contratos e convênios, aos serviços prestados pela iniciativa privada (VIACAVA et al., 2018).

Dados do MS de 2023 revelam que a rede ambulatorial do SUS é constituída por 198 mil consultórios gerais e 200 mil consultórios especializados, e ainda, 439.940 estabelecimentos contratados e conveniados pelo SUS. Entre os anos de 2019 e 2022 houve um aumento expressivo dos procedimentos ambulatoriais, passando de 17.722.219 em 2019, para 4.000.002.806 procedimentos em 2022, e até abril de 2023 já foram registrados 1.351.186.821 procedimentos (BRASIL, 2023b). Nesse cenário, conhecer como está organizada a rede de saúde do Brasil é um indicador importante para determinar os recursos de saúde disponíveis para a população e, por consequência, a capacidade de atendimento de baixa, média e alta complexidades de um país ou região.

O número de estabelecimentos de saúde no Brasil demonstra tendência crescente desde 1981, e passou de 21.532 estabelecimentos para 129.544 em 2017, e ainda, para 392.454 em 2023, de acordo com os dados mais recentes disponíveis no DATASUS. No quadro 1 é possível visualizar a organização da rede de saúde no país, segundo o tipo de estabelecimento, até o mês de junho de 2023. Existem ao todo, 6.382 hospitais, sendo 5.378 hospitais gerais, 1.004 hospitais especializados e 30 centros de parto normal. Ademais, entre Postos e Unidades Básicas de Saúde (UBS) tem-se o quantitativo de 48.741 unidades (BRASIL, 2023c).

Quadro 1 - Estabelecimentos de saúde no Brasil, até junho de 2023

Estabelecimentos de saúde no Brasil, 2023	
Tipo de Estabelecimento	Nº
Posto de saúde	7.906
Centro de saúde/Unidade básica	40.923
Policlínica	11.206
Hospital geral	5.378
Hospital especializado	1.004
Unidade mista	539
Pronto socorro geral	273
Pronto socorro especializado	64
Consultório isolado	182.341
Unidade móvel fluvial	114
Clínica/Centro de especialidade	65.774
Unidade de apoio diagnose e terapia	29.076
Unidade móvel terrestre	1.132
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	5.009
Farmácia	12.957
Unidade de vigilância em saúde	2.911
Cooperativa ou empresa de cessão de trabalhadores na saúde	999
Centro de parto normal – isolado	30
Hospital dia – isolado	858
Laboratório central de saúde pública – LACEN	27

Central de gestão em saúde	6.151
Centro de atenção hemoterapia e ou hematológica	547
Centro de atenção psicossocial	3.310
Centro de apoio a saúde da família	921
Unidade de atenção à saúde indígena	1.052
Pronto atendimento	1.488
Polo academia da saúde	3.369
Telessaúde	106
Central de regulação médica das urgências	225
Serviço de atenção domiciliar isolado (home care)	1.280
Unidade de atenção em regime residencial	75
Oficina ortopédica	45
Laboratório de saúde pública	800
Central de regulação do acesso	1.372
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	118
Polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde	706
Central de abastecimento	1.619
Centro de imunização	749
Total	392.454

Fonte: Ministério da Saúde (DATASUS). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil, 2023

Dentre os 392.454 estabelecimentos de saúde no Brasil, o maior percentual, 44% (n=175.169), está concentrado na Região Sudeste, muito provavelmente pela densidade populacional da Região, estimada em 88.000 pessoas. Em seguida, 22% (n=87.082) dos estabelecimentos estão na Região Sul. A Região Nordeste, mesmo tendo o segundo maior contingente populacional, cerca de 57.000 pessoas, concentra 19% (n=77.102) dos estabelecimentos de saúde do país. Enquanto o menor percentual está nas Regiões Norte e Centro Oeste com 5,3% (n=20.867) e 8,2% (n=32.234), respectivamente (BRASIL, 2023c) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil, segundo Região, até junho de 2023

Estabelecimentos de Saúde no Brasil, segundo Região, 2023		
Região	Nº	%
Região Sudeste	173.243	44,7
Região Sul	85.797	22,2
Região Nordeste	76.098	19,7
Região Sul	31.604	8,2
Região Centro-Oeste	20.468	5,3
Total	387.210	100

Fonte: Ministério da Saúde (DATASUS). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil, 2023.

Entre os estabelecimentos de saúde do Brasil, estão distribuídos 51.294 leitos obstétricos, segundo dados publicados pelo MS, datado de junho de 2023, sendo 38.559 do SUS. O quantitativo representa 425 leitos a menos comparado a janeiro de 2020. A Região do país com o maior percentual de leitos é a Sudeste com 34% (n=17.655) do total, seguida pelo Nordeste 32% (n=16.647) e a menor disponibilidade de leitos está registrada na Região Centro Oeste, com 9% (n=4.709) (BRASIL, 2023c) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de leitos obstétricos, segundo Região do Brasil, até junho de 2023

Leitos obstétricos, segundo Região do Brasil, 2023		
Leitos obstétricos	N°	%
Região Sudeste	17.655	34,4
Região Nordeste	16.647	32,5
Região Sul	6.878	13,4
Região Norte	5.405	10,5
Região Centro-Oeste	4.709	9,2
Total	51.294	100

Fonte: Ministério da Saúde (DATASUS). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil, 2023.

O processo de saúde e doença tem demonstrado mudanças ao longo dos anos, considerando as transformações no perfil epidemiológico e demográfico da população, bem como o crescimento urbano acelerado e estilo de vida. Dessa forma, diversos fatores são responsáveis pelos padrões de saúde da mulher, incluindo as diferenças de desenvolvimento regional, socioeconômicas e de disponibilidade de recursos, que podem impactar de modo direto no aumento da MM (FREITAS-JUNIOR, 2020).

2.4 CARACTERIZAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL

O DF faz parte do Planalto Central, Centro-Oeste do Brasil, e constitui uma das 27 unidades federativas do país. Trata-se da menor unidade federativa brasileira, com uma área de 5.760,784 km², e é a única que não possui Municípios, pois essa divisão é vedada constitucionalmente, no artigo 132, de forma que acumula competências legislativas de Estado e Município (BRASIL, 1988). Seu território possui 3.094.325 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e nele está localizada a capital federal do Brasil, Brasília, que é também a sede de governo do DF (IBGE, 2023).

A cultura do DF possui grande influência da Região Nordeste e Estado de Minas Gerais, pois desses dois territórios partiram os trabalhadores que atuaram na construção do DF e

ficaram conhecidos como "candangos". À época, o maior percentual dos empregos possuíam vínculo com a construção civil. Já na atualidade, o setor de serviços corresponde a 71% da economia local e é marcante a oferta de serviços ligados à cultura, como o teatro, dança, moda e produções artísticas (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Para facilitar a administração do DF, o território foi dividido em 35 Regiões Administrativas (RA's), estabelecidas por leis distritais, aprovadas e publicadas no período entre 1964 e 2019 (Figura 1). De acordo com Silva (2017b), as RA's são elementos balizadores para a definição das políticas públicas de saúde onde as ações devem ser pensadas não só para o conjunto da população brasiliense, mas também para o entorno que exerce forte pressão em diversas áreas setoriais: saúde, educação, segurança e habitação.

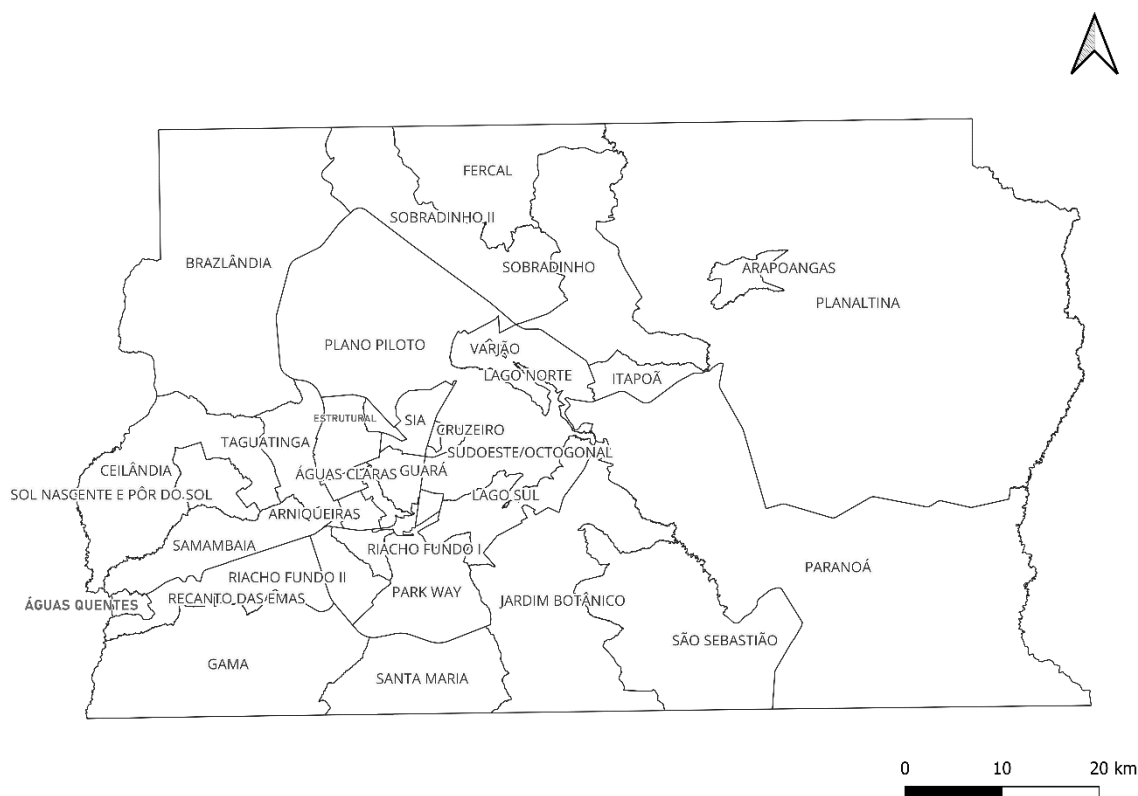


Figura 1 – Distribuição geográfica do Distrito Federal, segundo Região Administrativa

Fonte: Elaboração própria.

A PDAD 2021 aponta que a população urbana do DF é composta por 52% do sexo feminino e 48% do sexo masculino, sendo que a faixa etária do sexo feminino está concentrada nas pessoas que tem entre 35 a 39 anos, seguido das que possuem de 40 a 44 anos. Já entre o sexo masculino, o maior percentual está naqueles que possuem entre 35 a 39 e de 30 a 34 anos. A idade média para ambos os sexos é de 34 anos. Na Figura 2 está apresentada a pirâmide etária

da distribuição da população por faixas de idade e por sexo (COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL, 2021b).

No que se refere à raça/cor da população do DF, o percentual mais expressivo, 46,2%, é representado pelas pessoas pardas, seguido de 40,9% das que se autodeclaram brancas e 11% se autodeclaram pretas. Somadas, as pessoas que se autodeclaram negras representam mais da metade da população, 57,3% (COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL, 2021b) (Figura 3).

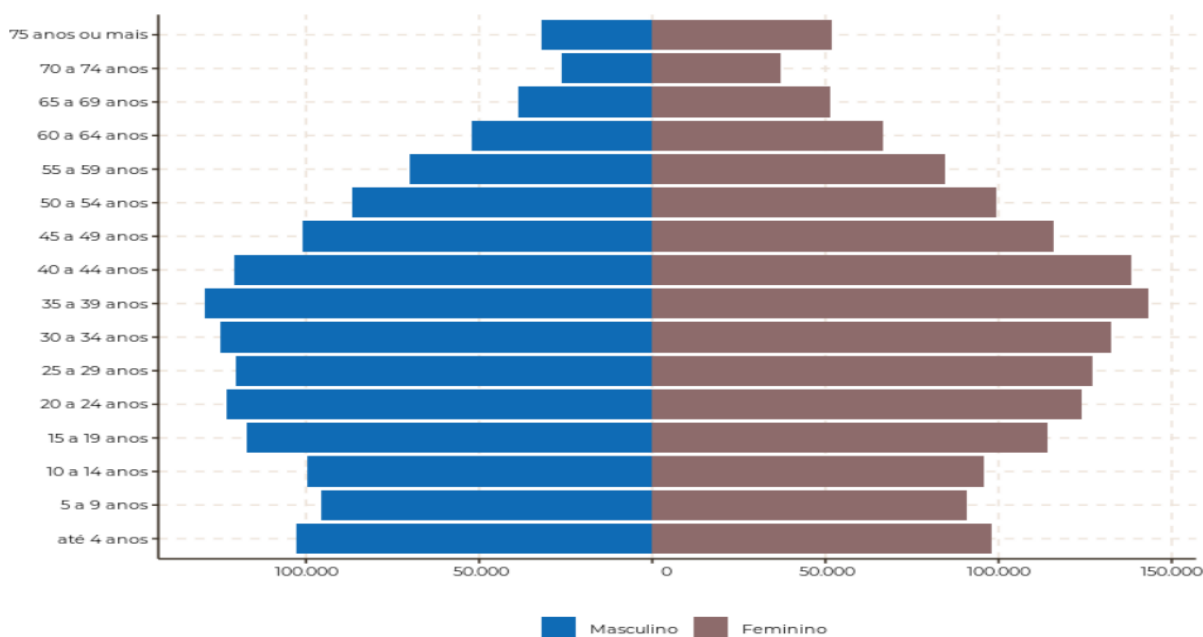


Figura 2 – Distribuição da população por faixas de idade e sexo, Distrito Federal, 2021

Fonte: Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), 2021.

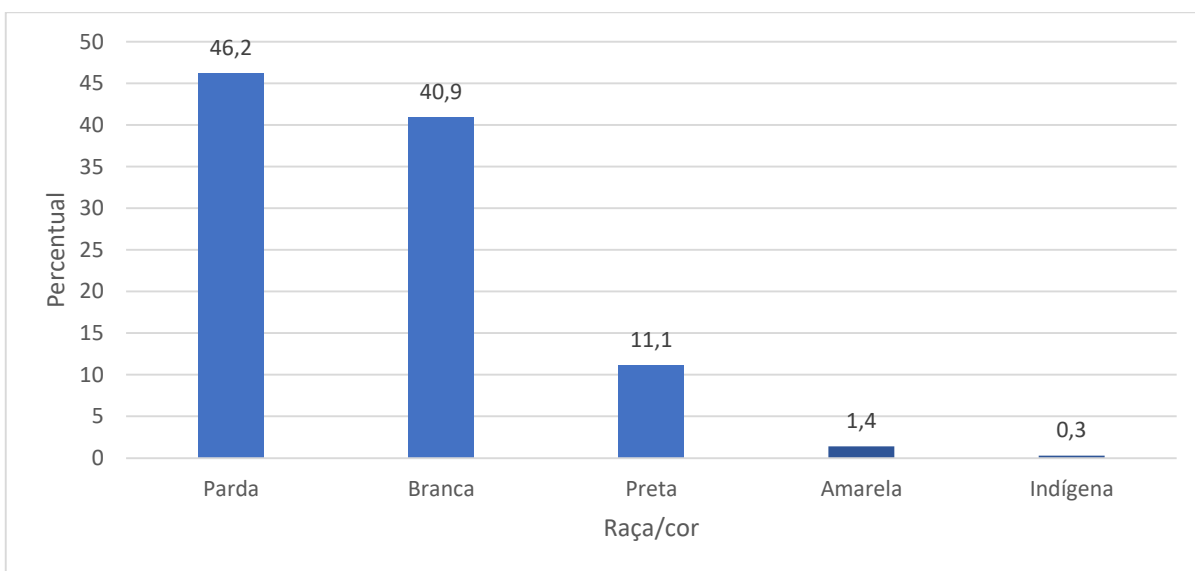


Figura 3 – Distribuição da população, segundo raça/cor, Distrito Federal, 2021

Fonte: Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), 2021.

Tratando-se do estado civil, 46,5% da população com 14 anos ou mais de idade, são casados, 43,5% são solteiros e o menor percentual está entre os viúvos, 4,2% (COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL, 2021b) (Figura 4).

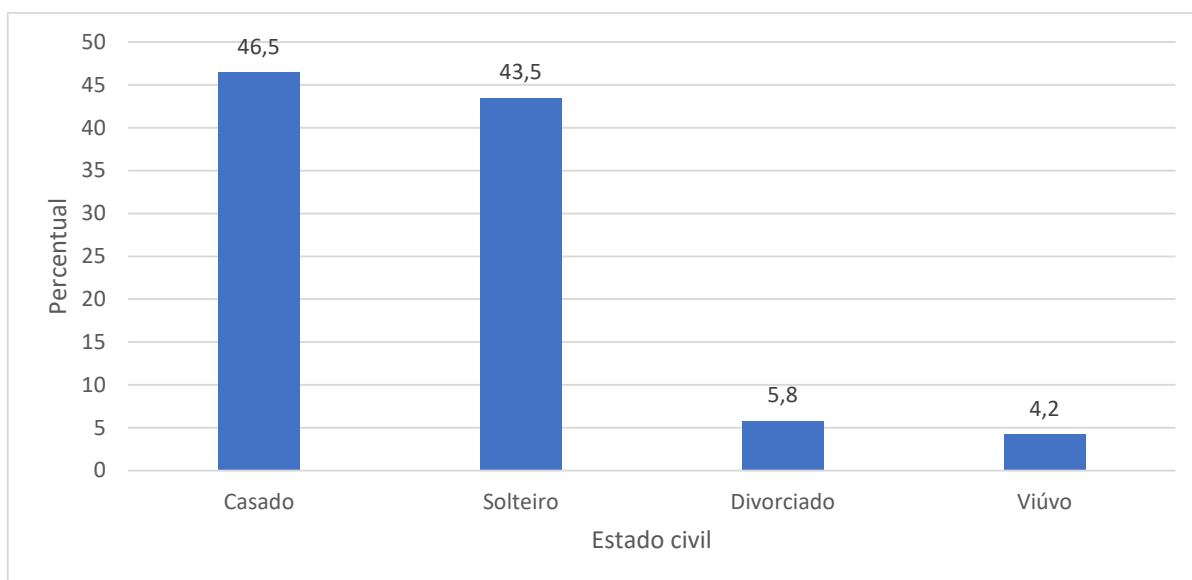


Figura 4 – Distribuição da população, segundo estado civil, Distrito Federal, 2021

Fonte: Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), 2021.

De acordo com a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) (2020), 49% (n=750.000) das mulheres com mais de 14 anos no DF, são mães. No que se refere a Região Administrativa (RA), a maior proporção de adolescentes que engravidaram, entre 15 e 19 anos, residem nas RAs menos favorecidas economicamente, como a Estrutural, Sol Nascente e Varjão, enquanto a menor proporção para essa faixa etária está em regiões com rendas consideradas altas, como Lago Sul, Sudoeste/Octogonal e Jardim Botânico. Comportamento semelhante foi identificado para mulheres de 20 a 29 anos. Por outro lado, a maior concentração de mulheres de 40 a 44 anos com filhos NV, está nas regiões de alta renda, a saber, Lagos Sul e Norte, e Sudoeste/Octogonal.

A Taxa de Fecundidade Total (TFT), entre 2011 e 2019, reduziu em 4%, no DF. Em 2021, a redução foi ainda mais expressiva, e apresentou queda de 10%. Já em 2022, o comportamento de queda teve discreta redução e manteve-se em 7%. Quando comparado a média nacional, o DF apresentou a menor TFT, no ano de 2021. A TFT corresponde ao número médio de filhos NV, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, em determinado espaço geográfico e representa a condição reprodutiva média de mulheres, sendo este o

principal indicador da dinâmica demográfica (BRASIL, 2023d; GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2023).

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), do MS, em 2022, 55% dos nascimentos no DF foram do tipo cesáreo. As mulheres que habitam as RAs Lago Sul e Sudoeste/Octogonal foram as que mais aderiram às cesáreas. Nas referidas RAs, mais de dois terços dos partos foram cirúrgicos, com o percentual de 69% e 66%, respectivamente. Se tratando do parto vaginal, houve maior percentual entre as moradoras das RAs Pôr do Sol, com 59% e Estrutural, com 56% dos partos (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2023). A maioria dos nascimentos no DF, 98%, ocorreu em hospitais, sendo 65% na rede SES-DF, 32% na rede privada, 2% na Casa de Parto de São Sebastião e 1% de partos domiciliares (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2019).

2.5 A ORIGEM DO PARTO NO MUNDO

A gestação e o parto constituem um processo singular a cada mulher na vivência da maternidade. É uma experiência pessoal e desafiadora, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam (SOUSA; ARAÚJO; MIRANDA, 2017). Entretanto, o parto sofreu transformações desde a sua origem e passou de um acontecimento que antes era vivenciado no seio familiar, e que predominava um modelo de atenção feminina auxiliado por parteiras, para um ato institucionalizado, com intervenções, em sua maioria, médicas e com pouca preocupação as necessidades da mulher (KAPPAUN; COSTA, 2020; SILVA, 2017).

Os primeiros registros sobre o momento do parto indicam que as mulheres parturientes agiam por instinto. Segundo Melo (1983), a mulher primitiva dava à luz sozinha, sem o auxílio de profissionais da saúde, já que o processo de parto ainda não despertava o interesse da sociedade. Durante o nascimento, as mulheres ajudavam umas às outras e foi baseada nas experiências das próprias mulheres, no auxílio ao parto e nas dificuldades vivenciadas, que a obstetrícia teve início. Assim, as primeiras práticas obstétricas foram desenvolvidas pelas parteiras, também conhecidas como comadres, curiosas ou matronas (KAPPAUN; COSTA, 2020).

As consideradas parteiras eram mulheres que detinham o saber empírico e adquiriam conhecimentos a partir de uma prática obstétrica exercida repetidamente. Até o início do século XVII, o parto era considerado um assunto feminino e realizado de modo caseiro com a presença

de uma parteira experiente e, com frequência, da mãe da parturiente. Por questões culturais, como em situações de membros da realeza, o parto tinha um caráter de espetáculo, e diversas pessoas assistiam. Nesse período, a medicina detinha de pouco conhecimento acerca do parto e as parteiras simbolizavam o que havia de melhor no partejar (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Durante muitos anos a prática do parto enfrentou desafios relacionados a complicações materno-fetais, sendo considerada a principal causa de mortalidade em mulheres. Em vista disso, foram desenvolvidas novas estratégias, tais como a invenção do fórceps para auxiliar a retirada do feto e a realização das primeiras cesáreas. Aliado ao procedimento cirúrgico, surgiu a institucionalização e medicalização do parto com o uso da anestesia. É considerado que o uso do fórceps foi capaz de evitar inúmeros óbitos materno-fetais, visto que na época, as cesáreas eram responsáveis por uma alta RMM (BRENES, 1991).

No início, o processo de institucionalização do parto sofreu resistência das mulheres, que se negavam a deixar suas casas para dar à luz. Os partos no ambiente hospitalar eram realizados em mulheres de baixa renda, que não podiam recorrer a uma parteira. A posteriori, o hospital tornou-se um lugar privilegiado e que transmitia segurança às mulheres, já que foi construída uma imagem de superioridade em relação às parteiras (PONTES et al., 2014). Desse modo, já no século XIX, a cesariana deixou de representar um risco expressivo de óbito materno e passou a ser enfatizada para os nascimentos. Assim, as parteiras gradualmente perderam espaço e foram desapropriadas do domínio na área da parturição (KAPPAUN; COSTA, 2020; VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Os primeiros partos hospitalares foram realizados nas enfermarias de mulheres dos hospitais gerais e posteriormente, foram criadas as maternidades na Alemanha, nos Estados Unidos da América, na França e na Inglaterra, durante a segunda metade do século XX. À medida que o atendimento era aprimorado em qualidade e segurança, pela melhoria de técnicas e uso de práticas assépticas, bem como a realização de operações obstétricas bem sucedidas nos casos de complicações, atraiu um maior número de mulheres (PONTES et al., 2014). Assim, o parto deixou o âmbito domiciliar para adentrar o hospital por se tornar necessário ou, pelo menos conveniente (SILVA, 2017).

Com a institucionalização do parto, a mulher perdeu a autonomia, inclusive, de escolher a melhor posição para parir, uma vez que determinadas posições favoreciam o médico na utilização de seus instrumentos. A obstetrícia ocidental influenciou a mulher a dar à luz deitada em decúbito dorsal ou na posição de litotomia, fato que não ocorria em outras partes do mundo.

Ademais, houve o distanciamento da família no momento do nascimento, visto que a estrutura física e as práticas hospitalares não foram planejadas para assistir as parturientes e acompanhantes, mas sim, as necessidades dos profissionais de saúde (OMS, 1996; ZANARDO et al., 2017).

Silva (2017) defende que o século XX representou grande avanço na assistência, a partir do uso seguro de anestésicos, antibióticos, derivados de sangue e da realização de cesáreas, o que refletiu de modo direto na sobrevivência materna e neonatal. No ano de 1960 por exemplo, transcorreu o advento da técnica que possibilitava a mulher controlar sua dor, por meio da anestesia peridural. Nesse sentido, é certo que o processo de hospitalização do parto foi essencial para a consolidação do saber nesta área, mas ao mesmo tempo, resultou na medicalização do corpo feminino e muito se perdeu em relação ao ambiente acolhedor que o domicílio proporcionava. O parto passou a ser tratado como uma patologia, remediada por meio de um conjunto de intervenções ou a ser prevenida pela realização da cesárea (NAZÁRIO; HAMMARSTRON, 2018).

Para tanto, considera-se que desde a origem do parto até o momento, as práticas relativas ao partear variaram muito nos diferentes países e culturas. Entretanto, um hábito que se manteve em todas as civilizações é o fato de que, durante o trabalho de parto as mulheres sempre foram assistidas por uma ou mais pessoas, inicialmente do sexo feminino, sendo: familiares, parteiras e amigas e, posteriormente, no ambiente hospitalar, por um obstetra com formação médica, enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem (OLIVEIRA; PERALTA, SOUSA, 2019).

Nos dias atuais, prevalecem três modelos de atenção ao parto que são adotados em diferentes países: o de teor humanizado, com maior participação de obstetrias e menor frequência de intervenções, encontrado na Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos; o de perfil altamente medicalizado, tecnocrático, que faz uso de alta tecnologia e pouca participação de obstetrias, encontrado na maioria dos países europeus, nos Estados Unidos da América e nas regiões urbanas do Brasil; e o modelo misto, em curso na Alemanha, Austrália, Canadá, Grã-Bretanha e Japão (SILVA et al., 2016; SILVA, 2017).

O modelo tecnocrático foi adotado no mundo ocidental, especialmente nas Américas, e caracteriza-se por: utilização acrítica de novas tecnologias, institucionalização do parto e incorporação de intervenções, sendo que a maior parte são desnecessárias, e acaba por atender à conveniência dos profissionais de saúde. Uma consequência dessa concepção refere-se às altas taxas de cesáreas e episiotomias. Considerando os modelos vigentes, estudos como os de

Diniz e Duarte (2004) e Silva (2017), afirmam que o modelo intervencionista já foi superado pela evidência científica, mas permanece na prática clínica porque é conveniente a diversos interesses – dos hospitais e dos profissionais, e mesmo nas relações entre homens e mulheres.

Tendo em vista os desenvolvimentos tecnológicos vinculados ao parto, Patah (2008) e Silva (2017) defendem que o grande avanço e a incorporação de novas tecnologias na medicina, a partir de 1950, trouxeram questões não apenas médicas, mas também éticas a serem debatidas. A preocupação com a elevação progressiva da incidência de cesárea em diversos países do mundo culminou com a ação de entidades internacionais, na intenção de orientar instituições de saúde e médicos com relação às indicações e riscos da cesárea. A OMS reforça que as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, incluem respeito ao processo fisiológico e ainda, a dinâmica do nascimento, assim as intervenções devem ser cautelosas, evitando-se os abusos (KAPPAUN; COSTA, 2020).

2.6 A MORTALIDADE MATERNA E A PANDEMIA DE COVID-19

As Infecções Virais do Trato Respiratório (IVTR) constituem-se como importantes causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Dentre os mais de 200 tipos de vírus causadores de IVTR, destacam-se os grupos de Adenovírus, Coronavírus, Influenza, Parainfluenza, Rhinovírus e Vírus Sincicial Respiratório (VSR). Essas doenças acometem populações em todas as faixas etárias, porém os grupos de risco, tais como crianças pequenas, idosos, mulheres gestantes, puérperas e portadores de comorbidades (diabetes, obesidade, doenças respiratórias ou doenças cardiovasculares crônicas, dentre outras) e imunocomprometidos, estão mais suscetíveis ao agravamento de quadro clínico e, conseqüentemente, ao óbito (OLIVEIRA et al., 2022).

Em dezembro de 2019, a OMS foi alertada sobre casos de “pneumonia viral” na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. No mês de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus, denominado Sars-CoV-2, causador da doença de Covid-19. Os primeiros casos da doença foram relacionados a um mercado atacadista zoonótico, e sugerido o envolvimento dos morcegos como reservatório do coronavírus, já que em suas identidades genéticas o novo coronavírus esteve presente em aproximadamente 96% dos casos, o que indicou uma grande capacidade de transmissão a outros animais da mesma espécie (GONZALEZ et al., 2021).

No dia 30 de janeiro de 2020, foi declarada pela OMS, a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à Covid-19 - o mais alto nível de alerta da organização, conforme estabelecido pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI). A decisão teve como propósito fortalecer a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para conter a propagação do vírus. Dessa forma, buscou-se aprimorar a colaboração entre os países e as ações conjuntas para enfrentar a disseminação do vírus de maneira eficaz. Nesse sentido, a ESPII é considerada, nos termos do RSI, “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças, e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2023a).

Tratou-se da sexta vez na história mundial que uma ESPII foi declarada. As cinco Emergências anteriores foram: (i) pandemia de H1N1 em 25 de abril de 2009; (ii) a disseminação internacional de poliovírus em 5 de maio de 2014; (iii) o surto de Ebola na África Ocidental em 8 agosto de 2014; (iv) o vírus zika e aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas em 1 de fevereiro de 2016; (v) e o surto de ebola na República Democrática do Congo em 18 maio de 2018 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2023b).

Diante da sua rápida distribuição geográfica, a OMS declarou estado de pandemia pela Covid-19 em 11 de março de 2020. A pandemia é definida como uma super epidemia que passa de um continente para o outro. No ano de 2020 foram registrados cerca de 100 milhões de casos de Covid-19 no mundo, e cerca de dois milhões de óbitos pela doença. Já no Brasil, foram confirmados 7.716.405 casos e 195.725 óbitos decorrentes da Covid-19 no referido ano (GONZALEZ et al., 2021).

Com o avançar da doença a RMM pela Covid-19 aumentou, sendo o Brasil responsável por uma parcela expressiva dos óbitos. O risco elevado para as mulheres grávidas infectadas pelo coronavírus é explicado porque o sistema imune materno adquire tolerância aos antígenos expressos nas células fetais, reduzindo assim a eficácia de sua própria resposta imunológica, a partir da fragilidade causada por alterações fisiológicas e hormonais típicas do período gravídico da vida da mulher. São descritas também, a diminuição da expansibilidade torácica e da tolerância a episódios de hipóxia causadas pelas mudanças anatômicas da gestação, incluindo assim, gestantes e puérperas no grupo de risco suscetível a complicações de uma infecção, como confirmado no caso de H1N1, Zika vírus e a partir do ano de 2020, também da Covid-19 (GONZALEZ et al., 2021).

Um estudo analisou os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) na gravidez e puerpério, e demonstrou que entre as mulheres que morreram, 6% não foram sequer hospitalizadas, cerca de 40% não foram admitidas em UTI, 43% não receberam ventilação mecânica e 26% não tiveram acesso a qualquer tipo de suporte respiratório. Mais ainda, dentre os fatores associados a essas mortes foram encontrados estar no puerpério, ter cor preta, viver em área periurbana, não ter acesso ao Programa Saúde da Família e morar a mais de 100 km do hospital de referência (MENEZES et al., 2020).

A MM é considerada um problema global de saúde pública e é definida como 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, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não decorrente de causas acidentais ou incidentais (KASPER et al., 2016; KHAN et al., 2006; OMS, 1998). O óbito materno é quantificado pelo indicador de RMM, que por sua vez é calculada por meio da relação entre o número de óbitos femininos por causas maternas e o número de NV, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, multiplicando o resultado por 100 mil (OPAS, 2002).

Segundo a OMS, cerca de 800 mulheres morrem por dia, decorrentes de complicações relacionadas à gravidez ou ao parto (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PROFISSIONAIS DE EPIDEMIOLOGIA DE CAMPO, 2023). A literatura descreve que 95% dos óbitos maternos no mundo poderiam ser evitados, se fossem ampliadas as ações de atenção obstétrica (MARTINS; SILVA, 2018). Ressalta-se que Malta et al. (2010) definem as mortes evitáveis ou reduzíveis como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, se recursos tecnológicos disponíveis no SUS fossem aplicados, tomando-se como exemplo as vacinas, que constituem uma tecnologia de prevenção.

Durante o ano de 2020, o número crescente de mortes de mulheres durante a gravidez e puerpério levou o Brasil a representar 8 de cada 10 mortes maternas pela Covid-19 relatadas no mundo (FERNANDEZ; AMORIM, 2021). Segundo o estudo do epidemiologista Hallal (2021), três a cada quatro óbitos pela Covid-19 poderiam ter sido evitados, no Brasil, se houvesse testagem em massa e campanhas de conscientização das medidas não farmacológicas, como uso da máscara, higienização das mãos e distanciamento social, além de investimento em vacinação em tempo oportuno ao invés de tratamento precoce/ “kit covid”.

Entre as questões que incidem sobre a morte materna pela Covid-19, no país, tem-se a desorganização dos serviços de assistência pré-natal, com suspensão de consultas durante a

pandemia; a falta de acesso a testes diagnósticos, que seriam capazes de permitir cuidados em momento oportuno; e dificuldades de acesso ao atendimento adequado da Covid-19 para mulheres gestantes e puérperas, tais como a falta de recursos humanos, insumos terapêuticos e de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) específicos para a população obstétrica (FERNANDEZ; AMORIM, 2021).

A ausência de uma coordenação das políticas de saúde pelo MS durante a pandemia inviabilizou a reorganização adequada dos serviços de saúde, e deixou mulheres gestantes sem acompanhamento médico e da enfermagem durante esse período, incluindo as consultas de pré-natal. Além disso, de acordo com Fernandez e Amorim (2021, p.2), “a atuação negligente do Governo Federal impossibilitou que mulheres gestantes e puérperas acometidas pelo coronavírus tivessem acesso aos cuidados adequados durante o quadro da Covid-19”. De acordo com as mencionadas autoras, apesar da repercussão nacional e internacional de trabalhos científicos, da denúncia sobre o aumento das mortes maternas e mesmo de uma audiência pública na Câmara dos Deputados, realizada em agosto de 2020, com representantes do MS, na prática não foram tomadas providências concretas para redução da MM por Covid-19 no Brasil.

Embora o Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e à Puérpera, tenha sido publicado pelo MS em setembro de 2020, não houve modificações estruturais, de exames e do fluxo de atendimento direcionado a essas mulheres. A hesitação deliberada das ações possibilitou a continuidade do aumento das mortes maternas (BRASIL, 2020a).

A vacinação contra o coronavírus no Brasil começou em janeiro de 2021, mas inicialmente com uma baixa velocidade de vacinação e escassez do imunobiológico, o que prejudicou os grupos prioritários, alvos da vacinação. A decisão de vacinar as mulheres gestantes e as puérperas até 45 dias após o parto a partir de abril de 2021 foi considerada uma iniciativa tardia, que aconteceu na sexta edição do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação (PNOV) (BRASIL, 2021b).

Na ausência de uma coordenação nacional de definição de grupos prioritários para a vacinação contra a Covid-19, houve diversas mudanças nas recomendações para a imunização de mulheres gestantes. Um mês após a inclusão do referido grupo no PNOV, a vacinação em gestantes e puérperas sem comorbidades foi suspensa, bem como a retirada temporária da vacina AstraZeneca, desenvolvida pela Universidade de Oxford, para o grupo das mulheres gestantes com comorbidades, justificada pela ocorrência da Síndrome de Trombose com Trombocitopenia, pós-vacinação em uma mulher gestante, com possível associação causal com a vacina (BRASIL, 2021c).

Há cinco diferentes vacinas contra o coronavírus aprovadas para uso na população brasileira até o dia do fechamento da escrita deste artigo (19 de junho de 2023): Covishield, Comirnaty e Comirnaty Bivalente, Coronavac e Janssen. As duas primeiras são costumeiramente conhecidas como AstraZeneca e Pfizer, respectivamente. A recomendação do MS que vigora, foi de definir como imunizantes eletivos para aplicação em gestantes e puérperas, o da Pfizer (Comirnaty e Comirnaty Bivalente) e o CoronaVac, por não possuírem vetor viral. Sendo assim, no esquema vacinal das gestantes e puérperas foram excluídas as vacinas da AstraZeneca e Janssen, por conterem o vetor viral. O MS também ressaltou que não devem ser combinadas doses de diferentes vacinas na imunização (BRASIL, 2021b).

Até o momento (junho de 2023), pelo que se apreende das publicações, não existe na literatura pesquisas que apontem qual momento da gravidez é considerado mais seguro para receber a vacina contra o coronavírus. Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o importante é garantir a imunização contra o novo coronavírus para evitar a gravidade da doença na gravidez. A sociedade civil reforça ainda que a vacinação é interessante, se possível, até o segundo trimestre da gestação, de modo que a mulher gestante esteja imunizada contra o coronavírus até o terceiro trimestre. Isso porque nesse período do ciclo gravídico-puerperal, o corpo da mulher passa por alterações para prepará-la para o parto, e é essencial prevenir doenças, sobretudo a Covid-19, já que aumenta o risco de parto prematuro e insuficiência respiratória na mulher gestante (NEUMAN, 2021).

No Brasil, verifica-se um impacto desproporcional do racismo estrutural nas mortes maternas pelo coronavírus (TAI et al., 2021). A MM em mulheres negras pela Covid-19 é cerca de duas vezes maior ao observado nas mulheres brancas. Além disso, estudos apontam que as mulheres negras são hospitalizadas em condições de pior gravidade, maior taxa de admissão na UTI e menor saturação de oxigênio. A desigualdade social, racial e de gênero também foi descrita nos Estados Unidos da América, relacionada principalmente com o acesso aos serviços de saúde (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2020; SANTOS et al., 2021a; SILVA; BARBOSA; PARREIRA, 2022).

Dados divulgados pelo MS (2015), antes mesmo da pandemia pela Covid-19, indicam que 62% das mortes decorrentes de gravidez atingiram mulheres negras e 35% mulheres brancas. Entre as mulheres gestantes atendidas pelo SUS, as mulheres negras realizaram menos consultas de pré-natal do que as brancas. Ainda, foi constatado que a orientação sobre amamentação só chegou a 62% das mulheres negras atendidas contra 78% das brancas assistidas (BRASIL, 2015b). Nesse cenário, é consenso entre estudos que a população negra, e

em especial as mulheres, são consideradas um grupo mais vulnerável a doenças, já que estão sob maior influência dos determinantes sociais de saúde. Soma-se às questões socioeconômicas e ao componente da discriminação racial, um potencial patogênico genético que confere maior susceptibilidade da raça negra a algumas doenças.

Mais do que nunca se tem o desafio de ampliar o acesso aos serviços de saúde, ofertar uma assistência qualificada, e promover ações de incentivo à atuação interprofissional para detectar e conduzir da melhor maneira a mulher gestante e puérpera que tem confirmação ou suspeita da Covid-19. Desse modo, é importante a utilização de estratégias de comunicação colaborativas, ações relacionadas à segurança do paciente e a valorização da diversidade das categorias profissionais que compõem as equipes de saúde com as suas respectivas competências técnico-científicas (FERNANDEZ; AMORIM, 2021).

Para tanto, a pandemia de Covid-19, expôs fragilidades de uma rede de assistência com um aumento importante no número de óbitos maternos. Deve-se buscar então, a desfragmentação oriunda de sistemas hierárquicos, por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que permite a qualificação dos serviços em saúde nos termos de resolutividade e coordenação do cuidado, com vista à melhoria dos indicadores de saúde da população, em especial, o de saúde materna, já que as mulheres gestantes e puérperas constituem um grupo de risco e gravidade para a Covid-19.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a magnitude da ocorrência de óbitos maternos no Distrito Federal no período de 2012 a 2021.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil epidemiológico-social das mulheres que foram a óbito no seu ciclo gravídico-puerperal;
- b) Descrever as políticas de saúde materna, legislações e normas técnicas aplicadas no Brasil e analisar seu impacto na redução dos indicadores de mortalidade materna;
- c) Descrever as estratégias desenvolvidas para a implementação da Rede Cegonha.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo transversal. A utilização desse tipo de pesquisa justifica-se pela necessidade de conhecer a ocorrência de um evento, na população. Nesse sentido, as investigações descritivas têm o objetivo de informar sobre a frequência e a distribuição de um evento, na população. Os dados, em geral, referem-se à mortalidade e à morbidade, e são organizados de maneira a mostrar as variações com que os óbitos e as doenças se encontram no seio da própria população, por exemplo, entre faixas etárias ou entre regiões e épocas distintas. Além disso, as pesquisas de cunho descritivo podem contribuir para o planejamento em saúde e prevenção de doenças, por serem capazes de identificar grupos de risco e informar sobre as necessidades e as características dos segmentos (PEREIRA, 2010).

Na modalidade de estudo transversal, “causa” e “efeito” são detectados simultaneamente, ou seja, cada participante da pesquisa é observado uma única vez e não há seguimento dos indivíduos estudados. O método tem como vantagens: (i) a agilidade na coleta de dados, já que os dados sobre exposições, doenças e características das pessoas e do ambiente referem-se a um único momento e podem ser coletados em curto intervalo de tempo; (ii) simplicidade e baixo custo; (iii) boa opção para descrever as características dos eventos na população, para identificar casos na comunidade e para detectar grupos de alto risco, aos quais pode ser oferecida atenção especial; bem como (iv) é o único tipo de estudo possível de realizar, em numerosas ocasiões, para obter informação relevante, em limitação de tempo e de recursos (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010). Por outro lado, o delineamento transversal tem como principal desvantagem a interpretação dificultada pela presença de fatores de confundimento (PEREIRA, 2010).

4.2 DESCRIÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

No DF, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), é responsável pela gestão da Atenção Primária à Saúde (APS), média e alta complexidade, além de ações de vigilância em todo o seu território. Os níveis de atenção são estruturados segundo as densidades tecnológicas existentes em cada um, conforme proposto no modelo de RAS. Sua existência permite gerenciar racionalmente os recursos sem prejuízo no atendimento para cada tipo de

demanda de saúde da população (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2023a).

No âmbito da saúde do DF, diferente do que ocorre em outros Estados, a SES acumula funções que, nos documentos legais que regulamentam o SUS no território nacional, são atribuídas a Estados e Municípios, abrangendo desde a execução direta de ações e serviços e aquisição de insumos, até a regulação, controle e avaliação do sistema de saúde (SILVA, 2017b).

O sistema de saúde no DF é caracterizado pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da SES-DF. Do ponto de vista da regionalização, o território é dividido em sete Regiões de Saúde (RS) (Quadro 2). As RS possuem Superintendências que são responsáveis por gerir as políticas e ações de saúde, em todos os níveis de atenção, na sua área de abrangência, tendo como eixo coordenador a APS, além de fortalecer a governança do SUS. Ainda, as Superintendências devem promover, fortalecer e articular as ações de saúde de forma integrada (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2023b).

Quadro 2 – Regiões de Saúde do Distrito Federal

Região de Saúde	Regiões Administrativas
Central	Asa Sul
	Asa Norte
	Cruzeiro
	Lago Norte
	Varjão
	Vila Planalto
Centro-Sul	Candangolândia
	Estrutural
	Guará
	Park Way
	Núcleo Bandeirante
	Riacho Fundo
	Riacho Fundo II
	SIA
Norte	Gama
	Santa Maria

Leste	Paranoá
	Itapoã
	São Sebastião
	Jardim Botânico
	Jardins Mangueiral
Oeste	Brazlândia
	Ceilândia
Sudoeste	Águas Claras
	Recanto das Emas
	Samambaia
	Taguatinga Vicente Pires

Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2023b.

Com o intuito de atender uma população estimada em 3.094.325 pessoas, mais da metade mulheres, o DF possui 16 hospitais públicos, sendo cinco considerados Unidades de Referência Distrital (URD), incluindo o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) que oferece atendimento a gestantes de alto risco e 11 hospitais regionais (Quadro 3). Na iniciativa privada, até o ano de 2022, estavam registrados 124 hospitais (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2023a).

As Unidades Hospitalares são os hospitais regionais que se localizam nas RA's cujos atendimentos vão da emergência e atenção secundária até a média complexidade, sem fazer referência ou apoio a uma especialidade. Enquanto as URD são unidades de atenção à saúde vinculadas diretamente à SES-DF, destacadas por seus atributos de complexidade, especialização ou finalidade como de referência para todas as RA's (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2023c).

Quadro 3 – Unidades Hospitalares no Distrito Federal, SES-DF e URD

Unidades Hospitalares no Distrito Federal, SES-DF	
Região de Saúde	Hospitais Regionais
Centro Sul	Hospital Regional do Guará
Centro Norte	Hospital Regional da Asa Norte
Oeste	Hospital Regional de Ceilândia
	Hospital Regional de Brazlândia
Sudoeste	Hospital Regional de Samambaia
	Hospital Regional de Taguatinga
Norte	Hospital Regional de Planaltina
	Hospital Regional de Sobradinho
Leste	Hospital Regional do Paranoá
Sul	Hospital Regional do Gama
	Hospital Regional da Santa Maria
Região de Saúde	Unidades de Referência Distrital
Todas	Hospital de Base do Distrito Federal
	Hospital de Apoio de Brasília
	Hospital Materno Infantil DR. Antnio Lisboa – HMIB
	Hospital da Criança de Brasília - HCB
	Hospital São Vicente de Paulo

Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2023a.

Além das Unidades Hospitalares e URD, o DF possui 13 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 177 UBS; 15 Policlínicas; e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com 38 ambulâncias, sendo 30 no modelo Unidade de Suporte Básico (USB) e 8 do tipo Unidade de Suporte Avançado (USA) (Quadro 4). Foram criados também os Centros de Referências, que são unidades para apoio  populao em especialidades específicas, tais como o acompanhamento  Saúde da Mulher,  ateno para situaoes de violência,  obesidade e reabilitao. Os serviços fazem parte da rede pública de saúde do DF (Quadro 4) (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2023a).

Quadro 4 – Estabelecimentos de Saúde SES-DF

Estabelecimentos de saúde no Distrito Federal	
Estabelecimentos	Nº
Unidades Hospitalares	16
Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	13
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	177
Policlínicas	15
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	38
Centros de Referência	
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	18
Centro Especializado em Saúde da Mulher (CESMU)	1
Centro de Especialidades para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar, Doméstica (CEPAV)	1
Centro de Atenção ao Diabetes e Hipertensão Adulto (CADH) e Infantil (CADHIN)	1
Ambulatório de Diversidade de Gênero (Ambulatório TRANS)	1
Central de Nutrição Domiciliar (CNUD)	1
Casa de Parto de São Sebastião	1
Centros de Especialidades Odontológicas	14
Centros Especializados em Reabilitação	3
Total	300

Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2023a.

A SES-DF possui as seguintes unidades de apoio: central de radiologia; laboratórios regionais; Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica; Laboratório Central; Núcleos de Inspeção de Saúde; Centro de Testagem e Aconselhamento; Diretoria de Saúde Ocupacional; Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), mantenedora de três instituições de ensino, a Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS, a Escola Técnica de Brasília – ETESB e a Escola de Aperfeiçoamento do SUS (EAP-SUS); Fundação Hemocentro de Brasília; a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos; Centros de Especialidades Odontológicas; Centros de Atenção Psicossocial; e Centro de Alta Complexidade em Oncologia (SILVA, 2017b).

4.3 COLETA DE DADOS

Os dados quantitativos utilizados no estudo foram oriundos dos Sistemas de Informação do DATASUS, do MS (Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC). O DATASUS disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e o aprimoramento de políticas e ações de saúde.

O SIM, desenvolvido pelo MS, em 1975, é produto da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país. Possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde. O referido sistema foi informatizado em 1979. Doze anos depois, com a implantação do SUS e sob a premissa da descentralização teve a coleta de dados repassada à atribuição dos Estados e Municípios, através das suas respectivas Secretarias de Saúde. Com a finalidade de reunir dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no Brasil, o SIM é considerado uma importante ferramenta de gestão que subsidia a tomada de decisão em diversas áreas da assistência à saúde. No nível federal, sua gestão está afeta à Secretaria de Vigilância à Saúde (BRASIL, 2023c).

O SINASC foi implantado em 1990 com o objetivo de coletar dados e fornecer informações sobre os nascimentos informados em todo território nacional. A implantação do SINASC ocorreu de forma gradual em todas as unidades da Federação e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) é gestora no nível nacional, sendo de sua responsabilidade a impressão e distribuição dos formulários de Declaração de Nascido Vivo (DN) a serem preenchidos nas instituições de saúde. Nesse sentido, o MS tem incentivado o uso do potencial de dados contidos no SIM e no SINASC, para a formulação de indicadores epidemiológicos como instrumentos estratégicos de suporte ao planejamento das ações, atividades e programas voltados à gestão e assistência em saúde (BRASIL, 2023c).

Explica-se que a escolha do período de dez anos, entre 2012 e 2021, é posterior à implantação das mais recentes políticas, programas e metas direcionadas à saúde da mulher, a saber, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (2000), a Rede Cegonha (2011) e os ODS (2015). Por fim, o ano de 2021, além de ser posterior às políticas citadas, é o ano mais recente para os quais estão disponíveis os dados de MM, pelo DATASUS, por ocasião da escrita desta pesquisa.

Os dados quantitativos foram coletados entre os dias seis e nove de janeiro de 2023. O número de todos os óbitos maternos no DF, ano a ano, foram obtidos por meio do seguinte caminho: (i) DATASUS; (ii) Acesso à informação; (iii) Estatísticas vitais; (iv) Dados de Mortalidade desde 1996 pela CID-10; (v) Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos; (vi) Distrito Federal e (vii) Óbitos maternos até 42 dias após o parto (viii) Selecionado o período entre 2012 e 2021.

Para traçar o perfil epidemiológico-social das mulheres que foram a óbito no seu ciclo gravídico-puerperal, os dados coletados foram categorizados segundo raça/cor, faixa etária, escolaridade e estado civil no DF, no período entre 2012 e 2021.

No que se refere aos óbitos maternos de mulheres negras, a coleta de dados foi realizada a partir dos passos: (i) DATASUS; (ii) Acesso à informação; (iii) Estatísticas vitais; (iv) Dados de Mortalidade desde 1996 pela CID-10; (v) Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos; (vi) Distrito Federal e (vii) Óbitos maternos até 42 dias após o parto (viii) Óbitos segundo raça/cor (ix) Selecionado o período entre 2012 e 2021. No DATASUS, a categoria raça/cor é formada pelas pessoas brancas, pretas, amarelas, pardas e indígenas.

Quanto a faixa etária, foram considerados para o estudo os óbitos maternos de mulheres em idade fértil, segundo a categorização do MS, a saber, 10 a 14 anos, 15 a 29 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos. A coleta de dados inclui os passos: (i) DATASUS; (ii) Acesso à informação; (iii) Estatísticas vitais; (iv) Dados de Mortalidade desde 1996 pela CID-10; (v) Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos; (vi) Distrito Federal e (vii) Óbitos maternos até 42 dias após o parto (viii) Óbitos segundo faixa etária (ix) Selecionado o período entre 2012 e 2021.

Para a escolaridade, os dados foram acessados e coletados da seguinte forma: (i) DATASUS; (ii) Acesso à informação; (iii) Estatísticas vitais; (iv) Dados de Mortalidade desde 1996 pela CID-10; (v) Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos; (vi) Distrito Federal e (vii) Óbitos maternos até 42 dias após o parto (viii) Óbitos segundo escolaridade (ix) Selecionado o período entre 2012 e 2021. As categorias de escolaridade consideradas pelo SIM, do MS, são: nenhum estudo, 1 a 3 anos de estudo, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 anos ou mais, ou ignorado.

No que se refere ao estado civil, a coleta de dados foi realizada na sequência: (i) DATASUS; (ii) Acesso à informação; (iii) Estatísticas vitais; (iv) Dados de Mortalidade desde 1996 pela CID-10; (v) Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos; (vi) Distrito Federal e (vii) Óbitos maternos até 42 dias após o parto (viii) Óbitos segundo estado civil (ix)

Selecionado o período entre 2012 e 2021. As categorias de estado civil disponíveis no SIM, do MS, são: solteiro, casado, separado judicialmente, outro ou ignorado.

As fontes dos dados qualitativos consistiram em diários oficiais da União e do DF, documentos técnicos constantes nos portais e publicações do MS e da SES-DF. Os dados qualitativos foram coletados entre os dias 11 de janeiro e sete de fevereiro de 2023, e selecionados os marcos da Política de Saúde Materna a nível internacional e nacional, que contemplem o DF nas suas ações.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para o cálculo da RMM e construção da série história da MM, foram incluídos os óbitos maternos até 42 dias após o parto, considerando a definição de MM, pela OMS (1998), como 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, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não decorrente de causas acidentais ou incidentais (OMS, 1998)

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para determinar a magnitude dos óbitos maternos no DF, construiu-se um Diagrama de Controle. Na elaboração da linha central foi empregado o cálculo da mediana, em períodos mensais em um histórico de oito anos, de 2012 a 2019, e excluídos os anos de pandemia, 2020 e 2021, de modo que a série não fosse influenciada por valores extremos. Conforme recomendado por Pereira (2010), para a construção do Canal Endêmico, ou seja, a faixa de valores mínimos e máximos esperados para cada mês, foi empregado o método dos quartis, a partir do cálculo do primeiro quartil (Q1) para o Limite Inferior de Controle (LIC) e terceiro quartil (Q3) para o Limite Superior de Controle (LSC).

O Diagrama de Controle constitui um método utilizado para a detecção de variações sazonais e caracterização do nível esperado de ocorrência de uma doença ou agravo. Para detectar essas variações, é necessário dispor da distribuição de frequências, durante o ano, e de vários anos, em sequência. No eixo X, é apresentada a incidência da doença ou agravo e no eixo Y, os meses do ano. Nesse sentido, o diagrama é composto por uma linha central que

representa o valor médio dos dados sob controle e duas linhas horizontais, denominadas de LSC e LIC (PEREIRA, 2010)

Por meio do estabelecimento do LSC e LIC, é possível identificar variações fora do padrão. Quando os valores observados ultrapassam a linha do LSC da variação esperada, diz-se que está ocorrendo uma epidemia. Quando os valores observados estão entre o LSC e o LIC, estão dentro do Canal Endêmico, ou seja, dentro do esperado para o período. A utilização do diagrama como representação gráfica serve de alerta para situações que requeiram intensificação das medidas de controle, medidas de prevenção e uma nova organização assistencial (PEREIRA, 2010).

Além do diagrama, foram construídas tabelas com a série histórica dos dados de MM, no DF, de 2012 a 2021, para visualização dos óbitos também nos anos pandêmicos. A Razão ou Coeficiente de MM é o indicador utilizado para estimar a frequência de óbitos femininos, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. O Coeficiente de MM foi calculado pela relação do número de óbitos maternos, por 100.000 NV de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O número de NV é adotado pela literatura como uma aproximação do total de mulheres grávidas, diante da inexistência de um sistema de informação para mulheres gestantes.

Construiu-se uma tabela com a contribuição percentual da MM no Distrito Federal, em relação a diferentes anos, já que o estudo pretende analisar o comportamento da MM antes e após o início da pandemia de Covid-19. Desse modo, os óbitos maternos dos anos de 2019, 2020 e 2021 foram comparados a 2012, por ser o primeiro ano da série considerada para estudo, em relação ano de 2015, por representar o fim da iniciativa dos ODM, ao ano de 2018, por ser posterior as novas metas dos ODS de redução da MM, e por fim, os anos de 2020 e 2021 foram comparados em relação a 2019 por representar o último ano antes do período da pandemia de Covid-19.

Foi traçada a série histórica do número de mortes maternas de mulheres negras. Entende por população negra, a composta por pessoas de cor preta somadas às de cor parda (BRASIL, 2009). A partir dos dados coletados sob o recorte raça/cor, foram calculadas as RMM. Os óbitos maternos foram divididos em duas categorias, a saber, a de mulheres negras (composta pelas de cor preta somadas as de cor parda), e a de mulheres não negras (composta pelas mulheres brancas, amarelas e indígenas). Esclarece-se que o cálculo de RMM para as mulheres negras considerou no numerador o número de óbitos maternos em mulheres negras e enquanto no denominador, o número de NV por todas as categorias raça/cor. Já o cálculo de RMM para as

mulheres não negras considerou no numerador o número de óbitos maternos em mulheres não negras e enquanto no denominador, o número de NV por todas as categorias raça/cor.

Além disso, foi construída tabela com a distribuição percentual dos óbitos segundo faixa etária, escolaridade e estado civil no DF, no período considerado para o estudo. Para cada variável foi realizada a coleta e construção do banco de dados, conforme apontado na coleta de dados.

Os cálculos básicos, tabelas e gráficos foram realizados no Excel (*Microsoft Office Home and Student 2013*) e no *Software R*.

Um dos fatores limitantes de se utilizar dados secundários é o problema de subnotificação de mortes maternas.

4.6 CRITÉRIOS ÉTICOS

Ressalta-se que os dados secundários utilizados nesta pesquisa são públicos e publicizáveis, dispensando a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

5 RESULTADOS

5.1 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA MORTALIDADE MATERNA NO DISTRITO FEDERAL

A partir dos dados dos óbitos maternos no DF, foi construído o Diagrama de Controle para análise da situação epidemiológica da MM, no período de 2012 a 2019 (Figura 5). O limite superior do diagrama representa o limiar epidêmico e indica a frequência esperada máxima de óbitos em cada mês. No intervalo estudado, a RMM do LSC demonstrou tendência crescente nos três primeiros meses da série. A frequência máxima no período estudado foi de 80/100.000 NV, no mês de março. Já entre abril e dezembro, houve redução da RMM, com discreta oscilação entre setembro e outubro.

O nível endêmico ou linha central, representa a mediana de óbitos maternos, baseada na medida de tendência central da distribuição de óbitos nos oito anos considerados (2012-2019), em cada mês. Mesmo sofrendo uma elevação expressiva no mês de outubro, os coeficientes de MM mantiveram-se com a linha de controle abaixo do canal endêmico em todos os meses, indicando que a ocorrência de óbitos não estiveram em nível epidêmico (Figura 5).

O LIC, também chamado de nível de segurança, indica a frequência esperada mínima de óbitos maternos em cada mês. Durante a série considerada, o limite inferior sofreu oscilação entre os primeiros sete meses, de janeiro a julho. Em agosto, houve elevação do LIC, que manteve-se constante até o mês de dezembro, com a RMM entre 20 e 27/100.000 NV. Os meses de novembro e dezembro foram os que o LIC (Q1) mais se aproximou do LSC (Q3), e a RMM foi de 28 (Q1) e 36/100.000 NV (Q3), e 27 (Q1) e 30/100.000 NV (Q3), para novembro e dezembro, respectivamente (Figura 5).

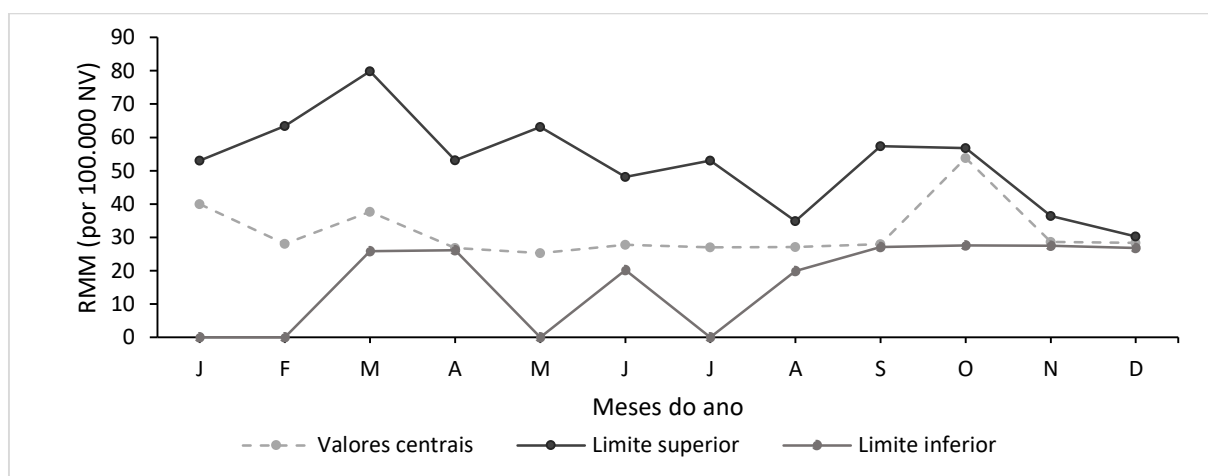


Figura 5 – Diagrama de Controle da Mortalidade Materna, no Distrito Federal, 2012 a 2019

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS (2012-2019). Elaboração própria.

A série histórica dos dados dos óbitos maternos entre 2012 e 2021, no DF, está apresentada na Tabela 3. Nesse período, foram confirmadas 179 mortes maternas. Mais da metade desse óbitos, 77% (n=138) ocorreu no período do puerpério (até 42 dias após o parto) e 33% (n=41) durante a gravidez, parto ou aborto. As mortes maternas, mesmo sofrendo uma queda gradativa nos últimos anos, não apresentaram mudança expressiva entre os anos de 2012 e 2018, no qual a RMM variou de 41 a 47/100.000 NV. Já no ano de 2019, a RMM foi de 19 para cada grupo de 100.000 NV. É o menor coeficiente registrado no DF, no período estudado, representando uma queda de 55% em relação ao ano de 2012, quando o coeficiente foi de 41/100.000 NV (Tabela 4).

De modo geral, houve redução da MM até o ano de 2019. No entanto, ao incluir os anos de 2020 e 2021, pode-se visualizar expressivo aumento nos últimos dois anos considerados, já que a RMM passou de 19/100.000 NV em 2019, para 33/100.000 NV em 2020 e ainda, para 87/100.000 NV em 2021. Durante a gravidez, parto ou aborto, a RMM era de 7/100.000 NV no ano de 2012 e aumentou para 18/100.000 NV em 2021. O período do puerpério (até 42 dias) também apresentou tendência crescente, passando de uma RMM de 34/100.000 NV para 68/100.000 NV em 2012 e 2021, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 - Óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna no Distrito Federal, entre 2012 e 2021

Ano	Durante a gravidez, parto ou aborto		Durante o puerpério (até 42 dias)		Óbitos Maternos	
	Número	RMM	Número	RMM	Número	RMM
2012	3	7	15	34	18	41
2013	10	22	11	25	21	47
2014	2	4	15	34	17	38
2015	3	7	9	19	12	26
2016	5	11	16	37	21	48
2017	1	2	14	31	15	33
2018	4	9	17	38	21	47
2019	3	7	5	12	8	19
2020	3	8	10	25	13	33
2021	7	18	26	68	33	87
Total	41 (33%)		138 (77%)		179	

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS (2012-2021). Elaboração própria.

Nota: RMM por 100.000 NV.

Comparado ao ano de 2012, os óbitos maternos em 2019 representaram a principal contribuição na redução percentual da MM (55%). A análise dos dados de 2020 também revelou declínio dos óbitos maternos, de 27%, em relação ao primeiro ano da série histórica considerada para o estudo. Por outro lado, quando calculada a contribuição percentual do ano de 2021, em relação ao ano de 2012, verifica-se um aumento de 45% dos óbitos (Tabela 4).

Em relação ao ano de 2015, a MM em 2019 demonstrou uma redução percentual de 33%. No entanto, ao comparar os anos de 2020 e 2021, visualiza-se um aumento desses óbitos, de 7% e 63%, respectivamente. Já em relação ao ano de 2018, os óbitos maternos em 2019 demonstraram um declínio de 61%, e no ano de 2020 uma redução de 38%. Em 2021, no entanto, houve inversão do comportamento de queda, e os óbitos aumentaram em 36%, comparados a 2018 (Tabela 4).

No ano de 2020, diante do estado de pandemia declarado pelo novo coronavírus, as mortes maternas revelaram tendência crescente, de 38%, quando comparadas ao ano de 2019, passando para um coeficiente de 33/100.000 NV. Em 2021, o aumento foi ainda mais expressivo, de 76%, em relação a 2019, ano anterior à pandemia da Covid-19. É a maior RMM registrada na última década, de 87/100.000 NV (Tabela 4).

Tabela 4 - Contribuição percentual da mortalidade materna no Distrito Federal, em relação ao ano de 2012, 2015, 2018 e 2019

Ano de comparação	Óbitos maternos			Redução percentual	Aumento percentual
	Ano	Nº de óbitos maternos	RMM		
2012	2019	8	19	55%	
	2020	13	33	27%	
	2021	33	87		45%
2015	2019	8	19	33%	
	2020	13	33		7%
	2021	33	87		63%
2018	2019	8	19	61%	
	2020	13	33	38%	
	2021	33	87		36%
2019	2020	13	33		38%
	2021	33	87		76%

Nota: Ano de 2012 – Óbitos maternos (n=18) e RMM 41/100.000 NV

Ano de 2015 – Óbitos maternos (n=12) e RMM 26/100.000 NV

Ano de 2018 – Óbitos maternos (n=21) e RMM 47/100.000 NV

Ano de 2019 – Óbitos maternos (n=8) e RMM 19/100.000 NV

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS (2012-2021). Elaboração própria.

Dentre as mulheres que morreram no seu ciclo gravídico-puerperal, mais da metade, 66% (n=118) foram mulheres negras e 34% (n=61) mulheres não negras. As mortes maternas de mulheres negras apresentaram tendência crescente no intervalo estudado, no qual a RMM variou de 25 a 50/100.000 NV. A tendência temporal dos óbitos maternos de mulheres não negras também tem sido de aumento, e variou de 16/100.000 NV a 37/100.000 NV, de 2012 a 2021 (Tabela 5).

Tabela 5 - Óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna de mulheres negras e não negras no Distrito Federal, entre 2012 e 2021

Ano	Óbitos maternos de mulheres negras		Óbitos maternos de mulheres não negras		Total de Óbitos Maternos	
	Número	RMM	Número	RMM	Número	RMM
2012	11	25	7	16	18	41
2013	16	36	5	11	21	47
2014	11	25	6	13	17	38
2015	7	15	5	11	12	26
2016	14	32	7	16	21	48
2017	10	22	5	11	15	33
2018	14	31	7	16	21	47
2019	6	14	2	5	8	19
2020	10	25	3	8	18	33
2021	19	50	14	37	33	87
Total	118 (66%)		61 (34%)		179	

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS (2012-2021). Elaboração própria.

Nota: RMM por 100.000 NV.

Na Tabela 6 pode-se visualizar a distribuição dos óbitos maternos, no DF, segundo faixa etária, escolaridade e estado civil, entre 2012 e 2021. No que se refere a faixa etária, o maior percentual de óbitos ocorreu entre as mulheres de 30 a 39 anos, 49% (n=87), seguido da faixa etária entre 20 e 29 anos, 32% (n=8). O menor percentual de mortes esteve entre mulheres de 15 a 19 anos, 5% (n=9).

Com relação à escolaridade materna, 41% (n=73) das mulheres tinham entre 8 e 11 anos de estudo e 27% (n=48) entre 12 anos ou mais de estudo. A escolaridade de 1 a 3 anos foi registrada em 11% (n=7) dos óbitos maternos, e durante o puerpério (até 42 dias após o parto), 1% (n=2) das mulheres que foram a óbito não tinham nenhum nível de estudo. Em oito registros não houve o preenchimento da variável. Isso significa que 4% dos óbitos maternos, no período estudado, tiveram a escolaridade da mulher ignorada (Tabela 6).

Quanto ao estado civil, mais da metade dos óbitos maternos, 52% (n=93) ocorreu entre as mulheres caracterizadas como solteiras. Entre as consideradas casadas, o percentual de óbitos foi de 32% (n=57). A menor proporção de óbitos maternos esteve entre os registros de mulheres separadas judicialmente, 6% (n=10), e 2% (n=4) dos óbitos teve o preenchimento do estado civil ignorado (Tabela 6).

Tabela 6 - Óbitos maternos no Distrito Federal, segundo faixa etária, escolaridade e estado civil, entre 2012 e 2021

Variáveis		Durante a gravidez, parto ou aborto	Durante o puerpério (até 42 dias)	Total	%
Faixa Etária	15 - 19 anos	1	8	9	5
	20 - 29 anos	12	46	58	32
	30 - 39 anos	24	63	87	49
	40 - 49 anos	4	21	25	14
Escolaridade	Nenhuma	0	2	2	1
	1 - 3 anos	6	13	19	11
	4 - 7 anos	5	24	29	16
	8 - 11 anos	18	55	73	41
	12 anos e >	11	37	48	27
	Ignorado	1	7	8	4
Estado Civil	Solteiro	19	74	93	52
	Casado	15	42	57	32
	Separado judicialmente	2	8	10	6
	Outro	4	11	15	8
	Ignorado	1	3	4	2

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS (2012-2021). Elaboração própria.

5.2 POLÍTICAS DE SAÚDE MATERNA, PROGRAMAS E LEGISLAÇÕES LANÇADAS A NÍVEL INTERNACIONAL E NACIONAL, APLICADAS NO DISTRITO FEDERAL

Quadro 5 – Marcos da Política de Saúde Materna

Internacional	
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos / ONU: proteção social à maternidade e à infância
1994	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: consagradas as noções de direitos reprodutivos e saúde sexual e reprodutiva
1995	IV Conferência Mundial da Mulher: compromissos dos países em implementar políticas públicas para a promoção dos direitos reprodutivos e de saúde reprodutiva de sua população

2000	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: reduzir a mortalidade materna em três quartos até 2015
2015	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: RMM global < 70 / 100.000 nascidos vivos até 2030
Nacional	
1984	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM
1988	Constituição Brasileira: a proteção à maternidade é um direito social
1994	Projeto Maternidade Segura
2000	Instituição do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (Portaria nº 569 de 1º/6/2000, 2000)
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM
2005	Direito da gestante a acompanhante (Lei nº 11.108 de 7 /4/2005, 2005)
2007	Direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade (Lei nº 11.634 de 27/12/2007, 2007)
2008	Investigação obrigatória do óbito materno e de mulher em idade fértil (Portaria nº 1.119 de 5/6/2008, 2008)
2011	Rede Cegonha (Portaria nº 1.459 de 24/6/2011, 2011)
Distrito Federal	
2020	Instituição do Centro Especializado em Saúde da Mulher (CESMU) e critérios de encaminhamento de mulheres ao serviço (Portaria nº 132, de 28 de fevereiro de 2020)
2021	II Plano Distrital de Políticas para Mulheres 2020 – 2023

Fonte: Elaboração própria.

5.2.1 Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)

A DUDH constitui um marco na história mundial que decretou, pela primeira vez, normas comuns de proteção aos direitos da pessoa humana. Tratam-se de direitos universais e devem ser estendidos a pessoas de todos os povos e nações, independente de classe social, etnia, gênero, nacionalidade ou posicionamento político. A DUDH foi proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em Paris, no dia 10 de dezembro de 1948 e elaborada por representantes de diferentes origens jurídicas e culturais (BRASIL, 1948).

Em nível internacional, a defesa dos direitos humanos é expressa na DUDH. Para Barbosa (2016) e Moreira e Correia (2013), os direitos humanos podem ser compreendidos como aqueles inerentes à natureza humana e estão desvinculados de considerações espaço-

temporais. Além disso, estão ligados a concepções jusnaturalistas, na acepção: “Sou humano e existo, logo, tenho direitos”. Nesse sentido, a ONU defende ainda que os direitos humanos são “garantias jurídicas universais que protegem indivíduos e grupos contra ações ou omissões dos governos que atentem contra a dignidade humana” (MINISTÉRIO PÚBLICO DE PORTUGAL, 2023).

O entendimento da saúde como direito de todos, assegurado pelo Estado, foi proclamado na DUDH e embora o documento não represente obrigatoriedade legal, constituiu-se como uma poderosa ferramenta de pressão diplomática e moral sobre os governos. O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais também considerou a saúde como um direito em que o Estado tem a responsabilidade de assegurar a todas as pessoas elevado nível de saúde física e mental. Entre outros compromissos acordados, destaca-se a diminuição da mortalidade materno infantil, bem como o desenvolvimento saudável das crianças. No Brasil, o Pacto foi adotado apenas em 1991, com o Decreto Legislativo nº 226, em vigor a partir do ano de 1992 (BITTENCOURT; DIAS; WAKIMOTO, 2013).

Desde a sua promulgação, a DUDH foi traduzida em mais de 500 idiomas e incentivou que países como o Brasil, junto a outros países membros da ONU, assinassem e ratificassem o documento. Em seu artigo 25, a DUDH destaca o direito da pessoa e da família à saúde e bem-estar, alimentação, assistência médica e serviços sociais a serem garantidos pelo Estado. O referido artigo também reconhece que a família, diante da maternidade tem direito à ajuda e à assistência especiais (BRASIL, 1948).

5.2.2 Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Consagradas Noções de Direitos Reprodutivos e Saúde Sexual (1994)

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em setembro de 1994, tratou-se da maior reunião internacional sobre temas populacionais e foi organizada pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e pela Divisão de População do Departamento de Informação Econômica e Social e Análises Políticas, da ONU. O evento endossou uma estratégia que deu mais ênfase no atendimento às necessidades de homens e mulheres como indivíduos do que na consecução de objetivos demográficos. Participaram do evento cerca de 11 mil pessoas, incluindo representantes governamentais e de Organizações não governamentais (ONGs), e foi despertado o interesse sem precedentes por parte dos meios de comunicação (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007).

O direito das mulheres a passar pelo período gravídico-puerperal com segurança foi explicitado, pela primeira vez, na CIPD (BARBOSA, 2016). As políticas que antes tinham como foco o controle do crescimento populacional como condição para a melhoria da situação econômica e social dos países, passaram a reconhecer a importância dos direitos humanos e reprodutivos da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida. Nesse sentido, a inclusão dos direitos reprodutivos ressaltaram a decisão da mulher sobre a reprodução sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição ao número de filhos e intervalo entre seus nascimentos, bem como o direito de ter acesso à informação e aos meios para o exercício saudável e seguro da reprodução, de modo a “propiciar aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio” (VENTURA, 2004, p.57; VENTURA, 2009).

No que se refere ao planejamento familiar, foram incentivadas ações tendentes a ajudar casais e indivíduos a satisfazer seus objetivos reprodutivos, dar a oportunidade de evitar a gravidez não desejada e reduzir a incidência de casos de gravidez de alto risco, morbidades e mortalidade, assim como melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde. E ainda, que o Governo e a comunidade internacional fosse capaz de garantir um ambiente favorável ao planejamento familiar, por meio do estabelecimento de um sistema eficiente de coordenação e de criação de condições globais, regionais e sub-regionais para o fornecimento de contraceptivos e bens essenciais aos programas de saúde reprodutiva dos países em desenvolvimento (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007; MELLO, 1995).

Para alavancar o novo enfoque, foi apontada como prioridade a necessidade de dar à mulher mais possibilidades de escolha, por meio do acesso à educação e aos serviços de saúde e promover o desenvolvimento de aptidões profissionais e oportunidades de emprego (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007). O Programa estabeleceu que o planejamento familiar estivesse ao alcance de todos, como parte de um critério mais amplo em matéria de direitos e saúde reprodutivos, até o ano de 2015. Desse modo, foram incluídos objetivos relacionados à redução da RMM e das taxas de mortalidade infantil, a prevenção e luta contra o HIV, melhoria da informação, de tecnologias, pesquisas e desenvolvimento (BARBOSA, 2016; VICENTE, 1996).

A Conferência teve como princípios estabelecidos: a igualdade e equidade entre os sexos e atribuição de poder à mulher; incorporação da população às políticas e programas de desenvolvimento sustentável; erradicação da pobreza; acesso aos serviços de saúde reprodutiva e planejamento familiar; direito à educação; situação das crianças; direitos dos imigrantes e

refugiados; e necessidades em matéria de população e desenvolvimento dos povos indígenas (VICENTE, 1996). Tais princípios reafirmam que os seres humanos constituem o elemento central do desenvolvimento sustentável, considerando que a população é o recurso mais valioso de uma nação (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007).

Diante dos temas discutidos, o Programa de Ação da CIPD recomendou à comunidade internacional um conjunto de metas que incluíram: a educação, especialmente das meninas; a igualdade e a equidade entre os sexos; a redução da mortalidade materno-infantil; o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva, em particular o planejamento familiar e a saúde sexual; e o crescimento econômico sustentado no contexto do desenvolvimento sustentável (MELLO, 1995). Foi reconhecido, no entanto, a necessidade de participação e comprometimento social ativo para o alcance das metas traçadas a longo prazo (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007).

Para tanto, esta compilação de ideais universais representa o marco que delineou um compromisso comum para o alcance do desenvolvimento sustentável com equidade, por meio da promoção dos direitos humanos e da dignidade, apoio ao planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva, promoção da igualdade de gênero e de acesso à educação, bem como da eliminação da violência obstétrica. A expressiva participação social e de representantes governamentais e não-governamentais contribuiu para o êxito e a força mobilizadora da Conferência, momento em que foram consagradas as primeiras noções de direitos reprodutivos e saúde sexual (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007).

5.2.3 IV Conferência Mundial da Mulher: Compromissos dos Países em Implementar Políticas Públicas para a Promoção dos Direitos Reprodutivos e de Saúde Reprodutiva da População (1995)

A IV Conferência Mundial da Mulher foi realizada pela ONU, em Pequim, no ano de 1995 e teve como tema central a “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”. A ocasião recebeu cerca de 50 mil participantes entre representantes de delegações governamentais, de ONGs e o público em geral, sendo mais da metade mulheres. Durante o evento, foram mensurados os avanços e retrocessos nas situações de discriminação e inferioridade das mulheres nas esferas sociais, comparados às conferências anteriores. Além disso, discutiram-se os obstáculos a serem superados para que as mulheres pudessem alcançar condições de igualdade e dessa forma, exercer seus direitos de maneira plena (VIOTTI, 1995).

Os eixos temáticos de preocupação em pauta no evento vincularam-se a: (i) mulheres e pobreza; (ii) educação e capacitação de mulheres; (iii) mulheres e saúde; (iv) violência contra a mulher; (v) mulheres e conflitos armados; (vi) mulheres e economia (atividades produtivas e acesso a recursos); (vii) mulheres no poder e na liderança; (viii) mecanismos institucionais para o avanço das mulheres; (ix) direitos humanos das mulheres; (x) mulheres e a mídia (tratamento estereotipado dos temas relativos à mulher nos meios de comunicação e a desigualdade de acesso a esses meios); (xi) mulheres e meio ambiente (desigualdade de participação nas decisões sobre o manejo dos recursos naturais e a proteção do meio ambiente) e (xii) direitos das meninas e crianças do sexo feminino (VIOTTI, 1995).

Na conferência, foram aprovados pelos 189 Estados participantes, dois documentos, nomeados de Plataforma de Ação e Declaração de Beijing, que refletem o acordo firmado entre os países para alcançar a igualdade de gênero e eliminar a discriminação contra mulheres e meninas no mundo inteiro. Ambos os escritos consideram as mulheres como força principal de uma agenda pela igualdade e reiteram que as nações fortaleçam as condições de saúde, educação, eliminação da violência e assegure o acesso da mulher ao poder decisório, não apenas por questões de justiça e democracia, mas de sobrevivência (VIOTTI, 1995).

Dentre as questões prioritárias, foi percebida a necessidade de entender as diferenças entre as diversas experiências femininas a partir do conceito de gênero (LUNARDI, 2021). A transversalidade das políticas públicas com esse ponto de vista foi discutida considerando os riscos que a saúde da mulher está inserida, devido à inexistência e inadequação de serviços para atender às necessidades relativas à sexualidade e à saúde. Para a ONU, a importância da adoção dessa perspectiva está no sentido de:

Passar de uma análise da situação da mulher baseada no aspecto biológico para uma compreensão das relações entre homens e mulheres como produto de padrões determinados social e culturalmente, e portanto, passíveis de modificação. As relações de gênero, com seu substrato de poder, passam a constituir o centro das preocupações e a chave para a superação dos padrões de desigualdade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995, p. 149)

Como produto das discussões realizadas na IV Conferência Mundial de Saúde da Mulher, o relatório elaborado enfatizou que apenas mediante a melhoria do acesso aos serviços de saúde, métodos de planejamento familiar e atenção obstétrica é possível que sejam reconhecidos os direitos da mulher e garantidos métodos seguros de controle da fecundidade. Isso porque a falta de atenção aos direitos reprodutivos da mulher limita de maneira importante as oportunidades de educação e o pleno exercício de direitos econômicos e políticos. Sendo

assim, enfatizou-se que os direitos humanos das mulheres devem incluir seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente a respeito dessas questões, sem se verem sujeitas à coerção, à discriminação ou à violência (BARBOSA, 2016; VIOTTI, 1995).

5.2.4 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Reduzir a Mortalidade Materna em Três Quartos até 2015 (2000)

A ONU, por meio dos ODM, propostos no ano de 2000, estabeleceu metas para o período de 1990 a 2015, com o apoio de 191 nações e chefes de Estado. Os ODM constituíram oito objetivos globais principais assumidos pelos países-membros da ONU, que juntos, ambicionavam fazer com que o mundo prosperasse de maneira rápida à caminho da saúde das gestantes, da eliminação da fome e da extrema pobreza, fatores que afetam, em especial, as populações em vulnerabilidade socioeconômica (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015; ROMA, 2019).

A Resolução nº 55/2 da Assembleia Geral da ONU, nomeada de "Declaração do Milênio das Nações Unidas", foi considerada o documento fundador dos ODM. Esta foi aprovada durante a 55ª sessão da Assembleia Geral, chamada "Cúpula do Milênio das Nações Unidas", sediada em Nova Iorque, nos Estados Unidos, entre os dias 6 e 8 de setembro de 2000, na sede da ONU. De acordo com a resolução, o principal desafio a ser enfrentado àquela época era garantir que a globalização fosse capaz de alcançar de maneira positiva todas as nações, uma vez que, embora fosse reconhecido que o fenômeno da globalização possibilitava oportunidades, seus benefícios eram vivenciados de maneira desigual pelas nações. Isso pode ser explicado pelo fato de que, mesmo nos dias atuais, os países em desenvolvimento e economias em transição enfrentam importantes dificuldades para alcançar a aproximação entre as sociedades do mundo, ainda que sejam afetadas pelos seus elevados custos (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014; ROMA, 2019).

Os oito ODM concentraram esforços em: (i) acabar com a fome e a pobreza; (ii) educação básica de qualidade para todos; (iii) promoção da igualdade de gênero e valorização da mulher; (iv) reduzir a mortalidade infantil; (v) melhorar a saúde das gestantes; (vi) implementar políticas de saúde e combater a aids, a malária e outras doenças; (vii) qualidade de vida e respeito ao meio ambiente e (viii) parceria global para o desenvolvimento sustentável.

Para cada um dos oito objetivos foram traçadas metas globais a serem cumpridas no período de 1990 a 2015, sendo ao todo 21 metas e o monitoramento do progresso se deu por meio de um conjunto de 60 indicadores (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015; ROMA, 2019).

No Brasil, a governança dos ODM foi deliberada por meio do Decreto Presidencial de 31 de outubro de 2003, que estabeleceu o "Grupo Técnico para Acompanhamento das Metas e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio". Dentre as competências do grupo, estava a de adaptar os ODM, as metas e indicadores a elas associados à realidade brasileira. Nesse sentido, diversas metas e indicadores nacionais, tais como os de saúde materna e infantil, eram mais ambiciosos do que aqueles adotados em nível global e tinham como foco universalizar o acesso à saúde reprodutiva e até 2015, deter e inverter a tendência de crescimento da mortalidade por câncer de mama e colo do útero (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014; ROMA, 2019).

As metas relacionadas a saúde materno infantil também incluíram reduzir, em dois terços a taxa de mortalidade na infância (entre os menores de cinco anos de idade), e em três quartos, a RMM. Assim, os valores definidos para alcance no Brasil, em 2015, foram de 20,1/1.000 NV e 35/100.000 NV, respectivamente, para a taxa de mortalidade na infância e RMM. O país alcançou a meta em relação à mortalidade na infância, reduzindo a taxa de 60,8/1.000 NV em 1990 para 16,4/1.000 NV em 2015 (SILVA, 2018). Entretanto, dados de RMM, referentes à série histórica de 1990 a 2015, indicaram a impossibilidade de consecução da meta definida para 2015, passando de 141/100.000 NV em 1990 para 50,6/100.000 NV em 2015 (ROMA, 2019; YOU et al., 2015).

A meta de universalização do acesso à saúde reprodutiva no Brasil, tendo como um dos principais indicadores a proporção de partos atendidos por profissionais de saúde treinados, teve como resultado: 99% dos partos realizados no país em estabelecimentos de saúde entre 1996 e 2015, sem variação expressiva no período considerado. Além disso, o percentual de mulheres gestantes que compareceram a pelo menos quatro consultas de pré-natal no Brasil, teve um aumento de 83% em 2000 para 90% em 2011, mas ainda assim, inferior à meta estabelecida. No que se refere as metas de redução da câncer de colo do útero e mama, a mortalidade por neoplasia uterina apresentou discreta redução e variou entre 8 e 9/100.000 mulheres. Já a taxa de mortalidade por câncer de mama, revelou tendência crescente e passou de 17,4 para 20,7/100.000 mulheres, de 1990 a 2011 (ROMA, 2019; YOU et al., 2015).

Os resultados alcançados durante o período de implementação dos ODM no país, foram sintetizados em cinco Relatórios Nacionais de Acompanhamento, redigidos em parceria com instituições do governo federal e agências integrantes do Sistema ONU no Brasil. O IBGE e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) foram responsáveis pela seleção e análise dos indicadores utilizados e por consolidar os textos finais dos relatórios nacionais (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2014; ROMA, 2019).

5.2.5 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: RMM global <70/100.000 Nascidos Vivos até 2030 (2015)

O ano de 2015 representou o fim da iniciativa dos ODM, mas a saúde da mulher e da criança continuou sendo uma das prioridades na área da saúde em nível mundial. Sendo assim, uma agenda proposta chamada ODS convocou instituições de saúde em todo o mundo para um esforço de eliminação da MM entre os anos de 2016 e 2030. Como parte da transição dos ODM para os ODS, foi realizada a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, em junho de 2012, sediada no Rio de Janeiro. O produto da conferência, documento denominado "O Futuro que Queremos", lançou bases para que os países-membros da ONU construíssem, a partir da experiência dos ODM, um novo conjunto de objetivos, metas e indicadores com foco no desenvolvimento sustentável (SILVA, 2018).

O documento "Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável", assinado por chefes de Estado e representantes dos 193 países integrantes da ONU, em 2015, tem como objetivo contribuir para a efetivação dos ODS e foi aprovado após intensos debates. O registro busca assegurar direitos humanos, erradicar a pobreza em todas as suas dimensões, lutar contra a desigualdade e a injustiça, melhorar a saúde materno infantil, alcançar a igualdade de gênero, o empoderamento de mulheres e agir contra mudanças climáticas (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015; ROMA, 2019).

Fazem parte da Agenda 2030, 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas. No entanto, de acordo com o Ministério de Relações Exteriores do Brasil (2018), a Agenda dos ODS não se limita a propor objetivos e metas, mas trata dos meios de implementação que permitam sua concretização. O debate para a operacionalização das propostas engloba questões de alcance sistêmico, tais como financiamento para o desenvolvimento, transferência de tecnologias, capacitação técnica e comércio internacional.

Além disso, contempla um esforço conjunto, de países, empresas, instituições e sociedade civil (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018; ROMA, 2019).

No Brasil, a governança para a concretização dos ODS foi estabelecida por meio do Decreto nº 8.892, de 27 de outubro de 2016, e a posteriori, em 2017, criou-se a Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (CNODS). A CNODS, no uso de suas atribuições, construiu um plano de ação e incumbiu ao IBGE e ao IPEA, as tarefas de adequar os objetivos, metas e indicadores globais dos ODS à realidade brasileira. O IBGE e o IPEA também são considerados órgãos de assessoramento permanente da CNODS no âmbito de sua estrutura de governança (ROMA, 2019).

As metas globais foram analisadas e debatidas pelo IPEA, sendo realizados os ajustes para o país, quando necessário. A proposta de adequação foi apresentada para representantes de 75 órgãos governamentais envolvidos na implementação da Agenda 2030 e 600 técnicos e gestores. Foram organizadas oficinas e sessões temáticas com o propósito coletivo de aprimorar e consolidar as metas nacionais. Entre as 169 metas globais encaminhadas pela ONU, 167 foram consideradas convenientes ao Brasil. Dessas, 39 metas globais foram mantidas no formato original e 128 alteradas, tendo em vista a realidade do país e a necessidade de quantificar e conferir clareza à meta. Ainda, foram somadas oito novas metas, tendo totalizado 175 metas nacionais, entre as quais 99 foram consideradas como finalísticas e 76 como de implementação (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018; ROMA, 2019).

A iniciativa teve como uma de suas metas, a redução da RMM para 70/100.000 NV em nível global. No caso do Brasil, a meta para 2030 é reduzir a MM para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil NV. E até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, em todos os países, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12/1.000 NV e a mortalidade de crianças menores de cinco anos para pelo menos até 25/1.000 NV (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015; SILVA, 2018).

5.2.6 Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (1984)

A crescente presença das mulheres nos espaços de debates institucionais, no âmbito público e na vida política e social, deu visibilidade a sua condição feminina na sociedade, a partir da apresentação de demandas, questionamentos sobre desigualdades existentes e reivindicação de direitos, que ganhou força a nível nacional e internacional. O movimento feminista se fortificou enquanto movimento social que questionava a organização da sociedade

a partir da desigualdade de gênero em todos os espaços da vida humana, na família, no trabalho, na política, no direito, na religião, nas relações sociais e pessoais (SOUTO; MOREIRA, 2021).

No cenário das políticas públicas nacionais, a saúde da mulher só se tornou prioridade a partir do século XX, mas ainda assim, de maneira incipiente e limitada às ações direcionadas à gravidez e ao parto. A década de 1980 foi marcada pela força do movimento feminista na proposta de elaboração de uma política para saúde da mulher e sua institucionalização enquanto programa de saúde. Em abril de 1983, o MS instituiu uma comissão para escrever um documento que fundamentaria as bases de ação programática do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e contou com a contribuição de profissionais de saúde, gestores e feministas. A partir disso, em 1984, no contexto da redemocratização do país, decorrente de reivindicações de movimentos sociais, foi lançado pelo MS, o PAISM, com o objetivo de ampliar as ações e considerar todos os ciclos de vida da mulher (COSTA, 2019). Desse modo, o PAISM enquanto política, surgiu como resposta aos problemas de saúde e às necessidades da população feminina (BRASIL, 1984; SOUTO; MOREIRA, 2021).

O programa foi formulado dentro do princípio do direito universal à saúde, preconizado pelo movimento sanitarista e que norteou a formulação do SUS, este referendado pela Constituição de 1988 (SOUTO; MOREIRA, 2021). Com as organizações dos movimentos de mulheres pela saúde, o PAISM recebeu um contorno inovador que implicou no rompimento da visão tradicional, sobretudo do modelo biomédico, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução. De maneira paradoxal, entretanto, foi por meio do PAISM, que o Estado brasileiro, propôs pela primeira vez e implantou, embora de modo parcial, um programa que inclui o planejamento familiar dentre suas ações, ou seja, um programa que contemplava o controle da reprodução (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes, a hierarquização, descentralização e regionalização dos serviços, assim como a equidade e a integralidade da assistência. As diretrizes previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, com ênfase ao controle das patologias com maior prevalência no grupo, empoderamento das mulheres sobre o controle da própria saúde e planejamento familiar. A justificativa do MS para propor atividades voltadas à regulação da fecundidade baseava-se no princípio da equidade, a partir da oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população. Além disso, enfatizava-se que as atividades de planejamento familiar deviam estar desvinculadas de qualquer caráter coercitivo para as famílias (COSTA, 2019; OSIS, 1998).

A proposta de atenção integral à saúde da mulher passou a incluir a assistência clínico-ginecológica e educativa, com foco no aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; informações e serviços integrados de atendimento; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das infecções transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção. Além disso, foi estabelecido que todas as atividades previstas no PAISM deveriam ser adotadas em conjunto e a implantação do novo programa deveria ser iniciada por uma capacitação completa tanto dos profissionais de saúde da assistência quanto do nível de gestão (BRASIL, 1984; OSIS, 1998).

De maneira paralela, o MS incentivou a criação de centros de referência regionais e a realização de pesquisas operacionais e estudos epidemiológicos na área de saúde da mulher, como meio de oferecer subsídios técnico-científicos de implantação do PAISM. Ainda, estabeleceu a definição de equipes de acompanhamento, controle e avaliação de desempenho do programa (SOUTO; MOREIRA, 2021). A atenção integral à saúde da mulher redimensionou o significado do corpo feminino no contexto social e rompeu com a lógica que antes norteava as intervenções em saúde. Como resultado, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras e a atenção ultrapassou os cuidados apenas com o pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 1984; OSIS, 1998).

O PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Embora a proposta original do PAISM não explicita a expressão "saúde reprodutiva", que foi conhecida apenas no final dos anos 80, sua concepção de atenção integral à saúde incluiu a definição de saúde reprodutiva adotada pela OMS em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995. A adoção do PAISM representou um passo fundamental em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que a expressão ganhasse os foros internacionais de luta (BRASIL, 1984; OSIS, 1998; SOUTO; MOREIRA, 2021).

5.2.7 Constituição Brasileira: A Proteção à Maternidade é um Direito Social (1988)

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é a atual Carta Magna do país e ficou conhecida como "Constituição Cidadã", por ter sido concebida no processo de redemocratização, marcado pelo encerramento da ditadura militar no país e iniciado o período

da Nova República. O documento foi aprovado pela Assembleia Nacional Constituinte em 22 de setembro de 1988, com a presença de 559 parlamentares e promulgado em 5 de outubro de 1988. Além disso, a constituição está situada no topo do ordenamento jurídico e é composta por 250 artigos, tratando-se da segunda maior do mundo, depois da constituição da Índia (BRASIL, 1988).

O Poder Constituinte de 1988 estabeleceu, sob a denominação de direitos sociais, um conjunto abrangente de direitos designados de fundamentais pelo Título II da Constituição Federal. O direito à vida é o primeiro dos direitos invioláveis assegurados. Quem nasce com vida, tem direito a ela. O exercício da liberdade, saúde, segurança, bem-estar, desenvolvimento e igualdade também integram o rol de direitos sociais. Além disso, em seu artigo 6º, a Constituição instituiu a Proteção à Maternidade como sendo uma Cláusula Pétrea e delegou ao Estado o dever de realizar medidas de proteção não apenas direcionadas à mulher gestante, mas, também ao nascituro (BRASIL, 1988; LIMA, 2015).

No artigo 7º, XVIII, a licença maternidade para as trabalhadoras urbanas e rurais, que na Consolidação das Leis do Trabalho de 1943 era de 04 quatro semanas antes do parto e oito semanas após o parto, foi ampliada e passou a ser de 120 dias. Ainda, em seu Art. 203, está disposto que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice (BRASIL, 1988; LIMA, 2015).

5.2.8 Projeto Maternidade Segura (1994)

Foi realizada em 1987, no Quênia, a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, como fruto do reconhecimento da necessidade de enfrentamento da MM. A Iniciativa Mundial para a Maternidade Segura, lançada nessa ocasião, traçou como meta a redução da MM global em 50%, até o ano 2000. A partir disso, as primeiras estimativas de MM foram calculadas e reconheceu-se que as mortes maternas estavam vinculadas a diferenças sociais, evidenciadas por valores mais elevados em regiões em desenvolvimento e diferenças do risco de mulheres morrerem de acordo com o seu país de origem, sendo necessária a implementação de um conjunto de estratégias (BARBOSA, 2016; GRUSKIN et al., 2008; REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

No Brasil, cerca de 95% dos partos são vivenciados no ambiente hospitalar. Ainda assim, a MM representa um desafio para a saúde pública, representado pela necessidade de

ampliação do acesso aos serviços de saúde e, principalmente, pela melhoria da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. Nesse sentido, o MS, propôs por meio do Projeto Maternidade Segura, em 1994, medidas para a implementação da assistência pré-natal, organização de sistemas de atenção à gestante de alto risco, redução das taxas de cesáreas, investimento em recursos físicos para maternidades, bem como a publicação de normas técnicas atualizadas de assistência à saúde, tendo o cuidado fundamentado pelas Práticas Baseadas em Evidências (PBE) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

O Projeto Maternidade Segura foi instituído com o intuito principal de elevar a qualidade do atendimento à saúde materno infantil e reduzir a morbimortalidade materna, por meio do credenciamento de instituições que promovam a assistência integral à saúde da mulher e da criança. O projeto faz parte de um esforço do Serviço de Assistência à Saúde Materno Infantil da Coordenação Materno-Infantil do MS, FEBRASGO, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Para ser credenciada como Maternidade Segura, o estabelecimento de saúde deve atender a oito pré-requisitos principais, a saber, (i) Garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher; (ii) Garantir assistência durante a gravidez, parto, pós-parto e ao planejamento familiar; (iii) Incentivar o parto normal e humanizado; (iv) Ter rotinas escritas para normatizar a assistência; (v) Treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas; (vi) Possuir estrutura adequada para atendimento ginecológico e obstétrico; (vii) Possuir arquivo e sistema de informação; e (viii) Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal. Desse modo, a implementação dos oito passos visam refletir na otimização da qualidade de assistência e os hospitais que adequam suas rotinas são reconhecidos como Maternidade Segura (BRASIL, 1994).

Como parte do conjunto de ações que foram desenvolvidas para a promoção da saúde materna, destacam-se os seguintes instrumentos instituídos pelo MS (1994):

- Portaria nº 115 de 1993, que inclui nos valores pagos aos hospitais conveniados com o SUS, a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU);

- Portaria nº 663 de 1994, que instituiu o Dia Nacional da Redução da Mortalidade Materna (28 de maio). O documento prevê que avaliações sobre este cenário devem ser feitas, em todos os níveis, no SUS;

- Portaria nº 772 de 1994, que institui a Comissão Nacional de Mortalidade Materna, com os propósitos de manter atualizado o diagnóstico da situação da MM no país, propor

normas, instrumentos legais, princípios éticos e oferecer subsídios para o aperfeiçoamento de políticas relacionadas ao assunto;

- Portaria nº 1.113 de 1994, que promoveu o aumento de 40% nos valores pagos por consultas médicas de pré-natal aos hospitais do SUS.

Com as medidas propostas, buscou-se a humanização do atendimento, entendida como um conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da MM e perinatal. Essas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis. Como referência para implantação do parto humanizado nos serviços de saúde, foi publicado o Guia Prático para Assistência ao Parto Normal – Maternidade Segura, em 1994, e estabelecidas as práticas obstétricas recomendadas, com base nas PBE. Desse modo, foram reafirmadas práticas que devem ser mantidas, por ter seus benefícios assegurados, bem como outras abolidas, pelo potencial de dano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

No Guia, foi reafirmada ainda, a importância do debate entre profissionais de saúde, instituições públicas e movimentos sociais, na implementação e aperfeiçoamento de medidas que promovam a qualidade da atenção à saúde da mulher. Considera-se que somente a partir de um esforço conjunto, baseado em diferentes estratégias, seria possível a construção de um modelo assistencial dinâmico, voltado para o atendimento das necessidades e a garantia dos direitos do ser humano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

5.2.9 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000)

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo MS, por meio da Portaria/GM nº 569, de 01 de junho de 2000, baseado na análise das necessidades de atenção específica à mulher gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, na perspectiva dos direitos de cidadania. O objetivo do programa concentra esforços no sentido de reduzir as altas razões de MM, adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura, qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002b).

O artigo 2º da referida norma estabelece os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do PHPN (Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000):

(i) toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

(ii) toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na Portaria;

(iii) toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

(iv) 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 Portaria;

(v) todo recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal;

(vi) as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

Segundo os preceitos do PHPN, a condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério é o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro está relacionado ao dever das unidades de saúde de receber com dignidade a mulher, seus familiares e o Recém Nascido (RN). Para isso, é necessária a organização das instituições de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher, bem como uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde. O segundo refere-se à evitabilidade de práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher, e que, com frequência, desencadeiam riscos. Nesse sentido, tais práticas devem ser substituídas por procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do pré-natal, do parto e do puerpério (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002b).

O PHPN constitui um importante instrumento para a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes e baseia-se na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde, além de apontar responsabilidades para os três níveis de governo. Ao gestor federal compete articular com Estados, Municípios e o DF, a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento. Concerne, também, prestar assessoria técnica na elaboração dos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos Sistemas Móveis de Atendimento (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002b).

Quanto ao Estado, cabe prestar assessoria técnica em todo o processo de implementação, controle e avaliação do Programa; elaborar Planos Regionais, articulados com as Secretarias Municipais de Saúde, no sentido de organizar seus sistemas Estaduais e Regionais de assistência obstétrica e neonatal em todos os níveis de atenção; assessorar Municípios na estruturação de Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação de sistemas móveis de atendimento pré e inter hospitalares. Além disso, o Estado responsabiliza-se pela alocação complementar de recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa e acompanhamento dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002b).

Para a inclusão do Município no PHPN é indispensável que o gestor municipal colabore na elaboração dos Planos Regionais em conjunto com a Secretaria Estadual; que estruture e garanta o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, e responsabilize-se pelo funcionamento do sistema móvel de atendimento. Aliado a isso, deve garantir o atendimento de pré-natal e puerpério em seu próprio território e realizar o cadastramento e acompanhamento das mulheres gestantes; e, ainda, estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à mulher gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro Município, de acordo com a programação regional (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002b).

O PHPN é estruturado em três componentes orientados por normas técnicas, que definem critérios de elegibilidade para serem incluídos no Programa, além de orientar quanto aos procedimentos necessários para obtenção dos recursos financeiros tanto em nível Estadual, quanto Municipal:

(i) Incentivo à Assistência Pré-natal - objetiva a assistência pré-natal adequada, com critérios mínimos recomendados pelo PHPN, e institui incentivos financeiros a serem transferidos aos Municípios que optaram pela adesão.

(ii) Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal - visa o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, por meio da estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares e financiamento a hospitais públicos e filantrópicos integrantes do SUS.

(iii) Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto - objetiva a melhoria do custeio da assistência ao parto realizado nos hospitais integrantes do Sistema de Informações

Hospitalares (SIH-SUS), elevando o valor e alterando a forma de remuneração dos procedimentos da tabela relativos ao parto.

Contudo, o PHPN pretende ampliar as ações já adotadas pelo MS 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 ações como a 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.

Para incentivar a adesão das instituições a adotarem boas práticas na atenção ao parto, no ano de 1999, o MS instituiu o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo. Na avaliação foram consideradas a qualidade do atendimento, tais como o acolhimento e as práticas obstétricas humanizadas, a organização institucional, satisfação dos usuários e o caráter criativo e inovador das iniciativas de humanização do atendimento. Até o ano de 2015, quatro maternidades foram premiadas por apresentarem ideias e soluções criativas para oferecer um atendimento acolhedor, seguro e humanizado (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002b). A instituição mais recente a receber o prêmio, em 2016, trata-se da Maternidade Darcy Vargas (MDV), de Joinville, considerada referência em gestações de alto risco e partos normais. O hospital concorreu com outros 70 de todo o país e foi reconhecido pelo trabalho de promoção ao acesso e a qualificação dos serviços prestados às mulheres (SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2016).

5.2.10 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM (2004)

A trajetória de elaboração do PAISM e da PNAISM foi determinada por processos e espaços de participação diversos que se fortaleceram de forma integrada para elaborar, implantar e monitorar as políticas, suas metas e estratégias traçadas. A definição de acordos e compromissos internacionais, de articulação intra e intersetoriais, a participação em instâncias institucionais, integrando grupos de trabalho, comissões e conselhos de direitos, bem como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) foram fundamentais para os avanços conquistados no campo da saúde das mulheres no Brasil (SOUTO; MOREIRA, 2021).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi elaborada pela Área Técnica de Saúde da Mulher do MS em 2004, a partir da necessidade deste Ministério

de contar com diretrizes técnico-políticas para a atenção à saúde das mulheres no país. A PNAISM foi concebida em parceria com outras áreas e departamentos do MS, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e com segmentos do movimento de mulheres, com o objetivo de incorporar as reivindicações de movimentos sociais femininos. Na ocasião, foi apresentada e debatida no CNS, com o intuito de ser reconhecida como uma política de Estado e assim assimilada pelas instâncias de decisão do SUS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2015).

A referida política 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 reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004; BRASIL, 2015).

A PNAISM considera a diversidade dos 5.568 municípios, dos 26 Estados e do DF, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas de saúde e tipos de gestão. Nesse sentido, tem como premissa o respeito a diversidade dos Municípios brasileiros, tanto em suas especificidades epidemiológicas quanto nos diferentes níveis de organização dos sistemas locais de saúde. Além disso, trata-se de uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros – entes fundamentais para a concretização das políticas – de modo a enfatizar a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social (BRASIL, 2004; BRASIL, 2015).

A política incorpora, na sua concepção e formulação, o princípio da integralidade da atenção como um dos requisitos para atender às necessidades de saúde de forma abrangente e humanizada. A proposta de modelo de atenção integral aponta para um leque de necessidades da população feminina e problematiza desigualdades sociais como determinantes no processo de saúde e doença. Constitui também, uma crítica ao modelo de assistência fragmentada que predomina no SUS e reproduz mecanismos de dominação das mulheres, além de contribuir para a sua subordinação e falta de autonomia (BRASIL, 2004; BRASIL, 2015).

Destaca-se como uma inovação da PNAISM no campo da saúde, a incorporação da noção de “subordinação interseccional”, pela qual as diferenças de raça/cor/etnia, classe social e orientação sexual entre grupos de mulheres se superpõem e interagem com as diferentes formas de discriminação. A proposta é que a PNAISM seja um instrumento de apoio aos Estados e municípios na implementação de ações de saúde da mulher que respeitem os seus direitos humanos e sua situação social e econômica (BRASIL, 2004; BRASIL, 2015).

5.2.11 Direito da Gestante a Acompanhante (Lei nº 11.108 de 7 de Abril de 2005)

A Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, garantam às mulheres parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A Lei determina que este acompanhante será indicado pela mulher gestante e não há determinação de grau de parentesco para o acompanhante, sendo assim, de livre escolha da parturiente. Além disso, pode haver mudança de acompanhante ao longo do processo de trabalho de parto, parto e pós-parto, de acordo com a necessidade e as possibilidades locais (BRASIL, 2005).

5.2.12 Direito da Gestante ao Conhecimento e Vinculação à Maternidade (Lei nº 11.634 de 27 de Dezembro de 2007)

A Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007 dispõe sobre o direito da mulher gestante a conhecer e vincular-se a uma maternidade antes do parto.

Conforme a lei federal em vigor em todo o território nacional, a vinculação da gestante à maternidade deve ser feita no ato de inscrição no programa de assistência pré-natal, sob a responsabilidade do SUS. O hospital ao qual se vinculará a mulher na vivência da maternidade deverá estar apto a prestar a assistência necessária de acordo com a situação de risco gestacional, inclusive no período puerperal. Além disso, poderão ser realizados pedidos de transferência de maternidade, que em caso de comprovada falta de aptidão técnica, de recursos humanos e materiais, será assegurada uma substituição segura, pelo SUS (BRASIL, 2007).

5.2.13 Investigação Obrigatória do Óbito Materno e de Mulher em Idade Fértil (Portaria nº 1.119 de 5 de Junho de 2008)

A Portaria nº 1.119 de 5 de junho de 2008 regulamenta a Vigilância de óbitos maternos confirmados ou não, independentemente do local de ocorrência, a qual deve ser realizada por profissionais de saúde, designados pelas autoridades de vigilância em saúde das esferas Federal, Estadual, Municipal e do DF. Em seu Art 2º, reforça ainda, que os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes e possíveis causas,

assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir óbitos evitáveis (BRASIL, 2008).

5.2.14 Rede Cegonha (Portaria nº 1.459 de 24 de Junho de 2011)

A Rede Cegonha (RC), lançada pelo MS e regulamentada pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, consiste em uma estratégia instituída no SUS, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna. Portanto, a mulher tem assegurado, por meio de uma rede de cuidados, o direito de planejar a reprodução, de receber atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério, além de a criança ter o direito de nascer com segurança, ter crescimento e desenvolvimento saudáveis. Na busca de melhorar a atenção prestada a mulheres e crianças, a RC procura operacionalizar políticas já criadas, articulando pontos de atenção em uma rede de cuidados integrais (GUERRA, 2016). Além disso, prevê a implantação de um modelo qualificado de atenção à saúde da mulher e da criança, com enfoque no cuidado humanizado durante a gravidez, o parto e o puerpério (BRASIL, 2011).

Na área de saúde da mulher, a organização da RC baseia-se no provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna para a população, mediante a articulação da RAS, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da RAS, a partir das diretrizes de (i) garantia do acolhimento com avaliação, classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; (ii) garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; (iii) garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; e (iv) garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

As estratégias desenvolvidas para efetivação da RC estão centradas nos componentes do Pré natal, Parto e Nascimento; e Puerpério. O primeiro componente inclui a realização das consultas de pré-natal nas UBS com captação precoce da mulher gestante e qualificação da atenção; acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno, bem como a vinculação da mulher gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto (BRASIL 2011; VILELA, 2021).

No que se refere ao componente do Parto e Nascimento, os esforços concentram-se em oferecer suficiência de leitos obstétricos de acordo com as necessidades regionais; práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da OMS, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; garantia de acompanhante durante o

acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica (BITTENCOURT, 2021; VILELA, 2021).

Quanto ao componente puerperal, as ações voltam-se para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; acompanhamento da puérpera na atenção primária com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; e orientação e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2011).

5.2.15 Instituição do Centro Especializado em Saúde da Mulher (CESMU) e critérios de encaminhamento de mulheres ao serviço (2020).

A Portaria nº 132, de 28 de fevereiro de 2020 instituiu, no âmbito da Rede SES-DF do Distrito Federal, o Centro Especializado em Saúde da Mulher (CESMU) para implementação da linha de cuidado obrigatória em Atenção à Saúde da Mulher. Entre os princípios e diretrizes adotados, pode-se destacar como foco: as linhas de cuidado, consideradas como o processo que expressa fluxos assistenciais dentro da rede da SES/DF, em todos os níveis de atenção, a fim de garantir atendimento integral à mulher (BRASIL, 2020b).

O CESMU foi inaugurado no DF em outubro de 2020, com a oferta de atendimento exclusivo para o público feminino. Seu objetivo consiste em disponibilizar serviços especializados de saúde da mulher em linha de cuidado e equipe multidisciplinar, incluindo especialidades médicas e não médicas, além de serviço de apoio às vítimas de violência. O encaminhamento ao CESMU é realizado pelas UBSs que entendem como adequado o suporte do Centro Especializado a essas pacientes. A unidade oferece cerca de 3.700 atendimentos por mês e serviços para atender mulheres adultas, acima de 18 anos de idade, em qualquer período do ciclo da vida, mas destaca-se pela assistência a pacientes da oncologia (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2021).

Como serviços prioritários do CESMU, estão incluídos o (i) Acolhimento da gestante de alto risco referenciada; (ii) Atendimento por equipe multiprofissional; (iii) Acesso aos medicamentos necessários para saúde da mulher; (iv) Pré-natal de alto risco; (v) Acompanhamento puerperal especializado; (vi) Exames diagnósticos de imagem; (vii) Atendimento psicológico; (viii) Atendimento aberto à vítimas de violência por assistente social

e psicólogo; (ix) Inserção de DIU; (x) Atendimento a mulheres expostas à violência sexual e vulnerabilidade social do DF (AME-DF); e (xi) Oncologia (BRASIL, 2020b).

No que se refere a organização da equipe assistencial, a Portaria preconiza que o CESMU deve ser composto, minimamente, pelos profissionais: (i) Médico ginecologista; (ii) Médico endocrinologista; (iii) Médico mastologista; (iv) Médico dermatologista; (v) Psicólogo; (vi) Assistente social; (vii) Nutricionista; (viii) Enfermeiro e (ix) Técnico de enfermagem (BRASIL, 2020b).

5.2.16 II Plano Distrital de Políticas para Mulheres 2020 – 2023 (2021)

O II Plano Distrital de Políticas para as Mulheres (II PDPM) foi elaborado a partir do diálogo entre o Governo do Distrito Federal e a sociedade civil. Sua construção documenta o compromisso de garantir e efetivar políticas públicas pensadas para a promoção da igualdade e valorização das diversidades entre as mulheres. Nesse sentido, a base teórica do II PDPM considerou as metas e temáticas apresentadas em documentos internacionais, nacionais e distritais. Em especial, baseou-se nos ODS, estabelecidos pela ONU, com metas até 2030. Entre os objetivos considerados para a elaboração do Plano, destaca-se o de número cinco, que versa sobre “Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas”. Foi considerada ainda, metas contidas no Plano Plurianual do Distrito Federal 2020-2023 (PPA) e no Plano Estratégico do Distrito Federal 2020-2060 (PEDF) (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021).

A elaboração do II PDPM buscou traduzir o empenho dedicado à criação de metas e de ações pensadas para enfrentamento das desigualdades de gênero no DF. Outro objetivo importante foi reconhecer o papel fundamental da parceria entre a sociedade civil e o Governo do Distrito Federal na elaboração de políticas públicas voltadas para as mulheres, em suas diferentes áreas de atuação. O II PDPM-DF tem ações e metas distribuídas em 9 eixos que serviram de base para os processos de planejamento, de formulação, de acompanhamento e de avaliação de futuras políticas públicas a serem implementadas pelo Governo do Distrito Federal (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021).

Os eixos incluem:

Eixo 1 – Igualdade no Mundo do Trabalho e Autonomia Econômica

Eixo 2 – Educação para Igualdade

Eixo 3 – Saúde Integral das Mulheres, Direitos Sexuais e Reprodutivos

Eixo 4 – Enfrentamento de Todas as Formas de Violência contra as Mulheres

Eixo 5 – Participação das Mulheres nos Espaços de Poder e Decisão

Eixo 6 – Igualdade para as Mulheres Rurais

Eixo 7 – Cultura, Esporte Comunicação e Mídia

Eixo 8 – Enfrentamento do Racismo, Sexismo, Lesbofobia e Transfobia

Eixo 9 – Igualdade para Mulheres Jovens, Mulheres Idosas e Mulheres com Deficiência

Considerando que as desigualdades de gênero são evidentes nos espaços sociais de trabalho, o Eixo 1 foi elaborado com o objetivo de promover a autonomia econômica das mulheres e a igualdade no mundo do trabalho, tanto no que se refere ao acesso quanto à remuneração das mulheres urbanas, do campo e do Cerrado, considerando todas as desigualdades de classe, raça e etnia, desenvolvendo ações específicas que contribuam para eliminação da desigual divisão de gênero do trabalho, com ênfase em políticas de erradicação da pobreza e na valorização da participação das mulheres no desenvolvimento socioeconômico (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021).

O Eixo 2 considera que a política educacional brasileira reflete a desigualdade de gênero sobre diversos aspectos, uma vez que foi solidificada sob o patriarcado e o sexismo, de modo que afastou, por séculos, a participação acadêmica de mulheres e meninas. Nesse sentido, os esforços direcionados a esse eixo pretendem contribuir para a redução da desigualdade de gênero e para o enfrentamento do preconceito, por meio da formação de gestores, profissionais da educação e estudantes em todas as modalidades de ensino. Torna-se essencial garantir o acesso, a permanência e o sucesso de jovens e mulheres à educação de qualidade, com especial atenção aos grupos com baixa escolaridade (mulheres adultas e idosas, com deficiência, negras, indígenas, rurais e em situação de prisão). Por isso, a preocupação com a igualdade de gênero na educação deve perpassar transversalmente o planejamento das políticas públicas (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021).

O Eixo 3 pretende assegurar o direito à saúde integral, sexual e reprodutiva das mulheres, a partir da promoção da qualidade de vida, equidade e direitos, por meio da implementação de estratégias para qualificação e acesso a todas as ações da saúde, sem discriminação de qualquer espécie, resguardadas as identidades e especificidades de raça, etnia, geração, classe social, orientação sexual, identidade de gênero e deficiência (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021).

A violência doméstica contra a mulher é um fenômeno complexo, resguardado pela Lei Maria da Penha. A referida legislação é um marco no combate à violência de gênero e

determinante para o reconhecimento de todos os tipos de violência - seja ela física, psicológica, sexual, patrimonial ou moral - e também a responsabilização dos agressores. O Eixo 4 busca estabelecer princípios, diretrizes, projetos e políticas de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional e distrital (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021).

Iniciativas governamentais que promovam maior participação das mulheres como ação transformadora das estruturas de poder e decisão das instituições constituem uma demonstração da importância da construção de uma sociedade mais justa e humana. Sendo assim, o Eixo 5 propõe-se a fomentar e fortalecer a participação igualitária, plural e multirracial das mulheres nos espaços de poder e decisão, por meio da promoção de mudanças culturais, legislativas e institucionais que contribuam para a construção de valores e atitudes equânimes e democráticas na implementação de políticas de igualdade de gênero (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021).

O desenvolvimento sustentável, objeto de acordos internacionais ratificados pelo Brasil, diante dos ODS, pressupõem a proteção ao meio ambiente e o clima. Nesse contexto, surge o protagonismo da mulher rural, sendo muitas vezes a responsável e mantenedora da família, que acumula o manejo de recursos naturais e os trabalhos domésticos. Desse modo, o Eixo 6 foi criado para promover o direito das mulheres à vida com qualidade no meio rural, respeitando suas especificidades e garantindo o acesso a bens, equipamentos e serviços públicos, em especial no acesso à terra e ao desenvolvimento rural sustentável (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021).

O Eixo 7 concentra suas ações em ampliar e promover a participação das mulheres na vida cultural e no exercício do esporte, do lazer, da comunicação e da mídia, observando-se as dimensões de raça, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, local de moradia, trabalho, classe social, deficiência e geracional das mulheres. Isso porque a sociedade brasileira ainda é estruturada de forma desigual, sobretudo quanto às questões de gênero. Tal estruturação fundamenta-se em crenças e valores acerca das capacidades e habilidades que diferenciam ou caracterizam homens e mulheres, cada qual com suas funções pré-determinadas e divisões de tarefas, de acordo com os valores socioculturais que definem papéis masculinos e femininos (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021).

O enfrentamento do racismo, sexismo, lesbofobia e transfobia deve compreender um esforço contínuo e efetivo para o avanço na formulação, implementação e monitoramento de

políticas públicas específicas, exequíveis e reais, de modo a incluir mulheres e suas características pessoais, tornando-as personagens protagonistas dessas ações afirmativas, a fim de garantir a erradicação de toda e qualquer forma de discriminação. Nesse contexto, objetiva-se no Eixo 8, instituir políticas, programas e ações de enfrentamento do racismo, do sexismo, da lesbofobia e da transfobia, a fim de garantir a equidade, por intermédio da incorporação da perspectiva de raça, etnia e orientação sexual nas políticas direcionadas às mulheres (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021).

As políticas públicas devem considerar a diversidade de sexo, a raça/etnia, a juventude e as condições de pessoas idosas e com deficiência, assegurando, portanto, o atendimento das demandas das mulheres em sua diversidade. Há de se considerar a tendência demográfica mundial, nacional e regional de envelhecimento da população, o que influencia o estabelecimento das prioridades no processo de formulação das políticas públicas. Para tanto, o Eixo 9 intenciona promover a igualdade de direitos e de oportunidades para mulheres jovens, mulheres idosas e mulheres com deficiência (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021).

6 DISCUSSÃO

Dados disponibilizados pelo MS apontam que os indicadores de MM sofreram declínio de 2012 a 2019, sendo provavelmente resultado de Políticas de Saúde, que incluem a implementação da Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que propôs estratégias de qualificação do trabalho das equipes de saúde até o ano de 2019, e ainda, Políticas de Saúde direcionadas à área de saúde materna com o estabelecimento de pactuações e metas a serem alcançadas, como por exemplo, a RC, os ODM e os ODS. No que concerne aos planos de cuidados voltados para as mulheres gestantes, ainda que as estatísticas e boletins divulgados pelo MS tenham mostrado uma redução da RMM, considerou-se a impossibilidade de consecução da meta definida para o Brasil em 2015 de reduzir em três quartos o referido indicador (COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL, 2015).

O Diagrama de Controle da MM no DF referente ao anos entre 2012 e 2019, mesmo mantendo-se com a linha central abaixo do canal endêmico em todos os meses, não deve representar uma situação cômoda. De acordo com Pereira (2010), contentar-se com determinados níveis de incidência, apenas por apresentarem um comportamento dentro das projeções esperadas, representa uma atitude passiva, que não deve ser estimulada entre os níveis de gestão e assistência em saúde. No que se refere às doenças e óbitos evitáveis, é conveniente que tenha-se como foco o nível endêmico do diagrama, ou, ainda melhor, sua linha inferior de controle. A meta deve ser, portanto, alcançar níveis abaixo do esperado, pela aplicação sistematizada das medidas já disponíveis no SUS.

Embora tenham-se avanços nos indicadores de MM, as altas RMM no DF após o início da pandemia de Covid-19 representam um retrocesso e ultrapassam coeficientes registrados há 25 anos, quando a RMM era de 68/100.000 NV (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2005). Nesse sentido, pesquisa coordenada pela FIOCRUZ, vinculada ao MS, conduzida por enfermeiras e obstetras de 12 universidades públicas brasileiras, verificou que dos 160 óbitos maternos pela Covid-19 registrados até junho de 2020 no mundo, 124 ocorreram no Brasil, correspondendo a 77% do total dessas mortes nesse período. O estudo aponta ainda que, no país, 23% dos casos fatais não tiveram acesso à UTI e nenhum suporte ventilatório foi oferecido a 15% das mulheres, refletindo as lacunas da assistência em saúde. Soma-se a isso, o agravante da transformação de leitos de UTI obstétrica para leitos de casos

da Covid-19, reforçando ainda mais a necessidade de investimentos em recursos materiais e de infra-estrutura na atenção à mulher gestante (TAKEMOTO et al., 2020).

Desde o ano de 2015, as principais causas de MM têm sido hemorragias, principalmente após o parto, infecções, hipertensão arterial durante a gravidez, complicações do parto e aborto inseguro. A partir de 2020, somaram-se ainda as mortes causadas pelo coronavírus, que têm contribuído para a elevação da RMM. Assim, a Covid-19 tornou-se a principal causa de morte materna, no país (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2020). Para Fernandez e Amorim (2021), “embora haja evidências de que a gestação e puerpério aumentam o risco de complicações e mortes pela Covid-19, os dados elevados da RMM pode guardar relação com falhas assistenciais [...]”.

De acordo com Santos et al. (2022), dentre os fatores que influenciam a MM, no Brasil, tem-se a desorganização dos serviços de assistência, com suspensão de consultas de pré-natal durante o início da pandemia; a dificuldade de acesso a testes diagnósticos, que seriam capazes de permitir cuidados precoces e barreiras no acesso ao atendimento adequado da Covid-19 para mulheres gestantes e puérperas, tais como a falta de recursos humanos, insumos terapêuticos e de leitos de UTI específicos para a população obstétrica. Segundo Guimarães et al. (2023), o excesso de MM pode estar relacionado a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e o cenário representa, por consequência, um obstáculo imediato para o alcance dos ODS pelo país até 2030.

Ao se comparar os indicadores de RMM do DF com outras Regiões, os valores são, em sua maioria, inferiores aos apresentados nas Regiões Norte e Nordeste. Entretanto, são mais elevados que os da região Sul. Boletins epidemiológicos disponibilizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde, a partir dos dados do MS, demonstram que as Regiões Norte e Nordeste, nos anos de 2009 a 2019, apresentaram os maiores coeficientes de MM (82,5/100.000 NV e 61/100.000 NV, respectivamente) e a Região Sul, está entre as menores RMM do país, ou seja, de 38,3/100.000 NV (BRASIL, 2021d; SANTOS et al., 2021b). Esses dados expressam a necessidade de maior investimento na organização e qualificação da atenção nas Regiões Norte e Nordeste, assim como no DF, que também apresenta regiões de vulnerabilidade social diferentes, e consequentemente, heterogeneidade espacial de indicadores socioeconômicos. É demonstrada assim, a necessidade de se alcançar populações mais vulneráveis com ações efetivas, oportunas e qualificadas que possam acelerar a redução da mortalidade e das desigualdades ainda existentes (LANSKY, et al., 2014).

As altas RMM representam um exemplo de violação dos direitos humanos e são mais associadas às classes sociais desprivilegiadas. Tem-se observado em nível global, por meio de uma série histórica, que a maior parte das mortes maternas ocorre em países em desenvolvimento, principalmente em mulheres negras. Durante a pandemia, a MM de mulheres negras pela Covid-19 é duas vezes maior que a de mulheres brancas (BRASIL, 2021e). Para Leal et al. (2017), as mulheres negras apresentam a menor taxa de acesso à assistência pré-natal, ao parto humanizado, e são menos solicitadas para a revisão de parto. Além disso, as mulheres pretas possuem maior risco da falta de vinculação à maternidade e ausência de acompanhante. Sugerindo então que, se a assistência prestada nos serviços de saúde não apresentasse diferença segundo raça/cor e a qualidade da atenção oferecida fosse a mesma para todas as raças, mulheres negras morreriam menos. Mesmo antes da pandemia, conforme Leal et al. (2017), já tinha-se o risco de menos cuidado, atenção e assistência às mulheres negras. Desse modo, o preconceito nos serviços de saúde pode favorecer uma comunicação mais pobre com as mulheres negras, reduzir a qualidade do atendimento e potencialmente, afetar os resultados dos cuidados.

O acesso desigual aos serviços de saúde constitui um grande obstáculo para a sobrevivência de mulheres em todo o mundo (SOUZA, 2015). Ademais, existem fatores que, se não oferecidos em completitude para uma maternidade segura, contribuem para o risco de morte das mulheres gestantes, a saber, a falta de recursos materiais e pessoal em número insuficiente. Nessa perspectiva, a ESF visa à reorganização da atenção básica e configura-se enquanto esforços para a redução de iniquidades em saúde. Dados disponibilizados pelo MS evidenciaram progressão da cobertura populacional, no que se refere à ESF, sendo 16,2% no ano de 2010, passando a 29,7% em 2015, e ainda, para 65% no ano de 2021, no DF. Mas embora a estratégia figure como prioridade nos documentos oficiais, quando se examina as ações concretas desenvolvidas, verifica-se que há financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para formação de especialistas (CAMPOS; GUIMARÃES, 2021).

Para Campos et al. (2021), apesar da expansão da ESF, é importante reconhecer que ainda existem desafios para alcançar uma rede de atenção básica com ampla cobertura e com eficácia adequada. Isso porque o quantitativo de equipes ainda está aquém do estabelecido, já que existem 605 equipes da ESF no DF (sendo 47 incompletas e portanto, não reconhecidas pelo MS), enquanto o quantitativo mínimo preconizado pela Portaria n° 3.566, de 19 de dezembro de 2019 é de 671 equipes. Diante disso, os recursos humanos para prevenção da MM

se fazem necessários em número e qualificação (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2020; SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2022).

Reitera-se que os resultados da saúde materna não decorrem apenas da eficiência obstétrica, mas também do desenvolvimento econômico e social. O estudo de Cesar Victora et al. (2003) apresenta o reflexo da desigualdade socioeconômica observada no país no diferencial de acesso à assistência qualificada de pré-natal e ao parto, com concentração dos óbitos nos grupos sociais de baixa renda. Se, por um lado, as tecnologias de assistência vêm influenciando positivamente os resultados na área, com avanços importantes, por outro, acentuam as desigualdades nas sociedades em que o acesso a esse tipo de assistência não está garantido para toda a população, como no caso do Brasil. Destaca-se, nesse sentido, a importância do processo de inclusão social e permanência de programas governamentais de transferência de renda, tais como o Bolsa-Família na melhoria dos indicadores de saúde materna. Criado no ano de 2004, o mencionado programa beneficia mais de 14 milhões de famílias pobres no território nacional, conforme dados até abril de 2023 (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2023).

Dentre os determinantes que contribuem para a MM, está a idade materna (LIMA et al., 2019). Os achados do presente estudo revelam que o maior percentual dos óbitos estão concentrados no grupo de mulheres com a faixa etária entre 30 e 39 anos, no DF. Corroborando este achado, pesquisa realizada em Imperatriz, no Maranhão, investigou o perfil sócio-demográfico da MM e os resultados evidenciaram que 41% dos óbitos maternos concentram-se na faixa etária dos 30 aos 39 anos (SIMILI et al., 2022). No mesmo sentido, estudo realizado na Argentina, verificou determinantes ligados à MM, e revela que entre os principais estão falhas na atenção obstétrica, ausência de pessoal qualificado nas emergências obstétricas, e idade acima de 35 anos (RAMOS et. al., 2007). A ocorrência predominante dos óbitos nessa faixa etária chama a atenção que esse período requer maior atenção dos profissionais e investimento de políticas em saúde, considerando em especial que, no Brasil, as mulheres têm postergado cada vez mais a maternidade (GOZZO, 2023).

Pesquisa de Leite et al. (2021) verificou que a MM está presente, principalmente em mulheres gestantes com baixa escolaridade, sem apoio familiar e solteiras, revelando assim a influência de fatores socioeconômicos como um risco para o óbito na gestação. No DF, os dados demonstram que as mortes maternas estão concentrados principalmente entre as mulheres com escolaridade de até 11 anos de estudo e estado civil solteiras. Portanto, é essencial que o acesso aos serviços e a assistência em saúde se consolide de maneira equitativa, considerando os determinantes sociais da MM, incluindo o contexto em que as mulheres estão inseridas, a saber,

a escolaridade, estado civil, condição financeira, local que residem, raça e etnia (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019). No entanto, mesmo com a MM concentrada nas mulheres com baixa escolaridade, os dados dos óbitos no DF de mulheres com 12 anos ou mais de estudo, chamam à atenção. Essa situação reforça ainda mais a necessidade de um atendimento qualificado em saúde, uma vez que mesmo mulheres com maior grau de instrução e provavelmente com melhores condições socioeconômicas e de acesso aos serviços obstétricos, têm morrido. Revelando assim, lacunas que ultrapassam questões sociais (BARRETO, 2021).

A DUDH, em conjunto com tratados internacionais e instrumentos adotados desde 1945, contribuíram para a expansão do corpo do direito internacional sobre direitos humanos. Entre os referidos instrumentos, a ONU destaca a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2020a). A Convenção estabelece que todos os Estados têm o dever de adotar medidas que eliminem a discriminação contra as mulheres, inclusive no que se refere ao acesso a serviços de saúde. Em concordância, as recomendações do Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), que realiza o monitoramento das ações, postulam que, negligenciar o acesso a serviços de saúde necessários somente às mulheres é uma forma de discriminação (REIS; PEPE; CAETANO, 2011). Sendo assim, serviços obstétricos com baixo padrão de qualidade e a falta de leitos obstétricos ou sua distribuição inadequada, conforme já apontado por Diniz (1997) e Reis, Pepe e Caetano (2011), e conforme foi visualizado no cenário da pandemia de Covid-19, constituem uma violação ao direito das mulheres à equidade e à assistência em saúde (FERNANDEZ; AMORIM, 2021).

Torna-se pertinente reforçar que o estabelecimento dos ODS pela comunidade internacional é reflexo da crescente preocupação com problemas globais de saúde, dentre os quais a redução da MM, que se enquadra como uma das áreas prioritárias. Sendo assim, o fortalecimento de políticas de atenção integral à saúde da mulher é fundamental para sistematizar os grandes eixos de ações que compõem essa atenção (LANSKY et al., 2014). Desse modo, Cassiano et al. (2014) defende que é possível oferecer estratégias como linhas de cuidado, monitoramento e avaliação, visando à integralidade da atenção, articulando ações e serviços de saúde materna, sob todos os níveis de atenção, e principalmente sob coordenação da atenção básica à saúde, enfrentando a fragmentação do cuidado.

Visando o cumprimento dos ODM, a partir do ano 2000, e dos ODS, a partir do ano de 2015, foram iniciados esforços para redução da MM, por meio de políticas e programas que

asseguram principalmente a saúde reprodutiva, direitos sexuais e detecção precoce de complicações que garanta a saúde da mulher no seu ciclo gravídico-puerperal. Acredita-se que a RC ao prever um modelo qualificado de atenção à saúde da mulher, com enfoque no cuidado humanizado, tenha, em parte, cumprido seu objetivo. No entanto, desafios ainda permanecem, em função da histórica fragmentação da assistência prestada à população feminina junto a desigualdades sociais que devem ser enfrentadas, na tentativa de fortalecer os serviços de atenção obstétrica (COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL, 2015).

Após oito anos desde a implementação dos ODS, a pandemia de Covid-19, expôs ainda mais as fragilidades sociais, econômicas, políticas e da rede de atenção à saúde do país. De acordo com o Relatório dos ODS 2020, criado pelo Departamento Econômico e Social da ONU, as interrupções nos serviços de saúde, por exemplo, podem reverter décadas de avanços no acesso e na qualidade da saúde da população mundial. Sendo assim, os esforços para cumprimento dos ODS serão fundamentais para a superação da crise mundial gerada pelo coronavírus, em especial, para concretizar os planos de recuperação da pandemia com vista ao cumprimento das metas propostas até o ano de 2030 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2020b).

A iniciativa Maternidade Segura chama a atenção para a necessidade de melhoria das condições de saúde das mulheres, e em particular, para a redução da MM, tendo o cuidado pautado pelas PBE (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011). O estudo de Cortês et al. (2018) buscou avaliar o impacto da implementação das PBE na assistência ao parto e demonstra que não apenas trazem contribuições para o conhecimento dos profissionais que atuam na assistência ao parto, como também eliminam os cuidados empíricos, rotineiros e desnecessários à mulher, sendo portanto, capaz de melhorar a prática clínica. Esse também é o propósito da RC, uma vez que reúne iniciativas de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal e prioriza ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento humanizados, baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2011).

As PBE demonstram ainda, que à medida que mais mulheres têm a oportunidade de dar à luz assistidas por uma equipe de profissionais, possuem mais chances de receberem um atendimento mais completo e qualificado. O conceito de cuidado integral à mulher gestante é extenso e envolve um conjunto de práticas, experiências e conhecimentos entre diversos profissionais, que interligados, podem ser capazes de prevenir a MM (BRASIL, 2001; REEVES et al., 2016). Nessa conjuntura, a pandemia da Covid-19 tem representado um cenário complexo para a saúde pública, que exige uma assistência diversa do modelo formativo

uniprofissional vigente. É necessária, segundo Ribeiro et al. (2022), uma abordagem apoiada por diferentes categorias, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência, permitindo a compreensão do papel de cada profissional, por meio da interprofissionalidade, e potencializando competências colaborativas para o trabalho em equipe.

Costa et al. (2018) e Ribeiro et al. (2022) destacam que interprofissionalidade ocorre quando profissionais de diferentes formações trabalham de maneira colaborativa e interagem entre si, por meio de um processo compartilhado e interativo de trabalho, desde o planejamento até a implementação das ações em saúde. Os autores incentivam a interprofissionalidade considerando que a dinamicidade e a complexidade, cada vez maiores da saúde, exigem uma abordagem integrada e apoiada por diferentes categorias, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência e fazer cumprir os princípios que orientam o SUS (REEVES et al. 2016). Em vista disso, Belarmino et al. (2020) defende que a interprofissionalidade pode subsidiar práticas de equipe que favorecem à atenção coresponsável e o agir coletivo nas necessidades em saúde, para a construção de planos terapêuticos e de promoção à saúde que tornam mais expressivo o pertencimento de uma equipe interligada.

Com vista a redução da MM, Silva, Barbosa e Parreira (2022) enfatizam a importância da atuação de uma equipe interprofissional na atenção à saúde da mulher gestante, que pode ser reconhecida por meio de diferentes práticas em saúde, incluindo a compreensão das habilidades da equipe, compartilhamento de informações e tomada de decisões conjunta. Nesse sentido, Barbosa (2016) reitera que não apenas enfermeiros e médicos constituem os profissionais necessários para enfrentamento das demandas da saúde da mulher no seu ciclo gravídico-puerperal, mas todos aqueles que desempenham papel na linha de cuidados. Diante da fragmentação da assistência em saúde, o cenário deve ser enfrentado, na tentativa de fortalecer os serviços de atenção à saúde da mulher no seu ciclo gravídico-puerperal, especialmente durante o momento de recuperação da pandemia de Covid-19.

As ações propostas pelo PHPN em busca de mudanças e melhorias no modelo de assistência ao parto potencializaram o surgimento de iniciativas que exploram os modelos assistenciais, o panorama e o cenário do parto no Brasil, bem como reflexões sobre a utilização de procedimentos e tecnologias médicas no nascimento e o desenvolvimento de condições mais seguras, afetuosas e confortáveis de parir (NICIDA et al., 2020). Nesse contexto, o lançamento de projetos com o objetivo de reconhecer os esforços dos estabelecimentos de saúde, públicos e privados, no desenvolvimento da assistência direcionada às boas práticas de atenção à mulher e ao RN, tais como o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, podem ser capazes, em

conjunto com as políticas de saúde lançadas, de estimular o atendimento marcado pelo respeito, presteza, qualidade técnica e pelo acolhimento, com potencial para contribuir na redução da MM (DUAILIBE, 2021; SALES; HYPPOLITO; JUNIOR, 2021).

A década de 1990, de acordo com Pitanguy (1999) foi marcada pelas Conferências mundiais, que incluíram nas suas agendas a temática da luta das mulheres. Soma-se a isso, a implantação do PAISM e, posteriormente, da PNAISM, que representa um marco nos avanços da atenção integral à saúde da mulher, por romperem a visão que centralizava o atendimento somente nas questões relativas à reprodução. Estudo realizado por Souto e Moreira (2021) revela que o PAISM conseguiu se consolidar, em grande parte, graças ao fortalecimento do movimento feminista brasileiro, que, na década de 1980, imprimiu um caráter político às suas demandas e estabeleceu espaços de diálogo com o Estado e com a sociedade. Sendo assim, considera-se que a participação do movimento feminista e de lideranças femininas é capaz de protagonizar a elaboração, a implementação e o desenvolvimento de políticas. Nessa perspectiva, deve ser encorajada a continuidade da participação social da mulher nos espaços institucionalizados, por meio dos conselhos de saúde, como importante estratégia para o monitoramento e avanço na implementação das políticas de saúde e como o caminho para garantir que não haja retrocessos às conquistas na saúde da mulher.

A lei de vinculação para o parto garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto (BARBOSA, 2016; BRASIL, 2007). Em direção contrária, pesquisa de Chen, Selix e Nosek (2021) aponta que as visitas em hospitais e aulas educativas sobre o parto que por um longo período auxiliaram as famílias a amenizar preocupações e esclarecer dúvidas sobre os processos do parto foram canceladas no início da pandemia, diante das recomendações de distanciamento social. Ocorre ainda, que além da deficiência de pessoal nas unidades maternas, equipes foram realocadas para a área da assistência a pacientes com Covid-19. Corroborando com essa premissa, pesquisa realizada pela OMS (2012) antes mesmo da pandemia, constatou a insuficiência de trabalhadores de saúde formados com competências específicas para o exercício da obstetrícia, o que dificulta o alcance das metas internacionais referentes à saúde materna.

Desde o lançamento da RC, foram disponibilizados para o país, R\$11 bilhões para serem aplicados na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e à criança, entre os anos de 2011 e 2017. Desse total, R\$ 50 milhões (0,54%) corresponderam à quantia disponibilizada para o DF. No ano vigente (2023), o orçamento disponibilizado até o momento foi de R\$55

milhões para o desenvolvimento das ações no âmbito nacional (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2023). O estudo de Mamede e Prudêncio (2015) afirma que o emprego desses recursos de maneira descentralizada, auxilia o fortalecimento dos serviços de obstetrícia e investimento na capacitação profissional, contribuindo assim, para a implantação efetiva de um modelo qualificado de atenção à saúde materna, bem como para a redução da MM nos três níveis de atenção. No período estudado, 99% dos partos no DF foram realizados em hospital ou estabelecimento de saúde, pressupondo assim, que houve atendimento com pessoal da área da saúde qualificado (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2023). Esses indicadores contribuem na análise das condições de acesso e qualidade da assistência ao parto no contexto do modelo assistencial adotado.

Diante do exposto, é preocupante quando se tem uma portaria que foi em direção contrária, a saber, a Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, que instituiu a Rede Materna e Infantil (RAMI) em substituição a RC, emitida sem discussão com profissionais desta área técnica, sem pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e sem recomendações do CNS. Para Zveiter et al. (2022), o desmonte da RC, considerada a mais bem-sucedida política pública de assistência ao pré-natal, parto e puerpério no Brasil, representa o retorno da centralidade do modelo de atenção biomédico e exclui a assistência da enfermagem obstétrica como parte da equipe. A OMS, no entanto, defende que a atuação qualificada da enfermagem obstétrica é primordial para a redução da MM, especialmente por meio das PBE. Validando essa premissa, o MS revogou a RAMI, em janeiro de 2023, por meio da Portaria GM/MS nº 13, de 13 de janeiro de 2023 e retomou a RC. De acordo com a publicação da pasta, o objetivo concentrou-se em extinguir a Portaria contrária às diretrizes do SUS e a decisão foi tomada a partir das recomendações da equipe de transição do Governo de Luiz Inácio Lula da Silva, sendo esta, considerada uma das primeiras medidas do novo Governo em relação às políticas de saúde para mulheres (BRASIL, 2023e).

Para tanto, os ODM, ODS, Políticas e diretrizes lançadas forneceram uma importante contribuição para o progresso da saúde da mulher. Mas ainda assim, algumas metas permanecem pendentes, sobretudo, as relacionadas à redução da MM. Sendo assim, o novo compromisso da ONU para 2030 baseia-se nos ODM e pretende completar o que não foi alcançado, perdurando os esforços para redução da MM e infantil. Certamente, houve relevantes avanços na melhoria do indicador de saúde desse grupo, contudo, há muito a se fazer para o enfrentamento dos desafios que ainda persistem visando à vida e o bem-estar das mulheres na vivência da maternidade, no âmbito mundial, nacional e local.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados, políticas e legislações encontrados no estudo, no que se refere à saúde da mulher, reforçam a importância de superar lacunas nos serviços e melhorar a qualidade da atenção em saúde. Atenção essa que deve ser orientada por Práticas Baseadas em Evidências e apoiada em fatores que influenciam a qualidade da assistência em saúde para evitar situações de risco de morte de mulheres gestantes, a saber, deficiência de pessoal, escassez de recursos materiais e baixa cobertura da ESF. Para tanto, está clara a relevância da implementação de políticas de saúde da mulher, somadas a um conjunto de elementos que merecem atenção, em número e qualificação, para assegurar uma rede de saúde melhor estruturada e assim efetiva na prevenção das mortes maternas.

Reforça-se a importância de assegurar acesso e assistência de qualidade às mulheres gestantes, parturientes e puérperas, já que a MM significa um grande problema de ordem social, neste momento em que a pandemia pela Covid-19 ameaça a vida desses grupos populacionais que fazem parte da reprodução e da manutenção da humanidade. Nesse sentido, todos os esforços devem ser envidados para a proteção, cuidados e assistência baseada nas melhores evidências disponíveis no momento. Isso porque a morte de uma mulher gestante decorrente da gravidez, parto ou puerpério representa um exemplo de violação à vida e aos direitos humanos.

A literatura internacional tem sinalizado para o fato de que se profissionais de saúde tiverem oportunidades para estarem juntos, eles tenderão a se tornarem conscientes das capacidades e das competências uns dos outros e a desenvolverem práticas mais colaborativas. Dessa forma, tendo como base a definição de interprofissionalidade, que tem como objetivo final a resolutividade dos problemas de saúde do paciente, é pertinente a atuação de uma equipe interprofissional na atenção à mulher gestante, especialmente por representar um grupo de risco para desenvolver a doença Covid-19 com maior gravidade, aumentando o risco de morte.

Reitera-se que o fortalecimento do SUS, por meio da implementação da atenção básica e da ESF direcionadas à área da saúde materna possuem importante papel na organização dos serviços de saúde, de modo a refletir na melhoria dos indicadores de MM. São muitos os esforços para consolidar a atenção básica e o aumento da cobertura populacional é um passo fundamental. Ademais, sabe-se que a maioria das mortes maternas podem ser evitadas, caso haja um serviço de saúde qualificado e integral, desde o planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, atendendo ao princípio de integralidade do SUS. Diante disso, permanece o desafio para organizar estratégias de cuidado interligadas, por meio da Rede Cegonha, em um país marcado por desigualdades regionais e socioeconômicas, como o Brasil.

Dito isto, é importante que mais pesquisas que demonstrem as repercussões da Covid-19 na MM sejam realizadas a partir do ponto de vista epidemiológico e social. Mesmo com os reconhecidos avanços, por meio da implantação de Políticas de Saúde materna e programas, a RMM encontra-se elevada, especialmente após o início da pandemia de Covid-19. Assim, desafios ainda perduram em função da histórica fragmentação da assistência prestada às mulheres associada a desigualdades sociais e discriminação racial que devem ser superadas, na tentativa de fortalecer os serviços de atenção em saúde obstétrica. Destarte, a assistência necessária para redução da MM ultrapassa os cuidados em saúde e exige uma conexão com a disponibilidade de recursos humanos, materiais e de infraestrutura, no enfrentamento da recuperação da pandemia pelo coronavírus.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Dimensão “Atenção à Saúde” - 3ª fase. Taxa de Mortalidade Materna**, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude3fase.pdf. Acesso em 17 mar. 2023.
- AGUIAR, N. Modalidades assistenciais do INAMPS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 3, p. 13-18, 2022.
- AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2003.
- ALMEIDA, M. S. et al. Perfil Sociodemográfico e reprodutivo de mulheres com história de aborto. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 4, p. 296-306, 2015.
- AMORIM, P. M. **A medicina social e as medidas sanitárias em Santos (1870-1889)**. Especialização - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Acesso 17 jan. 2023.
- ANTUNES, J. L. F. **Hospital: instituição e história social**. 1989. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989. Acesso em: 22 maio. 2023.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PROFISSIONAIS DE EPIDEMIOLOGIA DE CAMPO (PROEPI). **Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto em todo o mundo**. [online], 2023. Disponível em: <https://proepi.org.br/2023/03/17/segundo-a-organizacao-mundial-de-saude-oms-cerca-de-830-mulheres-morrem-todos-os-dias-por-complicacoes-relacionadas-a-gravidez-ou-ao-parto-em-todo-o-mundo/9261/>. Acesso em: 17 mar. 2023.
- BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde In: **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.
- BARBOSA, L. M. M. **Desenvolvimento de tecnologias sociais na área da saúde da mulher: intervenções em nível comunitário com gestantes**. 2016. 207 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) —Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
- BARRETO, B. L. Epidemiological profile of maternal mortality in Brazil from 2015 to 2019. **Rev Enferm Contemp**, v.10, n.1, p.127-133, 2021.
- BELARMINO, A. C. et al. Práticas colaborativas em equipe de saúde diante da pandemia de Covid-19. **Rev Bras Enferm**, v.73, n.6, p. 2-5, 2020.
- BENCHIMOL, J. L. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 265-292, 2000.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, p. 380-398, 1996.

BITTENCOURT, S. D. A.; DIAS, M. A. B.; WAKIMOTO, M. D. **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, p. 51-90, 2013.

BITTENCOURT, S. D. A. et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 801-821, 2021.

BRASIL. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas. Resolução 217 A III, 1948. Disponível em <http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php>; 1948. Acesso em 13 jul. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, p. 292, 1988.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação, MS, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História e evolução dos hospitais**. 2. ed. Departamento Nacional de Saúde: Ministério da Saúde, v.1, 1965.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher: Maternidade Segura**, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em 27 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, 2002a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em 17 de out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto – Humanização no Pré-Natal, Parto e Nascimento**. Brasília: MS, 2002b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília: MS, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf. Acesso em: 15 mar 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – PNPM**. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação**, 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>. Acesso em 25 jul. 2023.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19**. 2. ed. Brasília: MS, 2020a.

BRASIL. Portaria nº 132, de 28 de fevereiro de 2020. Institui o Centro Especializado em Saúde da Mulher (CESMU) e dispõe sobre critérios de encaminhamento de mulheres ao serviço. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo recomenda vacinação contra Covid-19 em gestantes e puérperas sem comorbidades**. Brasília: MS, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/07/governo-recomenda-vacinacao-contracovid-19-em-gestantes-e-puterperas-sem-comorbidades>. Acesso em 15 maio. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portal de boas práticas. **Nota Técnica nº 651/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. Brasília: MS, 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 29. **Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019**. Brasília (DF): Secretaria de Vigilância em Saúde, v.52, n.29, p.1-32, 2021d. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf. Acesso em 07 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11º encontro do Comitê de Acompanhamento da Covid-19: mortalidade materna por covid entre negras é duas vezes maior que entre brancas**, 2021e. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1317-mortalidade-materna-por-covid-entre-negras-e-duas-vezes-maior-que-entre-brancas-diz-doutora-em-saude-durante-live-do-cns>. Acesso em 12 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: estrutura, princípios e como funciona**, Brasília: MS, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus#:~:text=O%20Sistema%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde,toda%20a%20pula%C3%A7%C3%A3o%20do%20pa%C3%ADs>. Acesso em 02 de jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES)**, 2023c. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em 24 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores Demográficos – Taxa de Fecundidade Total**, 2023d. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqa05.htm>. Acesso em 13 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 13, de 13 de janeiro de 2023e. Revoga Portarias que especifica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2023.

BRASIL. **Observatório Obstétrico brasileiro de Covid-19**, 2023a. Disponível em < https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/>. Acesso em 19 jun. 2023.

BRASIL. Unicef/OPAS/OMS/Fnuap. **Projeto Maternidade Segura**, 1994. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/10006002455.pdf>. Acesso em 5 out. 2022.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, v.7, n.2, 1991.

CALIXTO, C. M. F.; CAVALHEIRO, E. T. G. Penicilina: efeito do acaso e momento histórico no desenvolvimento científico. **Química Nova na escola**, v. 34, n. 3, p. 118-123, 2012.

CAMPOS, A. L. V. **Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. 1º ed. Editora Fiocruz, 2006. 230 p.

CAMPOS, E. S. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1944. 588p.

CAMPOS, G. V.; GUIMARÃES, C. **Especialistas falam sobre Atenção Primária contra a Covid-19**. [Online]. Brasília (DF): Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/especialistas-falam-sobre-atencao-primaria-contra-covid-19>. Acesso em 21 fev. 2023.

CARRARO, T. E. Os postulados de Nightingale e Semmelweis: poder/vital e prevenção/contágio como estratégias para a evitabilidade das infecções. **Rev Lat Am Enferm**, v.12, n.4, p.650-657, 2004.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev. do Serviço Público de Brasília**, v.65, n.2, p.227-244, 2014.

CENTER FOR SYSTEMS SCIENCE AND ENGINEERING. **A interactive web-based dashboard do track Covid-19 in real time**. The lancet, Johns Hopkins University, 2023. Disponível em: <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>. Acesso em 04 de jan, 2023.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **A Reforma Sanitária é uma reforma solidária**. Brasília: Folheto 13º Conferência Nacional de Saúde, 2007.

CHEN, H.; SELIX, N.; NOSEK, M. Perinatal Anxiety and Depression During Covid-19. **J Nurse Pract**, v.17, n.1, p. 26-31, 2021.

COELHO, R. et al. Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020. **IEPS: Instituto de Estudo para Políticas de Saúde**, 2022. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/08/IEPS_NT27.pdf. Acesso em 23 jul, 2023.

COLLIN, J. et al. Agência de Saúde Pública da Suécia Breve Relatório: Mulheres grávidas e no pós-parto com infecção por síndrome respiratória aguda grave por coronavírus em cuidados intensivos na Suécia. **Acta Obstet Gynecol Scand**. v.99, n.7, p.819-822, 2020.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). Mortalidade materna no Distrito Federal. **Subsídios para o debate Diretoria de Estudos e Políticas Sociais**, 2015.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). Quase metade das mulheres no Distrito Federal são mães, 2020. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/maes-no-distrito-federal/>. Acesso em: 17 fev. 2023.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). **Índice de Desenvolvimento Humano do Distrito Federal**. Brasília: Codeplan, 2021a. Disponível em: [CODEPLAN. Índice de Desenvolvimento Humano do Distrito Federal. Disponível em: <http://infodf.codeplan.df.gov.br/idh-indice-de-desenvolvimento-humano/>](http://infodf.codeplan.df.gov.br/idh-indice-de-desenvolvimento-humano/). Acesso em 12 de jan. 2022.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL (CODEPLAN). **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) - Relatório Codeplan Distrito Federal**. Brasília: Codeplan, 2021b. Disponível em: https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/PDAD-DF_2021.pdf. Acesso em 13 jun. 2023.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **Apoio a implementação da Rede Cegonha: Ação orçamentária**. Brasília: Portal da transparência, 2023. Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/programas-e-acoas/acao/20R4-apoio-a-implementacao-da-rede-cegonha>. Acesso em 11 abr. 2023.

CORREA, C. R. S.; RANGEL, H. A.; SPERANDIO, A. M. G. Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil. In: **Campinas no rumo das comunidades saudáveis**. IPES Editorial, 2004.

CORTÊS, C. T. et al. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.26, n.2988, p.1-11, 2018.

COSTA, A. M. Participação Social na conquista das políticas de saúde para as mulheres no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.14, n.4, p. 1073-1083, 2009.

COSTA, M. V. et al. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**, v.22, n.2, p.1507-1510, 2018.

DINIZ, C.; DUARTE, A. O parto e o direito a escolha. In: **Parto Normal Ou Cesárea?: o que toda mulher tem que saber (e todo homem também)**. Rio de Janeiro: Editora UNESP, 2004. p. 9-16.

DINIZ, C.S.G. **Assistência ao Parto e Relações de Gênero: Elementos para uma Releitura Médico-Social**. 1997. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

DUAILIBE, E. G. B. C. **“Parto Humanizado” no Brasil: avaliação política do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. 2021. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

DUNN, P. M. Oliver Wendell Holmes (1809-1894) and his essay on puerperal fever. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**, v.92, p.327, 2007.

ENGEL, R. H.; SILVA, M. N. F.; WEILLER, T. H. Políticas Públicas e a Conformação da Rede de Saúde no Brasil. In: **10º Congresso Internacional da Rede Unida**, 2012.

ENTRALGO, P. L. **Historia de la medicina**. Barcelona: Elsevier, 2006. 722p.

FELDMAN, L. B; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta paulista de enfermagem**, v. 18, p. 213-219, 2005.

FERNANDEZ, M.; AMORIM, M. Nota técnica nº1: Morte de grávidas e puérperas por COVID-19. **Rede brasileira mulheres cientistas**, 2021.

FONTANA, R. T. As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. **Rev Bras Enferm**, v.59, n.5, p.703-706, 2006.

FORTES, P. A. C. SUS, um sistema fundado na solidariedade e na equidade, e seus desafios. **Vida Pastoral**, São Paulo, n. 276, p. 22-27, 2011.

FREITAS-JÚNIOR, R. A. O. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 607-614, 2020.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo)**. 105f. Cairo: UNFPA, 2007. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%Aancia-do>. Acesso em 13 abr. 2023.

GITTI, V. L. et al. Aprendendo com os microrganismos: uma proposta prática. **Ensino, Saude e Ambiente**, v. 7, n. 1, 2014.

GONZÁLEZ, F.; NAVARRO, A.; SANCHEZ, M. A. **Los hospitales a través de la historia y el arte**. Barcelona: Ars Medica, 2005. 194p.

GONZALEZ, I. et al. Mortalidade materna por covid-19: uma revisão sistemática da literatura. **Cuid Enferm**. v.15, n.2, p.234-243, 2021.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório Epidemiológico sobre Natalidade, Distrito Federal**, 2019. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/880227/Relatorio-natalidade-2019.pdf/3f6539c8-b64c-7b46-8465-6dddca299701?t=1650243980487>. Acesso em: 15 maio. 2023.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **História do Distrito Federal**. Brasília: GOV-DF, 2020. Disponível em: <https://www.df.gov.br/historia/>. Acesso em 18 maio. 2023.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **II Plano Distrital de Políticas para Mulheres**. Brasília: GOV-DF, 2021. Disponível em: https://www.seac.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/02/LIVRO-2o-PDPM_WEB.pdf. Acesso em 28 jul. 2023.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal – IPEDF. **DF tem a menor Taxa de Fecundidade do país**. Brasília: IPEDF, 2023. Disponível em: <https://www.ipe.df.gov.br/df-tem-a-menor-taxa-de-fecundidade-do-pais/>. Acesso em 12 maio. 2023.

GOZZO, D. Planejamento familiar e maternidade tardiana Brasil: gestação de alto risco a partir dos 35 anos. **Cad Ibero-amer Dir Sanit**, v.12, n.1, 2023.

GRUSKIN, S. et al. Using human rights to improve maternal and neonatal health: History, connections and a proposed practical approach. **Bulletin of the World Health Organization**, n.86, v.8, p.577-656, 2008.

GUERRA, H. R. et al. Análise das ações da Rede Cegonha no cenário brasileiro. **Inic Cient Cesumar**, n.18, p.73-80, 2016.

GUIMARÃES, R. M. et al. Tracking excess of maternal deaths associated with COVID-19 in Brazil: a nationwide analysis. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.23, n.22, 2023.

HALLAL, P. C. SOS Brazil: science under attack. **The lancet**, v.397, n.10272, p.373-374, 2021.

HURT, L. Dr. Robert Koch: a founding father of biology. **Prim. Care update ob/gyns**, v.10, n.2, p.73-74, 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Áreas territoriais do Brasil**. Brasília: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=acesso-ao-produto>. Acesso em 02 de jan, 2023.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Áreas territoriais do Distrito Federal**. Brasília: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/df.html>. Acesso em 24 de jun. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: IPEA, 2014. 2018 p.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Agenda 2030: Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasil: IPEA, 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf. Acesso em 13 mar. 2023.

JÚNIOR, A. P.; JÚNIOR, L. C. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde, Londrina**, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.

KAPPAUN, A.; COSTA, M. M. M. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica the institutionalization of labor and its contributions in obstetric violence. **Revista Paradigma**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 1, p. 71–86, 2020.

KASPER, D. L. et al. Medicina Interna de Harrison, Porto Alegre: **Artmed**, 2016.

KHAN, K. S. et al. Who analysis of causes of maternal death: a systematic review. **Lancet**, v.367, p.1066-1074, 2006.

LACERDA, R. A.; EGRY, E. Y. As infecções hospitalares e sua relação com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controle. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, p. 13-23, 1997.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v.30, p.192-207, 2014.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.1, p.1-17, 2017.

LEITE, A. C. et al. Contribuições da assistência de Enfermagem à gestante com ansiedade: prevalência e fatores associados. **Research, Society and Development**, v.10, n.5, p.1-15, 2021.

LIMA, G. O. et al. Determinantes socioeconômicos e assistenciais associados à mortalidade materna: revisão bibliográfica. **Rev Univale**, 2019.

LIMA, L. B. A proteção à maternidade no Brasil: estudo acerca dos avanços da proteção à maternidade e de questões ainda não tuteladas pelo Direito do Trabalho brasileiro na Pós Modernidade. **Publica Direito**, 2015.

LIMA, N. T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F. C. **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LISBOA, T. C. Breve história dos hospitais: da antiguidade à idade contemporânea. **Notícias Hospitalares**, v.4, n.37, p.1-30, 2002.

LUNARDI, G. A IV Conferência Mundial Sobre a Mulher e as estratégias do Estado brasileiro para implementar a igualdade de gênero. **Revista do Corpo Discente do Programa de Pós-Graduação em História da UnB em tempo de histórias**, n.39, p.137-152, 2021.

MALTA, C. et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**. v.19, n.2, p.173-176, 2010.

MAMEDE, F. V.; PRUDÊNCIO, P. S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Rev Gaúcha Enferm**, v.36, p.262-266, 2015.

MARTINS A.C.S, SILVA, L.S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Rev Bras Enferm**. v.71, n.1, p.677-683, 2018.

MATTA, G. C. et al. Atenção primária à saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 1, 2009.

MELO, V. H. Evolução histórica da obstetrícia. **A marginalidade social da parteiras e da mulher**. 1983. 166 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MELLO, F. V. Conferência internacional sobre população e desenvolvimento: agenda, tensões e atores no caminho para o Cairo. **Contexto Internacional**, v. 17, n. 1, p. 171, 1995.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.

MENEZES, M. O. et al. Risk factors for adverse outcomes among pregnant and postpartum women with acute respiratory distress syndrome due to COVID-19 in Brazil. **Int J Gynaecol Obstet**. v.151, n.3, p.415-423, 2020.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Ministério das Relações Exteriores. Disponível em: <https://bit.ly/2CgNH9A>. Acesso em: 11 out. 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE PORTUGAL. **O que são Direitos Humanos?**. Portugal: MP-PT, 2023. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/pagina/o-que-sao-os-direitos-humanos>. Acesso em 18 mar. 2023.

- MORAES, M. F. “**Algumas Considerações sobre a História dos Hospitais Privados no Rio de Janeiro: o caso Clínica São Vicente**”. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2005.
- MOREIRA, T. M. M.; CORREIA, E. C. Saúde como direito. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. **Epidemiologia & Saúde**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.
- NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Covid-19 and Maternal Death in Brazil: An Invisible Tragedy. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.42, n.8, p.445-447, 2020.
- NAZÁRIO, L.; HAMMARSTRON, F. F. B. Os direitos da parturiente nos casos de violência obstétrica. **Seminário Internacional de Educação no Mercosul**. Unicruz, 2018.
- NEUFELD, P. M. Uma breve história dos Hospitais A short history of Hospitals. **RBAC**, v. 45, n. 4, p. 7–13, 2013.
- NEUMAN, C. Grávidas podem tomar vacinas contra Covid-19?. **Cnn Brasil**, 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/gravidas-podem-tomar-vacinas-contracovid-19-especialistas-respondem-duvidas/>. Acesso em: 10 jul. 2022.
- NICIDA, L. R. A. et al. Medicalization of childbirth: the meanings attributed by the literature on childbirth care in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.25, n.11, 2020.
- OLIVEIRA, A. G. R. C.; SOUZA, E. C. F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: **Odontologia preventiva e social: textos selecionados**. Natal: EDUFRN, 1997. P.114-125.
- OLIVEIRA, A. L. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros teológicos**. n.1, p.31-42, 2012.
- OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. 1º ed. Rio de Janeiro, 1985.
- OLIVEIRA, R. S.; PERALTA, N.; SOUSA, M. J. S. As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n.33, 2019.
- OLIVEIRA, T.B. et al. Prevenção e Controle de Infecções Virais do Trato Respiratório em Populações Privadas de Liberdade. **Rev Pre Infec e Saúde**. v.8, n.1, 2022.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Plataforma de Ação de Pequim 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher – Pequim: “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”**. Pequim: ONU, 1995.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio**, 2015. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>. Acesso em: 23 set. 2022.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, 2020a**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91601-declara%C3%A7%C3%A3o-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em 15 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pandemia pode atrasar Objetivos de Desenvolvimento Sustentável em décadas**, 2020b. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/07/1720061>. Acesso em 28 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável**, 2021. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador311>. Acesso em 09 de maio, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Maternidade segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasília, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10)**. 4º Ed. v.2, p.143, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e a morbidade materna grave**. Washington: Publications CLAP, 2012. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49336>. Acesso em 03 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias**. Brasília: OMS, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Brasília saudável: a estratégia da saúde da família e a conversão do modelo assistencial**. Brasília: OPAS, 2019. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Relatorio-Brasilia-APS-forte-nov-2019.pdf>. Acesso em 17 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. Brasília: OPAS, 2023a.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional**. Brasília: OPAS, 2023b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 27 jul. 2023.

OSIS, M. J. M. D. The Program for Integrated Women's Health Care (PAISM): a landmark in the approach to reproductive health in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.14, 1998.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 587-603.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2009.

PASTORINI, A.; GALIZIA, S. A redefinição do padrão de proteção social brasileiro. **Praia Vermelha**, v. 14, p. 72-103, 2006.

- PATAH, L. **POR QUE 90%? Uma análise das taxas de cesárea em serviços hospitalares privados do município de São Paulo**. 2008. 213f. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas.
- PEREIRA, A. L.; PITA, J. R. Alexander Fleming (1881-1955): da descoberta da penicilina (1928) ao prêmio Nobel (1954). **História: revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, v. 6, 2018.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2010.
- PIOLA, S. F. et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. 2013. 41 p. 41.
- PONTES, M. G. A. et al. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 12, n. 1, p. 69–78, jun. 2014.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS (PNUD). **Transformando nosso mundo: A agenda 2030 para um mundo sustentável**, 2015. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/TransformandoNossoMundo.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2022. Acesso em: 14 ago. 2022.
- RAMOS, E. M. B. et al. O processo de redemocratização e o novo padrão de proteção do direito à saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 51-67, 2013.
- REEVES, S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide N° 39. **Med Teach**, v.38, n.7, p. 656-658, 2016.
- REIS, A. O primeiro a utilizar a anestesia não foi um dentista, foi o médico Crawford Williamson Long. **Rev Bras Anesthesiol**, v.56, n.3, p.304-324, 2006.
- REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Temas Livres Physis**, v.21, n.3, 2011.
- RIBEIRO, A. A. et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Esc. Anna. Nery**, v.26, 2022.
- ROMA, J. C. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. **Cienc. Cult**, v.71, n.1, 2019.
- ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994. 423p.
- SALES, A. M. V.; HYPPOLITO, S. B.; JUNIOR, C. A. A. Projeto museu do parto: um tributo ao professor Galba Araújo. **Revista Encontros Universitários da UFC**, v.6, n.6, 2021.
- SANGLARD, G.; COSTA, R. G. R. Direções e traçados da assistência hospitalar no Rio de Janeiro (1923-31). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 11, p. 107-141, 2004.

SANTOS, D. S. et al. Disproportionate Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Among Pregnant and Postpartum Black Women in Brazil Through Structural Racism Lens. **Clin Infect Dis.** v.72, n.11, p.2068-2069, 2021a.

SANTOS, L. A. C. Um século de cólera: itinerário do medo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 4, p. 79-110, 1994.

SANTOS, L. O. et al. Estudo da Mortalidade Materna no Nordeste Brasileiro, de 2009 a 2018. **Rev Eletronica Acervo Saúde**, v.13, n.2, 2021b.

SANTOS, L. R. Prenatal care during the Covid-19 pandemic: an integrative review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Maternidade Darcy Vargas, de Joinville, recebe prêmio nacional hospital amigo da mulher.** Brasil: SES-SC, 2016.

Disponível em:

https://saude.sc.gov.br/?option=com_content&view=article&id=5241%3Amaternidade-darcy-vargas-de-joinville-recebe-premio-nacional-hospital-amigo-da-mulher&Itemid=28. Acesso em 15 out. 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF). **Aumenta o número de Equipes de Saúde da Família completas no DF.** Brasília: SES-DF, 2020. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/aumenta-o-numero-de-equipes-de-saude-da-familia-completas-no-df>. Acesso em 13 maio. 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF). **Conheça os serviços oferecidos pelo novo Centro Especializado de Saúde da Mulher.** Brasília: SES-DF, 2021.

Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/conheca-os-servicos-oferecidos-pelo-novo-centro-especializado-de-saude-da-mulher>. Acesso em 27 jul. 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF). **Cadastramento e Monitoramento das Equipes de Atenção Primária à Saúde no SCNES.** Brasília: SES-DF, 2022. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Manual+de+Cadastramento+e+Monitoramento+das+Equipes+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Prim%C3%A1ria+%C3%A0+Sa%C3%BAde+no+SCNES.pdf/49b9da0b-79c6-d9fd-e277-7276fccdc6c6?t=1660831588940>. Acesso em 24 fev. 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF). **Estrutura da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, de acordo com o Decreto nº 39.546, de 14 de dezembro de 2018.** Brasília: MS, 2023a. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/estrutura>. Acesso em: 01 jun. 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF). **Regiões de Saúde.**

Brasília: MS, 2023b. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/regioes-de-saude#:~:text=A%20Regi%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde%20Sul,de%20Gama%20e%20Santa%20Maria.&text=A%20Regi%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde%20Leste,Jardim%20Bot%C3%A2nico%20e%20Jardins%20Mangueiral.&text=A%20Regi%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde%20Oeste,administrativas%20de%20Brazl%C3%A2ndia%20e%20Ceil%C3%A2ndia>. Acesso em 01 jun. 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF). **Unidades de Referência Distrital**. Brasília: MS, 2023c. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/unidades-de-refer%C3%Aancia-distrital#:~:text=As%20unidades%20de%20refer%C3%Aancia%20t%C3%AAm,refer%C3%Aancias%20naquela%20especialidade%20do%20DF>. Acesso em 01 jun. 2023.

SENHORAS, M. E. Coronavírus e educação: análise dos impactos assimétricos. **Bol. De Conjuntura**, v.2, n.5, p.1-11, 2020.

SEVCENKO, N. **A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes**. 1ªed. São Paulo: Editora UNESP, 2018.

SILVA, B. T.; TELES, J. A. S. O. O Acesso as " Avestas" da Política de Saúde: Aspectos da Judicialização na Saúde de Propriá/SE. **Epitaya E-books**, v. 1, n. 17, p. 125-140, 2022.

SILVA, C. V. S. Políticas de saúde e seu impacto nos indicadores de morbimortalidade materno-infantil. In: **Anais Congresso de Iniciação Científica da Unb e Congresso de Iniciação Científica do DF 24º Congresso de Iniciação Científica da Unb e 15º do DF**. Brasília: UnB, 2018.

SILVA, C.V.S. Epidemiologia da mortalidade materna de mulheres negras na região Centro-Oeste, Brasil, 2007 a 2016. In: **Anais Congresso de Iniciação Científica da UnB e Congresso de Iniciação Científica do DF 25º Congresso de Iniciação Científica da UnB e 16º do DF**. Brasília: UnB, 2019.

SILVA, C. V. S.; BARBOSA, L. M. M.; PARREIRA, C. M. S. F. Prevenção da mortalidade materna no contexto da pandemia de Covid-19: o papel da enfermagem nas práticas colaborativas interprofissionais de atenção à mulher gestante. In: DUARTE, A. G.; AVILA, C. F. D. A. (org). **Covid-19 no Brasil: Ciência, Inovação Tecnológica e Políticas Públicas**. Brasília: CRV, 2022. p.31-46.

SILVA, P. M. **Políticas públicas de enfrentamento à mortalidade materna no Brasil: análise da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2003-2014)**. 2023. 49 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas) — Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

SILVA, R. et al. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 108- 120, 2016.

SILVA, R. N. A. **Percepção das mulheres grávidas sobre parto e cesárea**. 2017. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

SILVA, V. B. **Trauma pediátrico grave - análise da prevalência em hospital terciário do distrito federal, período de 2013 à 2015**. 2017. 94f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017b.

- SIMILI, A. B. et al. Perfil Epidemiológico da Mortalidade Materna no Município de Imperatriz-MA. **Ensaio e Ciências**, v.26, n.1, p.65-71, 2022.
- SOUSA, L. M. O.; ARAÚJO, E.M.; MIRANDA, J.G.V. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. **Cad Saúde Pública**, v.33, n.12, 2017.
- SOUSA, M.F.; FRANCO, M. S; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. São Paulo: Saberes, 2014.
- SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde debate**, n.45, v.130, 2021.
- SOUZA, A. S. R., AMORIM, M.M. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Rev Bras Saude Mater Infant**. v.21, n.1, p.257-261, 2021.
- SOUZA, J.C.; PAULA, S.G. **Saúde e previdências: Estudos de política social**. 3º ed. São Paulo: Hucitec, 2018. 332 p.
- SOUZA, J. P. Maternal mortality and the new objectives of sustainable development (2016–2030). **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.37, p.549-551, 2015.
- TAI, D. B. G. The Disproportionate Impact of COVID-19 on Racial and Ethnic Minorities in the United States. **Clinical Infectious Diseases**, v.72, n.4, p.703-706.
- TAKEMOTO, M. L. S. et al. The tragedy of Covid-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International J. of Gynecology & Obstetrics**, v.151, n.1, p.154-156, 2020.
- TOLEDO, L. C. **Feitos para curar: arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil**. 1º ed. Rio de Janeiro: ABDEH, 2006. 120p.
- UJVARI, S. C. **A história e suas epidemias - a convivência do homem com os microrganismos**. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora SENAC, 2003. 328p.
- VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, Santa Maria**, v. 16, n. 1, p. 95–107, 2015.
- VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 2º ed. Brasil: UNFPA, 2004. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.
- VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde colet**. v.23, n.6, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/?lang=pt>. Acesso em 12 de dez, 2022.
- VIANNA, M. L. T. W. Política social e transição democrática: o caso do INAMPS. **Texto para discussão**, Rio de Janeiro, p. 1-67, 1989.

VICENTE, A. A conferência internacional sobre população em desenvolvimento. **Intervenção Social**, n. 13, p. 85-91, 1996.

VICTORA, C. G. et al. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. **The Lancet**, v.362, n. 9379, 2003.

VIEIRA, A. Ensaio sobre a História dos Hospitais. **Revista do Serviço Público**, v. 4, n. 2, p. 31-34, 1951.

VILELA, M. E. A. et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 789-800, 2021.

VIOTTI, M. L. R. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a mulher, Pequim, 1995. In: Frossard H. **Instrumentos Internacionais de direitos das mulheres**, p. 148-258, 1995.

WALDEN, A. Dr. Louis Pasteur. **Prim. Care update ob/gyns**, v.10, n.2, p.68-70, 2003.

YOU, D. D. et al. Global, regional, and national levels and trends in under-5 mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. **The Lancet**, n. 386, p. 2225-2286, 2015.

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicol. Soc.**, v.29, 2017.

ZVEITER, M. et al. O fim anunciado da Rede Cegonha – que decisões tomaremos para o nosso futuro?. **Rev enferm UERJ**, v.30, 2022.