

Saúde e Redução da Mortalidade Materna

QUAL PROBLEMA QUEREMOS RESOLVER?

A cada dia, cerca de 830 mulheres no mundo perdem a vida devido a complicações relacionadas à gravidez, parto e pós-parto, sendo que mais de 90% dessas mortes poderiam ser evitadas¹. No Brasil, a mortalidade materna é um grave problema de saúde pública, com uma taxa crescente nos últimos anos, já que, em 2021, ocorreram cerca de 108 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, enquanto que em 2019 essa taxa era de 55 a cada 100 mil nascidos vivos².

O aumento registrado acima ocorreu durante a pandemia de COVID-19, em que o número de mortes maternas no Brasil a cada 100 mil nascidos vivos subiu em 94%, o que representou um retrocesso para os níveis registrados no início dos anos 2000. Além disso, especialistas apontam para o aumento da subnotificação durante esse período, uma vez que o atestado de óbito pôde ser preenchido sem indicar que se tratava de uma morte materna, ou seja, sem o CID relacionado à gestação.

Considera-se óbito materno quando a morte da mulher ocorrer durante a gestação ou até 42 dias após seu término, independente da duração ou de possíveis complicações da gravidez. Esses óbitos estão relacionados à qualidade de vida e ao acesso a cuidados de saúde adequados, e, por isso,

refletem as desigualdades no acesso à saúde da população feminina*. A hipertensão arterial, hemorragias, complicações de aborto em condições inseguras e infecções pós parto são algumas das complicações que levam ao óbito materno.

Nesse sentido, a mortalidade materna pode indicar falhas na implementação e monitoramento das diretrizes e políticas na linha de cuidados em saúde durante o período pré e pós-natal, reproduzindo desigualdades no acesso à assistência de qualidade.

Da mesma forma, sua ocorrência está diretamente ligada às condições de vida e trabalho, à valorização da mulher na sociedade e às desigualdades, discriminações e injustiças sociais que dificultam ou impedem o acesso a serviços de saúde de qualidade³, resultando em gestações não planejadas e, conseqüentemente, possíveis atrasos no início do pré-natal, que se recomenda ter início até a 12^a semana de gestação. Durante e após a pandemia, as desigualdades foram ainda aumentadas, seja pela diminuição da oferta e procura de serviços, como também pela sobrecarga dos sistemas de saúde.

* Este documento optou pelo uso dos termos "mulheres" ou "feminino" baseado na compreensão de que se trata de uma categoria política de importante nomeação. Assim, não tem a intenção de excluir homens trans, pessoas não binárias e outras identidades que também podem gestar ou abortar. Outro elemento relevante para tal escolha, é a ausência de dados públicos disponíveis sobre a gravidez de pessoas que não se identificam como mulheres.

Em relação à gravidez não intencional, no Brasil, quase duas em cada três mulheres grávidas (62%) não tinham planejado a gestação. Influenciando nas altas taxas de gravidez no país estão: a falta de acesso aos cuidados relacionados à saúde sexual e reprodutiva; a vergonha ou impossibilidade de buscar atendimento, especialmente no caso de mães adolescentes; e a falta de educação sexual nas escolas para meninos e meninas⁴.

Nesse contexto, muitas meninas e mulheres, especialmente as mais pobres, recorrem a abortos inseguros e acabam sofrendo complicações que podem resultar em morte. Dados indicam que 43% dos abortos realizados de forma insegura levaram à uma hospitalização, mobilizando recursos que poderiam ser direcionados às emergências obstétricas se o aborto fosse legal e realizado de forma segura⁵. Mais da metade (52%) das mulheres brasileiras que realizaram aborto o fizeram antes dos 19 anos de idade e o Norte e o Nordeste do Brasil, onde há uma concentração maior de mulheres vivendo em condições socioeconômicas desfavoráveis, são as regiões com as maiores taxas de interrupção da gravidez⁶.

Esse cenário ainda se agrava pela falta de acesso a informações por parte da população em educação sexual e reprodutiva a respeito de métodos contraceptivos, por exemplo, pela ausência de apoio por parte do genitor e pelos casos de estupro não relatados a instâncias superiores. Esses agravantes poderiam ser solucionados - ou ao menos mitigados, com ações de promoção à saúde como o Programa de Saúde nas Escolas, aumento da capilaridade da Estratégia de Saúde da Família e reforço das ações na atenção primária.

A questão é que a redução da mortalidade materna deve ser um compromisso não apenas dos profissionais de saúde, mas de toda a sociedade, o que requer a articulação de diferentes setores, por meio de ações de educação sexual e prevenção da gravidez na adolescência, de proteção da infância e de combate à violência sexual por parte dos Conselhos Tutelares, além do favorecimento de acesso aos serviços de aborto legal.

Ademais, o sistema de saúde deve garantir que a mulher tenha acompanhamento pré-natal, e o inicie em tempo oportuno, assim como receba um atendimento seguro e acolhedor no momento do parto, o que deve incluir a disponibilidade de UTIs neonatais e obstétricas para garantir a saúde tanto da mãe quanto do recém-nascido, em caso de complicações graves.

Felizmente, há conhecimento científico e recursos tecnológicos suficientes para prevenir e tratar a maioria das causas de mortalidade materna, que devem ser amplamente utilizados para garantir que as mulheres tenham acesso a serviços de saúde pública, gratuita e adequada durante a gravidez, parto e pós-parto.

Como dito acima, há uma lacuna estatística para realizar o diagnóstico da situação da população indígena no Brasil. Criada em 1967, a Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai) é o órgão responsável, a nível do Executivo federal, para proteger e promover os direitos indígenas no país. A sua atuação não diz respeito somente à delimitação e demarcação de terras, mas também inclui políticas de proteção aos povos, de desenvolvimento sustentável e de

acesso a direitos sociais e cidadania. Desde 2023, passa a ser vinculada ao Ministério dos Povos Indígenas, trazendo maior peso às políticas indigenistas do governo. Apesar da sua importância, o site da Funai praticamente não disponibiliza dados estruturados, o que dificulta a realização de diagnósticos sobre a população. No site do IBGE, por sua vez, há alguns dados demográficos, porém ainda não atualizados com os dados do Censo 2022.

Hoje, as políticas públicas indigenistas se dividem em três eixos principais: demarcação de território, acesso à saúde e à educação. A demarcação é responsabilidade do nível federal, mas tanto a saúde quanto a educação podem receber atenção e políticas dedicadas dos governos estaduais e municipais. Assim, o diagnóstico é feito de modo disperso. No âmbito da saúde, os povos indígenas são considerados uma das populações prioritárias para atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da atuação da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (Sesai/MS) nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Já a responsabilidade municipal está na Atenção Secundária e Especializada.

Cabe ressaltar que, a resolução do Brasil que torna a saúde indígena prioridade global - apresentada no dia 21 de maio de 2023 na 76ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), em Genebra, na Suíça - foi aprovada por unanimidade pela OMS. Nesse sentido, as experiências já em curso no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro se tornam referência para o desenvolvimento do pacto internacional em defesa da saúde dos povos indígenas, tendo, entre outras, medidas como o conhecimento sobre o contexto de saúde dos povos indígenas de seus territórios e a identificação de suas necessidades específicas, assim como as

lacunas no seu acesso à saúde, por meio de coleta dados. E, a partir disso, desenvolver, financiar e implementar planos e estratégias sempre com o intuito de reduzir a desigualdade de gênero, social, cultural e as barreiras geográficas ao acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade, respeitando a abordagem intercultural, intersetorial, inclusiva e participativa no desenvolvimento e implementação de pesquisa e desenvolvimento.

O Censo SUAS é uma pesquisa realizada pelas Secretarias e Conselhos de Assistência Social dos Estados e Municípios. Por exemplo, na edição 2016, os respondentes informaram que apenas 10,6% dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) haviam atendido povos indígenas no ano anterior. De acordo com esse levantamento, a média mensal de atendimento a povos indígenas nas unidades do CREAS é de 6 (seis) pessoas ou família por unidade, sendo que, dentre essas, as unidades afirmam que atendem cerca de duas etnias/comunidades diferentes. Além disso, alguns municípios atendem um número muito maior do que a média brasileira, devido a características de seus territórios. Ou seja, há uma ampla diversidade cultural que requer dos profissionais desses equipamentos um esforço individualizado para o entendimento das diferentes culturas.

Nesse sentido, alguns pontos merecem atenção para formular os equipamentos da Proteção Social Especial (PSE) para os povos indígenas, entre eles estão: aprofundamento do conceito de território e territorialização, considerando as especificidades de cada

etnia; ampliação do entendimento do conceito de matricialidade sociofamiliar; ampliação dos espaços de discussão para definição das formas de tratamento para questões como pobreza, consumo de álcool e outras drogas, violência contra a mulher, abuso sexual e trabalho infantil; ampliação da Rede de PSE nas zonas rurais, pelas dificuldades das longas distâncias; qualificação do papel da equipe de Abordagem Social na identificação de riscos e violações de direitos; e, promoção de debates e instâncias de diálogo com o Sistema de Justiça, entre outros.

É importante destacar, porém, que as populações indígenas devem participar da elaboração de políticas públicas e

nos processos de implementação em seus contextos culturais, não apenas de forma individual, mas também coletiva- o que pode ocorrer, por exemplo, por meio dos Conselhos Nacionais em diversos temas. É preciso que essa construção coletiva seja feita com base nos princípios de reconhecimento de direitos à diferença cultural e à diversidade, além de operações concretas para a preservação do patrimônio cultural e ambiental. Nesse sentido, as capacidades de diálogo, escuta ativa, convencimento e deliberação são fundamentais no processo de implementação de direitos, tanto naqueles processos político-administrativos de nível nacional quanto aqueles focais.

Como fazer o diagnóstico do seu município*?

Em primeiro lugar, é importante encontrar dados mais recentes possíveis sobre a saúde da mulher. Isso inclui indicadores relacionados às mulheres em idade fértil, às causas de mortalidade, ao planejamento familiar e ao pré e pós-parto⁷, como dados sobre consultas pré-natais, realização de exames e atendimentos específicos^{**}. Essas informações facilitam a identificação de áreas no cuidado pré e pós-natal que precisam de melhoria, contribuindo para identificar e atingir as metas municipais, além de monitorar a qualidade do atendimento.

Além disso, outros aspectos relacionados ao contexto da mulher devem ser levados em consideração uma vez que a saúde materna está intrinsecamente ligada também às condições de moradia, como acesso à água encanada, eletricidade, instalações sanitárias na casa ou terreno, e outros indicadores demográficos⁸. Inclui-se também a interação desses indicadores com acesso à educação, dados socioeconômicos e geográficos dentro do município.

Cabe salientar, porém, que algumas questões necessitam uma atenção particular no que tange aos índices

* **Nota da Especialista:** Existem outros indicadores mais finalísticos que podem ser acompanhados em série histórica para avaliar como uma localidade vem se comportando em termos de assistência: - Nascidos vivos com pré-natal adequado; - Nascidos vivos com nenhuma consulta pré-natal; - Nascidos vivos com 1 a 6 consultas pré-natal; - Nascidos vivos com 7 ou mais consultas. Disponível em: <https://iepsdata.org.br/> Acesso em 27 de novembro de 2023.

** Como, por exemplo: proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado

municipais de mortalidade materna para que seja possível identificar as suas causas principais. Por exemplo, o Brasil apresenta alto índice de partos cesáreos em comparação com as recomendações da OMS (máximo de 15%), sendo um dos cinco países que mais realizam cesáreas em relação ao total de partos⁹. Seria importante, portanto, monitorar esse indicador no município de forma a buscar a redução na incidência de intervenções desnecessárias¹⁰.

Outras questões podem dificultar a elaboração de um diagnóstico do município, já que muitas vezes faltam dados acessíveis sobre saúde materna – particularmente os dados relacionados ao aborto*, dadas às questões de legalidade e estigmatização acerca do tema.

Por mais, em relação ao pré-natal, a rede de atenção básica de saúde é imprescindível para acompanhar gestantes de risco habitual e para identificar gestantes de alto risco. Por isso, para planejar uma estratégia municipal, é importante envolver os profissionais da rede de atenção básica a fim de adequar o plano à real situação do município.

Em vista disso, dada a complexidade da questão, é fundamental seguir um processo estruturado e abrangente para a realização de um diagnóstico da saúde materna. Recomenda-se começar pela coleta de dados demográficos, incluindo informações sobre a população total e o número de mulheres em idade fértil, e epidemiológicos, para análise e identificação das principais causas de mortalidade materna e dos fatores de risco associados. Além disso, é essencial

avaliar a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde materna, e se esses seguem as diretrizes determinantes.

A qualidade do atendimento pré-natal, durante o parto e pós-parto, também deve ser cuidadosamente avaliada, levando em consideração a competência dos profissionais de saúde e os recursos disponíveis. Barreiras de acesso, como distância, custos e estigma social, também precisam ser identificados e abordados, com atenção especial para o transporte público e programas de apoio financeiro. Além disso, é fundamental analisar os determinantes sociais da saúde, como o nível de educação, o status socioeconômico e a cultura, bem como o empoderamento das mulheres, uma vez que esses fatores desempenham um papel significativo no acesso aos cuidados de saúde materna. Engajar a comunidade local no processo de diagnóstico por meio de entrevistas e grupos focais é crucial para compreender as preocupações e necessidades da população.

Com base nos resultados do diagnóstico, é possível desenvolver planos de ação com metas claras, envolvendo todas as partes interessadas e monitorando regularmente o progresso. Além disso, é importante garantir a transparência e o apoio contínuo ao compartilhar os resultados e planos com a comunidade e as partes interessadas. Em suma, o diagnóstico da saúde materna em um município é um processo contínuo que exige a colaboração entre diferentes atores para promover melhorias significativas na saúde das mulheres grávidas e mães.

* De acordo com o Código Penal, no Brasil o aborto é autorizado em três casos: gravidez decorrente de estupro, risco à vida da mulher e anencefalia (malformação consistente ou falta de cérebro) do feto. A pena para a realização de um aborto ilegal é de 1 a 3 anos de prisão. Fontes: Em quais casos o aborto é permitido no Brasil?, - Jus.com.br; <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2010/11/03/entenda-o-que-e-anencefalia> Acesso em 18 de setembro de 2023

ONDE ENCONTRAR OS DADOS?

Observatório Obstétrico Br painéis dinâmicos e dados com informações sobre saúde materna, mortalidade de gestantes e puérperas, entre outros indicadores obstétricos.

IBGE - Indicadores sociais das mulheres no Brasil dados de saúde da mulher, separados por região do Brasil, idade e raça; inclui indicadores de prevalência contraceptiva, cobertura de cuidado pré-natal e proporção de partos atendidos por profissionais de saúde especializados.

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica para fins de buscar dados de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); contém dados municipais.

Fundação ABRINQ - Observatório da Criança e do Adolescente espaço virtual que possibilita a consulta, em um mesmo lugar, dos principais indicadores sociais e dos projetos de lei relacionados direta ou indiretamente à infância e à adolescência no Brasil.

Datasus dados de saúde da mulher, em particular mulheres em idade fértil (MIF), incluindo mortalidade materna e dados sobre atendimento; contém dados municipais e estaduais.

Impulso Previne Criado pela organização sem fins lucrativos Impulso Gov, visa aprimorar processos, através da tecnologia e do uso de dados públicos, para auxiliar gestores públicos. É possível, através da plataforma, identificar gestantes que estão sem pré-natal adequado e visualizar recomendações para alcançar metas.

Nascer no Brasil Grupo de Pesquisa Saúde da mulher, da criança e do adolescente, que reúne dados sobre determinantes sociais, epidemiologia e avaliações políticas, além de uma **Avaliação da Rede Cegonha** e informações sobre programas e serviços da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz), que desenvolve estudos epidemiológicos na área de Saúde da Mulher e da Criança.

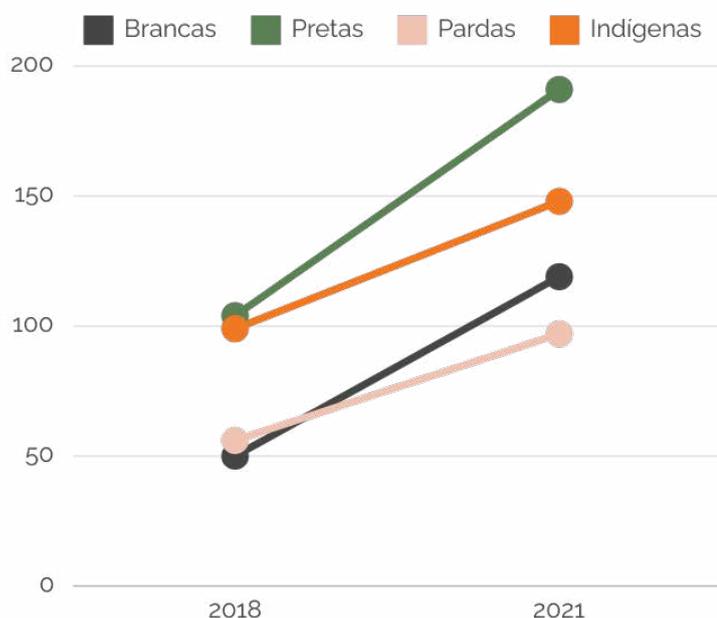
IEPS - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde Organização sem fins lucrativos que desenvolve pesquisa em quatro áreas: pesquisa em economia da saúde; priorização de políticas de saúde na agenda política brasileira; apoio técnico para gestores e tomadores de decisão da área da saúde e suas políticas; promoção de uma cultura de saúde no Brasil com base no ideário da promoção da saúde e prevenção de enfermidades. Os projetos incluem pesquisas científicas rigorosas, a construção de agendas legislativas municipais e federais e o fortalecimento de capacidades nos sistemas locais de saúde.

Gênero e Raça

A mortalidade materna é um indicador importante da qualidade de vida em uma região, especialmente em relação aos cuidados de saúde fornecidos às mulheres. Vários estudos indicam que fatores sociais, como idade, raça, estado civil, escolaridade e condição socioeconômica, podem aumentar o risco de complicações e morte materna em algumas populações mais vulneráveis¹¹.

Historicamente, no Brasil, mulheres negras e indígenas são mais afetadas pela mortalidade materna do que mulheres brancas. Durante o período de 2018 a 2021, a taxa de mortalidade materna entre mulheres brancas aumentou de 49,9 para 118,6 mortes por 100 mil nascidos vivos. Já entre as mulheres pretas, a taxa aumentou de 104 para 190,8 mortes por 100 mil, sendo a maior entre todos os grupos. Para as pardas, a taxa foi de 55,5 para 96,5, enquanto para as indígenas, a taxa passou de 99 para 149¹².

Mortalidade Materna por 100mil nascidos vivos



A mesma pesquisa apresenta algumas hipóteses para o aumento de mortes no período analisado, durante a pandemia de coronavírus, como "o colapso enfrentado por hospitais, o negacionismo em relação às medidas preventivas e a resistência inicial na vacinação das grávidas". No entanto, nenhuma dessas hipóteses explicam as disparidades raciais, que podem ser explicadas pela maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e pela baixa qualidade da assistência recebida¹³.

Além disso, as desigualdades raciais também são evidentes em diferentes regiões do Brasil. Em 2014, por exemplo, 52,9% das gestantes pretas do Norte do país não tiveram acesso adequado ao pré-natal, em comparação com 21,7% das mulheres brancas do Sudeste¹⁴. A cor da pele também afeta o acompanhamento de adolescentes grávidas: enquanto 64% das jovens brancas têm acesso adequado ao exame pré-natal, esse número cai para 50% entre as negras e para 30% entre as indígenas¹⁵.

Adicionalmente, a proporção de óbitos maternos na população indígena é significativamente mais elevada em comparação com a população em geral. Estudos realizados no período de novembro de 2021 a agosto de 2022, em Mato Grosso do Sul¹⁶, demonstram que o risco de morte materna é ao menos 2 vezes maior para mulheres indígenas do que para a população não-indígena. Além disso, a variável raça/cor frequentemente, durante a pesquisa, foi informada como "parda" e não como "indígena", dada a dificuldade de entendimento dessa classificação que muitas vezes impede o registro dessa

informação. Dessa forma, considera-se que houve uma subnotificação dessa variável na população pesquisada, o que reforça a baixa qualidade das informações disponíveis acerca desse grupo¹⁷.

No que se refere ao planejamento familiar, pesquisas apontam que quase 8 em cada 10 mulheres que realizaram um aborto são negras ou indígenas (78%), com baixo nível de escolaridade e residência em áreas desassistidas por serviços de saúde. A falta de serviços de assistência em saúde nessas áreas, a ausência de educação sexual nas escolas e o acesso limitado a métodos contraceptivos, além da exposição à violência doméstica, são fatores que contribuem para essa realidade¹⁸.

Além disso, é comum que o primeiro aborto ocorra na adolescência e em situações de violência sexual, que afetam especialmente meninas negras. Muitas dessas vítimas, que têm até 14 anos de idade, são negadas do acesso ao aborto legal, mesmo que qualquer ato sexual com crianças ou adolescentes até essa idade seja considerado estupro de vulnerável por lei. Isso ocorre muitas vezes por intervenção judicial ou por serviços de saúde que se recusam a fornecer o serviço, ainda que todos os hospitais credenciados ao Sistema Único de Saúde que oferecem serviços de ginecologia e obstetrícia sejam obrigados a realizar o aborto nos casos previstos por lei. No entanto, de acordo com o site Mapa Aborto Legal, em setembro de 2022, apenas 42 hospitais realizavam de fato o procedimento¹⁹.

A análise sobre a mortalidade materna e o acesso aos cuidados de saúde revelam disparidades profundas, especialmente relacionadas a gênero e raça. Mulheres negras e indígenas enfrentam obstáculos adicionais no acesso aos serviços de saúde durante a gestação e o parto, resultando em taxas alarmantes de mortalidade materna e falta de acesso ao aborto seguro²⁰.

A desigualdade racial e étnica não apenas afeta o acesso aos cuidados de saúde, mas também influencia a qualidade da assistência recebida, uma vez que as políticas de saúde devem ser desenvolvidas com um entendimento cuidadoso das necessidades específicas desses grupos étnico-raciais, visando garantir assistência de qualidade e acesso igualitário aos serviços de saúde reprodutiva. Além disso, é importante enfrentar as barreiras sistêmicas que perpetuam a falta de acesso ao aborto seguro, especialmente para adolescentes e mulheres negras vítimas de violência sexual, isto posto, destaca-se a urgência de ações políticas e sociais para abordar as disparidades de gênero e raça no contexto da saúde reprodutiva e garantir o direito à vida e à saúde para todas as mulheres²¹.

Como Enfrentar esse Problema?

No caso de países subdesenvolvidos, acredita-se que as principais causas de morte de gestantes poderiam ser evitadas com uma assistência de qualidade durante o ciclo gravídico-puerperal, visto que o acesso à saúde é restrito nessas regiões que possuem poucos recursos (ou vontade política) para investir no alcance e universalidade desses serviços. No Brasil, por exemplo, as doenças hipertensivas estão entre as causas mais frequentes, resultantes dos obstáculos à assistência durante todo o ciclo reprodutivo - desde o planejamento familiar e pré-natal até o puerpério. No entanto, condições como essa são amplamente evitáveis e tratáveis quando há acesso a cuidados de saúde adequados à população e de qualidade²².

A atenção primária à saúde centrada na comunidade é capaz de atender às necessidades de mulheres, crianças e adolescentes, possibilitando o acesso equitativo a serviços essenciais, como partos assistidos, cuidados pré e pós-natais, vacinação infantil, nutrição e planejamento familiar. O subfinanciamento dos sistemas de atenção primária à saúde, a falta de profissionais de saúde treinados e as fracas cadeias de suprimentos de produtos médicos ameaçam a possibilidade de prevenção de mortes maternas²³.

Para enfrentar o alto índice de mortalidade materna no Brasil, o Governo Federal implementou em 2011 a Rede Cegonha, um programa de apoio e financiamento para ações de atendimento a gestantes e recém-nascidos que inclui a melhoria da vigilância do registro civil e a promoção da saúde

materna. A política foi substituída, em 2022, pela Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami), até ser novamente reformulada em 2023 após a troca de gestão no Governo Federal, situação que evidencia a problemática da descontinuidade de políticas públicas²⁴. A Rede Cegonha objetiva oferecer maior qualidade nos cuidados pré-natais, no parto e no pós-parto.

A Rede trouxe avanços significativos, especialmente em relação à humanização do parto. Além disso, favoreceu a participação de enfermeiras obstétricas e outros profissionais, para além do médico obstetra, no parto de baixo risco em várias iniciativas pelo país, além do médico obstetra. Isso resultou em um aumento de atores dessa rede multidisciplinar no atendimento à mulher, o que é importante para garantir um vínculo entre essas equipes e hospitais, especialmente em casos de alto risco²⁵.

Nesse sentido, o desafio da rede de atenção obstétrica e infantil é de garantir um pré-natal adequado e o encaminhamento para hospitais ou maternidades de referência (UTI obstétrica e neonatal) para casos de emergência durante o parto, o que requer articulação de todos os níveis de atenção à saúde e cooperação entre as administrações estadual e municipal.

Na atenção primária, é preciso expandir a **Estratégia de Saúde da Família** para alcançar uma cobertura maior da população e reduzir internações²⁶, incluindo gestantes. Além disso, a escassez de médicos ainda é um problema grave. É difícil contratar esse tipo de profissional em regime integral, já que muitos

preferem trabalhar no setor privado devido a fatores como remuneração e condições de trabalho, o que dificulta a criação de vínculos com as gestantes e a garantia de encaminhamento para um atendimento hospitalar adequado²⁷.

Além disso, a melhoria dos sistemas de informação na atenção básica pode aumentar o número de consultas de pré-natal, uma vez que muitos municípios brasileiros ainda não possuem sistemas informatizados disponíveis na atenção básica, o que dificulta a identificação das situações que merecem atenção adicional. Nesse sentido, com um sistema de informação eficiente, é possível identificar e localizar essas mulheres, permitindo que a equipe de saúde da família possa oferecer o atendimento adequado²⁸.

Por fim, é importante considerar a articulação dos diferentes serviços de saúde no que tange às competências de cada nível de governo. Enquanto o Governo Federal atua principalmente no financiamento de estados e municípios aderentes aos programas, os governos estaduais regulam a rede hospitalar de média e alta complexidade. A atuação dos municípios, por sua vez, acontece principalmente na Atenção Básica, onde a promoção da saúde materna contempla a realização de consultas pré-natais em tempo oportuno e com qualidade, visando diagnosticar e tratar doenças intercorrentes durante o período gravídico-puerperal, além de referenciar segundo critérios baseados em evidências as pacientes que necessitem de atendimento de média e alta complexidade.



Exemplos de Políticas Públicas

Estaduais

PROGRAMA BEM NASCER

Minas Gerais

Programa estadual que promove o fortalecimento do sistema de saúde, com a destinação de equipamentos, qualificação de profissionais e repasse de recursos para custeio nos municípios, dentro da estratégia de regionalização de saúde.

Mãe Coruja

Pernambuco

Programa social brasileiro de referência na área materno-infantil, sendo reconhecido e premiado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização dos Estados Americanos (OEA), como modelo de Gestão de Política Pública. Oferece apoio às mães pernambucanas, antes e depois do nascimento de seus filhos, tendo como objetivo prestar atenção integral às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos seus bebês, garantindo a eles um desenvolvimento saudável e harmonioso durante os primeiros anos de vida. Uma parceria entre governo estadual, prefeituras municipais e a sociedade, com impacto positivo na melhoria dos indicadores sociais em Pernambuco.

Municipais*

PROGRAMA MÃE PAULISTANA

São Paulo

Formalizado pela Lei Estadual nº 11.025, de 28/12/2001, o Programa tem sua implementação sob responsabilidade da CDHU e estabelece a aplicação dos recursos a fundo perdido. O objetivo é promover o atendimento habitacional às aldeias indígenas do Estado de São Paulo em terras detentoras de Título de Domínio, em tipologias adequadas aos usos e hábitos culturais das comunidades indígenas desenvolvidas pela CDHU ou pelas prefeituras municipais envolvidas no programa, com participação das comunidades. A localização das casas fica a cargo de cada comunidade, com assistência da Funai, a rede de abastecimento de água sob os cuidados da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e o sistema de esgotamento sanitário (fossa séptica, filtro anaeróbio e sumidouro) fica incluído na unidade habitacional.

*** Nota da Especialista sobre as políticas públicas municipais:** Realizar pré-natal por si só não configura programa municipal específico. Faz parte da carteira de serviços da atenção primária e é inerente às atribuições da APS oferecer atenção ao pré-natal e puerpério. Todos os serviços de Atenção Primária devem fazê-lo. Por essa razão, o programa de financiamento da APS do Ministério da Saúde avalia o desempenho da APS dos municípios olhando para indicadores pré-natal. A regra é que o pré-natal habitual (caso que não é de risco) seja realizado sempre na APS. Também é papel da APS, além de realizar a primeira consulta antes da 12ª semana de gestação, classificar o risco da gestante no momento da consulta, e caso a gestação seja de risco, a APS deve encaminhar a gestante para o nível especializado (maternidades, hospitais, etc.) para dar continuidade ao pré-natal nesses locais.

CEGONHA CARIOCA

Rio de Janeiro

O programa é composto por uma rede de 198 Unidades Básicas de Saúde, oferecendo atenção integral à saúde da mulher em todos os ciclos de vida tendo como prioridade a redução da mortalidade materna e redução da sífilis congênita.

PROGRAMA MUNICIPAL DE SAÚDE DA MULHER

Rio de Janeiro

Realiza ações de saúde da gestante, planejamento familiar, climatério, prevenção do câncer de colo de útero e de mama nas Unidades Básicas de Saúde.

Exemplos de Leis e Projetos de Leis

Direitos e princípios do parto humanizado

Lei nº 2.313/2022 (Federal)

Garante à mulher e ao bebê o direito à assistência médica adequada e ao atendimento por uma equipe multidisciplinar, além do acesso a políticas públicas que permitam o pleno desenvolvimento da gestação em condições dignas. Também proíbe a discriminação, violência e negligência contra mulheres gestantes.

Lei nº 11.634/2007 (Federal)

Decreta que toda gestante tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto e na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

Lei Estadual nº 7.191/2016 (Rio de Janeiro)

A lei dispõe sobre o direito ao parto humanizado e os direitos da pessoa grávida durante o parto. A lei foi modificada pela [Lei n. 9.238/2021](#), que adiciona a rede privada nas garantias de direito ao parto humanizado, garante o direito a um Plano Individual de Parto, e inclui a prevenção da violência obstétrica, incluindo práticas não consentidas ou desnecessárias, aos princípios do parto humanizado.

Lei Estadual nº 23.175/2018 (Minas Gerais)

Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado.

Comitê municipal de prevenção/investigação

Lei Municipal nº 8.296/2015 (São Leopoldo/RS)

Institui o Comitê Municipal de prevenção e investigação da mortalidade materna, infantil e fetal, de natureza consultiva, normativa e fiscalizadora. Foi modificada pela lei nº 9.555/2022, que mudou a composição do Comitê e alterou suas responsabilidades referentes à investigação e qualificação da informação)

Programas de prevenção/combate à mortalidade materna

Lei Municipal nº 11.313/1992 (São Paulo/SP)

Institui o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, com objetivo de criar um diagnóstico dos índices reais e identificar as principais causas de mortalidade materna no município. A Lei também criou os Comitês de Mortalidade Materna para fiscalizar os diferentes componentes do Programa.

Lei municipal nº 5445/2005 (Teófilo Otoni/MG)

Institui a política municipal de Combate à mortalidade materna.

Lei Estadual nº 23.175/2018 (Minas Gerais)

Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado.

Conscientização

Projeto de Lei Municipal nº 108/2002 (Belém/PA)

Institui o dia municipal pela saúde da mulher e pela redução da mortalidade materna no município.

Projeto de Lei Municipal nº 158/2022 (Santos/SP)

Acrescenta dispositivo da Lei 3.265/2016 para incluir o mês Maio Furta-cor dedicado às ações de conscientização e incentivo ao cuidado e promoção da saúde mental materna e de todas as pessoas que engravidam.

Avaliação de Impacto

Programas de boas práticas para assistência pré-natal e ao parto:

Rede Cegonha (Nacional)

Em 2011 foi implementada a estratégia Rede Cegonha para promover e implantar um novo modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil. Como consequência, em 2017, constatou-se um aumento na prevalência de boas práticas recomendadas no manejo do trabalho de parto e parto vaginal por 150% e uma redução na prevalência de intervenções consideradas desnecessárias por 30%. Esses efeitos foram maiores nas púerperas pretas e pardas em comparação com as mulheres brancas (é importante notar que elas partiram de prevalência menores já em 2011). Além disso, o aumento também foi maior nas mulheres de menor escolaridade²⁹. Porém, os dados também apontam para uma necessidade contínua de melhoria e adaptação do programa, uma vez que um quarto das maternidades ainda são classificadas como não adequadas em pelo menos um dos componentes do programa e, em algumas regiões do Brasil, entre 50 e 80% das maternidades tem um alto percentual de implantação não adequada de intervenções desnecessárias no trabalho de parto³⁰.

Boas práticas para assistência pré-natal e ao parto no âmbito internacional:

Estratégia de Atenção ao Parto Normal - EAPN (Espanha)

Em 2006 foi implementado a Estratégia de Atenção ao Parto Normal na Espanha, com objetivo de diminuir as taxas de parto por cesárea e de óbitos perinatais no país. O plano seguiu quatro eixos estratégicos: a promoção de práticas clínicas baseadas em evidência; o incentivo à participação das mulheres usuárias da rede pública de saúde; o treinamento de profissionais das áreas obstétricas e pediátricas e o incentivo à pesquisa e disseminação das boas práticas. Como parte do projeto, foram publicados novos princípios de boas práticas e diretrizes para cuidados neonatais e trabalho de parto. Como resultado, em 2011, foi constatado que o programa EAPN teve impacto positivo na redução de taxas de cesáreas nos hospitais da rede pública, com uma diminuição de 2 pontos percentuais, mantendo níveis de saúde perinatal. Além disso, a política economizou ao estado entre 24 e 44 milhões de euros por ano de implementação, dado o menor custo de parto normal em comparação com partos cesáreos³¹.

Utilização de teleconsultas no atendimento obstétrico:

Fale com a Parteira Recife - PE (Nacional)

Em 2020, o projeto Fale com a Parteira iniciou como ferramenta de atendimento obstétrico virtual e telefônico através do WhatsApp. Mais de 56 enfermeiras trabalharam voluntariamente no projeto, que foi criado para ajudar no combate aos desafios impostos diante da complexidade da pandemia de COVID-19 na área da saúde, e em particular na saúde obstétrica. Só nos 3 primeiros meses do projeto, mais de 2300 usuárias - a maioria no terceiro semestre de gestação - tiveram atendimento pelo WhatsApp, com um tempo de ligação médio de 20 minutos. Foi observado que as gestantes no município se sentiram mais seguras e acompanhadas durante a pandemia graças ao projeto, dado a diminuição no acesso às consultas obstétricas normais³². É importante ressaltar a presença desse projeto também nos estados da Bahia, Paraíba, Manaus, São Paulo e Sergipe, e nos municípios de Dourados-MS, Itabuna e Feira de Santana, na Bahia, e em Caruaru, em Pernambuco. Atualmente a teleorientação via whatsapp desse projeto encontra-se encerrada.

Promoção de Saúde Materna:

Green Tara Nepal (GTN) (Espanha)

Em 2007, a ONG Green Tara Nepal implementou um programa de conscientização e promoção de saúde materna em comunidades rurais no Nepal. O programa focava na abordagem de ações participativas e na promoção de pequenos incentivos através de reuniões semanais existentes na comunidade. Cada ciclo incluía 24 sessões de duração de 1 hora, com grupos compostos de mulheres gestantes ou com filhos abaixo de 2 anos de idade, sogras e maridos. Utilizando os sistemas sociais já estabelecidos, o programa não só aumentou em 7 vezes a probabilidade de mulheres procurarem cuidados antenatais pelo menos uma vez durante a gravidez, mas também aumentou em 2 vezes a probabilidade de realizarem 4 ou mais consultas pré-natais e de tomarem ferro ou ácido fólico, além de haver um aumento nas taxas de planejamento familiar. Finalmente, também foi encontrado um efeito positivo na demanda por partos em instituições hospitalares e por atendimentos pós-parto³³.

Programa Mãe Coruja Pernambucana (PMCP)

Em 2007 foi implementado o Programa Mãe Coruja Pernambucana em 102 municípios do estado³⁴. O projeto previa a implementação de cantos Mãe Coruja nos municípios, repasse de recursos a maternidades e um aumento de cadastro e monitoramento de gestantes e crianças de menos de 5 anos cadastradas. Para tal investiu-se na capacitação de profissionais da saúde, na instalação de tecnologias obstétricas, como ultrassonografia em maternidades, e na criação de uma rede de assistência materno-infantil organizada, para a qual as gestantes seriam vinculadas³⁵. Como resultado, em 2016, foi constatado que o programa contribuiu para a redução em 23,32% de taxas de mortalidade infantil e para o aumento em 96,06% na proporção de consultas pré-natais nos municípios no qual foi implementado. Porém, não foram encontradas evidências de seu efeito nos índices de mortalidade materna³⁶.

Outras sugestões de leitura sobre o tema

- **Mortalidade materna: causas e caminhos para o enfrentamento**
- **Saúde materna**
- **A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso.**
- **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente - Mortalidade materna**
- **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**
- **O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018**

Atenção ao Pré-Natal - Guia rápido do pré -natal (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMSRJ)

Referências

- 1 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Saúde Materna. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em: 21 nov. 2023.
- 2 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Saúde Materna. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em: 21 de novembro de 2023
- 3 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/29923/MORTALIDADE%20MATERNA.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 21 set. 2023.
- 4 BAYER. Panorama atualizado da gravidez não planejada no Brasil. Gravidez não planejada atinge 62% das mulheres no Brasil. Disponível em: <https://www.bayer.com.br/pt/blog/gravidez-nao-planejada-atinge-62-mulheres-brasil>. Acesso em: 02 maio 2024.
- 5 DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. National Abortion Survey – Brazil, 2021. Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 28, n. 2, mar. 2023. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/national-abortion-survey-brazil-2021/18689?id=18689>. Acesso em: 02 maio 2024.
- 6 DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. National Abortion Survey – Brazil, 2021. Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 28, n. 2, mar. 2023. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/national-abortion-survey-brazil-2021/18689?id=18689>. Acesso em: 15 ago. 2023.
- 7 GENOVESI, Flávia Françoso, et al. Assistência à saúde materno-infantil: índice de adequação em serviços públicos de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 4, 2020. Disponível em: <https://nascerno-brasil.enp.fiocruz.br>. Acesso em: 13 mar. 2024.
- 8 BARROS, A. J. D.; WEHRMEISTER, F. C.; VICTORA, C. G. Desigualdades em saúde materno-infantil no Brasil: 20 anos de progresso. Disponível em: http://www.repositorio.ufpel.edu.br/bitstream/prefix/4442/3/Desigualdades_em_sa%C3%BAde_materno-infantil_no_Brasil%20-%20vers%C3%A3o%20corrigida.pdf Acesso em 18 de setembro de 2023.
- 9 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100> Acesso em: 21 nov. 2023.
- 10 BITTENCOURT, S. D. 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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4p3vFS9znjmjkKxrXBFdrMM/>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- 11 DIAS, Júlia Maria Gonçalves, et al. Mortalidade materna. Revista Médica de Minas Gerais, v. 25, n. 2, p. 236-242, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/358282140_Mortalidade_Materna/link/61fb22bbaad5781d41c944b0/download?tp=eyJjb250ZXh0ljp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uliwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19. Acesso em: 13 mar. 2023.
- 12 PULITZER CENTER. Alta de mortes maternas é marcada por iniquidades raciais e regionais. Disponível em: <https://pulitzercenter.org/node/29154>. Acesso em 21 de novembro de 2023.
- 13 MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, nov. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100022> Acesso em: 13 mar. 2023.
- 14 INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-27/>. Acesso em: 21 de novembro em 2023.
- 15 GELEDÉS. Acesso ao pré-natal é pior para meninas negras e indígenas. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/aceso-ao-pre-natal-e-pior-para-meninas-negras-e-indigenas-diz-pesquisadora-da-ufba/>. Acesso em 21 de outubro de 2023.
- 16 FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Estudo aponta baixa assistência pré-natal em mulheres indígenas. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-baixa-assistencia-pre-natal-em-mulheres-indigenas-no-ms> Acesso em: 21 de outubro de 2023.

- 17 ESTIMA, Nathalie Mendes; ALVES, Sandra Valongueiro. Mortes maternas e de mulheres em idade reprodutiva na população indígena, Pernambuco, 2006-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online], v. 28, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200010>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- 18 GÊNERO E NÚMERO. Abortos caem mas ainda levam 2 a cada 5 mulheres ao hospital. Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/pesquisa-nacional-aborto-2023/>. Acesso em 13 de março de 2023.
- 19 GÊNERO E NÚMERO. Abortos caem mas ainda levam 2 a cada 5 mulheres ao hospital. Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/pesquisa-nacional-aborto-2023/>. Acesso em 13 de março de 2023.
- 20 INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE (ICICT) - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Violência obstétrica: um obstáculo ao direito à saúde das mulheres. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/44418>. Acesso em: 02 de maio de 2024.
- 21 AGÊNCIA BRASIL. Gestantes pretas são principais vítimas de morte por hipertensão. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2023-10/gestantes-pretas-s%C3%A3o-principais-v%C3%ADtimas-de-morte-por-hipertens%C3%A3o>. Acesso em: 02 de maio de 2024.
- 22 UNFPA BRASIL. Uma mulher morre a cada dois minutos devido à gravidez ou ao parto, indica estudo da ONU. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/uma-mulher-morre-cada-dois-minutos-devido-a-gravidez-ou-ao-parto-indica-estudo-da-onu>. Acesso em: 21 de outubro de 2023.
- 23 UNFPA BRASIL. Uma mulher morre a cada dois minutos devido à gravidez ou ao parto, indica estudo da ONU. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/uma-mulher-morre-cada-dois-minutos-devido-a-gravidez-ou-ao-parto-indica-estudo-da-onu>. Acesso em: 21 de outubro de 2023.
- 24 FOLHA DE SÃO PAULO. Alta de mortes maternas é marcada por iniquidades raciais e regionais. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/03/alta-de-mortes-maternas-e-marcada-por-iniquidades-raciais-e-regionais.shtml?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=comptw. Acesso em: 18 jun. 2023.
- 25 ALVES, ngela Gilda; et al. Política de humanização da assistência ao parto como base à implementação rede cegonha: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v. 11, n. 2, p. 691-702, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i2a11989p691-702-2017>. Acesso em: 18 jun. 2023.
- 26 PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Acesso em: 18 jun. 2023.
- 27 BIANCHESSI, J. V.; ABREU, A. L. A escassez do trabalho médico e os desafios no setor público. *Revista de Administração em Saúde (On-line)*, v. 19, n. 74, jan.-mar. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.74.147>. Acesso em: 18 de jun, de 2023.
- 28 INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). Mortalidade materna: causas e caminhos para o enfrentamento. In: Olhar IEPS - O policy brief do IEPS, 14 mar. 2023. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/03/olhar-IEPS-4-mortalidade-materna.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2023.
- 29 LEAL, M. D. C., et al. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 823-835, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n8nR78Pnmf-FQssDDgTggTjz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- 30 BITTENCOURT, S. D. 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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4p3vFS9znjmjkKxrXBFdrMM/>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- 31 ALCAIDE, A. R.; ARRANZ, J. M. An impact evaluation of the strategy for normal birth care on caesarean section rates and perinatal mortality in Spain. *Health Policy*, v. 126, n. 1, p. 24-34, 2022. Disponível em: <https://ideas.repec.org/a/eee/hepoli/v126y2022i1p24-34.html>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- 32 OLIVEIRA, S. C. D., et al. Telenfermagem na COVID-19 e saúde materna: WhatsApp® como ferramenta de apoio. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/S8qr-8r3pwRjR9jhwDjcMQdh>. Acesso em: 13 mar. 2023.

- 33 SHARMA, S.; et al. Measuring What Works: An impact evaluation of women's groups on maternal health uptake in rural Nepal. PloS one, v. 11, n. 5, e0155144, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4877042/> Acesso em: 13 mar. 2023.
- 34 CABRAL, A. L. N. Avaliação do impacto do Programa Mãe Coruja Pernambucana nas taxas de mortalidade infantil e materna em Pernambuco. 2016. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/24461/1/DISSER-TA%C3%87%C3%83O%20Alessandra%20Lucas%20Nunes%20Cabral.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2023.
- 35 LIMA, S. S. D.; et al. Avaliação do impacto de programas de assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido nas mortes neonatais evitáveis em Pernambuco, Brasil: estudo de adequação. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xjBngQW39sVHzVBL4q9Zj3P/> Acesso em: 13 mar. 2023.
- 36 CABRAL, A. L. N. Avaliação do impacto do Programa Mãe Coruja Pernambucana nas taxas de mortalidade infantil e materna em Pernambuco. 2016. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/24461/1/DISSER-TA%C3%87%C3%83O%20Alessandra%20Lucas%20Nunes%20Cabral.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2023.

Ficha Catalográfica

Rede A Ponte - Rio de Janeiro - RJ; abril 2024; 25 fls.

Resumo de Políticas Públicas: Saúde e redução da mortalidade materna.

Redação: Georgia Hillel, Juliana Monteiro, Sílvia Talho e Lilian Corôa

Revisão: Lilian Corôa, Taís Moraes, Tamires Simoneti e Fernanda Horn

Revisão Técnica: Aghata Eleone

Organização: Cláucia Piccoli Faganello, Maria Aparecida Mercadante e Amanda de Albuquerque

Diagramação e Projeto Gráfico: Tatiana Ruediger

ISBN: 978-65-980217-8-8

