

COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA DE PORTO ALEGRE
RELATÓRIO ANUAL
2020

Agosto
2021



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria das
Políticas Públicas em Saúde
Saúde da Mulher



Elaboração e informações

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
PORTO ALEGRE

Secretário Municipal de Saúde

Mauro Sparta

Área Técnica Saúde da Mulher

Avenida João Pessoa, 325

Centro Histórico, Porto Alegre – RS, 90040-000

Contato: (51) 3289 – 2779

Elaboração Técnica

Luciana Silveira Campos

Área Técnica Saúde da Mulher

Patricia Konzatti Vieira

CGVS – Coordenadoria Geral de Vigilância em
Saúde – Secretaria Municipal de Saúde

Rosa Maria Rimolo Vilarino

Área Técnica Saúde da Mulher

**Componentes do Comitê de Mortalidade
Materna**

Pamela Gonçalves – Gerência Distrital da Glória/
Cruzeiro/ Cristal;

Ana Paula Menezes Oliveira – Hospital
Materno Infantil Presidente Vargas – HMIPV

Camila Ceres – Gerência Distrital Partenon/ Lomba
do Pinheiro

Daniele Lima Alberton – Gerência Distrital Sul/
Centro Sul

Denise Loureiro Pedroso – Gerência Distrital
Centro

Elaine Oliveira Soares – Ações Específicas da
Saúde da População Negra – Secretaria
Municipal de Saúde

Aline Caldeira Medronha – Gerência Distrital
Restinga/ Extremo Sul

Janete Vettorazzi – Hospital de Clínicas de
Porto Alegre

José Antonio Perroni – Hospital Moinhos de
Vento

Lizandra Ferrari Guimaraes – Gerência
Distrital Norte Eixo Baltazar

Magali Queiroz Duarte Torres – Hospital Santa
Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Marcia Ruschel Meine – Gerência Distrital
Leste/ Nordeste

Maria Lúcia da Rocha Opperman – Hospital
Mãe de Deus

Maria Rejane Seibel – Conselho Regional de
Enfermagem

Rosane C. A. Teixeira – Hospital Nossa Senhora
da Conceição – GHC

Katia Comerlato – Gerência Distrital Noroeste/
Humaitá/ Navegantes/ Ilhas

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é reconhecida mundialmente como uma questão que merece atenção e destaque na saúde pública. Desde os anos 80 o mundo tem se mobilizado para combater as mortes na gravidez, parto ou puerpério. Durante este período, milhares de mulheres perderam a vida por causas relacionadas à gestação. As principais condições identificadas foram: hemorragia pós-parto, doenças hipertensivas, eclampsia e complicações do aborto, todas elas causas potencialmente evitáveis.

Na intensificação dos esforços para desenvolver estratégias para reduzir a mortalidade materna, incluindo as ações de prevenção, detecção precoce e o enfrentamento das complicações obstétricas, os determinantes sociais da saúde passaram a ser considerados. Educação, renda, local de nascimento, aspectos culturais das relações de gênero e o papel da mulher na sociedade estão refletidos nos indicadores de mortalidade materna. Assim, elevados índices são indicativos de condições socioeconômicas precárias, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldade de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

A partir desse entendimento, a mortalidade materna passou a ser vista para além das condições de saúde e da qualidade da assistência, passando a ser compreendida como um indicador de desenvolvimento social. Assim, a redução da mortalidade materna foi incluída entre os Objetivos do Milênio (ODM), uma iniciativa global promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) subscrita por governos de mais de 180 países, visando o desenvolvimento social e a erradicação da extrema pobreza, por meio de um conjunto de metas a serem atingidas entre os anos de 2000 a 2015.

Estima-se que entre os anos 2000 e 2015 mais de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas em todo o mundo. O Relatório Saúde nas Américas + 2017, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), indicou que a região obteve importantes conquistas em matéria de saúde, inclusive o alcance de várias metas incluídas entre os ODM. Contudo, não foram alcançadas as metas associadas ao ODM 5, que propunha uma redução de 75% nos índices de morte materna.

A nova proposta da ONU, *Transformando o Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*, mantém o combate à mortalidade materna entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e propõe que a taxa de mortalidade materna mundial deve ser reduzida para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (ODS 3.1).

Segundo o Ministério da Saúde, a mortalidade materna no Brasil caiu de 143 para 59,1 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, o que representa uma diminuição de 41,33 % entre 1990 e 2018. Para que se atinja o ODS 3.1 até 2030 é necessária uma redução da mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, considerando a razão oficial de mortalidade materna no Brasil no ano de 2010.

Segundo a OMS, o coeficiente de mortalidade materna ideal é de 10 mortes por 100.000 nascidos vivos, sendo aceitável até 20 mortes 100.000 nascidos vivos.

Para isso, o Ministério da Saúde lançou em 2011 a Rede de Cuidados Materno Infantil denominada Rede Cegonha (RC), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna no país, propondo cuidados que assegurem às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Propõe para as crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. As diretrizes da RC visam a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência, transporte seguro e boas práticas na atenção ao parto e nascimento.

Acrescendo as ações da RC, o Ministério da Saúde apresentou em 2017 o Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (APICE ON), que propôs a qualificação da atenção obstétrica e neonatal em 95 hospitais de ensino e hospitais universitários, que atuam como unidades auxiliares de ensino da RC. A iniciativa preconizou a realização de ações de qualificação nas áreas de atenção ao parto, nascimento e abortamento; saúde sexual e reprodutiva e atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual. O projeto foi encerrado no primeiro semestre de 2020.

Em Porto Alegre, cerca de 70% da população feminina utiliza os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso equivale a um total de 528.894 mulheres, sendo que destas aproximadamente 310.965 estão em idade fértil (10 – 49 anos), conforme o IBGE 2010. Em consonância com o Programa Rede Cegonha, Porto Alegre tem estabelecida a regionalização do parto e do nascimento, as gestantes são informadas de qual hospital será realizado seu parto e onde serão atendidas se houver indicação de pré-natal de alto-risco ou nas intercorrências do ciclo gravídico puerperal. A gestante também pode conhecer a maternidade, através de visita programada e tem o direito garantido da presença de acompanhante de livre escolha durante o pré-parto, parto e pós-parto no período de periparto (Lei 11.108/2005). Após o parto, as consultas de revisão na Unidade de Saúde para a mãe e para o bebê estão asseguradas através da marcação direta realizada pelo hospital.

A política da saúde da mulher do município atende a determinação da Portaria nº 1.399/1999 do Ministério da Saúde estabelecendo o Comitê de Estudos e Prevenção da Mortalidade Materna, que analisa e monitora todos os óbitos maternos ocorridos no município, definindo medidas preventivas. É um organismo interinstitucional, de atuação sigilosa e caráter educativo e epidemiológico, composto por membros da Secretaria da Saúde (Área Técnica da Saúde da Mulher e Vigilância em Saúde), maternidades de referência, serviços de saúde, conselhos de categorias profissionais e organizações não governamentais, entre outros. É um instrumento de gestão que permite avaliar a qualidade da assistência à saúde, utilizado para subsidiar as políticas públicas e ações de intervenção, sendo um agente fundamental na redução dos óbitos maternos.

Considerando, portanto, a redução da mortalidade materna um compromisso assumido por este município, tornam-se públicas as investigações referentes ao ano de 2020.

CONCEITOS BÁSICOS

O Ministério da Saúde define os seguintes conceitos:

Morte Materna – é a morte de uma mulher durante a gestação, parto, ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez. Não é considerada morte materna a que é provocada por causas acidentais ou incidentais.

Morte Materna Obstétrica Direta – é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

Morte Materna Obstétrica Indireta – é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante este período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas

Morte Materna Declarada – é quando as informações registradas na Declaração de Óbito (DO) permitem classificar o óbito materno.

Mulher em Idade Fértil – no Brasil considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 e 49 anos.

A base de cálculo para as informações prestadas também pode ser averiguada através das seguintes fórmulas:

Cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM) - Número de óbitos maternos (diretos e indiretos até 42 dias) sobre o número de nascidos vivos x 100.000

As mortes maternas tardias e as externas não são contabilizadas neste cálculo.

METODOLOGIA

O Comitê de Mortalidade Materna de Porto Alegre (CMM-POA) é constituído de forma multiprofissional, intersetorial e interinstitucional, contando com a participação de representantes da Secretaria Municipal de Saúde, hospitais-maternidade, gerências de saúde, controle social e representantes dos conselhos profissionais estaduais. O CMM-POA é um espaço educativo de construção e revisão de processos de trabalho, atuando de maneira técnica, sigilosa e não-punitiva. O comitê é responsável pela investigação dos casos de mortalidade materna, bem como sua classificação, elaboração de propostas e intervenções junto aos demais integrantes e equipamentos de saúde envolvidos.

Com base na Portaria N° 1.119, de 5 de junho de 2008, que regulamenta a vigilância de óbitos maternos no âmbito federal, o município de Porto Alegre investiga todos os casos de óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada. Os óbitos são examinados pela Direção de Vigilância em Saúde (DVS) e em caso de suspeita de morte materna, os registros são encaminhados para investigação pelo CMM.

As Declarações de Óbito (DO) são recolhidas dos Cartórios de Registro Civil do município de Porto Alegre e encaminhadas para a DVS. A equipe de Eventos Vitais, Doenças e Agravos Não-Transmissíveis analisa as DO, e de acordo com o preenchimento dos campos referentes à “Óbito de mulheres em idade fértil” (campo 37) e as causas da morte (campo 40) classificam essas declarações como suspeitas de óbito materno. Além disso, as informações são cruzadas com outras bases de dados como SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), SIHO (Sistema de Informação Hospitalares), SINAN (Sistemas de Agravos de Notificação) e E-SUS.

Em caso de suspeita ou confirmação de morte materna, uma cópia da DO é encaminhada para o CMM que envia os formulários de investigação para a gerências e unidades de saúde onde a mulher foi atendida e para o serviço hospitalar onde ocorreu o óbito, a fim de coletar dados referentes a assistência ao parto, pré-natal e demais informações que possam auxiliar na investigação.

Os dados coletados pelos diversos níveis de atenção são discutidos nas reuniões mensais do CMM, seguindo os passos dessas mulheres dentro da rede assistencial, classificando os casos de acordo com as informações reunidas (Morte Materna Direta, Indireta, Tardia, Externa e

Indeterminada), identificando “se” e “quais” processos poderiam ter sido realizados para evitar o desfecho e quais as medidas a serem tomadas para prevenção de casos semelhantes.

O resultado das investigações do CMM é apresentado em um relatório anual, contendo a análise epidemiológica e proposta de ações acerca do panorama de mortalidade materna do município de Porto Alegre. O relatório foi construído a partir das diretrizes do Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (MS, 2009), utilizando como indicadores a razão de mortalidade materna (RMM) geral e específica.

Cálculo para razão de mortalidade materna geral:

$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos (diretos e indiretos)}}{\text{N.º de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Cálculo para razão de mortalidade materna específica:

$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos variável específica}}{100.000} \times \text{N.º de nascidos vivos}$$

RESULTADOS

Através do Sistema de Informações de Mortalidade é possível obter o número de óbitos maternos no ano de 2020, apresentado na figura 1.

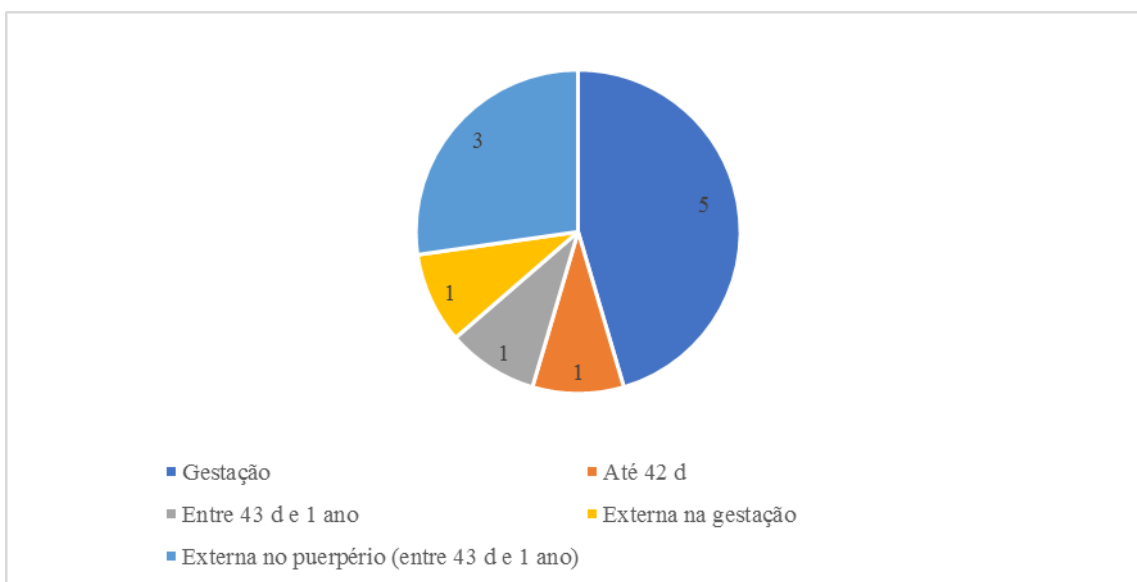


Figura 1- Número de óbitos classificados quanto ao tipo de morte materna em 2020 em Porto Alegre

Fonte: [PMPA/SMS/CGVS/EVEV](#), 2021.

A SMS vem atuando na qualificação da assistência às gestantes, empreendendo ações para melhorar a qualidade do cuidado obstétrico, entre elas: regionalização dos serviços de saúde; implantação da Rede Cegonha, pactuação e monitoramento de indicadores e metas; implantação de protocolos assistenciais nas maternidades e serviços de saúde; agilização no agendamento do Pré-Natal de Alto Risco e a qualificação das investigações dos óbitos maternos. O impacto destas ações se expressa nos resultados da RMM do município. A série histórica em nível federal, estadual e municipal está descrita na Figura 2. O coeficiente de mortalidade materna nacional de 2020 ainda não foi divulgado.

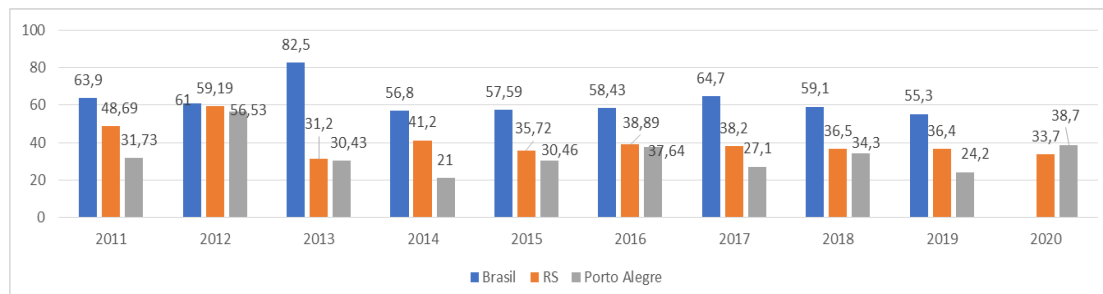


Figura 2 - Série histórica da RMM em nível federal, estadual e em Porto Alegre (2011-2020)

Fonte: CMM - POA, 2021 /VITAIS, 2021/SIM, 2021/SINASC, 2021 / IBGE, 2021.

A classificação quanto ao tipo de tipo de óbito materno está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 - Óbitos maternos classificados quanto ao tipo de causa obstétrica no ano de 2020

Causa obstétrica	N (%)
Direta	1 (7,14%)
Indireta	5 (35,71%)
Tardia	4 (28,57%)
Externa	4 (28,57%)
Total	14

Fonte: CMM-POA, 2021

No cálculo da RMM são considerados apenas os óbitos maternos diretos e indiretos (seis). Apenas um óbito foi causado por causa obstétrica direta. Os outros cinco casos incluídos no cálculo do indicador foram provocados por doenças pré-existentes descompensadas ou desencadeadas na gestação. A tabela 2 apresenta as causas de óbito informadas na declaração do óbito pelo médico assistente e a classificação pelo CID-10 conforme a orientação para

classificação básica para óbitos maternos do Ministério da Saúde, ou seja, a causa ou lesão que desencadeou a cadeia de eventos que levou ao óbito.

Tabela 2 – Classificação final pelo CID-10 das causas de óbito, idade, raça e evitabilidade dos óbitos maternos em 2020

Classificação CID-10	Faixa etária	Cor	Evitabilidade
Pneumonia bacteriana - O995	20 a 35 anos	Branca	Evitável
Hipertensão essencial - O100	> 35 anos	Preta	Provavelmente evitável
Eclâmpsia na gravidez - O150	20 a 35 anos	Branca	Evitável
Embolia pulmonar - O998	> 35 anos	Preta	Provavelmente inevitável
Insuficiência respiratória - O994	20 a 35 anos	Branca	Provavelmente evitável
Anemia falciforme - O990	20 a 35 anos	Parda	Provavelmente evitável

Fonte: CMM-POA, 2021, SINASC, 2021

O Comitê classifica as causas de morte de acordo com o capítulo XV da CID 10 – complicações da gravidez, parto e puerpério - avaliando a evitabilidade dos casos, conforme a diretriz específica do Ministério da Saúde. O objetivo é identificar todo o conjunto dos determinantes biológicos, sociais, econômicos e de prestação de serviços que contribuíram para aquele óbito. A tabela 3 apresenta faixa etária e cor dessas gestantes.

O óbito CID O995 foi de uma gestante no primeiro trimestre com broncopneumonia, transferida de um hospital da Grande Porto Alegre para uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) da capital, quando já estava em ventilação mecânica e evoluiu para falência de múltiplos órgãos rapidamente. Com exceção de tabagismo, a gestante não apresentava outras comorbidades. O óbito CID O100, de uma gestante no segundo trimestre, hipertensa e diabética, que foi internada por aumento dos níveis tensionais. O óbito também foi considerado potencialmente evitável a partir do processo de investigação e novas rotinas foram desenvolvidas no hospital de referência. O óbito CID C150 foi de uma gestante no terceiro trimestre da gestação, que buscou um pronto atendimento com sinais premonitórios, recebeu sulfato de magnésio e foi transferida para a maternidade de referência em menos de 120 minutos. Evoluiu para eclâmpsia no transporte, vindo à óbito pouco depois. O Comitê emitiu uma nota técnica fazendo algumas recomendações para o primeiro atendimento de gestantes com sinais premonitórios nas Unidades de Saúde. O óbito CID O998 foi considerado inevitável, por tratar-se de gestante no segundo trimestre que apresentou ruptura de aneurisma cerebral e que era desconhecido da paciente. O óbito O994 foi de uma gestante no primeiro trimestre que

buscou o pronto-atendimento por dispneia, possivelmente portadora de uma cardiopatia sem diagnóstico.

Ao contrário dos anos anteriores, não houve nenhuma morte materna abaixo de 20 anos, onde a literatura descreve um maior risco de morte. O pequeno número de óbitos em Porto Alegre torna as RMM específicas para faixa etária e escolaridade muito variáveis de um ano para o outro, acrescentando pouco significado à análise global, tendo utilidade maior na compreensão qualitativa da cadeia de fenômenos que desencadearam cada óbito. Por outro lado, a razão de mortalidade materna de negras (RMM 72,75) e pardas (51,52) é consideravelmente maior que a mortalidade materna entre brancas (27,83).

A tabela 3 apresenta o número de óbitos e número de nascidos vivos por Gerência Distrital e a figura 3 apresenta o percentual de gestantes que fez sete ou mais consultas de pré-natal em 2020.

Tabela 3 Número de óbitos maternos e número de nascidos vivos nas Gerências Distritais em 2020

Gerência Distrital	Número de óbitos	Número de nascidos vivos
Centro	-	1.981
Glória/ Cruzeiro/ Cristal (GCC)	1	1.362
Leste/ Nordeste (LENO)	1	1988
Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas (NHNI)	-	1.689
Partenon/ Lomba do Pinheiro (PLP)	-	2.119
Norte/ Eixo Baltazar (NEB)	3	2.218
Restinga/ Extremo Sul (RES)	1	1.410
Sul/ Centro Sul (SCS)	-	1906
Ignorado	-	936
Total	6	15609

Fonte: CMM-POA, 2021/ SINASC, 2021.

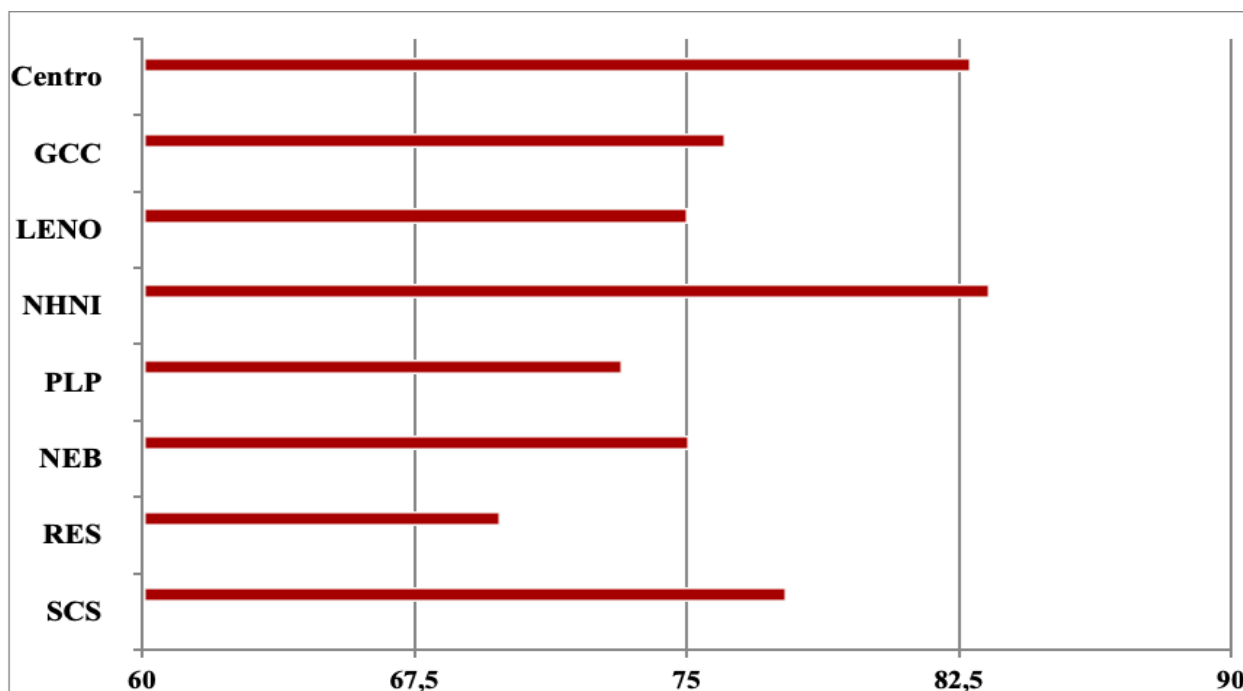


Figura 3 Percentual de gestantes que fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal em 2020

Fonte: CMM-POA,2020/ SINASC, 2020

A OMS recomenda a realização de sete ou mais consultas entre pré-natal e puerpério, uma vez que as evidências científicas apontam que o maior número de consultas diminui a probabilidade de natimortos e mortalidade materna, ampliando as oportunidades de detecção de potenciais intercorrências.. As Gerências Partenon/ Lomba do Pinheiro (PLP) e Restinga/ Extremo Sul (RES) não chegaram a um percentual de 75% de gestantes com sete ou mais consultas.

Considerando a esfera de atendimentos prestados nos hospitais públicos, privados e suplementares/mistos (privados que também são contratualizados pela rede SUS), em 2020, quatro óbitos ocorreram em maternidades públicas, um óbito ocorreu em um hospital que atende trauma/neurocirurgia e o último óbito ocorreu num pronto atendimento da Secretaria Municipal da Saúde.

CONSIDERAÇÕES

A OMS considera como adequado uma RMM de 10 óbitos para cada 100.00 nascidos vivos e como aceitável uma RMM de até 20 óbitos para cada 100.00 nascidos vivos. Porto Alegre registra uma RMM de 38,7 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos. Este indicador analisa a probabilidade cumulativa do óbito como resultado de uma gravidez ao longo do período reprodutivo da vida da mulher. Calcula-se multiplicando a taxa de mortalidade materna pelos anos do período reprodutivo. Ou seja, 39 anos-mulheres, que equivale à idade dos 10 aos 49 anos.

O aumento no número de óbitos maternos no ano de 2020 causa preocupação e precisa ser acompanhado. Parte desse aumento explica-se pela redução da taxa de natalidade em Porto Alegre. Em comparação a 2019, houve 973 nascimentos a menos na capital. É possível que o aumento da mortalidade materna seja parcialmente explicado por um tensionamento nos recursos existentes devido à pandemia por COVID-19. A literatura científica descreveu um aumento na mortalidade materna por todas as causas em países em desenvolvimento durante a pandemia. O aumento de mortalidade por COVID-19 em gestantes, descrito nas outras regiões do país, felizmente não foi observado em Porto Alegre no ano de 2020.

Considerando os fatores de risco para morte materna, verificou-se que o perfil traçado nos últimos anos se modificou. A maior parte das mulheres tinha idade superior a 20 anos. O aumento da escolaridade da população conseqüentemente levou a uma diminuição no número de filhos e a postergação da primeira gestação, fazendo com que muitas mulheres cheguem perto dos quarenta anos sem ter completado sua prole.

Os números também demonstram que Porto Alegre não conseguiu superar a cultura da desigualdade racial, que dificulta o acesso igualitário aos bens e serviços públicos e que se estende para toda a população parda e negra, em todos os ciclos da vida. A disparidade da razão de mortalidade materna entre brancas e negras/pardas foi maior que nos anos anteriores, chamando a atenção para dificuldade de acesso, discrepância socioeconômica e o racismo estrutural vigente em nosso país. É possível que as desigualdades acentuadas durante a pandemia tenham contribuído para esse aumento.

Porto Alegre apresenta uma tendência de aumento no número de óbitos por causas externas na última década, com exceção do ano de 2019. Os quatro óbitos por causas externas foram causados por homicídio com arma de fogo, acompanhando uma tendência verificada em outras populações, não houve morte materna por causas externas no período de restrição à circulação, enquanto outras formas de violência contra a mulher se tornaram mais frequentes.

O alto índice de mortes maternas por causas externas, fenômeno que se repete nos países desenvolvidos, onde os números de morte materna violenta têm aumentado. Isso indica que a conformação da violência na sociedade tem grandes implicações à saúde das mulheres, expressando-se nos altos coeficientes de mortalidade, no aumento das internações hospitalares e nos custos diretos e indiretos. Embora a violência seja um fenômeno que transcenda às questões de saúde, alguns programas vinculados à assistência à saúde têm demonstrado sucesso nos Estados Unidos.

A morte materna é determinada por uma série de fatores sociais, que vão desde a dificuldade de acesso à educação, aos serviços de saúde e a bens de consumo, abrangendo questões étnico-raciais e falhas nos processos de atendimento. Portanto, faz-se necessária a continuidade de esforços intersetoriais e interinstitucionais para eliminar as mortes maternas evitáveis e buscar um patamar de saúde cada vez mais elevado.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Luís Eduardo et al. *Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 689-702, 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300689&lng=en &nr m=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300689&lng=en&nr m=iso)>. Acesso em: Jun/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf>. Acesso em Jun/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos*. Portaria N°1.119, de 5 de Junho de 2008. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html>. Acesso em: Jun2018.

CHMIELEWSKA, B., Barratt, I., Townsend, R., Kalafat, E., van der Meulen, J., Gurol-Urganci, I., O'Brien, P., Morris, E., Draycott, T., Thangaratinam, S., Le Doare, K., Ladhani, S., von Dadelszen, P., Magee, L., Khalil, A. *Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet Glob Health*. 2021 Jun;9(6):e759-e772. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00079-6. Epub 2021 Mar 31. Erratum in: *Lancet Glob Health*. 2021 Jun;9(6):e758.

LÓPEZ, Laura C. *Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça*. Sergipe: UFS. TOMO. N. 28 JAN/JUN. 2016. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/5424>> Acesso em: Jun/2018.

MORSE, Marcia Lait et al. *Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.623-638, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>>. Acesso em: Jun/2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Saúde nas Américas+, Edição de 2017. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil*. OMS, 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Eventos Vitais*. Porto Alegre: PMPA/ SMS/ CGVS/ EVEV, 2019. Disponível em: <<https://public.tableau.com/profile/eugenio.lisboa5167#!/>> Acesso em: Jun/2021.

SMYTH, C., Cullen, P., Breckenridge, J., Cortis, N., Valentine, K. COVID-19 lockdowns, intimate partner violence and coercive control. *Aust J Soc Issues*. 2021 Apr 27;10.1002/ajs4.162. doi: 10.1002/ajs4.162. Epub ahead of print. PMID: 34188336; PMCID: PMC8222883.

TAKEMOTO, M.L.S., Menezes, M.O., Andreucci, C.B., Nakamura-Pereira, M., Amorim, M.M.R., Katz, L., Knobel, R. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020 Oct;151(1):154-156. doi: 10.1002/ijgo.13300. Epub 2020 Jul 29. PMID: 32644220.