

RELATÓRIO ANUAL COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA DE PORTO ALEGRE 2021

Setembro 2022

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 agravadas por efeitos fisiológicos da gestação.

Mortalidade Materna Não Obstétrica – é a resultante de causas acidentais ou incidentais, não relacionadas à gravidez e seu manejo.

Morte Materna Tardia – é a morte de uma mulher em um período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez devido a causas obstétricas diretas ou indiretas.

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.

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 biomédicas identificadas foram: hemorragia pós parto, doenças hipertensivas, eclampsia e complicações do aborto, todas causas evitáveis.

Na intensificação dos esforços para desenvolver estratégias capazes de reduzir a mortalidade materna, além das ações de prevenção, detecção precoce e o enfrentamento das complicações obstétricas, os determinantes sociais da saúde passaram a ser considerados como fatores indispensáveis na análise das condições de saúde das mulheres. Educação, renda, local de nascimento, aspectos culturais das relações de gênero e do 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.

A vigilância dos óbitos maternos tem papel fundamental para auxiliar na educação permanente dos profissionais e equipes de saúde na reflexão dos seus processos de trabalho e cuidado das mulheres no que toca a saúde sexual e reprodutiva.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) foram lançados em 2015 e estabelecem diversas metas a serem atingidas até 2030. Entre os 17 Objetivos, os fatores diretamente relacionados à saúde estão incluídos no ODS 3: “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em quaisquer idades.” A submeta 3.1 tem como objetivo manter a RMM global inferior a 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. O Brasil se comprometeu a reduzir para, no máximo, 30 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos até 2030.

Segundo o Ministério da Saúde, a mortalidade materna no Brasil caiu de 143 para 60 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, o que representa uma diminuição de 58% entre 1990 e 2015. 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 2

0 mortes 100.000 nascidos vivos. Para isso, o Ministério da Saúde lançou em 2011 a Rede de Cuidados Materno Infantil denominada Rede Cegonha (RC)¹, 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; a 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 e 49 anos), conforme o IBGE 2010.

O Município de Porto Alegre tem estabelecida de 2004 a regionalização do parto e do nascimento. As gestantes são informadas já no início do Pré-Natal qual a maternidade de referência para o parto e para atendimentos das 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 no período de periparto (Lei 11.108/2005). Após o parto, as consultas de binômio na Unidade de Saúde para a mãe e para o bebê estão garantidas através da marcação direta realizada pelos hospitais na agenda da US de referência.

A política da saúde da mulher do município atende a determinação da Portaria nº 1.399/1999 do Ministério da Saúde que estabelece 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, coordenado por membros da Secretaria da Saúde (Área Técnica e Vigilância em Saúde) e tendo como membros representantes maternidades de referência, das unidades de saúde, conselhos de categorias profissionais, conselho municipal de saúde e

¹ Em 4 de abril de 2022, o MS lançou a portaria GM/MS Nº 715, que institui a nova política, chamada Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami).

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 2021.

METODOLOGIA

O Comitê de Mortalidade Materna de Porto Alegre (CMM) é constituído de forma multiprofissional, intersetorial e interinstitucional, contando com a participação de representantes da Secretaria Municipal de Saúde, hospitais-maternidade, Coordenadorias de saúde, controle social e representantes dos conselhos profissionais estaduais (como COREN e CREMERS). O CMM 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 de mulheres residentes de Porto Alegre, bem como sua classificação, elaboração de propostas e intervenções junto aos demais integrantes e serviços 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, com o objetivo de descartar ou não óbito materno.

O processo de trabalho para identificação de óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) e óbitos maternos (OM) começa com o recolhimento das Declarações de Óbito (DO) nos Cartórios de Registro Civil do município de Porto Alegre pela Equipe de Eventos Vitais da DVS, análise das informações contidas no documento, separação das DO das MIF (campo 37) e em caso de suspeita de Morte materna com base na análise das causas da morte (campo 40). Esses óbitos são investigados, cruzando informações 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 ESUS.

Em caso de suspeita ou confirmação, uma cópia da DO é encaminhada para o CMM para investigação, sendo solicitado que os serviços envolvidos (Unidade de Saúde do Território onde essa mulher reside ou onde realizou PN, hospital de ocorrência do parto e de óbito, além de qualquer outro serviços envolvido no cuidado da mulher) preencham as fichas de investigação a fim de coletar dados referentes a assistência ao parto, pré natal e demais informações que possam auxiliar na investigação do óbito.

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. Se necessário são emitidos pareceres, recomendações ou visitas técnicas.

O resultado das investigações do CMM são apresentadas em relatórios anuais, contendo a análise epidemiológica e proposta de ações acerca do panorama de mortalidade materna do município de Porto Alegre. Os relatórios são construídos 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. Ressaltamos que, conforme portaria do MS Nº 116, de 11 de fevereiro de 2009, os dados referentes aos óbitos e aos nascidos vivos só são considerados de caráter definitivo após 1 ano, ou seja, até o final do ano de 2022 os números de 2021 são revistos e qualificados, o que pode impactar levemente os cálculos de RMM.

Cálculo para razão de mortalidade materna geral:

N.º de óbitos maternos (diretos e indiretos)

_____ X 100.000

N.º de nascidos vivos

RESULTADOS:

Em 2021, Porto Alegre teve 4589 óbitos de mulheres em idade fértil (sexo feminino - 10 a 49 anos de idade). Destes, o total de óbitos maternos na cidade foi de quatro (04). As mortes de mulheres ocorridas no período gravídico-puerperal tiveram um total de 10 casos, estratificados conforme a figura 1 abaixo:

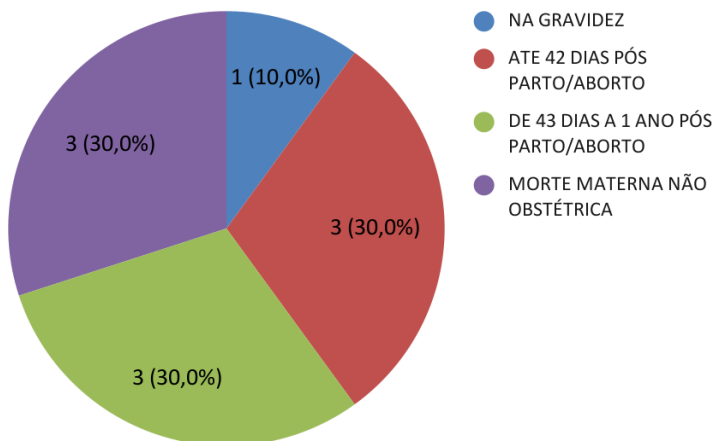


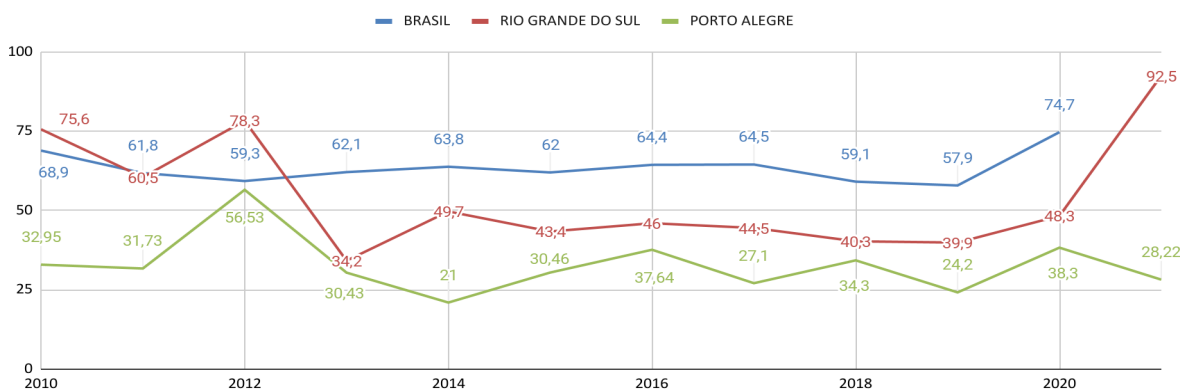
Figura 1: Classificação dos óbitos ocorridos no ciclo gravídico-puerperal 2021 em Porto Alegre

Fonte: PMPA / SMS / DVS / EVEV / SIM 2022. Acesso em: setembro 2022 (dados 2021 são parciais)

A SMS vem trabalhando a qualificação do atendimento às gestantes e puérperas, elaborando protocolos de atendimento e qualificação de dados nos sistemas, principalmente de prontuário eletrônico (eSUS), agilizando marcação de consultas de PNAR, qualificando o cuidado obstétrico por meio do monitoramento de indicadores de qualidade obstétrica aprimorando as investigações dos óbitos maternos a fim de evitar novos casos. Tudo isso reflete a diminuição da RMM do município, com leve aumento no ano de 2020, mas nova redução no ano de 2021, conforme série histórica apresentada na figura 2, comparando os dados da cidade com o Estado do Rio Grande do Sul e do Brasil²:

Figura 2: Série Histórica de RMM em nível federal, estadual e em Porto Alegre (2010 a 2021)

Série Histórica (2010 a 2021) - RMM



Fonte: CMM - POA 2022 / Vitais, 2022 / SIM, 2022 / SINASC, 2022 / MS, 2022. Acesso em: setembro 2022 (dados 2021 são parciais)

² A RMM do Brasil no ano de 2021 ainda não foi publicada.

Como é possível observar na Figura 2, houve um aumento na Razão de Mortalidade Materna em nível estadual e nacional e este aumento é, possivelmente, uma consequência da pandemia de COVID-19. Gestantes e puérperas, sempre estiveram entre os grupos com maior vulnerabilidade à infecção e com possibilidade de apresentarem quadros mais graves da doença.

Mesmo com estes dois óbitos maternos por COVID-19, houve redução na RMM no Município de Porto Alegre em 2021, se comparado com o ano anterior.

A Classificação quanto ao tipo de óbito está presente na tabela 1:

Tabela 1 - Óbitos maternos classificados quanto ao tipo de causa obstétrica no ano de 2021

Causa obstétrica	N	%
Direta	0	0%
Indireta	4	40%
Tardia	3	30%
Externa	3	30%
Total	10	100

Fonte: CMM - 2022 / SIM 2022. Acesso em: setembro 2022 (dados 2021 são parciais)

No cálculo da Razão de Mortalidade Materna, devem ser consideradas as mortes classificadas no Capítulo XV da CID 10, com exceção dos códigos O96 e O97 (Morte Materna Tardia e Morte por Sequela de Causa Obstétrica Direta). Algumas doenças que não constam no Capítulo XV também devem ser levadas em conta. São elas: tétano obstétrico (cód. A34, Cap. I); osteomalácia puerperal (cód. M83.0, Cap. XII) transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (cód. F53, Cap. V) necrose pós-parto da hipófise (cód. E23.0, Cap. IV), mola hidatiforme maligna (cód. D39.2, Cap. II) e doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (cód. B20 a B24, Cap. I.). Nos últimos três casos, deve ficar comprovada a relação com o estado gravídico-puerperal e o óbito deve ter ocorrido até 42 dias após o parto. Eventos tardios, ocorridos entre 43 dias e um ano após o fim da gestação, e as causas externas, como homicídios, suicídios e outras, também são investigados pelo CMM, porém não fazem parte do cálculo de RMM.

Em 2021, foram três (3) óbitos maternos tardios, sendo um por insuficiência da válvula mitral, um (1) por septicemia de foco pulmonar e um (1) por cardiomiopatia dilatada. Mesmo número de óbitos por causas externas - um (1) por incêndio e dois (2) homicídios. Não houve

óbitos maternos por causas obstétricas diretas.

Neste ano, a RMM ficou em 28,22 casos por 100 mil nascidos vivos e a apresentação das causas dos óbitos e a classificação de acordo com a Classificação Internacional de Doenças. CID-10 segue conforme tabela 2

Tabela 2 – Patologia principal das causas obstétricas de óbito em 2021

Classificação CID-10	N
COVID - O985 B342 U071	2
Arterite de Takayasu - O998 M314	1
Cardiopatía isquêmica - O994 I255	1

Fonte: CMM - 2022 / SIM 2022. Acesso em: setembro 2022 (dados 2021 são parciais)

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. O objetivo é identificar todos os conjuntos dos determinantes biológicos, sociais, econômicos e de prestação de serviços.

A tabela 3 apresenta faixa etária, escolaridade e raça dessas mulheres, e a evitabilidade do óbito.

Tabela 3 – Classificação final pelo CID-10 das causas de óbito, idade, raça, escolaridade, evitabilidade e número de consultas de Pré-Natal (PN) dos óbitos maternos em 2021

Classificação CID-10	Idade	Raça	Escolaridade	Evitabilidade
COVID	37	NEGRA	IGN	Sim
COVID	42	BRANCA	IGN	Sim
Arterite de Takayasu	42	BRANCA	COM 12 ANOS OU MAIS	Não
Cardiopatía isquêmica	44	BRANCA	DE 8 A 11 ANOS	Sim

Fonte: CMM - 2022 / SIM 2022. Acesso em: setembro 2022 (dados 2021 são parciais)

Apesar da pandemia de COVID-19 não ter produzido um aumento na RMM no município de Porto Alegre, foram registrados dois óbitos pela doença. Os casos foram amplamente discutidos e analisados pelo CMM. Estes dois casos apresentaram rápida evolução e apesar do atendimento recebido, inclusive com internação em leitos de UTI, não foi possível evitar o desfecho do óbito. Neste cenário, o CMM analisou a possibilidade de imunização nestas mulheres. Em Porto Alegre, a inclusão das gestantes no grupo prioritário aconteceu no final de abril de 2021. Em seguida houve a retirada da recomendação do imunizante da Astrazeneca no Brasil, mesmo para este grupo de mulheres. O imunizante da Pfizer chegaria ao país algumas semanas depois, postergando ainda mais a vacinação em

massa das gestantes. Possivelmente se os imunizantes estivessem disponíveis para essa população nos dois primeiros meses do ano de 2021 estes óbitos teriam sido evitados.

Ao contrário de 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.

Nas tabelas 4 e 5, apresentadas abaixo, estratificamos os óbitos maternos e nascidos vivos por raça/cor e por gerência distrital.³ Observa-se que a RMM foi menor na população de mulheres negras (pretas e pardas)

Tabela 4: Número de óbitos maternos e número de nascidos vivos por raça/cor em 2021

RAÇA/COR	ÓBITOS	NASCIDOS VIVOS	RMM
BRANCAS	3	9799	30,66
NEGRAS	1	4333	23,10
AMARELAS	0	15	
INDÍGENAS	0	22	
IGN	0	3	
TOTAL	4	14172	28,22

Fonte: CMM-POA, 2022/ SINASC, 2022. Acesso em: setembro 2022 (dados 2021 são parciais)

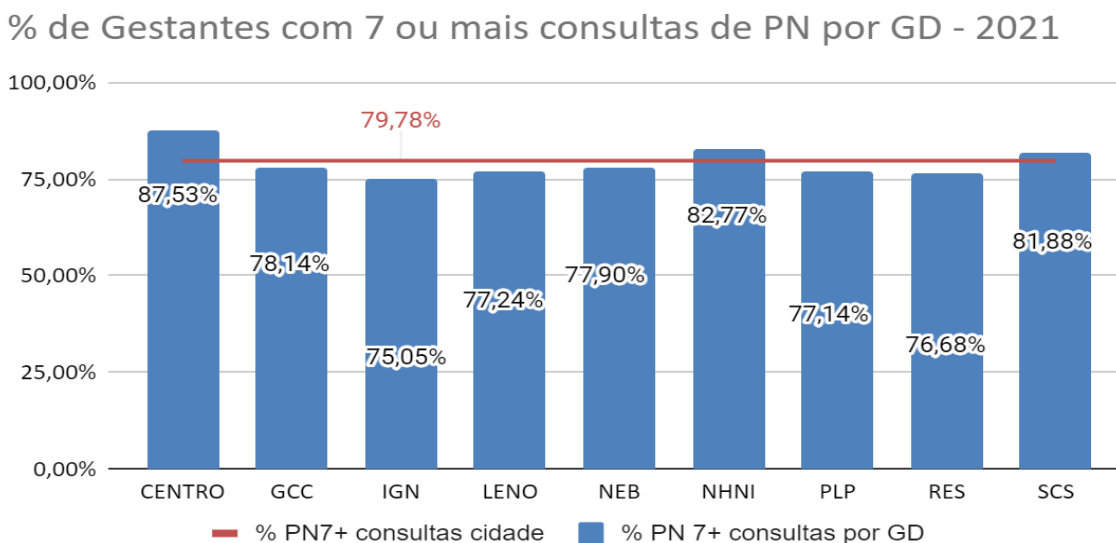
Tabela 5: Número de óbitos maternos e número de nascidos vivos nas Gerências Distritais em 2021

Gerências Distritais	Óbitos	NV
Centro	0	1812
Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC)	0	1400
Leste/Nordeste (LENO)	2	1841
Partenon/Lomba do Pinheiro(PLP)	0	1877
Norte/Eixo Baltazar (NEB)	1	2050
Noroeste/Humaita/Navegantes/Ilhas(NHNI)	0	1550
Restinga/Extremo Sul (RES)	1	1321
Sul/Centro-Sul(SCS)	0	1772
Ignorado	0	549
Total Geral	4	14172

Fonte: CMM-POA, 2022/ SINASC, 2022. Acesso em: setembro 2022 (dados 2021 são parciais)

³ Em 2022 a organização das regiões de saúde foi alterada, porém como em 2021 ainda eram organizadas por Gerências Distritais, nesse relatório será utilizada tal divisão.

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



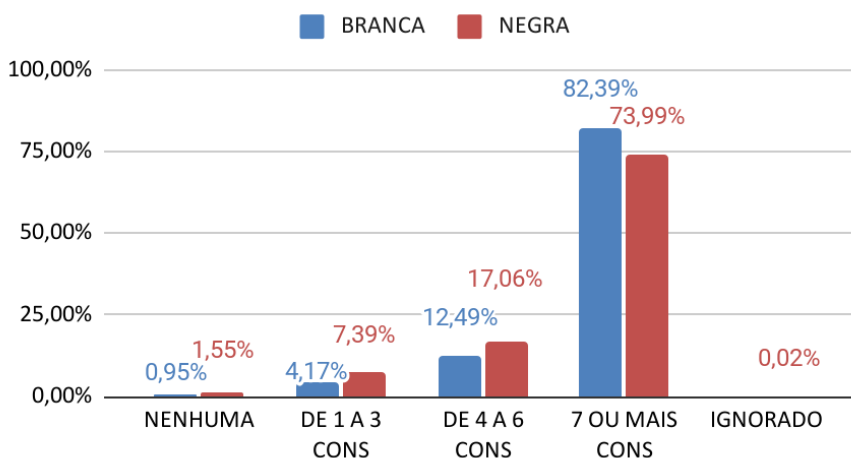
Fonte: CMM-POA,2022/ SINASC, 2022. Acesso em: setembro 2022 (dados 2021 são parciais)

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. Na Figura 3 observa-se um percentual de 79,8% no município e estão discriminados os percentuais por gerências distritais.

Quando estratificamos o quantitativo de consultas de PN por raça/cor, Negras, Indígenas e Amarelas ficam abaixo da meta de 75% de gestantes com 7 consultas ou mais. Apenas mulheres autodeclaradas brancas atingem a meta. Apesar dos inúmeros esforços em qualificar o preenchimento adequado do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde, em 2021 tivemos 3 registros sem esse dado. Para melhor visualização das informações, separamos os dados em brancas e negras/ indígenas e amarelas, devido à diferença no número total de mulheres que pariram (9799 brancas, 4333 negras, 15 amarelas e 22 indígenas), conforme figuras 4 e 5.

Figura 4: Percentual de gestantes que fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal em 2021 estratificado entre brancas e negras

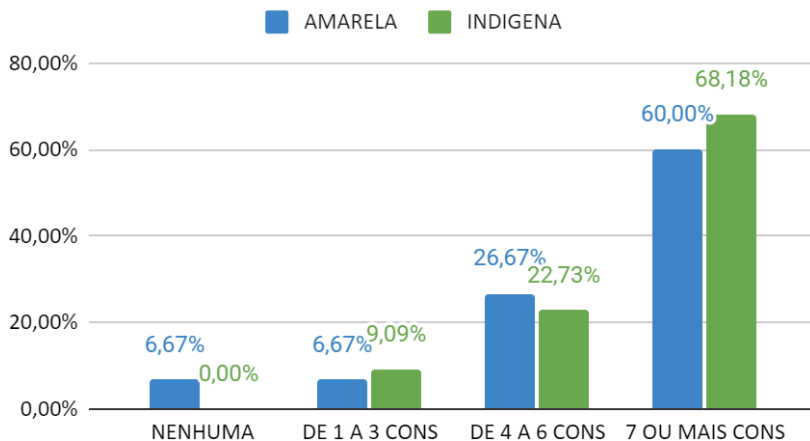
Nº de consultas de PN por Raça/cor (negras e brancas)



Fonte: SINASC 2022. Acesso em: setembro 2022 (dados 2021 são parciais)

Figura 5: Percentual de gestantes que fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal em 2021 estratificado entre indígenas e amarelas

Nº de consultas de PN por Raça/cor (indígenas e amarelas)



Fonte: SINASC 2022. Acesso em: setembro 2022 (dados 2021 são parciais)

Considerando a esfera de atendimentos prestados nos hospitais públicos, privados e suplementares/mistos (privados que também são contratualizados pela rede SUS), em 2021, um óbito ocorreu em maternidade pública, um óbito ocorreu em hospital misto, um óbito ocorreu na SAMU e o último óbito ocorreu no domicílio.

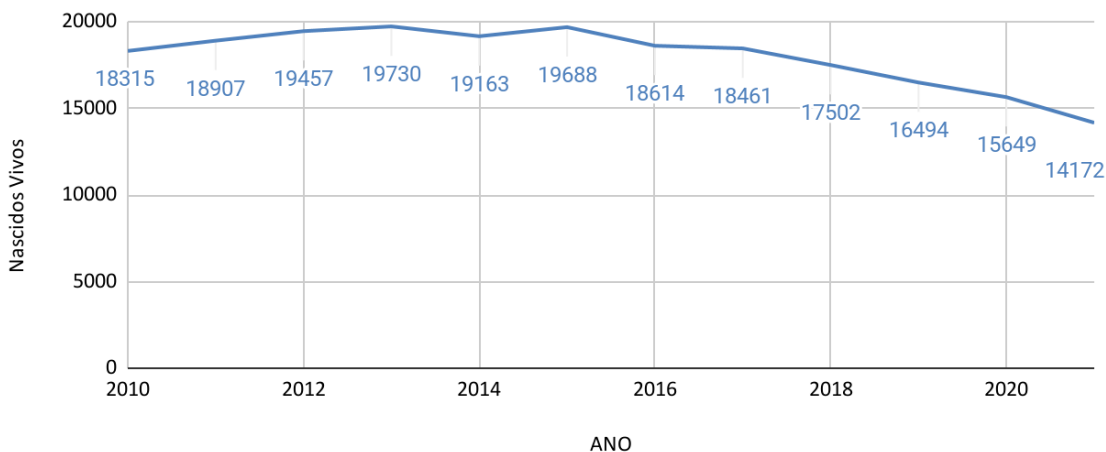
CONSIDERAÇÕES

Porto Alegre registra uma RMM de 28,22 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos.

Neste ano em análise não houve óbito materno por causas obstétricas diretas e, apesar da ocorrência de dois óbitos por COVID-19, a RMM apresentou redução em relação ao ano anterior e manteve-se abaixo dos 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos, atingindo a meta pactuada no Plano Municipal de Saúde vigente. Também contrariou a tendência do estado do RS, que aumentou sua RMM em 2021. Pode-se considerar que os esforços para continuidade no cuidado da gestante ao longo do pré-natal, parto e puerpério na Rede de Assistência à Saúde do município e o rápido acesso aos serviços de alta complexidade mesmo com a pandemia de COVID-19, foram responsáveis pelos resultados obtidos.

Seguindo a tendência de outros estados, Porto Alegre vem consolidando a redução do número de nascidos vivos, conforme se percebe na figura 6, o que impacta diretamente na RMM.

Figura 6: Série histórica de nascidos vivos em Porto Alegre entre 2010 e 2021.



Fonte: SINASC 2022. Acesso em: setembro 2022 (dados 2021 são parciais)

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 proporção de gestantes com 7 consultas ou mais entre brancas e negras/pardas foi de mais de 10%, 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.

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. Entendendo todos os óbitos no ciclo gravídico-puerperal, incluindo os tardios, 30% (n 3) foram por causas externas, sendo dois (2) homicídios. 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, é importante o olhar atento dos serviços para os atravessamentos da questão na saúde, principalmente das mulheres e crianças.

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>. Acesso em: Jun/2022.

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/2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde*. Portaria N°116, de 11 de Fevereiro de 2009.

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: Jun/2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Volume 53 nº 20. Maio de 2022. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no20/view>> . Acesso em: Jul/2022.

CHMIELEWSKA, B., Barratt et al. *Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis*. Lancet Glob Health. 2021. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(21\)00079-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(21)00079-6/fulltext)>. Acesso em: Jul/2022

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/2022.

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/2022.

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

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde: BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL 2022. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/07162400-boletim-epidemiologico-sobre-mortalidade-materna-infantil-e-fetal-2022.pdf>>. Acesso em: Ago/ 2022.

SMYTH, C. et al. COVID-19 lockdowns, intimate partner violence and coercive control. Australian Journal of Social Issues V. 56. Abril 2021. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ajs4.162>>. Acesso em: Ago/2022

TAKEMOTO, M.L.S. et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. International Journal of Gynecology & Obstetrics. Outubro de 2020. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13300>>. Acesso em: Ago/2022

Elaboração e informações

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE
Secretário Municipal de Saúde
Mauro Sparta

Elaboração Técnica

Patricia Conzatti Vieira

Cíntia Rigotto Silveira

DVS – Diretoria de Vigilância em Saúde – Secretaria Municipal de Saúde

Rosa Maria Rimolo Vilarino

Marcia Grutcki

Área Técnica Saúde da Mulher/CPPS/DAPS - Secretaria Municipal de Saúde