

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

DAYENY KARYNE CORDEIRO SABINO BRAGA

**Gestar no Brasil durante a pandemia de Covid-19: velhos novos e
novos velhos problemas**

VITÓRIA

2024

DAYENY KARYNE CORDEIRO SABINO BRAGA

**Gestar no Brasil durante a pandemia de Covid-19: velhos novos e
novos velhos problemas**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Política Social da Universidade Federal do Espírito
Santo, como requisito parcial para obtenção do título
de Doutora em Política Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Teixeira Garcia.

VITÓRIA
2024

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

C794g Cordeiro Sabino Braga, Dayeny Karyne, 1990-
Gestar no Brasil durante a pandemia de Covid-19: : velhos
novos e novos velhos problemas / Dayeny Karyne Cordeiro
Sabino Braga. - 2024.
(recurso não paginado). : il.

Orientadora: Maria Lúcia Teixeira Garcia.
Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade Federal
do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Direitos reprodutivos. 2. Ciclo gravídico puerperal. 3.
Covid-19. 4. Mortalidade materna. 5. Brasil. I. Teixeira Garcia,
Maria Lúcia. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro
de Ciências Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 32

**GESTAR NO BRASIL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19:
VELHOS NOVOS E NOVOS VELHOS PROBLEMAS**

DAYENY KARYNE CORDEIRO SABINO BRAGA

Tese submetida ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutora em Política Social.

Aprovada em 14 de junho de 2024.

COMISSÃO EXAMINADORA



Professora Doutora Maria Lúcia Teixeira Garcia
Orientadora/Universidade Federal do Espírito Santo



Professora Doutora Fabíola Xavier Leal
Universidade Federal do Espírito Santo



Doutora Letia Marchezi Tavares Menandro
Doutora em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo



Prof. Dr. Mauricio de Souza Sabadini
Universidade Federal do Espírito Santo



Professora Doutora Cássia Maria Carloto
Universidade Estadual de Londrina



Professora Doutora Vera Maria Ribeiro Nogueira
Universidade Federal de Santa Catarina

Para minha mãe, Maria Aparecida (*in memoriam*).

Agradecimentos

Minha primeira gratidão é a Deus. Por causa Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas. A Ele a glória, para sempre. Por sua bondade, cheguei até aqui.

À minha orientadora, Prof.^a Lúcia. Generosidade é a melhor palavra que encontrei, se tivesse que escolher uma para descrevê-la. Grata pelo acolhimento na mudança do objeto de estudo, pela compreensão e firmeza, pelas provocações, reflexões, paciência e perseverança. Grata pelas perguntas difíceis e absolutamente necessárias. E pela partilha de tanto conhecimento e experiência. Você já era admirável de longe, mas descobri que consegue ser mais ainda de perto.

Ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, onde tive a oportunidade de formação no mestrado e, alguns anos depois, de retornar para o doutorado. Muita gratidão aos professores e colegas pelas leituras, debates e experiências compartilhadas. Vocês são muito queridos e fazem com que a Ufes seja como uma segunda casa.

Às professoras Fabiola Xavier Leal, Vera Maria Ribeiro Nogueira e Cássia Maria Carloto pelas contribuições na banca de qualificação e defesa. E, especialmente, ao professor Maurício Sabadini por ter me acolhido para orientação logo que ingressei no doutorado, além da participação na qualificação. Minha gratidão também à Leila pelas indicações bibliográficas, e pelas contribuições na banca de defesa.

Às parceiras Brenda e Viviane pelo apoio no trabalho estatístico. Grata pela disponibilidade, atenção, paciência, companheirismo e dedicação de vocês. Ainda agradeço à Kamilla, que também contribuiu na análise estatística ao final do trabalho.

Às queridas Eunice e Arelys pelo suporte na revisão dos resumos em inglês e espanhol.

À minha família, especialmente ao Jefferson, meu marido, que abraçou comigo mais esta

etapa de formação e esteve lado a lado nos desafios e alegrias. Grata por me esperar e, com amor, me ajudar a enxergar além do aqui e do agora. Ao João, meu filho, que me despertou a inquietação para o estudo deste tema tão caro. Grata também ao meu bebê Levi, que me impulsionou na reta final desta jornada.

À minha avó, Ambrozina, às minhas mães, Raquel e Vera, e ao meu pai, Ullisses, por me nutrirem de confiança e desde pequena terem me ensinado o caminho para a verdadeira sabedoria. Gratidão também a Luciana, Douglas, Mel, Dom, Janaína, David, Gabriel, Esther, Jameica, Jessé, Isaque, Gustavo, Dona Laura e Seu Ademivaldo. Grata pela compreensão nas minhas ausências, e por todo amor dedicado a mim. Essa vitória também é de vocês!

À Andréa, que segurou minha mão, ajudando-me a decifrar muito do que esta tese significa para mim. Agradeço seu encorajamento e companheirismo nessa jornada. Quem dera todos tivessem uma psicóloga como você!

Ao Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Venda Nova do Imigrante, e especialmente ao Seu Osmar, que lutou comigo para que fosse possível estudar e trabalhar no município. Grata pelo apoio, incentivo e carinho ao longo dessa caminhada.

À Maiara, pela criatividade e habilidade para ilustrar este trabalho. Você é brilhante, garota!

Às amigas que ganhei na Ufes e na vida profissional Talita, Débora e Suilyanna. Grata por compreenderem comigo o valor deste trabalho e sempre me fortalecerem. Vocês são demais!

Aos colegas da Assistência Social de Venda Nova do Imigrante, especialmente aos amigos do CREAS, e Cláudia e Claudiana, que conviveram comigo ao longo desses 5 anos de doutorado. Trabalhar e estudar nunca foi fácil, mas com vocês ao meu lado, esse caminho foi bem mais feliz.

Com licença poética

Quando nasci um anjo esbelto,
desses que tocam trombeta, anunciou:
vai carregar bandeira.
Cargo muito pesado pra mulher,
esta espécie ainda envergonhada.
Aceito os subterfúgios que me cabem,
sem precisar mentir.
Não sou feia que não possa casar,
acho o Rio de Janeiro uma beleza e
ora sim, ora não, creio em parto sem dor.
Mas o que sinto escrevo. Cumpro a sina.
Inauguro linhagens, fundo reinos
— dor não é amargura.
Minha tristeza não tem pedigree,
já a minha vontade de alegria,
sua raiz vai ao meu mil avô.
Vai ser coxo na vida é maldição pra homem.
Mulher é desdobrável. Eu sou.

Adélia Prado

Resumo

O objetivo desta tese é analisar se e como a garantia à gestação, ao parto e ao puerpério no Brasil foram asseguradas por ações de saúde em um contexto de pandemia de Covid-19 entre os anos de 2020 e 2021, verificando se os direitos à saúde e de proteção à vida foram garantidos às mulheres grávidas, parturientes e puérperas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para isto, cotejamos os dados do período pandêmico (2020 e 2021) com aqueles referentes ao período anterior à crise sanitária (2000 a 2019). Assim, tendo como referência o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2000), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna (2004) e a Rede Cegonha (2011), buscamos respostas para a pergunta: de que forma a pandemia de Covid-19 impactou modificando a assistência ao parto e ao puerpério no Sistema Único de Saúde em todo o Brasil? Do ponto de vista metodológico, desenvolvemos uma pesquisa de abordagem mista. Na pesquisa qualitativa, analisamos os Planos Nacionais de Saúde de 2004 a 2023, os Relatórios Anuais de Gestão de 2004 a 2021, e as Notas Técnicas emitidas pelo Ministério da Saúde nos anos 2020 e 2021 que orientaram sobre a assistência à saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal durante a pandemia do novo coronavírus. No aspecto quantitativo, analisamos os dados públicos do Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica e do Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave sobre a Covid-19, por meio das variáveis região, faixa etária, raça/etnia e escolaridade das gestantes, parturientes e puérperas. Ainda analisamos os dados relativos aos atendimentos de puerpério informados pelo Ministério da Saúde, solicitados via Lei de Acesso à Informação, por meio do sistema Fala Br, utilizando as variáveis região, faixa etária e raça/etnia. Realizamos testes estatísticos, como o qui-quadrado, de risco relativo e de razão de chances para decifrar quando havia ou não significância estatística, validada pelo intervalo de confiança, bem como o risco de morte materna ou chances de sobrevivência das gestantes e puérperas infectadas pelo SARS-CoV-2. Os resultados indicaram que a pandemia de Covid-19 implicou em mudanças na garantia dos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, com

expressões novas da questão social principalmente aspectos regionais, de faixa etária e escolaridade, além de manter e aprofundar as velhas iniquidades em saúde materna, com destaque para o aspecto étnico-racial. Concluiu-se que as velhas problemáticas na garantia dos direitos reprodutivos desse grupo coexistiram com o agravamento da mortalidade materna durante a pandemia, e que a centralidade do paradigma da integralidade da saúde da mulher nas ações de saúde é fundamental para o avanço das políticas de saúde reprodutiva no Brasil. Afirmamos, com base neste estudo, que a crise sanitária em 2020 e 2021 ampliou as iniquidades sociais na assistência ao parto e ao puerpério no Brasil, principalmente no aspecto étnico-racial. Afirmamos, ainda, que a pandemia implicou em novas nuances para a saúde das gestantes e puérperas, dentre as quais destacamos as desigualdades regionais, de faixa etária e escolaridade. Além disto, a pandemia causada pelo novo coronavírus distanciou ainda mais o Brasil do alcance da meta de redução da mortalidade materna do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável.

Palavras-chave: Direitos reprodutivos. Ciclo gravídico-puerperal. Covid-19. Mortalidade materna. Brasil.

Abstract

This thesis' aim is to analyze whether and how the guarantee of pregnancy, childbirth and the puerperium in Brazil were ensured by health actions in the context of the Covid-19 pandemic between 2020 and 2021, verifying whether the rights to health and life protection were guaranteed to pregnant women, parturients and puerperae, within the scope of the Unified Health System. To accomplish this, we've compared data from the pandemic period (2020 and 2021) with data from the period before the health crisis (2000 to 2019). Thus, using the Prenatal and Birth Humanization Program (2000), the National Policy for Comprehensive Women's Health Care (2004), the National Pact for the Reduction of Maternal Mortality (2004) and the Stork Network (2011) as a reference, we've sought answers to the question: how has Covid-19 pandemic impacted on the changing of childbirth and puerperium care in the Unified Health System throughout Brazil? From a methodological point of view, we've conducted a mixed-methods study. In qualitative research, we've analyzed the National Health Plans from 2004 to 2023, the Annual Management Reports from 2004 to 2021, and the Technical Notes issued by the Ministry of Health in 2020 and 2021 that provided guidance on health care for women in the pregnancy-puerperium cycle during the new coronavirus pandemic. On the quantitative side, we've analyzed public data from the Mortality Information System, the Live Birth Information System, the Primary Health Care Information System and the Severe Acute Respiratory Syndrome Database on Covid-19, using the variables region, age group, race/ethnicity and education level of pregnant women, parturients and puerperal women. We've also analyzed the data on puerperium care reported by the Ministry of Health, requested via the Access to Information Law, through the Fala Br system, using the variables region, age group and race/ethnicity. We've carried out statistical tests such as chi-square, relative risk and odds ratios to decipher whether or not there was statistical significance, validated by the confidence interval, as well as the risk of maternal death or chances of survival of pregnant and postpartum women infected with SARS-CoV-2. The results indicate that the COVID-19 pandemic has led to changes in the guarantee of women's reproductive rights in the pregnancy-puerperium cycle, with new expressions of social matters, mainly regional, age and schooling aspects, in addition to maintaining and

deepening old inequities in maternal health, with emphasis on the women's ethnic-racial aspect in health actions is paramount for Brazilian health policies' improvement. It was concluded that the old problems guarantee the reproductive rights of this group coexisted with the worsening of maternal mortality during the pandemic, and that the centrality of the paradigm of integrality of women's health in health actions is fundamental for Brazil's reproductive health policies improvement. We affirm, based on this study, that the health crisis of 2020 and 2021 has widened social inequalities in childbirth and postpartum care in Brazil, especially in the ethnic-racial aspect. We also affirm that the pandemic has implied new nuances for the health of pregnant and postpartum women, among which we highlight regional, age and schooling inequalities. In addition, the pandemic caused by the new coronavirus has put Brazil even further away from achieving the Sustainable Development Goal target of reducing maternal mortality.

Keywords: Reproductive rights. Pregnancy and childbirth cycle. Covid-19. Maternal mortality. Brazil.

Resumen

La tesis tiene por objetivo analizar si fue y como fue aseguradas la garantía del embarazo, parto y puerperio en Brasil a partir de las acciones de salud en el contexto de la pandemia de Covid-19 entre 2020 y 2021, verificando si los derechos a la salud y a la protección de la vida fueron garantizados a las gestantes, parturientas y puérperas, en el ámbito del Sistema Único de Salud. Fueron comparados los datos del periodo pandémico (2020 y 2021) con los del periodo anterior a la crisis sanitaria (2000 a 2019). De esa forma, tomando como referencia el Programa de Humanización del Prenatal y del Nacimiento (2000), la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer (2004), el Pacto Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna (2004) y la Red Cigüeña (2011), buscamos respuestas a la pregunta: ¿cómo la pandemia del Covid-19 impactó en la modificación de la atención al parto y al puerperio en el Sistema Único de Salud en todo Brasil? Desde el punto de vista metodológico, fue realizado un estudio a través de métodos mixtos. Como parte de la investigación cualitativa, analizamos los Planes Nacionales de Salud de 2004 a 2023, los Informes Anuales de Gestión de 2004 a 2021 y las Notas Técnicas emitidas por el Ministerio de Sanidad en 2020 y 2021 que orientaban sobre la atención sanitaria a las mujeres en el ciclo embarazo-puerperio durante la pandemia de coronavirus. Como parte de la investigación cuantitativa, se analizaron los datos públicos del Sistema de Información de Mortalidad, del Sistema de Información de Nacidos Vivos, del Sistema de Información de Atención Primaria y de la Base de Datos del Síndrome Respiratorio Agudo Severo del Covid-19, utilizando las variables región, grupo de edad, raza/etnia y escolaridad de las gestantes, parturientas y puérperas. También se analizaron los datos de atención al puerperio reportados por el Ministerio de Salud, solicitados vía Ley de Acceso a la Información, a través del sistema Fala Br, utilizando las variables región, grupo de edad y raza/etnia. Se realizaron test estadísticos como chi cuadrado, riesgo relativo y odds ratios para verificar el cumplimiento o no de la significancia estadística, así como el riesgo de muerte materna o las posibilidades de supervivencia de las gestantes y puérperas infectadas con SRAS-CoV-2. Los resultados indican que la pandemia del Covid-19 provocó cambios en la garantía de los derechos reproductivos de las mujeres en el ciclo embarazo-puerperio, con nuevas expresiones de

la cuestión social, principalmente en los aspectos regional, etario y de escolaridad, además de mantener y profundizar las viejas inequidades en salud materna, especialmente en el aspecto étnico-racial. Se concluye que los viejos problemas en la garantía de los derechos reproductivos de este grupo coexistieron con el agravamiento de la mortalidad materna durante la pandemia, y que la centralidad del paradigma de la salud integral de la mujer en las acciones de salud es fundamental para el avance de las políticas de salud reproductiva en Brasil. Afirmamos, a partir de este estudio, que la crisis sanitaria de 2020 y 2021 ha ampliado las desigualdades sociales en la atención al parto y puerperio en Brasil, especialmente en el aspecto étnico-racial. Afirmamos también que la pandemia ha implicado nuevos matices para la salud de las gestantes y puérperas, entre los cuales destacamos las desigualdades regionales, etarias y de escolaridad. Además, la pandemia causada por el nuevo coronavirus ha puesto a Brasil aún más lejos de alcanzar la meta de los Objetivo de Desarrollo Sostenible de reducir la mortalidad materna.

Palabras clave: Derechos reproductivos. Embarazo y ciclo del parto. Covid-19. Mortalidad materna. Brasil.

Lista de Quadros

Quadro 1	Lista de artigos científicos sobre os direitos reprodutivos das gestantes e puérperas durante a pandemia de Covid-19	29
Quadro 2	Lista de dissertações sobre os direitos reprodutivos das gestantes e puérperas durante a pandemia de Covid-19	30
Quadro 3	Notas Técnicas do Ministério da Saúde referentes à Covid-19 em gestantes, parturientes e puérperas, nos anos 2020 e 2021	114
Quadro 4	Síntese das categorias de análise e seus respectivos indicadores	116
Quadro 5	Síntese dos objetivos e procedimentos metodológicos utilizados para seu alcance	120
Quadro 6	Metas do PNS 2020 – 2023	124
Quadro 7	Ações realizadas conforme o RAG 2021	128
Quadro 8	Metas no PNS 2004 – 2007	173
Quadro 9	Metas do PNS 2012 – 2015	179
Quadro 10	Metas do PNS 2016 – 2019	181
Quadro 11	Ações realizadas conforme os RAG 2012 – 2015	185
Quadro 12	Ações realizadas conforme o RAG 2019	189

Lista de Tabelas

Tabela 1	Casos de infecção, óbitos e coeficiente de mortalidade materna pela Covid-19 entre gestantes e puérperas, regiões do Brasil, 2020-2021	143
Tabela 2	RR de óbito maternos e RC de sobrevivência das gestantes e puérperas infectadas pela Covid-19, regiões do Brasil, 2020-2021	148
Tabela 3	Óbitos de gestantes e puérperas pela Covid-19, Sudeste, 2020-2021	148
Tabela 4	Risco relativo de gestantes e puérperas, Sudeste, 2020-2021	149
Tabela 5	Teste Qui-Quadrado de gestantes e puérperas, Sudeste, 2020-2021	149
Tabela 6	Teste de razão de chances de gestantes e puérperas, Sudeste, 2020-2021	149
Tabela 7	Casos de infecção, óbitos e coeficiente de mortalidade materna pela Covid-19 entre gestantes e puérperas, faixa etária, 2020-2021	150
Tabela 8	Risco Relativo e Razão de Chances das gestantes e puérperas infectadas pela Covid-19, faixa etária, 2020-2021	150
Tabela 9	Óbitos pela Covid-19 entre gestantes e puérperas de 15 a 19 anos	153
Tabela 10	Risco Relativo entre gestantes e puérperas de 15 a 19 anos	153
Tabela 11	Teste Qui-Quadrado Óbito entre gestantes e puérperas de 15 a 19 anos	153
Tabela 12	Razão de Chances Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas de 15 a 19 anos	153
Tabela 13	Óbitos pela Covid-19 entre gestantes e puérperas de 35 a 39 anos	153
Tabela 14	Risco Relativo Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas de 35 a 39 anos	154
Tabela 15	Teste Qui-Quadrado Óbito entre gestantes e puérperas de 35 a 39 anos	154
Tabela 16	Razão de Chances Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas de 35 a 39 anos	154
Tabela 17	Óbitos pela Covid-19 entre gestantes e puérperas, 40 a 49 anos	155
Tabela 18	Risco Relativo Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas, 40 a 49 anos	155

Tabela 19 Teste Qui-Quadrado Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas, 40 a 49 anos	155
Tabela 20 Razão de Chances Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas, 40 a 49 anos	155
Tabela 21 Casos de infecção, óbitos e coeficiente de mortalidade pela Covid-19 entre gestantes e puérperas por etnia/raça.	157
Tabela 22 RR e RC, gestantes e puérperas infectadas pela Covid-19, raça/etnia, 2020-2021	157
Tabela 23 Óbitos pela Covid-19 entre gestantes e puérperas indígenas, 2020-2021	158
Tabela 24 Risco Relativo Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas indígenas, 2020-2021	159
Tabela 25 Teste Qui-Quadrado Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas indígenas	159
Tabela 26 Razão de Chances Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas indígenas	159
Tabela 27 Óbitos pela Covid-19 entre gestantes e puérperas da raça/etnia negra	160
Tabela 28 Risco Relativo Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas da raça/etnia negra	160
Tabela 29 Teste Qui-Quadrado Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas da raça/etnia negra	160
Tabela 30 Razão de Chances Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas da raça/etnia negra	161
Tabela 31 Casos de infecção, óbitos e coeficiente de mortalidade pela Covid-19 entre gestantes e puérperas por escolaridade	163
Tabela 32 Risco Relativo e Razão de Chances das gestantes e puérperas infectadas pela Covid-19, escolaridade, 2020-2021	164
Tabela 33 Casos de óbitos maternos pela Covid-19 região e faixa etária, 2020 – 2021	165
Tabela 34 Casos de óbitos maternos pela Covid-19 região e raça/etnia, 2020 – 2021	165
Tabela 35 Casos de óbitos maternos pela Covid-19 região e escolaridade, 2020 – 2021	166

Tabela 36 Casos de óbitos maternos pela Covid-19 raça/etnia e faixa etária, 2020 – 2021	167
Tabela 37 Casos de óbitos maternos pela Covid-19 escolaridade e faixa etária, 2020 – 2021	168
Tabela 38 Casos de óbitos maternos pela Covid-19 escolaridade e raça/etnia, 2020 – 2021	168
Tabela 39 Óbitos maternos antes da pandemia e óbitos maternos pela Covid-19 durante a pandemia	192
Tabela 40 Mortalidade materna por faixa etária e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2000-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021)	193
Tabela 41 Mortes maternas por escolaridade e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2000-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021)	198
Tabela 42 Mortes maternas por raça/etnia x faixa etária, 2000 – 2019	200
Tabela 43 Mortes maternas por raça/etnia x faixa etária, 2020 – 2021	200
Tabela 44 Mortes maternas por raça/etnia x faixa etária, 2000 – 2021	201
Tabela 45 Mortes maternas por raça/etnia x escolaridade, 2000 – 2019	202
Tabela 46 Mortes maternas por raça/etnia x escolaridade, 2020 – 2021	203
Tabela 47 Mortes maternas por raça/etnia x escolaridade, 2000 – 2021	204
Tabela 48 Nascidos vivos por número de consultas pré-natal e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2000-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021)	206
Tabela 49 Número de consultas pré-natal por gestante e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2017-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021)	208
Tabela 50 Gestantes com primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação por região do Brasil e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2017-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021)	209
Tabela 51 Nascidos vivos por número de adequação quantitativa pré-natal e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2014-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021).	211
Tabela 52 Teste qui-quadrado nascidos vivos por adequação quantitativa pré-natal	

e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2014-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021)	212
Tabela 53 Gestantes com primeiro atendimento por região e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2017-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021)	212
Tabela 54 Gestantes com exames avaliados até 20 semanas de gestação por região e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2017-2019; durante a pandemia de Covid-19:2020-2021)	214
Tabela 55 atendimentos de puerpério, regiões do Brasil, antes (2013 – 2019) e durante a pandemia de Covid-19 (2020 -2021)	216
Tabela 56 atendimentos de puerpério, faixa etária, antes (2013 – 2019) e durante a pandemia de Covid-19 (2020 – 2021).	217
Tabela 57 atendimentos de puerpério, raça/etnia, antes (2013 – 2019) e durante a pandemia de Covid-19 (2020 - 2021)	218

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Taxa de letalidade pela Covid-19 durante a gestação, por país. Região das Américas. Janeiro de 2020 a 17 de maio de 2021	45
Gráfico 2	Tendência RMM no Brasil antes e durante a pandemia de Covid-19	47
Gráfico 3	Percentual de Gestantes/puérperas que tomaram a vacina Covid-19 em 2021	138
Gráfico 4	Comparativo entre o cenário predito de mortalidade materna e o ocorrido nos anos de 2020 e 2021 no Brasil (por mês)	139
Gráfico 5	Mortes maternas por raça/etnia e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2000-2019; durante a pandemia de Covid-19:2020-2021)	195
Gráfico 6	Tendência de gestantes que tiveram a primeira consulta pré-natal até a 12 ^a semana de gestação	210
Gráfico 7	Quantidade de nascidos vivos e de atendimento de puerpério antes da pandemia de Covid-19 (2013-2019) e durante a pandemia de Covi-19 (2020-2021)	219

Lista de Figuras

Figura 1	Linha do tempo, RMM por 100.000 nascidos vivos no Brasil, 1990-2000	37
Figura 2	Mapa mental, direitos assegurados às gestantes, parturientes e puérperas pelo PHPN e pela Rede Cegonha	38
Figura 3	Linha do tempo, RMM por 100.000 nascidos vivos no Brasil, 2000 a 2019 (antes da pandemia de Covid-19), metas assumidas junto à OMS e tratados nacionais pela redução da RMM	41
Figura 4	Mapa mental, princípios do PHPN	75
Figura 5	Recomendações sobre o atendimento às gestantes, parturientes e puérperas das Notas Técnicas do MS, em 2020	130
Figura 6	Linha do tempo até o acesso das gestantes e puérperas à vacinação contra a Covid-19 no Brasil	132
Figura 7	Dilemas vivenciados pelas gestantes e puérperas durante a pandemia de Covid-19 também frente às orientações do MS – emergência da pandemia	133
Figura 8	Dilemas vivenciados pelas gestantes e puérperas durante a pandemia de Covid-19 também frente às orientações do MS – ao longo da pandemia e das fake News	134
Figura 9	Mais dilemas vivenciados pelas gestantes e puérperas durante a pandemia de Covid-19 também frente às orientações do MS – ao longo da pandemia e das fake News	134
Figura 10	Dilemas vivenciados pelas gestantes e puérperas durante a pandemia de Covid-19 também frente às orientações do MS	135
Figura 11	Mapa de casos de infecção pela Covid-19 entre gestantes e puérperas por regiões brasileiras, nos anos 2020 e 2021	141
Figura 12	Mapa de casos de óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas por regiões brasileiras nos anos 2020 e 2021	142
Figura 13	Mapa de RMM pela Covid-19, por regiões brasileiras, 2020 e 2021	143
Figura 14	Metas repetidas em diferentes PNS	183

Figura 15	Metas relacionadas em diferentes PNS	184
Figura 16	Óbitos maternos por regiões do Brasil e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2000-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021 e total)	191

Lista de Abreviaturas e Siglas

ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DNV	Declarações de Nascidos Vivos
DOMAT	Declarações de Óbito Maternos
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FWCW	4ª Conferência Internacional sobre a Mulher
GAR	Gestação de Alto Risco
ICPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LAI	Lei de Acesso à Informação
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério de Administração Federal e Reforma do Estado
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
NACI	National Advisory Comitee on Immunization
NV	Nascidos vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSSs	Organizações Sociais de Saúde
PAB	Programa Auxílio Brasil
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBF	Programa Bolsa Família
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
PIT	População em idade de trabalhar
PNO	Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19
PNS	Plano Nacional de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RC	Razão de Chances
REFORSUS	Projeto de Reforço à Reorganização do SUS
RCL	Receita Corrente Líquida
RMM	Razão de Morte Materna
RR	Risco Relativo
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SCTIE	Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
SIVEP Gripe	Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica da Gripe
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade(s) Básica(s) de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

1.INTRODUÇÃO	28
2.A PANDEMIA DE COVID-19 E OS DIREITOS DAS MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: O NOVO VELHO NOVO	53
2.1 DIREITOS REPRODUTIVOS, REPRODUÇÃO SOCIAL NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO E OS ANTECEDENTES DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN).....	55
2.2 A SAÚDE DA MULHER COMO ALVO DE INTERVENÇÃO DO ESTADO	69
2.2.1 Pisa ligeiro, pisa ligeiro - a luta é cotidiana pela saúde da mulher! ...	73
2.2.2 Direitos reprodutivos no marco do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e os movimentos de luta por avanços no campo dos direitos reprodutivos	75
2.2.3 Pisa ligeira: meu ventre é livre!	88
2.3 O SUS, OS ATAQUES E OS RETROCESSOS À VISTA NO CAMPO DA SAÚDE DA MULHER	93
2.3.1 Direitos reprodutivos, desfinanciamento da saúde e a pandemia de Covid-19 - retrocessos à vista nos Muitos Brasis	95
2.3.1.1 Mulheres no ciclo gravídico-puerperal, Covid-19, SUS e o governo Bolsonaro	96
3 O PERCURSO METODOLÓGICO	99
3.1 O CORPUS DOCUMENTAL: ONDE ESTÁ O FIO DE ARIADNE PARA ENFRENTAR ESTE LABIRINTO?	105
3.1.1 Planos Nacionais de Saúde – PNS	106
3.1.2 Relatórios Anuais de Gestão – RAG	107
3.1.3 Banco de dados do Sistema de Informações de Mortalidade – SIM ..	108
3.1.4 Banco de dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC	109

3.1.5 Banco de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB	109
3.1.6 Bancos de dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG ...	111
3.1.7 Dados de Puerpério: um silêncio que grita!	112
3.1.8 Notas Técnicas do Ministério da Saúde	113
3.2 TÉCNICAS DE ANÁLISE	115
3.2.1 Análise de Conteúdo – AC	116
3.2.2 Testes estatísticos e análise descritiva	117
3.2.2.1 Teste qui-quadrado	117
3.2.2.2 Teste de risco relativo (RR)	118
3.2.2.3 Teste de razão de chances (RC)	119
3.3 CUIDADOS ÉTICOS EM PESQUISA	121
4 A SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: DA INVISIBILIDADE AO ALARME DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL	123
4.1 O PLANEJAMENTO DO MS PARA A SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NO PERÍODO PANDÊMICO	124
4.2 INFECÇÃO E ÓBITOS MATERNOS PELA COVID-19 E IMUNIZAÇÃO DAS GESTANTES E PUÉRPERAS NO BRASIL: O CUSTO DO NEGACIONISMO DO GOVERNO BOLSONARO	137
4.2.1 A mortalidade materna pela Covid-19 sob os aspectos macrorregionais	140
4.2.2 A perda em anos de vida no interior da mortalidade materna pela Covid-19	149
4.2.3 A questão étnico-racial na mortalidade materna pela Covid-19	156
4.2.4 Análise da mortalidade materna pela Covid-19 sob os aspectos da escolaridade	163
4.2.5 Relações da mortalidade materna pela Covid-19 entre suas variáveis.	164
4.3 RETROCESSOS NO PERCURSO DA AGENDA 2030	169

5 COMO CHEGAMOS À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA PANDEMIA DE COVID-19: O VELHO NOVO DE NOVO?.....	172
5.1 DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO MS ANTES DA PANDEMIA DE COVID-19	172
5.2 O NOVO E O VELHO NOS ÓBITOS MATERNOS E SUAS RELAÇÕES SOCIOESPACIAIS	191
5.2.1 As perdas em anos de vida pela mortalidade materna	193
5.2.2 A questão étnico-racial e a mortalidade materna: a persistência da desigualdade	195
5.2.3 Acesso à educação, direitos reprodutivos e mortalidade materna.....	197
5.2.4 Faixa etária e raça/etnia: possíveis relações na mortalidade materna antes e durante a pandemia	199
5.2.5 Raça/etnia e escolaridade: possíveis relações na mortalidade materna antes e durante a pandemia	201
5.3 O VELHO E O NOVO NA GARANTIA DOS DIREITOS REPRODUTIVOS DAS MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL	205
5.3.1 Consultas pré-natal das parturientes de nascidos vivos: o que mudou com a pandemia de Covid-19?.....	206
5.3.2 Consultas pré-natal na Atenção Básica: o velho e o novo em relação à pandemia de Covid-19	207
5.3.3 O velho e o novo sobre a captação precoce das gestantes pelo SUS	209
5.3.4 A adequação quantitativa do pré-natal no Brasil antes e durante a pandemia de Covid-19	211
5.3.5 Gestantes atendidas pela primeira vez no SUS pelas regiões brasileiras antes e durante a pandemia de Covid-19	212
5.3.6 Gestantes com exames avaliados até a 20ª semana de gestação: o que mudou com a pandemia?	213

5.4 A OCULTAÇÃO DO PUERPÉRIO NO BRASIL ANTES E DURANTE O PERÍODO PANDÊMICO	214
5.4.1 A oferta dos atendimentos de puerpério e as desigualdades socioespaciais: o que mudou com a pandemia?.....	215
5.4.2 A oferta dos atendimentos de puerpério por faixa etária antes e durante a pandemia de Covid-19	217
5.4.3 A questão étnico-racial no atendimento ao puerpério: o que mudou com a pandemia?	218
6 CONCLUSÕES - O FIM DO COMEÇO OU O COMEÇO DO FIM-.....	221
REFERÊNCIAS	229

1. INTRODUÇÃO

O objetivo desta tese é analisar se e como a garantia à gestação, ao parto e ao puerpério¹ no Brasil foram asseguradas por ações de saúde em um contexto de pandemia de Covid-19 entre os anos de 2020 e 2021, verificando se os direitos à saúde e de proteção à vida foram garantidos às mulheres grávidas, parturientes e puérperas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, cotejamos os dados com a situação vivenciada antes da pandemia com o contexto da crise sanitária. Nosso marco temporal inicial foi o ano de 2000 – ano da implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no país. Entendíamos que, para verificar a garantia à gestação, ao parto e ao puerpério no Brasil entre 2020 e 2021, precisávamos olhar para trás para entender o período pandêmico. Perguntávamos: de que forma a pandemia de Covid-19 impactou na assistência ao parto e ao puerpério no SUS em todo o Brasil? Assim, a metáfora cunhada no subtítulo desta tese nos deu regra e compasso – velhos, novos e velhos problemas.

A discussão do direito à gestação, ao parto e ao puerpério no Brasil durante a pandemia de Covid-19 foi escolhida como objeto de estudo devido à relevância científica e social que o tema possui. Além disso, como assistente social, pesquisadora, filha com uma história de vida atravessa pela mortalidade materna e mãe durante a pandemia, observamos a necessidade de resgatar a contribuição do Serviço Social no debate dos direitos reprodutivos, em consonância com o Projeto Ético Político da profissão, sendo esta o motor da tese. Nos aproximamos do tema sucessivamente, constatamos a prevalência das pesquisas nas áreas biomédicas, fazendo-se assim necessária a investigação no âmbito das ciências sociais.

Em termos de relevância científica, trata-se de um tema antigo - direitos reprodutivos -,

¹O puerpério consiste no período que se inicia, imediatamente, após o parto e tem duração de, em média, seis semanas. A variação deste tempo ocorre em função das transformações anatomicofisiológicas no organismo feminino, e também das questões psicossociais, tais como a maternidade, a sexualidade, a autoestima e a reorganização da vida, pessoal e familiar. Este período requer maiores cuidados à puérpera, como forma de evitar agravos à saúde materna e neonatal, devendo incluir o companheiro – quando presente – e a família, em seus diferentes arranjos (Brasil, 2016; Fiocruz, 2020).

em um contexto único e recente - pandemia de Covid-19. Na fase exploratória de nossa pesquisa, encontramos oito artigos científicos que abordaram os direitos reprodutivos das gestantes e puérperas durante a pandemia de Covid-19 (Quadro 1). Dentre eles, quatro abordavam a situação no Brasil (Franco et al, 2022; Souza; Amorim, 2021; Coutinho et al, 2020; Takemoto et al., 2020).

Quadro 1 - Lista de artigos científicos sobre os direitos reprodutivos das gestantes e puérperas durante a pandemia de Covid-19

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	AUTOR (ES)	ANO DE PUBLICAÇÃO
1	Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies	Zaigham; Andersson	2020
2	Retrospective Description of Pregnant Women Infected with Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, France	Vivanti et al	2020
3	Considerações sobre a pandemia de COVID-19 e seus efeitos sobre a fecundidade e a saúde sexual e reprodutiva das brasileiras	Coutinho et al	2020
4	The tragedy of Covid-19 in Brazil: 124 maternal deaths and couting	Takemoto et al.	2020
5	Mortalidade materna pela Covid-19 no Brasil	Souza; Amorim	2021
6	Pregnancy During COVID-19 Outbreak: The Impact of Lockdown in a Middle-Income Country on Antenatal Healthcare and Wellbeing	Muhaidat et al	2021
7	Pregnant women's well-being and worry during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study	Mortazavi; Mehrabadi; Tabar	2021
8	Demographic and epidemiological characteristics of pregnant and postpartum women who died from severe acute respiratory syndrome in Brazil: A retrospective cohort study comparing Covid-19 and nonspecific etiologic causes	Franco et al	2022

Fonte: National Library of Medicine, 2023; Scielo, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Também localizamos dez dissertações de mestrado que trataram do tema (Quadro 2). Porém, dado o tempo recente da pandemia, nenhuma tese sobre o tema foi localizada até então. Ou seja, o espaço de tempo entre o fato – pandemia – e as produções acadêmicas requer tempo.

Assim, a relevância científica e o caráter inédito desta tese se apresentam porque nela investigamos a garantia do direito à gestação, ao parto e ao puerpério no Brasil no contexto da pandemia de Covid-19. Como parâmetro para analisar essa garantia,

realizamos uma análise comparativa com os 20 anos anteriores à crise sanitária, tendo como referência o PHPN. Desta forma, poderíamos inferir o que eram velhos e o que foram novos problemas ou conquistas neste campo. Um parâmetro foi a taxa de mortalidade materna pela Covid-19 (em 2020 e 2021), e a mortalidade materna entre os anos 2000 e 2019. O indicador mortalidade materna indicaria o excesso de mortes na pandemia. O excesso de mortalidade se expressa pela diferença entre o que foi - número de mortes maternas que ocorreram entre 2020 e 2021 - e o número esperado na ausência da pandemia (se a pandemia não tivesse ocorrido).

Quadro 2 - Lista de dissertações sobre os direitos reprodutivos das gestantes e puérperas durante a pandemia de Covid-19

Nº	TÍTULO DA DISSERTAÇÃO	AUTOR(A)	ANO DE PUBLICAÇÃO
1	Estratégia Semear: qualificação da saúde materno-infantil em municípios interioranos do Rio Grande do Sul	Cella	2020
2	Dinâmicas afetivo-semióticas da transição para a maternidade no contexto pandêmico da Covid-19	Santos	2020
3	Sexualidade e depressão no puerpério durante a pandemia de Covid-19	Lorentz	2020
4	A saúde mental de mães com bebês de 0 a 36 meses de idade face à pandemia de Coronovírus	Perestrelo	2021
5	<i>Online</i> no puerpério: interações e dinâmicas de um grupo virtual	Brito	2021
6	Aplicabilidade das boas práticas de atenção ao parto e nascimento na perspectiva da gestante com Covid-19	Chaves	2021
7	Impacto das práticas obstétricas na consecução do papel materno	Ragazzo	2021
8	Mortalidade materna e a pandemia de Covid-19 no Brasil: uma análise das disparidades raciais e das mobilizações para seu enfrentamento	Palinski	2022
9	Influência da pandemia de Covid-19 na assistência pré-natal, assistência ao parto e desfechos neonatais em uma maternidade do Sul do Brasil	Tortola	2022
10	Atenção à saúde de puérperas em uma região de fronteira: fragilidades agravadas pela pandemia da Covid-19	Novakowski	2022

Fonte: Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

E, nessa trajetória de 22 anos de políticas para a humanização do parto e do puerpério, nosso estudo cotejou ainda as metas assumidas pelo Brasil junto à Organização Mundial da Saúde (OMS) para redução das mortes maternas² nesse período, por meio dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM (ONU, 2000) e, atualmente, dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS (ONU, 2015).

No que diz respeito à relevância social desta tese, acompanhamos o processo histórico de luta e adensamento dos direitos reprodutivos das gestantes e puérperas tanto no plano teórico, quando na realidade social do Brasil, tecendo sua (re)constituição em meio aos avanços e retrocessos em um contexto de capitalismo neoliberal em expansão mundial.

A tese que apresentamos se inscreve no campo da Política Social, e na relação Estado - sociedade, problematizando o debate sobre a garantia do direito à gestação, ao parto e ao puerpério no SUS frente à crise sanitária pela Covid-19. Assumimos aqui que nosso objeto é parte constitutiva do debate sobre a questão social e de suas expressões, as lutas dos movimentos sociais de classe, de gênero e de raça/etnia, e o processo de produção/reprodução social da classe trabalhadora no capitalismo contemporâneo.

A fim de analisar a assistência à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal como um direito reprodutivo, é necessário situá-lo tanto como uma dimensão da cidadania e, logo, também da vida democrática. Como é frequente na literatura³ a associação entre direitos reprodutivos e direitos sexuais, é *mister* demarcarmos aqui nossa posição neste estudo: a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal é constitutiva e constituinte do direito à vida das trabalhadoras no Brasil. Assim,

²De acordo com o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, “morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais” (Brasil, 2009, p.12).

³ Ver Corrêa e Petchesky, 1996; Ávila, 2003; Carloto e Damião, 2018; Leal et al, 2018.

Os direitos reprodutivos referem-se, resumidamente, **ao direito de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos**, bem como o **direito a ter acesso à informação e aos meios para a tomada desta decisão [de ter ou não filhos]**. Já os direitos sexuais dizem respeito ao direito de **exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência** (Mattar, 2008, p.61, grifos nossos).

O direito de decidir livre e responsabilmente sobre ter ou não filhos está associado a um conjunto de outras garantias, como à sobrevivência e à vida, à saúde (sexual e reprodutiva), à informação e educação, bem como à proteção social à família (Carloto; Damião, 2018). Deste modo, como direito humano, social e reprodutivo, a garantia da gestação, do parto e do puerpério pelo SUS não consiste numa abstração, tampouco num fenômeno a-histórico. Ou seja, para que tais direitos sejam assegurados às mulheres, sujeitas de direitos⁴, é fundamental a garantia de condições objetivas e reais, tais como: de trabalho e de renda, de moradia, de transporte, de educação (e educação infantil - 0-5 anos, inclusive em período integral), além de serviços de saúde humanizados e bem estruturados (Corrêa; Petchesky, 1996; Carloto; Damião, 2018). Entendemos que estas demandas representam, em múltiplos aspectos, as lutas sociais empreendidas pelas mulheres, às quais almejamos sinalizar neste trabalho. Por isto, a adoção do feminino – sujeita(s) – como forma de desocultar a importância das mulheres nas disputas pelos direitos sociais e reprodutivos. Do mesmo modo, a garantia deste conjunto de direitos precisa estar pautada nos marcos legais do Estado brasileiro, para fundamentar as lutas dos movimentos sociais na disputa entre as classes sociais.

Neste mesmo sentido, para exercerem seus direitos reprodutivos, as mulheres requerem um conjunto de provisões que dizem respeito às funções do Estado como regulador e executor das políticas públicas. Contudo, os direitos reprodutivos não podem ser entendidos como meras concessões feitas pelo Estado capitalista no intuito de garantir a reprodução social, e controlar as classes subalternas. Eles só são construídos no processo histórico de disputa pelas sujeitas que demandam direitos (Telles, 1998;

⁴ Sujeita aqui, como substantivo feminino, é parte de um movimento que defende que o feminino na ciência deva aparecer na escrita – *não podemos nem devemos* invisibilizar o feminino. Também ressaltamos a relevância científica e social de dados oficiais e públicos para estudos que abarquem os direitos reprodutivos da população LGBT no Brasil.

Carloto; Damião, 2018).

Se, por um lado, o debate e a consolidação dos direitos por si só não garantem a superação do modo de produção capitalista e a emancipação humana, por outro, a luta pelos direitos tem uma dimensão fundamentalmente importante: ela abre espaço para o questionamento da ordem burguesa e para o exercício da cidadania (Carloto; Damião, 2018). Deste modo, o movimento de construção dos direitos reprodutivos está essencialmente entrelaçado ao processo dialético de constituição da democracia (Telles, 1998; Avila, 2003).

Foi neste ambiente político de reconstituição da democracia no Brasil, e em resposta às pressões e demandas dos movimentos sociais da Reforma Sanitária e feministas, que em 1983 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (Costa, 2012). O PAISM propunha a descentralização, a hierarquização e a regionalização da assistência à saúde da mulher numa perspectiva integral, por meio de ações de caráter preventivo, educativo, de diagnóstico, de tratamento e reabilitação, para além da saúde reprodutiva, embora ele também representasse um investimento na redução da mortalidade materna (Dias; Cury; Pereira Júnior, 2016; Rodrigues, 2016).

A compreensão da saúde da mulher na sua integralidade foi um grande avanço trazido por este programa, em relação ao anterior – Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), da década de 1960, que limitava a oferta de serviços de atenção à saúde da mulher ao aspecto reprodutivo, centrado no binômio “mãe-filho” (Costa, 2012). Por meio do PAISM, o foco de atenção à saúde feminina se ampliou para todas as fases e ciclos da vida, da infância à velhice. Nesta perspectiva, a redução das taxas de mortalidade materna não estava associada somente ao acesso e à qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, mas também requer atenção à saúde das mulheres não gestantes e aos demais fatores como a violência doméstica, a saúde mental, o planejamento familiar, dentre outros, que também influenciam na razão de morte materna (RMM)⁵ (Costa, 2012).

⁵ A RMM “relaciona as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas com o número de nascidos vivos e é expresso por 100.000 nascidos vivos” (Brasil, 2009, p.16). Para maior aprofundamento, veja Brasil, 2009.

Os anos 1980, em um processo de luta pela igualdade de direitos entre as mulheres e os homens no Brasil, foi criado em 1985 o Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM) – por meio da Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985 (Brasil, 1985; Cavalcante; Avelino, 2020). A trajetória do movimento feminista (em suas diferentes vertentes) já buscava incluir as pautas dos direitos das mulheres nas estruturas estatais. A criação do conselho nacional, com o objetivo de promover políticas para eliminação da discriminação contra as mulheres em nível nacional e acompanhar a construção e a execução de programas de governo (Cavalcante; Avelino, 2020), trazia uma potencialidade de luta e avanço da pauta.

Em 1988 foram criados os comitês estaduais e municipais de mortalidade materna (Siqueira et al; 1984; Zorzam, 2013; Dias; Cury; Pereira Júnior, 2016). E, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi criado um sistema nacional de saúde de caráter público e gratuito, universal e equânime, descentralizado e controlado socialmente por seus gestores, trabalhadores e usuários: o SUS (Brasil, 1988).

No caso do Brasil, isto estava fundamentalmente se desenvolvendo em consonância com o debate sobre os direitos reprodutivos no plano internacional. Contudo, vale ressaltar que, em nosso entendimento, não se trata de uma replicação mecânica dos acordos internacionais na legislação nacional. Antes, estamos falando de um movimento que se dá no campo da luta de classes, marcada por intersecções (gênero e raça/etnia), e protagonizado de um lado pela ação das mulheres trabalhadoras organizadas na luta pelo direito à vida e à saúde (nela incluída o ciclo gravídico-puerperal) e, por outro, pela classe dominante que intenta manter a ordem social que exclui ampla parcela das brasileiras do exercício dos direitos reprodutivos.

Mas isso foi um longo percurso (nacional e internacional)⁶, que requer olharmos um

⁶ Como exemplo, cabe lembrar da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD), ocorrida em 1995, no Cairo, e da 4ª Conferência Internacional sobre a Mulher (FWCW) de Beijing (em 2005), que foram importantes momentos históricos de avanço da compreensão dos direitos reprodutivos das mulheres como direitos humanos, incluindo o direito à saúde sexual e reprodutiva, livre de qualquer

pouco antes dos anos 1990, e vemos a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto, realizada no Brasil em Fortaleza/CE, em 1985 (Diniz, 2005). Nesta Conferência enfatizou-se a importância da saúde pública e da defesa dos direitos das mulheres. Nela também foi produzida a Carta de Fortaleza, publicada pela OMS, que orientava o acesso das gestantes aos cuidados pré-natais, a participação das mulheres, dando-lhes centralidade em todas as facetas do cuidado, inclusive no planejamento e na avaliação dos programas, bem como a liberdade de posição durante o parto, o direito à presença de acompanhantes, dentre outros (WHO, 1985; Diniz, 2005). O nascimento passou a ser concebido como um processo natural, porém sujeito à evolução com complicações, mesmo nas gestações de risco habitual, o que, em determinados momentos, requer intervenção para a garantia de melhores resultados (WHO, 1985).

Onze anos depois, em 1996, a OMS publicou orientações para atenção ao parto normal, a partir da revisão de estudos científicos e da concretização do conceito de Medicina Baseada em Evidências⁷ (MBE) (OMS, 1996; Santos; Araújo, 2016). O documento produzido estimulava algumas condutas durante o parto, como: a presença contínua de acompanhante, o monitoramento do bem-estar da mulher, a oferta de líquidos para sua ingestão, o uso das técnicas não farmacológicas para alívio da dor, como massagens, banho, exercícios de relaxamento e a liberdade de mobilidade durante o parto, com incentivo às posturas verticais (Santos; Araújo, 2016).

Mas o indicador da mortalidade materna permanecia alto. As medidas de enfrentamento à mortalidade materna no Brasil adentraram a década de 1990, com redução gradual – de 143,2 por 100.000 nascidos vivos em 1990, para 73,3 no ano 2000 (Brasil, 2012b)⁸. Dentre as medidas, destacamos: o Plano Regional de Redução da Mortalidade Materna e a criação do Comitê Nacional de Mortalidade Materna⁹ (Brasil, 1994), a instituição do

forma de coerção, discriminação e violência (ONU, 1995; Mattar, 2008). O Brasil foi um dos países signatários destes dispositivos, afirmando seu compromisso com o progresso dos direitos reprodutivos⁶ (Mattar, 2008; Carlotto; Damião, 2018).

⁷ Revestida de inúmeras críticas o conceito de MBE. Para aprofundamento ver IPEA, Texto para discussão 2696 (2021).

⁸<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/C03a.htm>. Acesso em 12 de jul. 2021.

⁹ Os Comitês de Mortalidade Materna são interinstitucionais, multiprofissionais e de natureza confidencial para vigilância dos óbitos maternos, e para apontamento de ações para redução da mortalidade materna

Dia Nacional da Redução da Mortalidade Materna (dia 28 de maio), propondo a avaliação de todos os programas com este mesmo fim no âmbito do SUS e o Plano de Ação para Redução da Mortalidade Materna (Dias; Cury; Pereira Júnior, 2016).

A década de 1990 foi atravessada pelas lutas do movimento feminista e de profissionais de saúde pela garantia dos direitos humanos das mulheres brasileiras, lutas estas que fizeram da mortalidade materna uma questão de pauta na agenda política do país (Soares; Martins, 2006). Em 1996 foi requerida a criação de uma Comissão de Inquérito Parlamentar (CPI) da mortalidade materna para investigar e realizar um diagnóstico da problemática no Brasil (Brasil, 2001). O relatório evidenciou que as mortes maternas acometiam 6% das brasileiras em idade fértil e que seu enfrentamento exigia esforços não só da política de saúde, como também de outras políticas públicas (Brasil, 2001). Um problema evidenciado foi da imprecisão das informações disponíveis. Era impossível à CPI “[...] traçar o perfil de mortalidade no país” (Brasil, 2001, p. 32). Além disto, o referido documento afirmava a importância do tratamento da saúde da mulher conforme a perspectiva da integralidade, e apontava a necessidade de resgate das premissas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Apesar dos esforços, a redução dos óbitos maternos alcançada até a década de 1990 – de aproximadamente 50%¹⁰ - não escondia o quão longe o Brasil estava de outros países no mundo. Mas, como nos lembra Hans Rosling (estatístico e criador do site Gapminder¹¹), é preciso considerar o ponto que cada país se encontra em seu desenvolvimento, para entender os dados. E a Organização Panamericana de Saúde

em determinada região. A implantação dos comitês é uma medida recomendada pelos organismos internacionais e nacionais. O primeiro foi criado na década de 1930 nos EUA, e em 1987 chegou à América Latina, sendo Cuba o país latino-americano mais experiente e exitoso nos comitês de mortalidade materna. No Brasil, os estados do Paraná e de São Paulo foram os primeiros a implantarem os comitês estaduais, em 1988 e 1992, respectivamente. A Resolução nº 256, de 1 de outubro de 1997, do Ministério da Saúde determinou que o óbito materno se tornasse objeto de notificação compulsória (Rede Feminista de Saúde, 2000; Soares; Martins, 2006).

¹⁰A maioria dos países não alcançaram a meta estabelecida, assim como Brasil, cuja RMM teve redução em torno de 50% (Brasil, 2018).

¹¹<https://www.gapminder.org/>

(OPAS) nos ajuda a pensar sobre isso: 99% de todas as mortes maternas acontecem entre as mulheres que vivem nos países em desenvolvimento¹².

Este dado nos fala do caráter histórico do fenômeno da RMM. Isto é, as mortes maternas ocorrem por razões que estão para além do aspecto biológico e clínico, e que requerem, ao mesmo tempo, sua investigação como um processo social e coletivo, associado ao modo como estas sujeitas se relacionam com a natureza, por meio do trabalho, neste tempo histórico, considerando o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção (Laurell, 1982).

E, nesse sentido, é partindo da apreensão do movimento histórico, político, econômico e social que buscamos conhecer o fenômeno da mortalidade materna no Brasil, em sua totalidade. Na figura 1 visualizamos a RMM na transição dos anos 1990 para os 2000.

Figura 1 - Linha do tempo, RMM por 100.000 nascidos vivos no Brasil, 1990-2000



Fonte: Brasil, 2012b. Elaborado pela autora, 2024.

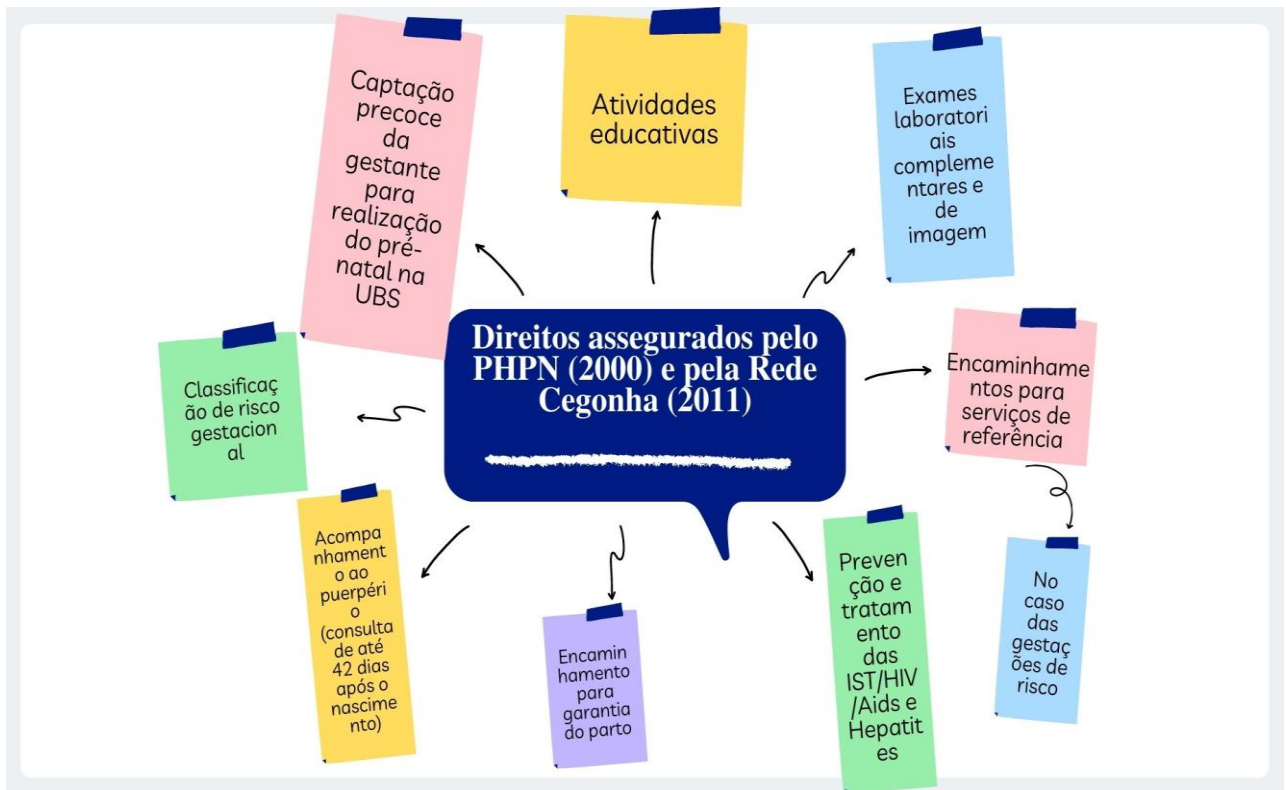
¹²<https://www.paho.org/pt/node/63100> Acesso em: 29 de jun. 2023.

Naquele contexto de luta e de reconhecimento de que a taxa de mortalidade materna era um fenômeno inaceitável e, portanto, uma violação aos direitos humanos das mulheres e uma injustiça social, foi criado o PHPN em 2000 (Brasil, 2000a; Freitas-Júnior, 2020). Este representou uma resposta do país ao pacto firmado e, em nosso estudo, dado o seu período de implantação, ele nos forneceu indicadores para analisarmos a garantia do parto e do puerpério no Brasil desde 20 anos antes da pandemia de Covid-19.

Mas outras ações eram requeridas, além do PHPN (instituído no governo Fernando Henrique Cardoso). Assim, foram empreendidas pelo MS ao longo dos governos petistas: o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil, 2004); a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 (Brasil, 2005), que garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS; a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (Brasil, 2006), que divulgou o Pacto pela Saúde, e a Portaria nº 699, de 30 de março de 2006, que regulamentou as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão (2006); a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que garante à gestante o direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde será assistida no âmbito do SUS; e a instituição da Rede Cegonha, por meio da Portaria nº 1.459/2011 (Brasil, 2011).

Assim, tendo como referência os critérios inscritos no PHPN e na Rede Cegonha, definimos um conjunto de direitos conquistados pelas mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal (Figura 2).

Figura 2: Mapa mental, direitos assegurados às gestantes, parturientes e puérperas pelo PHPN e pela Rede Cegonha.



Fonte: Brasil, 2000; Brasil, 2011. Sistematizado pela autora, 2024.

Conforme as orientações do PHPN e da Rede Cegonha, todas as ações de acompanhamento à saúde da gestante/puérpera deveriam ser registradas e informadas ao Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento¹³ (SISPRENATAL).

No ano 2000, entre os ODM, o Brasil pactuou junto à Organização das Nações Unidas (ONU) a meta de reduzir 75% da mortalidade materna até 2015, o que representava o alcance de um patamar de RMM abaixo de 36 por cada 100.000 nascidos vivos (NV). Entre promessas de metas e seu alcance havia uma grande distância - em **2015, o Brasil registrou RMM de 57,6 por 100.000 NV** (Brasil, 2018). Contudo, apesar da adoção do PHPN, e de outras medidas, como a Rede Cegonha, ainda ficamos longe da meta de redução da mortalidade materna dos ODM: em 2013, alcançamos 68,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos (pouco menos do que o dobro da meta estabelecida pela ONU, de 35

¹³No entanto, conforme a Nota Técnica nº 19-SEI/2017-CGSMU/DAPES/SAS/MS, a partir de 2017 este sistema foi integrado ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

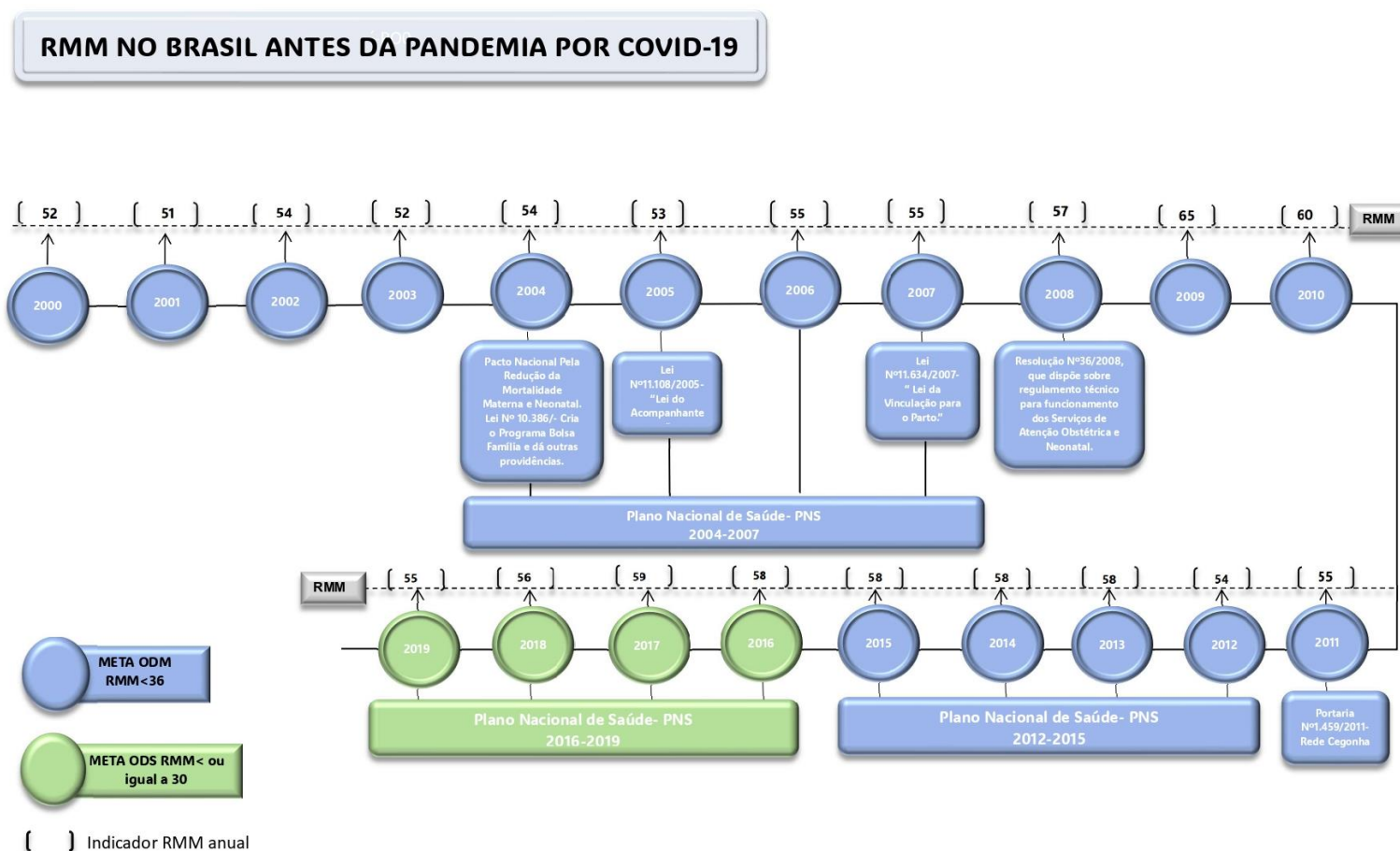
óbitos por 100 mil) (Drezett, 2013). E Drezett (2013, p. 90) nos alertava: as justificativas para o não alcance das metas mascaram “[...] a desigualdade social e econômica como fator preponderante no óbito materno: mulheres negras e pobres, em plena idade reprodutiva, ainda são as que mais morrem no Brasil [...]”. É preciso denunciar esse cenário. Conforme Malta et al (2011), entre as causas de mortes evitáveis (divididas em cinco subgrupos¹⁴ pelo SUS), aqui tratamos do subgrupo 4: mortes reduzíveis por adequada ação de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna (Malta et al., 2011). Isso significa dizer: **a maior parte dos óbitos maternos poderia ser evitada, por meio do acesso, no momento adequado, ao serviço de saúde tecnicamente pronto para atender gestantes, parturientes e puérperas** (Serruya; Cecatti; Lago, 2004; Malta et al., 2011; Rodrigues; Cavalcante; Viana, 2019).

Neste sentido, entendemos que a morte materna por causas preveníveis representa uma gravíssima violação aos direitos humanos das mulheres. Sendo assim, para nós, assistentes sociais, é um fato inadmissível. Portanto, ressaltamos nosso compromisso com a defesa intransigente dos direitos humanos, com a ampliação e a consolidação da cidadania e dos valores democráticos, posicionando-nos em favor da equidade e da justiça social (Brasil, 2012a).

E chegamos a 2019 sem alcançar as metas da ODM (abaixo de 36 por cada 100.000 nascidos vivos) nem da meta pactuada das ODS (abaixo de 30 por cada 100.000 nascidos vivos) (Figura 3).

¹⁴São eles: 1) Reduzíveis por ações de imunoprevenção; 2) Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas; 3) Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis; 4) Reduzíveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna, e; 5) Reduzíveis por ações intersetoriais adequadas de promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas (acidentais e violências) (Malta et al, 2011).

Figura 3 - Linha do tempo, RMM por 100.000 nascidos vivos no Brasil, 2000 a 2019 (antes da pandemia de Covid-19), metas assumidas junto à OMS e tratados nacionais pela redução da RMM.



Fonte: Brasil, 2023a; Brasil, 2023b. Sistematizado pela autora com a contribuição gráfica de Maiara Machado da Silva, 2024.

As razões para o não alcance das metas são inúmeras. Entre elas, cabe destacar que, desde sua criação, o SUS tem sido alvo de um subfinanciamento estrutural, dada a permanência de um montante de recursos muito reduzidos ao longo de sua história (Mendes; Carnut, 2020). Este subfinanciamento pode ser melhor compreendido quando analisamos a crise capitalista contemporânea, na qual o Estado capitalista tende a restringir seu orçamento, correspondendo às requisições do capital portador de juros e do capital fictício que se apropriam dos recursos públicos para sua expansão (Mendes; Carnut, 2020).

Ao subfinanciamento histórico vivemos um desfinanciamento. O Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁵ demonstrou que em 2019 – último ano anterior à pandemia de Covid-19 – a perda de investimentos no SUS, devido à austeridade fiscal imposta pela EC nº 95/2016¹⁶, equivaleu a R\$ 20 bilhões¹⁷. Desde 2017, o SUS vinha sob um crescente desfinanciamento, parte integrante de um programa de ajuste fiscal, evidenciando o papel do Estado, de cumpridor das exigências do capital¹⁸. A referida emenda consistiu numa clara medida de austeridade fiscal¹⁹ pautada por outro pacto social, que intentava o fortalecimento do projeto privatista na saúde, e que transferia a responsabilidade pela provisão dos bens sociais para o mercado, transformando os direitos sociais em mercadorias (CEBES, 2017; Dweck; Oliveira; Rossi, 2018).

¹⁵Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em: 14 de junho de 2022.

¹⁶A EC nº 95/2016 reordenou a política fiscal brasileira em, pelo menos três aspectos: em sua capacidade redistributiva, em sua função estabilizadora e na provisão de bens públicos, ou semi públicos (Dweck; Oliveira; Rossi, 2018). No entanto, ela foi substituída pela EC nº 126/2022, também denominada “PEC da Transição”. Com a revogação da EC nº 95/2016, o piso anterior para a SUS voltou a valer, isto é, a aplicação de no mínimo 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União na política de Saúde, conforme o Art. 198 da Constituição Federal (Borges; Resende; Pires, 2023; Brasil, 1988).

¹⁷Assim, de acordo com o CNS, na prática, o que ocorre é a desvinculação da receita da União do gasto mínimo de 15% com a Saúde. Se este investimento mínimo tivesse sido mantido, como foi em 2017, em 2019 o orçamento da saúde teria sido de cerca de R\$142,8 bilhões, e não de R\$122,6 bilhões, como foi - de acordo com a estimativa do CNS.

¹⁸Em 2017 (governo Temer), o Brasil teve um gasto aproximado a R\$3,60 por habitante/dia em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) – o equivalente a 4% do PIB - enquanto os países que também possuem sistema de saúde universal (Alemanha, Canadá, Espanha, França, Reino Unido e principalmente a Suécia), aplicaram em média o dobro – 8% (Mendes, 2017; Santos, 2018; Mendes; Carnut, 2020).

¹⁹O debate acerca da austeridade fiscal e seus rebatimentos na política social ganha densidade a partir de 2010, como repercussão da crise capitalista de 2008. O termo austeridade pode se referir à severidade de disciplina, medida econômica ou de autonegação ou ainda como política de poupança forçada de um governo com restrição ao consumo de bens (CEBES, 2017).

Assim, o Brasil se defrontava com a face perversa de que a inevitabilidade de grande parte das mortes maternas se daria **apenas** pela adoção de ações e serviços com adequado acompanhamento ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. **Contabilizamos mortes que não deveriam ocorrer e isso deve ser refutado em todas as esferas, incluindo a científica.** Estudos denunciam os reflexos da desconexão histórica da assistência à saúde das mulheres no Brasil durante o ciclo gravídico-puerperal (Ferraz; Bordignon, 2012; d’Orsi, et al, 2014; Diniz, et al, 2016; Leal, et al, 2017; Leal, et al, 2018; Gonçalves, et al, 2019; Silva; Siqueira, 2020; Leal, et al, 2021). Em nosso estudo, inferimos que as gestantes, parturientes e puérperas fazem uso do SUS, mas suas condições reais de vida são permeadas pelas velhas e atuais tensões da relação capital x trabalho, e pela manutenção do processo de produção e reprodução da vida social (Cardoso; Souza; Guimarães, 2010).

É por esta via que intentamos contribuir com o acúmulo teórico do Serviço Social pela defesa dos direitos reprodutivos destas mulheres. Para tanto, o debate da questão social e suas expressões contemporâneas em nosso país é necessário. Entendemos a questão social como produto e expressão da lei geral da acumulação capitalista²⁰ (Netto, 2001; lamamoto, 2015), da sua reprodução nas particularidades da formação histórica, política, social e econômica no Brasil, e de seu redimensionamento no cenário atual, frente à mundialização do capital e ao aprofundamento das relações sociais de dependência econômica (lamamoto, 2015).

Na atual fase do desenvolvimento do capitalismo em que vivemos, outras determinações e relações sociais são adensadas à questão social, conferindo-lhe novas condições

²⁰“Quanto maiores forem a riqueza social, o capital em funcionamento, o volume e o vigor de seu crescimento e, portanto, também a grandeza absoluta do proletariado e a força produtiva de seu trabalho, tanto maior será o exército industrial de reserva. A força de trabalho disponível se desenvolve pelas mesmas causas que a força expansiva do capital. A grandeza proporcional do exército industrial de reserva acompanha, pois, o aumento das potências da riqueza. Mas, quanto maior for este exército de reserva em relação ao exército ativo de trabalhadores, tanto maior será a massa da superpopulação consolidada, cuja miséria está na razão inversa do martírio de seu trabalho. Por fim, quanto maior forem as camadas lazentas da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior será o pauperismo oficial. Essa é a lei geral, absoluta, da acumulação capitalista” (Marx, 2013, p. 719-720).

históricas que a transformam, ao mesmo tempo em que a mantém intrínseca à reprodução do capital. Concordamos com Netto (2001), não se trata de uma “nova questão social”, mas da persistência das manifestações da típica questão social, que coexistem, na contemporaneidade, com o surgimento de novas expressões. As iniquidades entre os gêneros, as condições socioeconômicas das mulheres trabalhadoras, e as desigualdades étnico-raciais, associadas ao conjunto das políticas públicas ofertadas ou não, apontam para a problemática da mortalidade materna no Brasil. Este fenômeno consiste num importante indicador da realidade social do país (Ferraz; Bordignon, 2012; Menandro et al, 2024).

É neste sentido que afirmamos que as taxas de mortalidade materna no Brasil são indicadores das condições de vida das mulheres e que as afetam durante o ciclo gravídico-puerperal, com expressivas variações regionais, bem como de classe, e de raça/etnia. E foi por meio desse diálogo com estas expressões da questão social no país que procuramos desvendar a realidade da garantia do direito ao pré-natal, ao parto e ao puerpério no SUS, no contexto da crise sanitária decorrente da Covid-19. E, neste sentido, esta garantia é competência do Estado.

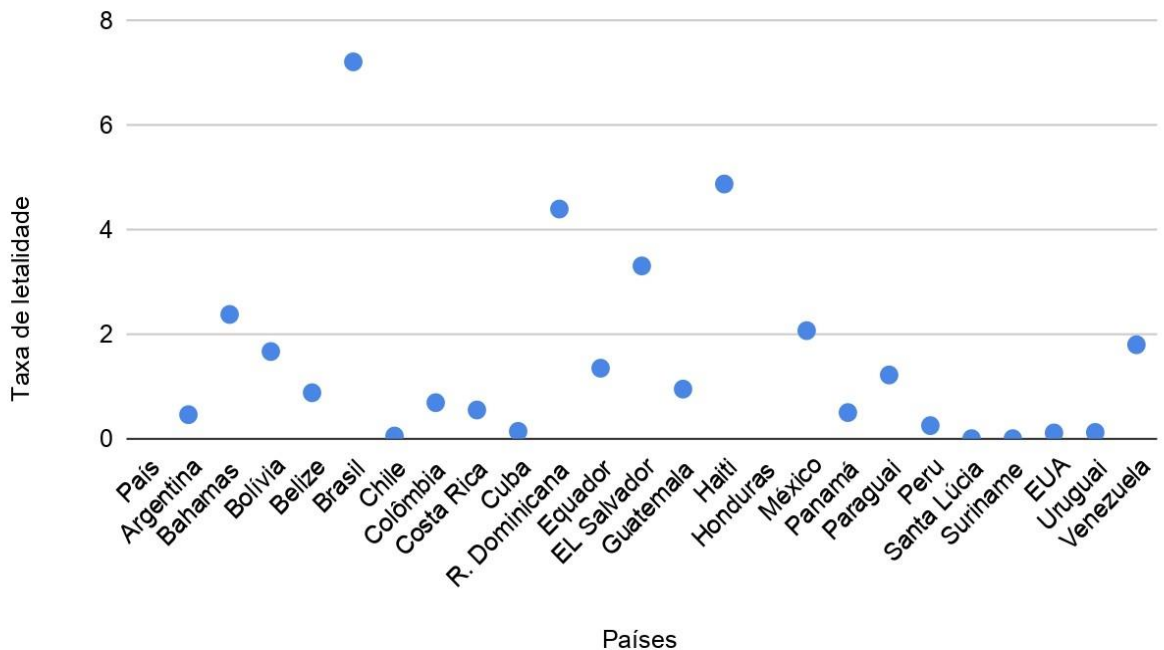
Entendemos o Estado não como um agente externo ao capital e à sociedade civil. Pelo contrário, a natureza do Estado é capitalista, com todas as contradições inerentes à dinâmica deste modo de produção, e que nessa relação orgânica garante a troca das mercadorias, em sua forma valor e a exploração da força de trabalho (Mendes, 2017). Importa-nos ressaltar isto, pois à medida que problematizarmos a assistência ao pré-natal e ao puerpério no Brasil, suas associações com as taxas de mortalidade materna, o subfinanciamento e desfinanciamento do SUS, e os óbitos maternos associados à pandemia de Covid-19, não discutiremos simplesmente uma crise da saúde pública, tampouco uma crise do Estado brasileiro, mas sim estes fenômenos à luz da própria crise estrutural do capital (Nakatani; Gomes, 2014).

É fundamental assim, entender a mortalidade materna no Brasil relacionada à Covid-19 como objeto que requer estudos. Em maio de 2020, o MS notificou **36 óbitos maternos**

pela doença (Nakamura-Pereira et al, 2020). Este quantitativo já colocava o Brasil à frente de todos os outros países sobre os quais também foram encontrados, até aquele momento, relatos destes casos, como o Irã, o México, o Reino Unido e os Estados Unidos (Nakamura-Pereira et al, 2020).

Em maio de 2021, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) divulgou uma atualização sobre a pandemia de Covid-19 nas Américas, apontando aumento significativo de casos de Covid-19 em gestantes e puérperas, e de óbitos maternos, sendo o Brasil o país com maior quantitativo de mortes, e uma taxa de letalidade equivalente a 7,2%, que já era mais que o dobro da taxa de letalidade do país - 2,8% (Gráfico 1) (OPAS, 2021; Fiocruz, 2021).

Gráfico 1 – Taxa de letalidade pela Covid-19 durante a gestação, por país. Região das Américas. Janeiro de 2020 a 17 de maio de 2021.



Fonte: Centro Latinoamericano de Perinatologia/Saúde da Mulher e Saúde Reprodutiva (em inglês, Latin American Center for Perinatology/Women's Health and Reproductive Health, ou CLAP/SMR) e informações compartilhadas com a OPAS/OMS pelos Pontos Focais Nacionais do Regulamento Sanitário Internacional ou publicada nos sites dos Ministérios da Saúde, autoridades sanitárias ou outros órgãos semelhantes, e reproduzidas pela OPAS/OMS. OPAS, 2021.

Os estudos iniciais acerca da pandemia de Covid-19 não identificaram as gestantes como

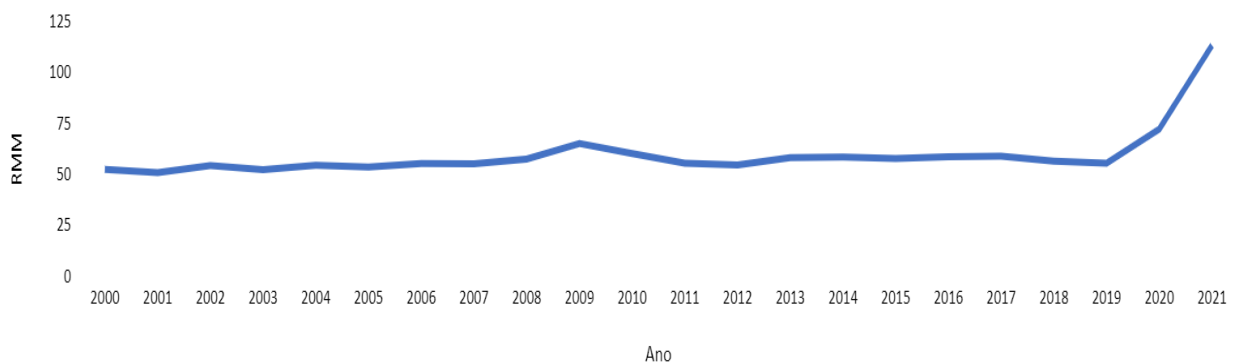
grupo de risco para complicações e óbitos (Souza; Amorim, 2021). Possivelmente, isto se deu devido à pouca frequência destes eventos entre gestantes na China – primeiro país a sofrer com a doença – e, também, nos países asiáticos atingidos em seguida: Japão, Coreia do Sul e Singapura (Souza; Amorim, 2021). Ainda quando a Covid-19 causou crise sanitária na Europa, os países mais afetados inicialmente (Itália e Espanha) possuíam baixa taxa de natalidade, além de poucas gestantes (Souza; Amorim, 2021). Isto explica a razão das primeiras publicações científicas incluírem poucas grávidas em suas análises e raramente terem quantitativo significativo de gestantes para identificar casos de complicações e óbitos causados pela Covid-19 (Souza; Amorim, 2021).

Mas a realidade no Brasil foi diferente. O Grupo Brasileiro de Estudos de Covid-19 e Gravidez, por meio da análise dos dados do Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe), identificou 978 gestantes e puérperas diagnosticadas com a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) pela Covid-19, de fevereiro a junho de 2020 (Takemoto et al, 2020). Destas 978, 124 morreram, o que representou uma taxa de 12,7% de letalidade (Souza; Amorim, 2021). Apesar destes óbitos estarem associados a outras comorbidades (tais como obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares), a assistência à saúde destas mulheres chamava atenção: 15% delas não receberam nenhum tipo de assistência ventilatória, 28% não acessaram leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) e 36% não foram intubadas, tampouco receberam ventilação mecânica (Souza; Amorim, 2021).

À medida que a pandemia se disseminou e atingiu mais gestantes em outros países, alguns estudos conseguiram demonstrar que estas apresentavam maiores riscos de complicações e internações em UTI e maior necessidade de ventilação mecânica (Ellington et al., 2020; Collin et al, 2020; Vivanti et al., 2020). Os impactos da Covid-19 nas gestantes e puérperas despertaram preocupação dos movimentos feministas e dos profissionais de saúde acerca do Brasil, onde as já altas taxas de mortalidade materna se elevaram, de acordo com as análises do Observatório Covid-19 (Fiocruz, 2021).

Se a mortalidade materna no Brasil era um dado alarmante antes mesmo da crise sanitária ocasionada pela Covid-19, em 2020 a mortalidade materna no Brasil se agudizou (Gráfico 2), ficando explícitas as violações de direitos à saúde sofridas pelas mulheres que se encontravam gestantes e puérperas logo nos primeiros meses da pandemia. No Brasil, as gestantes e puérperas ficaram em situação de risco, assim como nas epidemias anteriores, como a H1N1, SARS-CoV e MERS-CoV (Fiocruz, 2021).

Gráfico 2 - Tendência RMM no Brasil antes e durante a pandemia de Covid-19.



Fonte: SIM, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

No entanto, apenas entre os anos 2019 e 2021 os óbitos maternos aumentaram 105%. No caso da Covid-19, gradativamente, as gestantes se tornaram motivo de preocupação da saúde pública quando a doença ultrapassou as características de uma síndrome respiratória clássica, apresentando efeitos sistêmicos (Fiocruz, 2021). No contexto da crise sanitária, isto ocasionou maior preocupação quanto a disponibilidade de leitos de UTI para essas usuárias, e leitos de UTI neonatal para os bebês recém-nascidos (em alguns casos prematuros), pois, nestas circunstâncias, ambas - mulher e criança - careciam da oferta de cuidados especializados e imediatos no âmbito da saúde (Fiocruz, 2021).

As pressões dos movimentos sociais demandando intervenções protetivas do Estado brasileiro se depararam com o enrijecimento de um cenário político, econômico e social peculiarmente adverso: o governo ultraneoliberal de Bolsonaro, que oficializou a

necropolítica²¹ como política de Estado (Castilho; Lemos, 2021). O governo federal não adotou medidas de proteção à vida dessas mulheres em meio à crise sanitária. Antes, o governo reduziu e direcionou suas ações de forma desconexa e pontual, desestruturando ainda mais a Seguridade Social brasileira, e definindo quais vidas importavam e quais não, quem era essencial e quem era descartável (Castilho; Lemos, 2021).

O impacto da mortalidade materna em 2020 no Brasil ocorreu, primeiramente, pelo fato de que este fenômeno estava intimamente relacionado à falta de acesso e indisponibilidade de recursos assistenciais para o pré-natal, para o evento do parto e puerpério (Fiocruz, 2021). E os estudos apontavam que os óbitos maternos ocorriam em maior número nos países dependentes, como o Brasil, profundamente marcado pelas desigualdades socioespaciais, de classe, de gênero, étnico-raciais e de escolaridade (Souza; Amorim, 2021; Albuquerque; Ribeiro, 2020; Goés; Ferreira; Ramos, 2023).

Do mesmo modo, as desigualdades entre as regiões brasileiras ficavam evidentes no que diz respeito aos leitos obstétricos com simultânea disponibilidade de UTI para adultos e recém-nascidos nas unidades de saúde que fazem partos. Primeiramente, em todo o Brasil, apenas 14,1% destas unidades dispunham deste tipo de UTI (Fiocruz, 2021). A pandemia de Covid-19 manteve a mortalidade materna como uma violação de direitos, um fenômeno marcado pela iniquidade social: dos 1.204 óbitos maternos registrados entre 2020 e 2021, aproximadamente 56,2% ocorreram entre mulheres pardas e pretas, um risco quase duas vezes superior ao das brancas (Fiocruz, 2021).

Pesquisas já demonstram que gestantes infectadas pela doença apresentavam maiores chances de resultados adversos, inclusive de morte (Zambrano et al, 2020; Santos et al, 2021). Além disto, estudos anteriores (Leal et al, 2017; Martins et al, 2017; Bomfim et al, 2021) evidenciaram a relação entre as taxas de mortalidade materna e a desigualdade racial no Brasil - as mortes entre mulheres negras representavam quase o dobro das

²¹O termo foi criado pelo historiador Achille Mbembe e se refere ao exercício do poder político e social para ditar ativa ou passivamente quem pode permanecer vivo e quem pode morrer. Esse poder é utilizado, principalmente, pelo Estado, para quem exercer a soberania “é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação do poder” (Mbembe, 2016, p.123).

mulheres brancas, em julho de 2020 (Santos et al, 2021; Menandro et al, 2024). O país se destacou pelos altos números de mortes maternas atribuídas à Covid-19, principalmente entre as puérperas hospitalizadas: até 06 de dezembro de 2020, foram notificadas 160 mortes associadas à Covid-19 entre gestantes, e 106 mortes pela mesma doença entre puérperas hospitalizadas (Gurzenda; Castro, 2021).

Com base neste cenário, partimos do pressuposto de que as desigualdades sociais no acesso aos direitos reprodutivos já estavam estruturadas no país, quando um novo elemento complexificou a problemática do direito à gestação, ao parto e ao puerpério pelo SUS: a pandemia de Covid-19. Portanto, estabelecemos como objetivo geral desta tese **analisar se e como a garantia à gestação, ao parto e ao puerpério no Brasil foram asseguradas por ações de saúde em um contexto de pandemia de Covid-19 entre os anos de 2020 e 2021, verificando se os direitos à saúde e de proteção à vida foram garantidos às mulheres grávidas, parturientes e puérperas, no âmbito do SUS.**

Definimos como objetivos específicos:

- a) Compreender o percentual de cobertura das consultas pré-natal ofertadas no SUS às gestantes, mediante suas condições de vida, comparando os dados do acesso a estas consultas entre os anos 2000 e 2019 (antes da pandemia de Covid-19) e 2020 a 2021 (durante a pandemia), cotejando-o com as diretrizes do PHPN;
- b) Refletir sobre as iniquidades em saúde das gestantes e puérperas antes da e durante a pandemia de Covid-19, identificando a relação entre a mortalidade materna pela Covid-19 e as variáveis sociodemográficas (região, faixa etária, raça/etnia e grau de instrução);
- c) Verificar os efeitos das medidas de atenção à saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal durante a pandemia de Covid-19; e
- d) Averiguar como a política de saúde ofertada às gestantes, parturientes e puérperas em 2020 e 2021 acompanhou as metas previstas no ODS 3.1, considerando a reorganização da assistência destas sujeitas frente à pandemia de Covid-19.

A hipótese levantada foi de que a pandemia de Covid-19 em 2020 e 2021 aprofundou as iniquidades sociais já presentes na garantia do direito à gestação, ao parto e ao puerpério no Brasil, revelando que as medidas para a redução da mortalidade materna adotadas pelo MS, desde o PHPN, ficaram ainda mais distantes do alcance da meta do ODS 3.1.

Assim, defendemos a tese de que a pandemia de Covid-19 nos anos de 2020 e 2021 aprofundou as iniquidades em saúde reprodutiva das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, já existentes no Brasil, que agudizaram problemas históricos e persistentes relacionados ao direito à gestação, ao parto e ao puerpério às usuárias do SUS.

Adiante, a tese, além desta Introdução, foi dividida em mais cinco seções. Na seção 2 discutimos o processo histórico da garantia dos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal no Brasil, em sua relação com o novo - a pandemia de Covid-19 – e o velho - as persistentes iniquidades em saúde, que se refletem na RMM do país. Analisamos o direito à gestação, ao parto e a o puerpério atravessado pela dinâmica da relação capital X trabalho, encabeçado pelas reivindicações dos movimentos feministas e de humanização do parto, pelo fim da mortalidade materna e pela vida das mulheres, e como estas lutas sociais se refletiram na condução das políticas de saúde reprodutiva das mulheres, como o PHPN e as políticas adjacentes.

Na seção 3 expomos o caminho metodológico que percorremos, por meio da exploração dos documentos de planejamento do MS, como os Planos Nacionais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão, e das informações relativas à garantia da gestação, do parto e do puerpério nas bases de dados do ministério, como no Sistema de Informações de Mortalidade, no Sistema de Informações de Nascidos Vivos, no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica e no Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave. Indicamos, também, as notas técnicas do MS sobre os direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal de 2020 e 2021 que utilizamos e os dados referentes ao puerpério, além das técnicas de análise dos dados.

Na seção 4 analisamos os dados relativos ao período pandêmico, buscando interpretar

o novo cenário de agravamento dos óbitos maternos em suas relações com as regiões brasileiras, a faixa etária das gestantes e puérperas, além da questão étnico-racial e de escolaridade destas mulheres. Discutimos a reorganização da assistência à saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal conforme os instrumentos de planejamento do MS, na perspectiva do PHPN. Nesta seção também problematizamos o aumento da RMM pela Covid-19, principalmente em 2021, quando a vacina contra a doença já estava disponível em outros países desde 2020 e, no Brasil, desde janeiro de 2021.

Na seção 5 refletimos como seu deu a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Deciframos os agravos à saúde das gestantes, parturientes e puérperas causados pelo novo coronavírus, relacionando-os também às velhas e persistentes questões relativas às desigualdades regionais, étnico-raciais e de escolaridade, além da questão etária.

Na seção 6 concluímos que a pandemia de Covid-19 nos anos de 2020 e 2021 aprofundou as iniquidades em saúde reprodutiva das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, já existentes no Brasil, que agudizaram problemas históricos e persistentes relacionados ao direito à gestação, ao parto e ao puerpério às usuárias do SUS, mas que também apresentaram novos contornos. Buscamos responder à pergunta: de que forma a pandemia de Covid-19 impactou modificando a assistência ao parto e ao puerpério no Sistema Único de Saúde em todo o Brasil? E, assim, afirmamos, com base neste estudo, que a crise sanitária em 2020 e 2021 ampliou as iniquidades sociais na assistência ao parto e ao puerpério no Brasil, principalmente no aspecto étnico-racial. Afirmamos, ainda, que a pandemia implicou em novas nuances para a saúde das gestantes e puérperas, dentre as quais destacamos as desigualdades regionais, de faixa etária e escolaridade. Além disto, a pandemia causada pelo novo coronavírus distanciou ainda mais o Brasil do alcance da meta de redução da mortalidade materna do ODS. Daí emergiram novas questões para pesquisa.

As páginas que se seguirão são a voz feminina que convoca a todas as pessoas à reflexão e luta pela garantia do direito à vida das mulheres.

“Escolher escrever é rejeitar o silêncio” (Chimamanda Ngozi Adichie)

2. A PANDEMIA DE COVID-19 E OS DIREITOS DAS MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: O NOVO VELHO NOVO

Nesta seção refletimos sobre os fundamentos teóricos para o enfrentamento do debate sobre os direitos reprodutivos das brasileiras em um momento particular - o ciclo gravídico-puerperal. Esses fundamentos nos ajudam a desocultar o **novo velho novo** (inscrita no subtítulo desta seção) na garantia à gestação, ao parto e ao puerpério durante um período único na história recente - a pandemia de Covid-19 -, cotejando presente e passado com suas velhas e persistentes problemáticas da assistência às gestantes, parturientes e puérperas no Brasil, que tem na mortalidade materna sua expressão mais latente (e retratado por autores como Siqueira et al, 1984; Cardoso; Souza; Guimarães, 2010; Costa, 2012; Ferraz; Bordignon, 2012; Rodrigues; Cavalcante; Viana, 2019; Nakamura-Pereira et al, 2020; Freitas-Júnior, 2020; Souza; Amorim, 2021; Gurzenda; Castro, 2021; Palinski, 2022; Orellana et al, 2022; Goés; Ferreira; Ramos, 2023). Cotejando presente e passado, estamos questionando: o que efetivamente foi novo dentre as ações desenvolvidas pelo Estado brasileiro no período pandêmico para garantia de direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal?

Nossa tese é de que a pandemia de Covid-19 nos anos de 2020 e 2021 aprofundou as iniquidades em saúde reprodutiva das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, pré-existentes no Brasil, que agudizaram os velhos e persistentes problemas relacionados ao direito à gestação, ao parto e ao puerpério às usuárias do SUS (o que denominamos aqui novo [pandemia] velho [históricos e persistentes problemas expressos na mortalidade materna] novo [crescimento agudo das mortes de inúmeras mulheres durante a gestação/parto/puerpério] sem ações do governo Bolsonaro).

Vamos aqui considerar a garantia dos direitos reprodutivos neste ciclo em uma perspectiva histórica, atravessado pela relação Estado-sociedade e pela luta de classes. Resgatamos o movimento de luta dos movimentos feministas e de mulheres pelo direito à gestação e ao parto humanizado no SUS, defendendo o papel do Estado como responsável por um conjunto de políticas públicas intersetoriais e complementares.

Para nós, falar sobre os direitos reprodutivos das mulheres é falar também sobre a saúde delas sem abandonar o princípio da integralidade, ou seja, sem perder de vista estas sujeitas em todas as fases de suas vidas, da infância à velhice. Requer também entender a garantia do direito à gestação, ao parto e ao puerpério em sua necessária associação com o saneamento básico, com a segurança alimentar e nutricional, com as seguranças socioassistenciais, com o direito à educação, ao trabalho e à renda etc.

E os dados atuais sobre o SUS mostram a relevância desta reflexão proposta - cerca de 75% das/os brasileiras/os são usuárias/os exclusivas/os dos serviços de saúde ofertados pelo SUS (Araújo et al, 2020). Além disso, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua 2022, **as mulheres constituem 51,8% da população brasileira** (IBGE, 2022). O IBGE (2021) indicou na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2019, que das 17,3 milhões (10,7%) das pessoas com 18 anos ou mais de idade que procuraram algum serviço da Atenção Primária à Saúde (APS) até 6 meses antes da entrevista, 69,9% eram mulheres. E essas mulheres procuram os serviços de saúde para si ou para outrem.

Como usuárias usuais do SUS, a questão da saúde da mulher é recorrente na literatura científica (Corrêa; Petchesky, 1996; Leal et al, 2018; Zorzam; Cavalcanti, 2016; Carloto; Damião, 2018; Costa, 2023). Aqui, vamos focar em um aspecto – a mortalidade materna. Esta, como uma questão de saúde pública, é também uma expressão da questão social. Como tal, esta problemática requer políticas sociais que garantam o acesso da população em geral, e das mulheres em particular, à redistribuição da riqueza socialmente produzida. Ou seja, a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres é também uma questão de justiça social (Cardoso et al, 2010; Freitas-Júnior, 2020).

Para melhor exposição, organizamos esta seção em três subseções. Na primeira, analisamos como o direito à gestação, ao parto e ao puerpério, assim como a redução das taxas de mortalidade materna, foram demandados pela classe trabalhadora no período anterior ao PHPN, sendo discutido na arena política internacional e, no Brasil.

Neste processo, o direito reprodutivo foi expresso por dois diferentes paradigmas: o da saúde materno-infantil e o da saúde integral da mulher. Na segunda subseção, abordamos como a política foi tecida neste campo. Destacamos como o PHPN e as políticas adjacentes, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e a estratégia da Rede Cegonha pautaram os direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e dialogaram com os distintos paradigmas em debate. Por fim, na terceira subseção, problematizamos a capacidade garantidora de direitos do PHPN e das políticas adjacentes frente à pandemia pela Covid-19 no cenário da necropolítica do governo Bolsonaro²², que permitiu as (evitáveis) mortes maternas pelo SARS-CoV-2. Defendemos a necessidade de respostas articuladas e intersetoriais do Estado, para fazer frente à questão, na perspectiva da integralidade e da equidade.

Ao longo de toda a seção, nossa tese denunciará e recusará a naturalização de mortes maternas evitáveis. É, assim, uma tese que enuncia de partida seu compromisso ético e político.

2.1 Direitos reprodutivos, reprodução social no capitalismo contemporâneo e os antecedentes do Programa de Humanização do Pré- Natal e Nascimento (PHPN)

Para aprofundar nossa análise sobre o direito das mulheres de gerar, parir e puerperar no Brasil antes e durante a pandemia de Covid-19, é fundamental situar nosso objeto na amplitude do movimento de reprodução social no capitalismo contemporâneo. Movimento este que está necessariamente conectado à dinâmica da acumulação, na periferia do capital, de onde advém os conflitos sociais relacionados ao trabalho do cuidado, historicamente atribuído às mulheres.

Embora as discussões em torno da crise do cuidado, do esgotamento social, do equilíbrio entre trabalho e família etc. pareçam atuais, elas são reflexos das lutas e conflitos sociais

²² Conforme referido na introdução, a necropolítica se refere ao poder do Estado de decidir, ativa ou passivamente, sobre a vida e a morte das pessoas, isto é, de determinar aqueles que podem viver e aqueles que podem morrer (Mbembe, 2016).

de ordem mais ampla e antiga: da esfera da reprodução da classe trabalhadora, que envolvem o trabalho de gerar, de parir e ainda de cuidar da sucessão, em seus múltiplos aspectos (Fraser; Sousa Filho, 2020). Ao longo do tempo, os processos de reprodução social são desempenhados e representados pelas mulheres (Fraser; Sousa Filho, 2020; Leite, 2023), principalmente quando falamos da gestação, do parto e do puerpério.

O que não podemos perder de vista é que, na sociabilidade burguesa, reprodução social é também produção de capital, e vice-versa. E embora estas esferas pareçam isoladas, estão intrinsecamente conectadas à medida que dependem uma da outra para se sustentarem (Marx, 2013; Fraser; Sousa Filho, 2020). A denominada “crise do cuidado”²³ é, deste modo, uma das facetas da crise do capital, cujas contradições podem ser observadas não apenas na esfera econômica, mas ainda em outras: social, ambiental e ecológica, política, cultural, institucional etc. (Fraser; Jaeggi, 2020). Em nossa análise, adotamos o que Fraser e Sousa Filho (2020) denominam de **contradição²⁴ socio reprodutiva do capitalismo**, para entender de que forma a garantia dos direitos reprodutivos das gestantes, parturientes e puérperas se associa ao processo de produção/reprodução social, sem perder de vista as particularidades da dependência econômica do Brasil e sua inserção periférica na mundialização do capital.

Defendemos que o movimento de garantia do parto e do puerpério no Brasil pertence à esfera da reprodução social e deve ser interpretado à luz das contradições próprias do modo de produção capitalista, na era de predomínio do capital fictício (Nakatani; Gomes, 2014). No entanto, cabe-nos situar este movimento dentro do processo histórico e, assim, desvelar como em cada estágio de desenvolvimento do modo de produção capitalista com seus períodos inerentes de crise, a contradição socio reprodutiva relacionada à

²³ Concordamos com a concepção de Fraser e Sousa Filho (2020), segundo a qual o trabalho de cuidado diz respeito às capacidades sociais que envolvem a parturição e a educação das crianças, o cuidado com familiares e amigos, a manutenção de lares e comunidades etc. enfim, à capacidade de sustentar relações sociais. Estes trabalhos, que possuem dimensão afetiva e material e são frequentemente realizados sem remuneração, são indispensáveis à manutenção de qualquer sociedade. A crise do cuidado se refere, por sua vez, às pressões sociais sobre estas formas de trabalho, que têm raízes na própria estrutura da sociedade burguesa, mais acentuada na era de predomínio do capital fictício. (Fraser; Sousa Filho, 2020).

²⁴ Contradição aqui entendida na perspectiva dialética, como unidade de contrários, num processo que, simultaneamente, une e tensiona os contrários, e no qual coexistem relações de reciprocidade e de oposição capazes de produzir transformações objetivas (Marx, 2013).

gestação, ao parto e ao puerpério também emergiu (Fraser; Sousa Filho, 2020).

Em todos os estágios, a acumulação de capital²⁵ foi e é, ao mesmo tempo, acumulação da pobreza e da riqueza, e requereu do capitalismo a formulação de estratégias para a contenção de suas crises (Marx, 2013; Pereira, 2013; lamamoto, 2015). Tais medidas se deram tanto no campo da produção, através do desenvolvimento das forças produtivas, como também no da reprodução social, seja mediante a transformação das necessidades sociais em mercadoria, e dos cidadãos em consumidores em potencial, seja por meio da legitimação, com o desenvolvimento de políticas de bem-estar social (Pereira, 2013; lamamoto, 2015).

Em seus estágios iniciais de desenvolvimento, o capitalismo tinha como estratégia principal de acumulação a concentração do capital (Marx, 2013). À medida que ele se complexificou, a centralização do capital passou a ser o método principal de organização e utilização de sua massa acumulada, mediante a formação de um elaborado sistema de crédito e de financiamento (Marx, 2013; Pereira, 2013). Esta centralização, por sua vez, evidencia que o processo de acumulação capitalista não se restringe à esfera econômica, porém, abrange as relações sociais de modo geral. Ou seja, estamos falando de associações entre modalidades de dominação históricas, como o colonialismo e o imperialismo, além das mais diversas formas de regulação estatal, como as políticas sociais (Pereira, 2013).

Uma vez que a economia capitalista depende da formação de seres humanos e sociais, bem como da interação, criação e manutenção de vínculos sociais, os trabalhos de gestar e parir são fundamentais neste processo e, embora não sejam remuneradas, as atividades socio reprodutivas são essenciais ao trabalho remunerado e, logo, à acumulação da mais-valia (Fraser; Sousa Filho, 2020; Fraser; Jaeggi, 2020).

²⁵Na perspectiva marxiana e aqui adotada, a acumulação de capital não está atrelada ao empenho individual, tampouco à simples poupança, abnegação ou abstinência de consumo pessoal para a posterior satisfação de necessidades ou preferências subjetivas. Antes, a acumulação é entendida como reconversão da mais valia em capital, ou seja, no uso dela como capital (Marx, 2013).

A aparente cisão entre produção de mercadorias e a reprodução social consiste num dos elementos do pano de fundo do capitalismo. Embora a maior parte do trabalho afetivo, do cuidado, ocorra fora do mercado, ele é uma condição fundamental à valorização do capital. O trabalho doméstico, assim como as atividades desenvolvidas na vizinhança, na comunidade, nas instituições públicas e nas organizações da sociedade civil, é completamente necessário ao trabalho assalariado (Fraser; Jaeggi, 2020). Inferimos que, do mesmo modo, por meio da gestação, do parto e do puerpério as mulheres produzem novas gerações de trabalhadores, repondo a força de trabalho. E o trabalho das mulheres não se encerra aqui, mas se estende para a manutenção dos vínculos sociais, indispensáveis à produção capitalista (Fraser; Sousa Filho, 2020; Fraser; Jaeggi, 2020).

Com a revolução burguesa, ainda na era do capitalismo liberal concorrencial, e com o desenvolvimento da grande indústria nos países centrais, a reprodução social da classe trabalhadora ocorria à própria sorte: paralela ao circuito do valor e sem a intervenção do Estado (Fraser; Sousa Filho, 2020; Fraser; Jaeggi, 2020). Enquanto o trabalho de mulheres e crianças era expropriado ao máximo nos polos industriais, em troca de baixos salários e em condições de vida muito precárias, a crise socio reprodutiva do capital ficou exacerbada: de um lado, a capacidade de subsistência e substituição das camadas mais pobres da classe trabalhadora foi tensionada ao máximo e, de outro, a decadência moral das famílias e das mulheres passou a preocupar as classes médias (Marx, 2013; Fraser; Sousa Filho, 2020; Fraser; Jaeggi, 2020).

Mas, mais do que uma questão moral, a reprodução da força de trabalho era (e é) um momento da reprodução do próprio capital. Isto é, “[...] acumulação do capital é [...] multiplicação do proletariado” (Marx, 2013, p. 690). A força de trabalho excedente relativa²⁶ se tornou uma condição fundamental à acumulação de riqueza e, ao mesmo tempo, ao acúmulo da pobreza. O crescimento da classe trabalhadora é maior do que a medida com que sua exploração é necessária à valorização do capital. E é nesse descompasso contraditório que reside o que Marx (2013) chamou de lei geral da

²⁶ “[...] excedente em relação à necessidade média de valorização do capital, é uma condição vital da indústria moderna” (Marx, 2013, p. 709).

acumulação capitalista (Iamamoto, 2001; Marx, 2013).

Para nós, é desse fundamento que se apreende a questão social, como produto da inseparável acumulação de capital e de seus efeitos sobre as classes trabalhadoras. E, ainda, como expressão da irreconciliável disputa entre as classes sociais (Iamamoto, 2001; Netto, 2001).

Como resposta à questão social posta, a sociedade burguesa criou alternativas em busca de minimizar suas próprias contradições. Assim, nos países centrais foram criadas as primeiras legislações protetivas, que limitavam a exploração da força de trabalho feminina e infantil, e reforçavam a dominação masculina na concepção restrita de família, buscando atenuar a desigualdade entre os gêneros, e enfatizar o *status* da mulher casada, sob a autoridade do marido (Fraser; Sousa Filho, 2020). As classes dominantes se empenharam em separar as esferas produtiva e reprodutiva e, nesse sentido, criando uma nova concepção dos papéis sociais com base no gênero. A mulher foi ilustrada como a figura que traria estabilidade para a família, enquanto o homem estava sujeito à volatilidade do mercado (Fraser; Sousa Filho, 2020; Fraser; Jaeggi, 2020).

Enquanto se silenciava as contradições no centro do capitalismo, o colonialismo extrativista e a escravidão nos países periféricos maximizavam a contradição socio reprodutiva do capital (Fraser; Sousa Filho, 2020). A realidade nas Américas, por exemplo, era outra. As populações indígenas eram dizimadas quando vistas como barreiras para a acumulação capitalista, e eram esvaziadas de direitos e destituídas de qualquer forma de participação política. As comunidades camponesas eram expropriadas para serem absorvidas nas nascentes metrópoles industriais. E as mulheres escravizadas tinham suas capacidades reprodutivas utilizadas para a lucratividade nos latifúndios da monocultura exportadora, que se dava com base na exploração da força de trabalho escravizada (Fraser; Sousa Filho, 2020; Fraser; Jaeggi, 2020; Chaves, 2021).

No Brasil Império, da gravidez ao puerpério, as mulheres eram tradicionalmente assistidas por outras mulheres - popularmente chamadas de aparadeiras, comadres ou

parteiras-leigas - que possuíam um conhecimento empírico, eram consideradas como de confiança, além de serem consultadas sobre outros acontecimentos relativos ao corpo feminino (Brenes, 1991). Elas eram, de modo geral, mulatas ou brancas (portuguesas) e oriundas das camadas populares (Brenes, 1991). A gravidez, o parto e o puerpério eram assim, fenômenos naturalizados, tidos como do universo feminino, e cujo tratamento envolvia relações de confiança e prática, sem a intervenção e regulação de agentes externos.

A mudança deste paradigma no Brasil se deu no século XIX, após a inserção do ciclo gravídico-puerperal como objeto de intervenção da medicina, o que ocorreu nos séculos XVI e XVII nos países europeus (Brenes, 1991). Com isto, inaugurou-se a introdução não apenas do conhecimento científico e dos experimentos clínicos na gravidez, no parto e no puerpério, como também da figura masculina neste espaço²⁷. Mas à medida que a obstetrícia se constituía como saber, ela também integrava as práticas popularizadas das comadres.

Contudo, a dominação do conhecimento científico sobre o corpo das mulheres no ciclo gravídico-puerperal não foi algo que evoluiu naturalmente. Pelo contrário, uma das questões era a aproximação das mulheres aos hospitais e clínicas, demandando dos médicos um esforço para atraí-las, o que se deu através da construção de uma imagem profissional que inspirava confiança na população (Brenes, 1991). E foi assim que o discurso médico, em sintonia com outras narrativas da época, contribuiu para uma subjetividade, na qual a figura feminina dentro do lar, portadora de qualidades como delicadeza, sensibilidade e fragilidade, deveriam ser (re)orientadas pelo saber médico, supostamente apoiado pelo rigor científico e pela posse da verdade (Brenes, 1991; Vazquez, 2014).

Já nesse momento se constituía a tipificação da mulher nos termos das expressões boa

²⁷ “É em 1832 que tem início o ensino oficial de Obstetrícia para mulheres, nas duas primeiras faculdades médicas. Na do Rio de Janeiro, diplomou-se em 1934 a mais célebre das parteiras, francesa de nascimento, Maria Josefina Matilde Durocher [...] Foi a primeira mulher a ser recebida, como membro titular, na Academia Imperial de Medicina, em 1871. Madame Durocher vestia-se como homem porque, explicava, exercia uma profissão masculina (Souza, 1967)” (Brenes, 1991, p.139).

esposa, mãe dedicada, rainha do lar etc., que ganhavam espaço no imaginário social e na literatura brasileira no século XIX (Brenes, 1991). A Igreja foi uma importante aliada da medicina na criação da imagem de uma feminilidade, que limitava a prática sexual aos fins de procriação, e as dores da parturição vias para a purificação de seus pecados, assim como a gravidez e a maternidade eram vistas como vias de santificação (Costa, 2012; Vazquez, 2014).

A criação de um tipo ideal de feminilidade pela medicina e pela Igreja demarcava os distintos papéis sociais a serem assumidos por mulheres e homens (Brenes, 1991; Costa, 2012; Vazquez, 2014). No decorrer do século XX, paulatinamente, a maternidade se tornou objeto de várias campanhas que visavam moldar o comportamento e a subjetividade das mulheres, atrelando as dimensões sexual e reprodutiva delas à valorização dos cuidados com a infância. A necessidade do Estado capitalista de manter a reprodução social, assegurando a sobrevivência das crianças, aliada ao discurso religioso e da medicina, conferiu à mulher-mãe uma notória função social na esfera familiar (Vazquez, 2014).

Contudo, até mesmo nos países centrais, onde a narrativa sobre o lugar da mulher no âmbito privado da família despontou, ela não se sustentou (Fraser; Sousa Filho, 2020). Mesmo no centro do capitalismo, os baixos salários pagos aos trabalhadores eram abaixo do necessário para a manutenção de suas famílias (Fraser; Sousa Filho, 2020). E, assim, a questão social se adensava: cortiços que não comportavam os trabalhadores, poluição e adoecimento em massa, perda do trabalho etc. (Fraser; Sousa Filho, 2020). Surgiram, então, os primeiros sindicatos, nos quais os trabalhadores protestavam por melhores salários e condições de trabalho, organizando-se em partidos trabalhistas e socialistas, além de realizarem greves (Fraser; Sousa Filho, 2020). Para estes autores, somado a isto, as mulheres das camadas mais pobres, trabalhadoras e de outras raças/etnias não tinham condições de atender aos ideais burgueses sobre a vida doméstica, invalidando, deste modo, as concepções criadas em relação à feminilidade e ao papel da mulher na família. E até mesmo as mulheres das classes médias nem sempre ficavam satisfeitas com seus *status*, dado que não tinham reconhecimento jurídico e político (Fraser; Sousa

Filho, 2020).

Com o auge das contradições múltiplas do capitalismo liberal concorrencial, sua crise e seu colapso, as guerras entre as potências imperialistas e as crises econômicas ao nível internacional, o modo de produção capitalista tomou fôlego para recuperar sua avidez pela acumulação (Fraser; Sousa Filho, 2020). Desta forma, ele se reinventou e, em meados do século XX, acionou o Estado como porta-voz oficial de sua nova estratégia: apaziguar a contradição entre a produção econômica e a reprodução social, por meio da intervenção estatal direta (Fraser; Sousa Filho, 2020).

A Grande Depressão Econômica e as duas Grandes Guerras fizeram emergir o capitalismo endossado pelo Estado interventor (Esping-Andersen, 1991; Pereira, 2009; Ferguson, 2013; Fraser; Sousa Filho, 2020). Assim, desenvolveram-se os Estados de Bem-Estar Social que selavam o pacto social da democracia burguesa nas potências europeias. As mobilizações da classe trabalhadora pelo provimento de bem-estar social, como direito de cidadania, também impulsionaram o Estado a incorporar algumas das principais demandas da reprodução social (Fraser; Sousa Filho, 2020; Leite, 2023). Naquele cenário, nos países centrais as relações sociais de produção estavam tão imbricadas com a reprodução social, que as classes trabalhadoras perderam as condições de se reproduzirem por si próprias. Isto é, as atividades socio reprodutivas estavam tão internalizadas na ordem capitalista, que tinham de passar pelo domínio administrativo do Estado, que passou a investir na assistência à saúde da população, bem como nas escolas e creches, além das aposentadorias, com suplemento dos investimentos privados (Fraser; Sousa Filho, 2020).

Nos países capitalistas centrais, as políticas de bem-estar social, demandadas pelos trabalhadores organizados, estavam sintonizadas às políticas econômicas, com destaque para a linha de montagem fordista, voltada à produção massiva de bens de consumo (Fraser; Sousa Filho, 2020). Deste modo, os sujeitos sociais cumpriam sua dupla função de trabalhadores e consumidores. Ao lado das políticas de geração de emprego, de aumento de salários, da aceitação da sindicalização e dos investimentos

estatais, estavam as políticas que reinventaram a esfera doméstica como o lugar de consumo massivo de objetos de uso diário (Fraser; Sousa Filho, 2020). O Estado capitalista articulou mercadorização e proteção social, criando uma ponte entre a linha de produção fordista e os hábitos de consumo das famílias das classes trabalhadoras (Fraser; Sousa Filho, 2020).

Concordamos com Fraser e Sousa Filho (2020) que o provimento público de políticas de bem-estar social foi, sobretudo, resultado do protagonismo da classe trabalhadora. Naquele momento, para os sujeitos políticos, a cidadania e a democracia eram os grandes pilares em questão (Fraser; Sousa Filho, 2020). Portanto, a social-democracia representava, até certo ponto, a aposta dos trabalhadores na valorização da reprodução social, contra a volatilidade da esfera produtiva. O pacto social entre a classe trabalhadora e a classe dominante era, naquele cenário, uma conquista democrática, mas também contraditória em sua natureza, uma vez que é intrínseco ao modo de produção capitalista a acumulação pela acumulação (Marx, 2013; Ferguson, 2013).

O Estado Social do pós-guerra que nos países centrais conciliou, por um período específico, as reivindicações dos trabalhadores por melhores salários e condições de vida e a avidez capitalista pelas altas taxas de lucro, o fez mediante uma menor oferta de força de trabalho (inclusive de trabalho especializado) necessária à acumulação (Ferguson, 2013). O Estado capitalista assumiu parcialmente os custos com a reprodução social, por meio das políticas sociais de caráter mais abrangente ou até mesmo universal, também porque ela moldava a força de trabalho conforme às exigências da esfera produtiva. Assim, os gastos sociais também tinham a função de incutir nos trabalhadores a disciplina requerida pela lógica da acumulação, além de controlar os pobres. Nas políticas criadas pelo Estado Social, inspiradas no Plano Beveridge²⁸, a preocupação com a pobreza não estava sintonizada com a defesa da

²⁸ O Relatório Beveridge (*Report on Social Insurance and Allied Services*), publicado em 1942 na Inglaterra, resultado de uma pesquisa coordenada por William Beveridge denunciou a fragilidade das políticas sociais naquele país, buscando combater o que chamava de cinco gigantes: a enfermidade, a ignorância, a sujeira, a miséria e a preguiça. Ele planejou a Seguridade Social, como um modelo de políticas de saúde, assistência social e previdência social a serem asseguradas pelo Estado de Bem-Estar Social, fortemente intervencionista (Pereira, 2011; Pereira, 2013).

equidade, e a oferta de políticas sociais se pautava no princípio da igualdade jurídica e, ao mesmo tempo, no trabalho gerador de lucro (Pereira, 2013; Ferguson, 2013; Fraser; Sousa Filho, 2020).

A reprodução social financiada pelos recursos públicos era aquela que tipificava o modelo de família nuclear, com clara demarcação dos papéis de gênero: do homem provedor e que detinha a autoridade no lar, e da mulher, dona de casa. A validação do salário para manter a família era acompanhada da naturalização da hierarquia entre os gêneros, que esvaziavam o conteúdo político deste modo de vida e reprodução social (Fraser; Sousa Filho, 2020). No entanto, simultaneamente, a produção capitalista continuava a demandar a força de trabalho feminina. Durante a primeira Guerra Mundial, as mulheres foram chamadas ao trabalho na indústria têxtil, na produção de artigos e nos cuidados de enfermagem²⁹ para os soldados (Teixeira, 2009). Elas também assumiram frentes de trabalho no meio rural, mantendo as atividades econômicas essenciais durante as guerras (Teixeira, 2009).

No pós Primeira Guerra (anos 1930), nos EUA, a participação das mulheres na economia (inclusive das mulheres casadas) continuava a crescer (Yellen, 2020). Apesar de ainda existirem barreiras culturais que afastavam as mulheres casadas do mercado de trabalho, tais impedimentos foram gradualmente superados especialmente no período subsequente à segunda Guerra Mundial, com a expansão do ensino e o surgimento de novas tecnologias que aumentaram a procura por força de trabalho para funções administrativas (Yellen, 2020).

É sempre importante termos em mente que a contradição socio reprodutiva do capital é permanente. Da mesma forma que as crises são inerentes ao ciclo de valorização do capital, as medidas anticrises - as políticas de bem-estar social – também o são (Pereira, 2013; Fraser; Sousa Filho, 2020). O capital, enquanto relação social na qual o valor se expande continuamente por meio da apropriação privada da mais valia produzida pela

²⁹ O trabalho das enfermeiras durante a Primeira Guerra Mundial era exaustivo e muitas vezes perigoso. Mas essa contribuição muitas vezes não é reconhecida na literatura. Sugerimos o vídeo **Kate Adie about what WW1 did for women** (<https://youtu.be/YbTlrA29Ndk?si=iaHjRCGMXFM5Mw8n>).

força de trabalho, necessariamente tem de se reproduzir e ampliar. A valorização do capital consiste num processo contraditório de simultânea acumulação da riqueza e da pobreza que, à medida que se intensifica, radicaliza a questão social (Marx, 2013; Pereira, 2013).

E é por isto que precisamos fazer algumas ponderações à era dourada, já que suas conquistas sociais se deram às custas da massiva exclusão dos trabalhadores na periferia do capitalismo - alvo das forças neoimperialistas (Fraser; Sousa Filho, 2020). Nos países de economia periférica, como os latino-americanos, a reprodução social permaneceu deixada à sorte da própria classe trabalhadora. O contexto de super exploração e pobreza da classe trabalhadora forçou as mulheres a ingressarem no trabalho remunerado, como forma de garantir a sua sobrevivência e a de suas famílias³⁰ (Leite, 2023). A exploração capitalista sobre a vida e o trabalho produtivo e reprodutivo femininos, assim como a luta das mulheres trabalhadoras pela sobrevivência, vem sendo caracterizada pela presença de imigrantes ou mulheres que descendem de povos antes escravizados ou super explorados, por jornadas super extensas de trabalho, pelo desempenho de atividades de cuidado com pessoas dependentes, além da baixa remuneração e especialização etc. (Almeida, 2022; Souza; Ferraz, 2023). Vale ressaltar, ainda, que o trabalho de reprodução social, ou seja, aquele empenhado na reprodução da força de trabalho e historicamente desenvolvido pelas mulheres pode ter caráter produtivo ou improdutivo, a depender da forma como é ou não apropriado pelo processo de acumulação capitalista (Almeida, 2022; Souza; Ferraz, 2023).

Na realidade brasileira, a modernização das forças produtivas do trabalho foi constituída mediante a recriação das velhas relações sociais de poder, herdadas da base colonialista, escravocrata e patrimonialista, que atualizaram as marcas do atraso no desenvolvimento da nação (Iamamoto, 2015). A convivência entre o “moderno” –

³⁰ “No caso do Brasil, essa situação só se configurou com a abolição do trabalho escravo, em 1888, quando as famílias negras, recém-liberadas da escravidão e relegadas à miséria, passaram a buscar formas de inserção no trabalho remunerado. As principais formas encontradas estiveram relacionadas ao trabalho doméstico realizado pelas mulheres, tendo em vista as maiores dificuldades vivenciadas pelos homens negros para se inserir no trabalho” (Leite, 2023, p.13).

inovações nos processos produtivos – e o “arcaico” – formas retrógradas de relações de trabalho – estruturaram a economia, a política e a cultura brasileiras, ao mesmo tempo em que potencializaram a questão social (Iamamoto, 2015).

No Brasil, a partir dos anos 1930 e da criação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943, com as lutas políticas empreendidas pelo nascente movimento operário, o Estado brasileiro adotou as primeiras políticas sociais, como o auxílio-natalidade, a regulamentação da jornada de trabalho em oito horas diárias e a licença maternidade de 30 dias (Leite, 2023). Contudo, estas políticas de reprodução social cobriam apenas as trabalhadoras formais e, deste modo, a maior parte das brasileiras não as acessavam. Afinal, a abolição do trabalho escravo no Brasil, em 1888, era algo ainda muito recente. Então, especialmente para as mulheres negras, recém-liberadas da escravidão, as principais formas de inserção no trabalho remunerado para enfrentar a miséria com a qual se depararam, foram as formas de trabalho doméstico, no qual desenvolviam as tarefas reprodutivas de cuidado (Costa, 2012; Leite, 2023). Para as mulheres, os trabalhos reprodutivos de gestar, parir e cuidar das crianças ficavam à cargo delas mesmas.

A presença de filhos, relacionada à posição da mulher dentro da família (como cônjuge, chefe de família etc.), ao seu ciclo de vida, bem como à sua necessidade de sustentar ou complementar a manutenção do lar são elementos que historicamente influenciaram nas decisões das mulheres sobre ingressar ou permanecer no mercado de trabalho³¹, face a questões como menor regulação e proteção do trabalho feminino, disparidades salariais entre mulheres e homens, menor ocupação das mulheres nos empregos formais³² e maior em ocupações mais vulneráveis no mercado de trabalho (FCC, 2007; Ortiz-Ospina; Hasell; Roser, 2024). Em nossa análise, estes fatores são reflexos da crise socio

³¹ Ainda assim, a participação das mulheres no mercado de trabalho tem sido progressiva, principalmente a partir da década de 1980, como mostram os dados da pesquisa Mulheres, trabalho e família (FCC, 2007).

³² “No período 88/92, dados do Ministério do Trabalho indicavam uma variação negativa de 8,6% nos empregos masculinos e de apenas 0,3% nos femininos. Nos períodos subsequentes, ocorreu uma retomada da formalização dos empregos para ambos os sexos e, particularmente para o feminino. Nos últimos 15 anos, entre 1992 e 2007, as empresas informaram a abertura de 15 315 320 postos de trabalho, 7 949 867 masculinos e 7 365 453, femininos” (FCC, 2007, s/p).

reprodutiva do capital.

E essa crise não se dá apenas nos países periféricos. Quando a dinâmica da acumulação começou a perder força nos países capitalistas centrais, os Estados Sociais foram postos em xeque (Ferguson, 2013). Nos EUA, com a desaceleração do crescimento da taxa de lucro no final dos anos 1960, e em meados dos anos 1970 nos principais países europeus - reflexo do resfriamento do crescimento produtivo e da permanência do aumento dos salários reais - houve uma queda no grau de atividade e a volta de taxas altas de desemprego (Marques, 2015). O esgotamento do padrão de acumulação capitalista desenvolvido no pós-II Guerra Mundial criou as condições para que o capital portador de juros – principalmente na forma de capital fictício – obtivesse predominância (Nakatani; Gomes, 2014; Marques, 2015; Sabadini, 2015).

A centralização do capital acelerou-se e expandiu-se mediante as ações dos fundos de investimentos e de pensão, dos investidores institucionais, das atividades das seguradoras e, também, dos proprietários das grandes fortunas (Nakatani; Gomes, 2014; Sabadini, 2015). Essa massa excedente de fontes de financiamento promoveu um crescimento exorbitante de capital na forma dinheiro, descolada da esfera da produção, e buscava valorizar-se na lógica do capital fictício, ou seja, principalmente por meio da especulação, e tendo como objetivo obter renda sem ter de produzir riqueza material – por isso também denominado parasitário (Nakatani; Gomes, 2014; Marques, 2015).

Na busca da recomposição das condições favoráveis à obtenção de lucro foram tomadas outras medidas, tais como: a introdução de novas tecnologias, a desregulamentação dos mercados e o fomento ao endividamento das famílias, principalmente nos EUA, dentre outras. Isto só foi possível com a redução dos ganhos salariais reais dos trabalhadores (Marques, 2015). Este golpe aos trabalhadores foi evidenciado principalmente nos EUA e no Reino Unido, países que inauguraram as reformas neoliberais, às custas do sacrifício das políticas sociais universais nos países que as desenvolveram (Ferguson, 2013; Marques, 2015; Fraser; Sousa Filho, 2020).

Em expansão pela via neoliberal, o capitalismo ordenou a drástica redução nos investimentos públicos (e privados) no bem-estar social, na medida em que recrutou mais mulheres para a esfera da produção, eximindo-se das atividades de reprodução social, deixando-as sob total responsabilidade das famílias e das comunidades, ao passo que lhes reduziu a capacidade de desempenhar as tarefas cotidianas de cuidado (Fraser; Sousa Filho, 2020; Leite, 2023). O que vem se observando, desde então nos países centrais, é uma nova organização da reprodução social pela via da mercadorização do cuidado para aqueles que conseguem comprá-lo. No entanto, mesmo que tardiamente, as tendências neoliberais nas políticas sociais com o desmonte dos Estados de Bem-Estar Social, também chegariam aos Estados Desenvolvimentistas, como o brasileiro (Fraser; Sousa Filho, 2020; Leite, 2023). A mercadorização do trabalho de cuidado é atravessada pelo engajamento das mulheres no mercado de trabalho globalizado, em condições de trabalho desfavoráveis para elas, com aceleração do ritmo de trabalho, maior exposição a riscos, intensificação do trabalho e agravamento das doenças ocupacionais (Lu, 2009).

Nos caso da política de saúde da mulher, esta ainda precisa de maior articulação, na perspectiva da integralidade (Costa, 2012). O estudo de Vogel et al (2024) problematiza a histórica restrição dos serviços de cuidados pós-natais à saúde da mulher ao período do puerpério. Ele denuncia a negligência na agenda global de saúde, e nos planos de ações de saúde dos países, para com os problemas de saúde da mulher³³ que se apresentam após as seis semanas pós-parto, que podem estar relacionados ao ciclo gravídico-puerperal. Segundo os autores (2024), a escassez de dados da saúde populacional principalmente nos países periféricos – com exceção da depressão pós-parto, ansiedade e psicose – ainda contribui para a invisibilidade da necessidade ampliação dos cuidados pós-natais na saúde da mulher³⁴.

³³ “Os dados disponíveis mostram que as condições mais prevalentes são dispareunia (35%), dor lombar (32%), incontinência urinária (8-31%), ansiedade (9-24%), incontinência anal (19%), depressão (11-17%), tocofobia (6-15%), dor perineal (11%) e infertilidade secundária (11%)” (Vogel et al, 2024, p.e318).

³⁴ E, esta advertência foi fundamental para problematizarmos nossos resultados.

2.2 A saúde da mulher como alvo de intervenção do Estado

Foi entre os anos 1960 e início dos 1980 que a saúde da mulher passou a ser objeto de intervenção da política de saúde no país, resumida ao Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) (Costa, 2012). A atenção à saúde da mulher já vinha sendo pauta de reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres, que alcançaram reconhecimento no debate internacional sobre seus direitos (Carloto; Damião, 2018). A Convenção Internacional Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (de 1979) afirmou que negligenciar a oferta de serviços de saúde específicos das mulheres era uma forma de discriminação. Ela repercutia um amplo movimento de luta pela saúde da mulher, que emergiu nas décadas de 1960 e 1970, simultaneamente à segunda onda do feminismo, que afirmava que o corpo da mulher era o veículo que mediava a dominação masculina (Shai; Koffler; Hashilone-Dolev, 2021). Neste sentido, as feministas reivindicavam a qualificação dos cuidados de saúde e o fim do sexismo nos serviços de saúde (Shai; Koffler; Hashilone-Dolev, 2021). Do mesmo modo, a convenção postulou como violação aos direitos das mulheres os serviços obstétricos de baixa qualidade, assim como a indisponibilidade de leitos ou sua distribuição de forma inadequada (Freitas-Júnior, 2020).

No Brasil, o PSMI priorizava a saúde da mulher durante a gestação, o parto e o puerpério e a criança menor de 5 anos de idade, e, portanto, suas ações estavam focalizadas apenas numa fase muito específica da vida de nem todas as mulheres (Costa, 2012; Carvalho, 2018). Além do ciclo gravídico-puerperal, o PSMI abordava apenas - e de forma bem mais pontual e sucinta - as doenças ginecológicas, incluindo as venéreas e o câncer. O programa do MS foi criado em 1975 com apoio da Legião Brasileira de Assistência (LBA), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da OPAS e da Fundação Kellogg³⁵ (Carvalho, 2018).

O PSMI foi criado antes do SUS e sem diálogo com o movimento feminista no Brasil, bem

³⁵ Cabe aqui lembrar que a articulação entre OPAS e Fundação Kellogg promoveram projetos no Brasil no campo da saúde comunitária, especialmente na área da saúde materno-infantil (Oliveira; Rizzato e Magaldi, 1983).

como pouco imbuído das demandas das classes trabalhadoras no país, durante a era da ditadura civil-militar (Carvalho, 2018). O programa foi incentivado pela OMS, como estratégia de redução da mortalidade infantil nos países periféricos. As ações e metas do PSMI eram centralizadas pelo MS e despachadas para execução pelas secretarias estaduais de saúde (Costa, 2012). Naquele contexto, a oferta de serviços públicos de saúde era apenas para os trabalhadores excluídos do mercado de trabalho formal, não cobertos pela previdência social. Assim, o PSMI atendia apenas as mulheres das camadas mais pobres, que não tinham assegurados os direitos trabalhistas, como a licença-maternidade. Além disso, ainda naquele momento, a maioria da população não tinha acesso aos serviços hospitalares (Gomes, 2004; Costa, 2012; Carvalho, 2018).

O PSMI vigorou até 1983, período no qual identificamos o predomínio do paradigma da saúde materno-infantil, representado por uma política que restringia a saúde da mulher ao ciclo gravídico-puerperal (Gomes, 2004; Carvalho, 2018). Este paradigma não incluía entre seus objetivos o conjunto das demandas de saúde da população feminina no Brasil, tampouco as reprodutivas. Na realidade, a atenção à saúde das mulheres estava estritamente relacionada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e ainda à valorização da maternidade como papel central desempenhado por elas (Costa, 2012). E não consideravam as assimetrias regionais³⁶.

Além disso, concordamos com Costa (2012) e Carvalho (2018), o PSMI era um programa restritivo da saúde da mulher, à medida que ele atendia apenas as mulheres gestantes e puérperas, desconsiderando a totalidade dos ciclos de vida das brasileiras. Porém, mais do que isto: não identificamos neste programa uma evidente preocupação com a redução das taxas de mortalidade materna no Brasil, nem com suas causas, dada a inevitabilidade destes óbitos, o que expressa contradição. Se o paradigma da saúde materno-infantil valorizava a maternidade como principal função da mulher, centrada na esfera socio

³⁶ O estudo de Siqueira et al (1984), por exemplo, já mostrava que em 1980 as regiões Norte e Nordeste concentravam os maiores coeficientes de mortalidade materna, e que as mulheres de 30 a 39 anos tinham maior risco de óbito materno. E o estudo de Siqueira e Tanaka (1986), com base nos dados do censo demográfico brasileiro de 1980, evidenciava a necessidade de atenção às complicações da gravidez, do parto e do puerpério entre as mulheres de 10 a 19 anos.

reprodutiva, cabe-nos indagar: quando as mulheres iam a óbito no ciclo gravídico-puerperal, que tipo de valorização era esta que negligenciava as mortes maternas e omitia suas reais causas?

Inferimos, assim, que as contradições socio reprodutivas do capital nos países periféricos, como o Brasil, apresentavam amplas dimensões, que iam do nascer da classe trabalhadora à morte gratuita da força de trabalho das mulheres nos trabalhos de gestar, de parir e de cuidar dos recém-nascidos. Contraditoriamente, a primeira política de saúde da mulher no Brasil, ao não enfrentar a problemática da mortalidade materna, permanecia não alterando substantivamente o problema.

Na década de 1980, o ambiente político era de tensão e luta por mudanças sociais, que envolviam a redemocratização do país, e outros debates afins, como os novos papéis e desafios para as mulheres, a autonomia delas sobre seus corpos e sua sexualidade associados ao surgimento de novos valores (Costa, 2012). Em 1983, o MS instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), fruto da mobilização não apenas do movimento feminista no Brasil, como também das vozes de movimentos sociais de classe organizados pela Reforma Sanitária, que culminou na própria criação do SUS alguns anos depois (Costa, 2012). As mulheres brasileiras tiveram participação no PAISM enquanto sujeitas de direitos, que tiveram suas identidades e demandas sociais e culturais representadas nesta política (Costa, 2012).

O PAISM representou a ascensão do paradigma de atenção integral à saúde da mulher, que ampliava as ações de saúde, buscando intervir nas principais causas de morbimortalidade feminina, contemplando planejamento familiar, câncer e IST/Aids. Ao prever ações de planejamento familiar, o PAISM foi precursor da validação dos direitos reprodutivos no Brasil (Carvalho, 2018). Mais uma vez destacamos que o movimento de luta pelos direitos reprodutivos das mulheres no Brasil estava articulado ao debate em nível internacional³⁷.

³⁷ Em 1987 ocorreu em Nairóbi a conferência sobre “Maternidade Segura”, momento no qual a mortalidade materna foi colocada no centro do debate internacional, e reconhecida como uma questão que precisava ser enfrentada mundialmente (Freitas-Júnior, 2020).

Em tempos de transição política (fim da ditadura civil militar) e Assembleia Nacional Constituinte, o Movimento pela Reforma Sanitária (MRS) lutava por Saúde e Democracia³⁸, ou seja, por mudanças e transformações necessárias condições de vida da população e na saúde do país (NESP; CONASEMS, 2023). A Reforma Sanitária proposta defendia profundas transformações na política de saúde brasileira, inclusive em seus aspectos éticos, econômicos e culturais. Por meio da ampliação da concepção de saúde, com base na sua determinação social, as distintas dimensões da inserção das mulheres nos espaços públicos e privados foram concebidas no PAISM, com enfoque na sua condição de ser humano (Costa, 2012).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a política de saúde seria pública e universal, compondo a Seguridade Social, juntamente com a previdência social e a assistência social (Brasil, 1988). A Saúde, como um “direito de todos e dever do Estado brasileiro”, deveria contar com a participação popular na gestão e no controle social (Brasil, 1988).

E, neste sentido, as políticas de saúde para as mulheres precisavam abranger não apenas os aspectos biológicos do bem-estar, do adoecimento e da morte, mas também os aspectos sociais, econômicos, culturais e subjetivos que fazem parte do cotidiano delas (Costa, 2012). Deste modo, em consonância com as pautas do movimento feminista, a perspectiva da integralidade na política de saúde coadunou o entendimento da mulher como um ser complexo, e com demandas de saúde que ultrapassam a maternidade. No PAISM, a atenção à saúde da mulher se destinava aos diversos problemas de saúde que as mulheres podem enfrentar ao longo de suas vidas, em distintos ciclos, desde a infância até o envelhecer (Costa, 2012; Carvalho, 2018).

Concordamos com o paradigma da saúde integral da mulher, porque ele nos permitia ampliar a compreensão das mulheres como sujeitas de direitos reprodutivos para além

³⁸ Lembremo-nos também da Carta das Mulheres à Assembleia Constituinte (1987). Nestas as mulheres reafirmavam que “[...] o exercício pleno da cidadania significa, sim, direito à representação, à voz e a vez na vida pública, mas implica, ao mesmo tempo, a dignidade na vida cotidiana [...]” (CNDM, 1987).

do período em que estão no ciclo gravídico-puerperal. Afinal, os problemas de saúde enfrentados pelas mulheres nos ciclos de vida anteriores à gestação, ao parto e ao puerpério, são cumulativos e podem incidir na fase reprodutiva e nos ciclos subsequentes (Costa, 2012). Logo, a redução da mortalidade materna requer também ações e serviços de saúde que atendam às mulheres que não são gestantes, e que poderão impactar positivamente no futuro delas. Ou seja, a prevenção dos óbitos maternos se inicia muito antes da gestação (Cardoso; Souza; Guimarães, 2010; Costa, 2012). Entendemos, assim, que as condições de saúde das mulheres anteriores à gestação, que podem envolver transtornos mentais, violência doméstica etc., e também a garantia do planejamento familiar, estão relacionados aos óbitos maternos (Costa, 2012).

Notamos, entretanto, que o reconhecimento da mortalidade materna como uma questão de saúde pública, uma injustiça social, ou ainda uma expressão da questão social que requer a intervenção do Estado mediante a criação de políticas sociais para o seu enfrentamento, é ainda recente (anos 1980). Contudo, principalmente a partir dos anos 1990, com a expansão do neoliberalismo, as políticas sociais se tornaram objeto de acirrada disputa capital X trabalho, com forte tendência contra reformista do Estado para responder à crise estrutural do modo de produção capitalista (Mendes, 2017; Mendes; Carnut, 2020).

2.2.1. Pisa ligeiro, pisa ligeiro - a luta é cotidiana pela saúde da mulher!

Mesmo com os ataques do capital às políticas sociais, os movimentos feministas e de mulheres continuavam (e continuam) reivindicando a garantia dos direitos reprodutivos no Brasil e no mundo³⁹. Em 1995 ocorreu a Conferência das Nações Unidas para População e Desenvolvimento do Cairo, onde foi criada a **concepção de saúde reprodutiva**, reconhecendo o direito ao acesso aos serviços de saúde adequados à garantia da gestação e do parto seguro para as mulheres (ONU, 1995; Carloto; Damião, 2018; Freitas-Júnior, 2020). Mais um passo foi dado, ao nível internacional, para a

³⁹ Ávila, 2003; Leal et al, 2018; Carloto; Damião, 2018; Freitas-Júnior, 2020; Brandão; Cabral, 2021; Esquenazi Borrego et al, 2021; Menandro et al, 2024.

garantia dos direitos humanos. E com a 4ª Conferência Internacional sobre a Mulher de Beijing, também em 1995, foi reafirmado o **direito da mulher de usufruir do mais elevado grau de saúde e gerir sua própria vida** também no aspecto reprodutivo (ONU, 1995; Carloto; Damião, 2018; Freitas-Júnior, 2020).

Pisa ligeiro é a metáfora aqui expressa de um lado o caminho trilhado, as múltiplas frentes de luta e a incompletude deste caminho, pois há muito a se conquistar. Para nós, a mortalidade materna evitável é uma grave violação aos direitos das mulheres. E, neste sentido, requer de nós elevar esse debate ao patamar de responsabilidade do Estado pela criação e execução de um conjunto de políticas públicas que garantam os direitos à vida, à liberdade e à segurança da mulher, o direito a viver em diversos arranjos familiares, ao mais elevado nível de saúde alcançável e aos benefícios do avanço da ciência, assim como o direito à igualdade e à não discriminação de gênero (Freitas-Júnior, 2020).

Em 2000, diferentes países (entre eles, o Brasil) assumiram a meta de reduzir a mortalidade materna em 3/4 até 2015, por meio dos ODM (ONU, 2000; Freitas-Júnior, 2020). Embora houvesse um aparente consenso sobre grande parte dessas mortes serem evitáveis e, portanto, uma injustiça social e grave violação aos direitos humanos, o país não atingiu a meta de diminuir para até 35 em cada 100.000 NV no período proposto (Freitas-Júnior, 2020; Menandro et al, 2024).

No governo de FHC no Brasil, como resposta do Estado às lutas sociais pelos direitos reprodutivos das mulheres como direitos humanos, e do questionamento da cultura obstétrica de excessivas intervenções com pouca fundamentação científica⁴⁰, o MS criou em 2000 o PHPN (Brasil, 2000a). Como marco temporal em nossa tese, é mister refletir sobre este Programa à luz das lutas dos movimentos feministas.

⁴⁰ A cesárea é uma intervenção cirúrgica concebida para reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto (PEREIRA et al, 2018). Mas a realidade dessa prática no mundo trilhou outros caminhos. Em 2000, a taxa de cesáreas no Brasil era de 38,9%, e teve crescimento, chegando a 46,5% em 2007 (Patah; Malik, 2011).

2.2.2 Direitos reprodutivos no marco do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e os movimentos de luta por avanços no campo dos direitos reprodutivos

O PHPN objetivou desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos (Brasil, 2000a). Ele também estabeleceu alguns princípios em relação à assistência à saúde da gestante, como: o acesso ao atendimento digno e qualificado durante a gestação, o parto e o puerpério; o direito à mulher de saber e ter assegurada a entrada no hospital ou maternidade⁴¹ na qual será atendida no momento do parto, e ainda o direito a que todo o trabalho de assistência ao parto e ao puerpério seja realizado de forma humanizada e segura (Brasil, 2000a).

Figura 4 – Mapa mental, princípios do PHPN.



Fonte: Brasil, 2000a. Sistematizado pela autora, 2024.

Cabe lembrar que, desde os anos 1980 se desenvolveu no Brasil um acúmulo de debates sobre o modelo de assistência ao parto, que levantava questionamentos que iam

⁴¹ “[...] vigora no Brasil um modelo de atenção ao parto definido como evento médico ou tecnológico, segundo o qual a gestante é tratada como paciente, os nascimentos são, em sua maioria, hospitalares e o médico é o profissional responsável pela sua execução” (Patah; Malik, 2011, p.190).

desde a qualidade dos serviços obstétricos ofertados às mulheres no ciclo gravídico-puerperal até o sentido da parturição para elas (Pereira et al., 2018). Tendo como referência as boas práticas de atenção ao parto recomendadas pela OMS, distintos segmentos sociais e movimentos de mulheres, que atribuíam à humanização diversos significados⁴², passaram a lutar contra: a medicalização do parto; a supremacia do saber do médico obstetra; a violência obstétrica, e em defesa do resgate dos instintos femininos e das capacidades das mulheres de parirem ativa e naturalmente (Diniz, 2005; Pereira et al, 2018; Silveira; Rodrigues, 2017; Nogueira, 2021).

Ao apresentarem a categoria gênero como articuladora de poder, os movimentos feministas destacavam o aspecto relacional das narrativas hegemônicas que dizem respeito à feminilidade e à masculinidade, e colocavam em xeque a suposta dicotomia entre natureza e cultura que, no Ocidente, representaria uma associação entre a mulher e a natureza, e o homem e a cultura (Silveira; Rodrigues, 2018). Nesse sentido, a cultura seria o elemento que transcende e controla a natureza, o que justificaria a hierarquia entre os sexos (Silveira; Rodrigues, 2018).

O movimento pela humanização do parto no Brasil trouxe, dentre suas pautas, questões como: o incentivo ao parto vaginal e ao aleitamento materno desde o pós-parto imediato, a presença de acompanhante de escolha da mulher no processo do parto, o trabalho multidisciplinar na assistência obstétrica, a inclusão de parteiras e doulas no SUS, e o fortalecimento das mulheres para parirem de forma ativa, fisiológica e natural, com alívio da dor e vivenciando uma experiência mais prazerosa (Diniz, 2005; Silveira; Rodrigues, 2018). Neste sentido, inferimos que o movimento pela humanização do parto não questionava as concepções dicotômicas entre natureza e cultura, antes ressignificava estes elementos, valorizando o aspecto natural do parto, à medida que a ele atribuía um caráter de humanização, e criticando o aspecto cultural, atrelando-o às práticas de excessivas intervenções e violência obstétrica no modelo de atenção ao parto que vigora no Brasil.

⁴² Os movimentos pela humanização do parto no Brasil e no mundo são heterogêneos, e apresentam simultaneamente congruências e tensões com as questões de gênero pautadas pelos movimentos feministas (Diniz, 2005; Silveira; Rodrigues, 2018; Carvalho, 2018).

Para este movimento pela humanização do parto, a medicalização do parto colocava as parturientes em condição passiva e subalterna. Frente a isto, a maternidade como uma escolha, assim como a opção por parir ativamente se apresentam como possibilidade de autonomia e decisão das mulheres na relação com seus corpos e com a sociedade, como parte dos direitos sexuais e reprodutivos por elas reivindicados. Inferimos que é nesse sentido que o movimento pela humanização do parto contribuiu para o protagonismo das mulheres como sujeitas de direitos durante o ciclo gravídico-puerperal.

No Brasil, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) é um movimento social que desde 1993 atua na defesa do parto/nascimento humanizado, natural e fisiológico, com protagonismo da mulher e na crítica às intervenções obstétricas que colocam em risco a saúde da mulher e do bebê (Carvalho, 2018). Este movimento atua com foco restrito às questões relativas ao parto, como: a defesa da presença de acompanhante de escolha da mulher no trabalho de parto e no parto, a valorização do trabalho das parteiras, a atenção aos óbitos maternos e fetais, a formação de doulas, a defesa da construção de casas de parto e o combate à realização de procedimentos desnecessários, como a episiotomia, por meio da divulgação de conteúdos com base em evidências científicas (Carvalho, 2018; REHUNA, s/d). No *site* da rede⁴³, dentre suas linhas de atuação está a formulação de políticas públicas, dentre as quais são citadas o PHPN, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a Rede Cegonha (que também discutiremos ainda nesta seção).

Conforme Carvalho (2018), a relação entre a ReHuNa e o feminismo não é muito clara, ficando mais evidente em falas pontuais de algumas militantes quando abordam a humanização do parto. A autora afirma que as integrantes da ReHuNa adotam o feminismo apenas como base da concepção de humanização do parto. Concordamos com Carvalho (2018), a luta deste movimento é claramente focada nos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico puerperal. Também em nossa análise, a ReHuNa não trata, de modo abrangente, do conjunto dos temas e reivindicações pelos

⁴³ Disponível em: <https://rehuna.org.br/nossa-historia/> Acesso em: 20 de set. 2023.

direitos sexuais e reprodutivos das brasileiras, como o direito ao planejamento reprodutivo, o combate à violência contra a mulher, o direito ao aborto seguro, dentre outras.

Na esteira do movimento pela humanização do parto no Brasil, a Conferência Internacional de Humanização do Nascimento, realizada em Fortaleza, em 2001, deixou clara a pluralidade de concepções que envolviam o tema da humanização, dados os diferentes contextos e aspectos presentes naquele debate⁴⁴. Enquanto isto, alguns movimentos feministas, como a Rede Feminista de Saúde (RFS) criada em 1991, reivindicavam ações e serviços de saúde sexual e reprodutiva no SUS direcionados à prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher, à mortalidade materna, ao aborto inseguro, às desigualdades raciais, à gravidez na adolescência, além das questões relativas à humanização do parto⁴⁵ (RFS, s/d; Carvalho, 2018). Outros, como a Articulação de Mulheres Negras Brasileiras⁴⁶ (AMNB) criada no Brasil no mesmo ano do PHPN, combatiam o racismo, as opressões de classe, todas as formas de discriminação, e a violência institucional nos serviços de saúde (AMNB, s/d; Carvalho, 2018).

Em 2002, a RFS publicou o dossiê Humanização do Parto, elaborado em parceria com

⁴⁴ Sabemos também que a perspectiva da humanização é mais ampla, e que há movimentos na sociedade pela defesa deste projeto para além da saúde da mulher. No entanto, o PHPN é anterior à própria Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, que foi criada em 2003.

⁴⁵ Entre 2000 a 2004 a Rede Feminista de Saúde publicou uma série de dossiês discutindo questões como violência contra a mulher, reprodução assistida, mulher e AIDS, mortalidade materna, menopausa, humanização do parto, bioética e mulheres, assimetrias raciais, adolescentes, saúde sexual e saúde reprodutiva, e aborto inseguro. Disponível em: <https://www.redesaude.org.br/dossies-da-rede/> Acesso em: 20 de set. 2023.

⁴⁶ Cabe aqui lembrar que a expansão do Movimento Social Negro (data da década de 1970) e do Movimento de Mulheres Negras colocou em destaque reivindicações relacionadas à saúde, que resultou na criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para a Valorização da População Negra (Carvalho et al., 2022). Em 1996, uma das propostas do GTI foi a inserção do quesito racial na Declaração de Nascidos Vivos e de Óbitos (Werneck, 2016). Já em 1998, a Portaria nº 3.947 aprovou os atributos comuns a serem adotados por todos os sistemas e bases de dados da saúde, sendo o quesito raça/cor parte desses dados complementares, deixando margem para o entendimento de que não havia obrigatoriedade visto que o campo não fazia parte dos atributos mínimos para identificação do indivíduo. Foi somente em 2017 que o preenchimento do quesito raça/cor se tornou obrigatório nos Sistemas de Informação de Saúde (SIS) (Coelho et al, 2023). E muito recentemente (outubro de 2022), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e seus subsistemas de coleta foram atualizados para não mais permitirem o preenchimento da opção “99 – Sem informação” no campo raça/cor (Ofício nº 65/2022/CGSI/DRAC/SAES/MS, Brasil, 2022). Contudo, outras ações e estratégias são necessárias para garantir a coleta adequada e um bom preenchimento dessa variável.

ativistas da ReHuNa (RFS, 2002). Na capa do documento está anunciado “Voluntária, prazerosa, segura e socialmente amparada – essa é a maternidade defendida pelas feministas brasileiras envolvidas com a humanização do parto” (RFS, 2002, p.1). Afirmamos, assim, que há entre os movimentos feministas e o movimento pela humanização do parto algumas convergências que envolvem a gravidez como uma escolha da mulher, a experiência do parto poder ser vivenciada com prazer e segurança, além do amparo social para o exercício da maternidade, como um trabalho de reprodução social. Mas que requer a inclusão de perspectiva de raça/etnia e classe social (nem sempre presente).

Desde uma mirada histórica, veremos que estas pautas se mantiveram. Ou seja, o problema permanece e a luta continua. Se a humanização da assistência obstétrica (e neonatal) é primordial para o acompanhamento adequado do parto e do puerpério, então, perguntamo-nos: o que seria a humanização da assistência obstétrica para o MS?

O conceito de humanização apresentado no PHPN possui duas dimensões: 1) é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido - o que requer dos profissionais de saúde uma postura ética e solidária, e das instituições, a organização de um ambiente acolhedor, além de práticas de saúde que rompam com o isolamento imposto à usuária; e, 2) adoção de medidas e procedimentos reconhecidamente positivos para a garantia do direito ao parto e ao nascimento, rompendo com práticas intervencionistas desnecessárias que frequentemente colocavam as mulheres e seus bebês em situação de risco⁴⁷ (Brasil, 2000a).

Para nós, a perspectiva de humanização adotada no PHPN, ao se colocar de forma generalista, acabou por se restringir ao aspecto técnico-profissional. No documento, a humanização parece querer dizer apenas sobre o dever das unidades de saúde e requerer uma mudança na postura e nas práticas dos profissionais de saúde, para romper

⁴⁷ Trata-se de algumas intervenções, tais como as episiotomias, o uso excessivo de exame de ultrassom e as cesarianas (Costa, 2012). Conforme Leite et al (2018), a taxa de cesarianas no Brasil no ano 2000 era de 38%. E de acordo com o estudo de Belarmino et al (2022, p.3), “De 2000 a 2019 foram registrados 59.291.381 nascidos vivos no Brasil. Nesse período a prevalência de cesárea no país foi de 49%”.

com imposição de intervenções às mulheres e às crianças. E este aspecto é sim, de fundamental importância, mas é apenas uma das dimensões da questão.

Dentre os diversos sentidos que o paradigma da humanização do parto abarcou no Brasil e no mundo, o PHPN não trouxe para o centro da sua proposta a discussão de referenciais filosóficos caros aos movimentos sociais de defesa dos direitos humanos das mulheres e da humanização, como a autonomia das mulheres como seres humanos, e o respeito às suas escolhas e tomada de decisões na gestação, no parto e no puerpério (Palharini, 2017; Santos; Humbelino; Santos, 2017). Longe de adotar uma perspectiva integral da saúde das mulheres para a garantia dos direitos reprodutivos durante a gestação, o parto e o puerpério, o programa restringe suas ações ao ciclo gravídico-puerperal, ao instituir um protocolo de ações básicas na atenção obstétrica⁴⁸ a serem prestadas de forma igualitária, como estratégia para o enfrentamento das problemáticas relativas à saúde das gestantes, parturientes e puérperas (Brasil, 2000a).

O PHPN definiu que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) fossem a porta de entrada preferencial da gestante no SUS, e que a atenção ao pré-natal fosse ofertada por equipe multiprofissional de saúde, podendo ser realizada pelo médico ou ainda enfermeira, além de outros profissionais, em consonância com o protocolo que indicava que após a confirmação da gravidez, a gestante deveria iniciar o pré-natal até o primeiro trimestre gestacional (Brasil, 2000a; Silva; Oliveira; Garcia, 2021). Segundo a orientação do programa, a equipe que acompanha a gestante deveria se responsabilizar para garantir que essa tivesse acesso ao pré-natal de qualidade na unidade básica de referência, com direito ao acolhimento, à avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, bem como ao encaminhamento à unidade de referência para outros procedimentos (Brasil, 2000a).

Neste sentido, uma crítica que fazemos ao PHPN é quanto a sua omissão e negligência com os diversos aspectos que perpassam a assistência à saúde das mulheres no ciclo

⁴⁸De acordo com o documento Assistência Pré-Natal – Manual Técnico do MS (Brasil, 2000b), a atenção básica na gravidez inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após parto, e a assistência pré-natal tem como principal objetivo acolher a gestante desde o início da gravidez.

gravídico-puerperal, como raça-etnia, faixa etária, região-território, escolaridade, dentre outros, num país de tamanhas iniquidades sociais como o Brasil. O programa supõe que o acesso das gestantes às UBS no território brasileiro é igualitário nas zonas rurais e urbanas, bem como a composição das equipes de saúde, além de não prever ações específicas de garantia de direitos reprodutivos para as mulheres com questões específicas, como as adolescentes gestantes, ou com baixa escolaridade, dentre outros aspectos.

No programa, que se coloca como uma estratégia de enfrentamento à mortalidade materna, não há um diagnóstico social desta problemática no Brasil, bem como ele não apresenta indicadores para aprofundar a discussão. Além disto, o PHPN pareceu ignorar o fato de que este fenômeno não ocorre de forma homogênea entre a população, é como se estivesse desconectado das reais condições socioeconômicas de vida das mulheres. Em contrapartida, em 2004, já no governo Lula, o MS avançou ao lançar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que retomou alguns dos princípios do PAISM e contou com ampla participação da sociedade civil na sua elaboração (Brasil, 2004a; Carvalho, 2018).

2.2.2.1 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a humanização

A PNAISM (Brasil, 2004) adotou enfoque nas questões de gênero e se pautava no princípio da integralidade, buscando efetivar avanços nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Neste sentido, a política enfatizava melhorias na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao aborto inseguro e no enfrentamento da violência doméstica e sexual. Ela também se destacava pela atenção com outros marcadores sociais, como classe social, orientação sexual, raça/etnia e idade. Esta política pode ser localizada dentro do paradigma da saúde da mulher (Brasil, 2004a; Carvalho, 2018).

Em nosso ponto de vista, cabe fazer dois destaques sobre a PNAISM. O primeiro é que

em seu diagnóstico da situação da saúde da mulher no Brasil, a mortalidade materna não entrou como uma das principais dez causas de morte entre as mulheres em idade fértil. No entanto, consideramos que o documento foi assertivo em ressaltar preocupação com os óbitos maternos, dado que a gravidez não é doença, e sim uma experiência relacionada à sexualidade feminina (Brasil, 2004a; Freitas-Júnior, 2020). Assim, a mortalidade materna é de extrema gravidade e, naquele momento, a PNAISM já sinalizava que, em 92% dos casos, os óbitos maternos eram evitáveis (Brasil, 2004a).

Nesse sentido, expressamos nossa concordância com Freitas-Júnior (2020) quanto à desnaturalização da morte materna, uma vez que gestação, parto e puerpério não são doenças, é preciso muita atenção quando se compara a mortalidade materna com outros agravos de saúde. Para além das questões sanitárias, os óbitos maternos também não são falta de sorte, nem desvantagens inerentes ao ciclo gravídico-puerperal, tampouco um ato heroico das mulheres pela sobrevivência dos filhos. Em nossa concepção, a mortalidade materna é uma expressão da questão social e cabe ao Estado cumprir seu dever de proteção à vida das mulheres no ciclo gravídico-puerperal ou não (Cardoso; Souza; Guimarães, 2010; Freitas-Júnior, 2020).

Em segundo lugar, a PNAISM também adotou a humanização como um de seus princípios, no sentido da promoção, reconhecimento e respeito aos direitos humanos das mulheres, e do estabelecimento de relações sociais entre sujeitos semelhantes e, ao mesmo tempo, diversos nos aspectos culturais, étnico-raciais, de gênero etc. (Brasil, 2004a). Destacamos aqui, que há na PNAISM um diálogo e uma correlação entre o paradigma da saúde da mulher e o paradigma da humanização.

Como desdobramento da PNAISM, no mesmo ano, o MS lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, no qual afirmou o compromisso do Brasil com a **atenção integral à saúde da mulher** (Brasil, 2004b; Carvalho, 2018). Este documento visava ao combate à mortalidade materna, ampliando o foco de atenção e reconhecendo as disparidades no acesso aos serviços de saúde, por exemplo. O pacto apontou que as mulheres que viviam na zona rural custavam mais a acessar os serviços

de pré-natal, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país (Brasil, 2004b).

E o referido Pacto traçou ações estratégicas mais abrangentes para a redução da mortalidade materna. Entre essas ações, destacamos: o controle social, o direito ao acompanhamento de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto, a atenção humanizada ao abortamento⁴⁹, a proteção à mulher trabalhadora contra a exposição a fatores de risco que possam comprometer sua saúde e a sobrevivência do recém-nascido, o respeito às particularidades étnicas e culturais das mulheres e recém-nascidos negros e indígenas, a expansão da Estratégia Saúde da Família, a qualificação da assistência ao parto domiciliar e sua articulação à atenção básica de saúde, a intensificação do cuidado com o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto⁵⁰, o apoio à criação de Centros de Parto Normal (CPN), a revisão e adequação do PHPN, a formação permanente de profissionais envolvidos com a atenção obstétrica e neonatal, a formação de enfermeiras obstétricas, a qualificação de parteiras tradicionais e doulas dentre outras (Brasil, 2004b).

Entendemos que o Pacto integrou o paradigma da saúde integral da mulher e o paradigma da humanização para enfrentar a problemática da mortalidade materna no Brasil. Mesmo a política de saúde ampliando a perspectiva da problemática, defendemos aqui que os direitos reprodutivos devem ser garantidos por um conjunto de políticas públicas, como de educação, assistência social, previdência social, habitação, dentre outros.

No ano seguinte (em 2005), o MS publicou a Perspectiva da equidade no pacto nacional

⁴⁹ Atualmente no Brasil o aborto só é permitido quando a gestante tiver sofrido estupro, quando o feto tiver anencefalia ou quando a gravidez coloca em risco a saúde da mulher (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2021; Melo et al, 2023). O debate em torno da descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação voltou ao centro das decisões políticas no país em setembro de 2023 quando foi a julgamento (inconcluso) no Supremo Tribunal Federal. Embora a descriminalização do aborto seja uma recomendação da OMS, no Brasil não se tem tido avanços significativos nesta pauta nos últimos anos, dadas as pressões de grupos mais conservadores que se opõem à legalização, frente aos movimentos mais progressistas que defendem a pauta. Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto 2021, cerca de 10% das mulheres em 2021 disseram ter feito ao menos um aborto na vida. A pesquisa também evidenciou que 52% delas tinham 19 anos ou menos quando fizeram o primeiro aborto, e que as maiores taxas estavam entre mulheres negras e indígenas, residentes nas periferias e com menor escolaridade (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2021).

⁵⁰ Período no qual os óbitos são mais recorrentes (Brasil, 2004b).

pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras. Nele, o órgão gestor tratava com maior atenção algumas especificidades de saúde das mulheres negras, tais como hipertensão arterial, anemia falciforme etc., indicando estratégias de incorporação das demandas pelos estados e municípios, na execução do Pacto (Benevides et al, 2005).

O documento também orientava: a) a sistematização de ações educativas para as gestantes; b) a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde sobre as desigualdades étnico-raciais nos modos de vida e nas condições de saúde da população negra; c) a inclusão do campo “cor” nos documentos do SUS e em seus sistemas de informação; d) oferta do pré-natal conforme o PHPN, com especial atenção à detecção de alteração na pressão arterial das gestantes negras, com acompanhamento devido e encaminhamento para os serviços especializados, em caso de necessidade; e) o acompanhamento das gestantes com anemia falciforme pelo Programa de Anemia Falciforme; f) a adequação das ações de saúde para abordagem às comunidades quilombolas, inclusive identificando, reconhecendo e capacitando as parteiras tradicionais quilombolas para sua vinculação ao sistema de saúde local; e g) a criação de parcerias para compreender os saberes populares e tradicionais de saúde da população negra (Benevides et al, 2005).

Em 2005 também foi criada no país a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, chamada Lei do acompanhante (Brasil, 2005a). Ela garantia às mulheres o direito à presença de acompanhante⁵¹, de sua livre escolha durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato no SUS (no âmbito da rede própria ou conveniada). A adoção desta lei pelo governo brasileiro também foi produto das reivindicações dos movimentos de mulheres e pela humanização do parto, como a RFS e a ReHuNa, que demandavam o direito das parturientes ao acompanhante, conforme as recomendações da OMS e as evidências científicas disponíveis (OMS, 1996; RFS, 2002).

⁵¹ O(a) acompanhante pode ser enfermeira, parteira, companheiro, familiar ou amiga da mulher, doula ou mulher leiga, porém escolhida e preparada para esta função (Brüggemann; Parpinelli; Osis, 2005).

Dentre os benefícios ofertados pelo suporte do/a acompanhante à parturiente, destacam-se: a redução do índice cesarianas, bem como do uso de medicamentos para alívio da dor, da duração do trabalho de parto e do uso de ocitocina⁵². Além destes, houve também um crescimento da satisfação das mulheres com a experiência vivida no parto (Brüggemann; Parpinelli; Osis, 2005). O estudo de d’Orsi (2014) indicou que a presença do acompanhante favoreceu uma prática de relação mais cordial entre os profissionais de saúde e as parturientes. Assim, considerou-se que o suporte ofertado pelo/a acompanhante causou um efeito de proteção relevante. Do mesmo modo, o estudo de Rodrigues et al (2017) mostrou que o descumprimento da lei do/a acompanhante ocorreu mediante a desigualdade nas relações de poder entre os profissionais de saúde e as parturientes, e que expressava, em determinados casos, a cultura na qual o/a acompanhante é visto como uma complicação no momento do parto. O uso do poder institucional para a privação das mulheres ao direito ao acompanhante se caracteriza como violação aos direitos sexuais, reprodutivos e humanos das parturientes (Rodrigues et al, 2017).

O direito ao acompanhante, enquanto um direito reprodutivo da parturiente, merece uma análise mais cuidadosa no âmbito da relação Estado – sociedade, uma vez que a definição desse sujeito envolve questões de classe social, de gênero, de arranjos familiares, da relação entre as usuárias do SUS e os serviços/profissionais de saúde, dentre outras.

Em 1985, na Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e o Parto da OMS, recomendou-se que à nova mãe deveria ser garantida a escolha de um membro de sua família para apoiá-la no parto e no puerpério (Hotimsky; Alvarenga, 2002). Inferimos, em concordância com Hotimsky e Alvarenga (2002), que havia um caráter

⁵² “A ocitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior. Sua ação é central no trabalho de parto, já que é responsável pelo estímulo das contrações uterinas, e também na amamentação, pois atua no processo de ejeção do leite. [...] ela foi sintetizada no início da década de 1950, e sua versão sintética e industrial passou a ser utilizada em obstetrícia para induzir e acelerar o trabalho de parto” (Nucci; Nakano; Teixeira, 2018, p. 980). No entanto, como abordam os autores, o uso da ocitocina durante o trabalho de parto vem sendo objeto de questionamento pelos movimentos de humanização do parto, bem como pelos obstetras mais alinhados ao modelo de assistência abstencionista. Para maior aprofundamento, leia: Nucci; Nakano; Teixeira, 2018.

restritivo nessa recomendação porque limitava as opções da parturiente/puérpera a alguém de sua família. Embora em grande parte das sociedades e culturas as mulheres sejam acompanhadas no decorrer do parto, os distintos contextos socioculturais podem admitir diferentes categorias sociais de acompanhante conforme a escolha das parturientes, inclusive de pessoas sem parentesco, como amigas, vizinhas, e mesmo homens, sendo eles os pais do bebê ou não (Hotimsky; Alvarenga, 2002).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECRIAD), Lei nº 8.069/1990, definiu em seu Artigo 12º que

Os estabelecimentos de saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições de permanência em tempo integral de um de seus pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente (Brasil, 1990a, s/p)

Nos casos de meninas e adolescentes internadas nos estabelecimentos de saúde para atendimento ao parto, cabe-nos perguntar: o ECRIAD prevê o direito da parturiente de escolher seu acompanhante ou o direito de um dos pais ou responsável de acompanhá-la? Concordamos com Hotimsky e Alvarenga (2002) que temos aí uma inversão dos direitos, uma vez que poderia ser negado à parturiente, quando criança ou adolescente, o direito de escolher quem poderia lhe ofertar o melhor suporte durante o trabalho de parto e o puerpério. No estudo desenvolvido pelas referidas autoras foram identificadas adolescentes que escolheram outras pessoas como acompanhantes neste momento, como companheiros e/ou amigas.

Hotimsky e Alvarenga (2002) problematizaram a concepção adotada por profissionais de saúde, acadêmicos e legisladores, de que o pai da criança seja o melhor acompanhante para a parturiente. Esta ideia parece estar entre as congruências do movimento pela humanização do parto e de alguns grupos feministas, que veem na presença deste pai acompanhante uma possibilidade de estabelecer relações de gênero mais igualitárias entre homens e mulheres. Para as autoras, as concepções de “família igualitária”, bem como a de “casal grávido” são referências da moral das classes médias urbanas, tidas como ideias modernas e, assim, não podem ser universalizados para todas as mulheres

que acessam os serviços obstétricos, na busca de forjar um modelo ideal de família a partir do evento do parto, o da família nuclear.

Neste sentido, com a lei do acompanhante no país, de 2005, certamente a livre escolha da parturiente representou um avanço importante. No entanto, alguns estudos (Diniz et al., 2014; D'orsi et al., 2014; Rodrigues et al, 2017) têm evidenciado que amplas parcelas das parturientes não estão usufruindo deste direito, tanto quanto à plenitude do que dispõe a lei, tanto no sentido de sua garantia em todo o território brasileiro. Um dos desafios em relação à garantia do direito ao acompanhante é a ausência de uma sanção prevista na lei, para os casos de descumprimento (Silva; Siqueira, 2020; Almeida; Ramos, 2020).

Em 2007 outro importante marco legal foi estabelecido como resposta às lutas pelos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal no Brasil: a lei da vinculação para o parto - Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 (Brasil, 2007). A falta de referência no SUS para admissão das parturientes nos serviços obstétricos era uma violação de direitos enfrentada pelas usuárias do sistema de saúde. Além disto, a peregrinação da parturiente na hora do parto, e a conseqüente demora nas intervenções em casos de necessidade, era um dos importantes agravos à saúde das mulheres que poderia culminar no óbito materno.

Tanto a lei do acompanhante, quanto a da vinculação do parto representou avanços das ações estratégicas do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e já vinham sendo demandadas pelos movimentos feministas e pela humanização do parto (RFS, 2002). Se nos anos 2000, o conjunto de políticas de saúde da mulher (PHPN, PNAISM, Pacto, lei do acompanhante e lei da vinculação à maternidade) mostraram uma convivência (nem sempre harmônica) entre os paradigmas da saúde materno-infantil e da saúde integral da mulher no âmbito do SUS, na década seguinte a perspectiva da integralidade da saúde da mulher perdeu espaço para uma política de saúde focalizada no ciclo gravídico-puerperal.

2.2.3. Pisa ligeira: meu ventre é livre!

No governo de Dilma Rousseff, o MS criou a Estratégia Rede Cegonha, por meio da Portaria nº 1.459/2011 (Brasil, 2011), para implementar uma rede de cuidados assistenciais voltada para garantir às mulheres o direito reprodutivo e a atenção adequada e humanizada à gravidez, parto e puerpério, como também assegurar às crianças o nascimento seguro, e o crescimento e desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2011). Para o MS, a implementação da estratégia Rede Cegonha no Brasil foi resultado de um processo de discussão e construção de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento baseado no paradigma da humanização, que se desenvolveu no país – como vimos anteriormente - desde a década de 1980 (Brasil, 2013). Esse processo contou com a participação pioneira de diversos atores sociais: gestantes, grupos feministas, acadêmicos, médicos e enfermeiras obstetras, obstetrizes, parteiras e doulas, formuladores de políticas públicas, gestores, instituições de saúde, dentre outros, que denunciavam as lacunas do modelo hospitalocêntrico e centrado na figura do médico, que predominava no país (Brasil, 2013; Santos Filho; Souza, 2021). Entretanto, para os movimentos feministas (como a RFS e a AMNB), a Rede Cegonha representou um significativo retrocesso no campo da saúde da mulher (Carvalho, 2018).

Além disso, Carvalho (2018) e Werneck (2012), por exemplo, apontam que a Rede Cegonha foi uma política alijada da participação da sociedade civil na sua elaboração. Além disto, o passo seguinte à Rede Cegonha, a Medida Provisória (MP) nº 557/2011, que instituiu o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para a Prevenção da Mortalidade Materna (Brasil, 2011), exemplificou ainda mais as tensões ético-político-ideológicas efervescentes no campo dos direitos reprodutivos das mulheres (Carvalho, 2018). A referida medida provocou a reação dos movimentos feministas brasileiros. A Marcha Mundial de Mulheres publicou a nota “Não à MP 557/2011! Em defesa da vida das mulheres!”⁵³ reivindicando a revogação da medida, na qual problematizava o fato dela alterar a Lei Orgânica do SUS (Lei nº

⁵³Disponível em: <https://cebes.org.br/entidades-feministas-repudiam-mp-do-nascituro/10239/> Acesso em: 12 de mar. 2022.

8.080/1990), buscando introduzir a questão dos direitos do nascituro⁵⁴, quando, na própria Constituição Federal Brasileira prevalece o direito à vida desde o nascimento e os direitos das gestantes. Outro aspecto era a correlação entre a MP e as ideologias religiosas conservadoras e reacionárias, retrocedendo no processo de acúmulo que o SUS representa em termos de uma concepção de saúde vinculada ao pleno exercício de direitos. Ou seja, a luta era contra os retrocessos na abordagem integral da saúde das mulheres, recuperando o paradigma materno-infantil, restringindo a mulher às funções de mãe e de reprodutora. A nota repudiava ainda a proposta de um Comitê Gestor Nacional sem participação da sociedade civil, e a tentativa de enfrentar a mortalidade materna no país sem enfrentar a questão do abortamento inseguro.

A Articulação de Mulheres Brasileiras⁵⁵ publicou a nota “Seu ventre não é mais livre” que também repudiava a MP 557/2011 e exigia a sua revogação. Este documento colocava a mortalidade materna como uma questão fundamental e que demandava mais recursos, médicos, informação e tratamento especializado. Assim, o controle e a vigilância deveriam ser feitos sobre os serviços de saúde, ao invés de sobre as mulheres. Do mesmo modo que a nota acima citada, esta também criticava a inconsistência de uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que garantisse saúde, dignidade e autonomia para as mulheres brasileiras, além da introdução, na legislação, da figura jurídica do nascituro. Ela ainda expunha o desconhecimento da MP do aborto como uma das principais causas de óbito materno no Brasil. O estudo de Cardoso, Vieira e Saraceni (2020) mostrou que entre 2008 e 2015, 770 óbitos maternos no Brasil tiveram registrado o aborto como causa básica no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Segundo os autores (2020), entre os anos 2006 e 2015, a distribuição total de óbitos por aborto segundo a cor da pele foi de aproximadamente 50% entre as mulheres pardas. Os dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC) referentes ao período de 2006 a 2012 mostraram que a RMM por aborto segundo a cor da pele ocorreu mais entre as pretas, e

⁵⁴ Refere-se ao direito do ser humano que ainda irá nascer, ou seja, enquanto ainda está no ventre materno. Para maior aprofundamento, leia: Berti (s/a).

⁵⁵ Disponível em: <https://cebes.org.br/entidades-feministas-repudiam-mp-do-nascituro/10239/> Acesso em: 12 de mar. 2022.

nos anos 2013 e 2014, as indígenas representaram os maiores índices na RMM (Cardoso; Vieira; Saraceni, 2020).

Essas críticas também foram feitas à Rede Cegonha. Ela preconizava a assistência humanizada ao planejamento sexual e reprodutivo, ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, fundamentada no respeito, na dignidade e na autonomia das mulheres (Brasil, 2013; Santos Filho; Souza, 2021; Zveiter et al, 2022). Além da redução da mortalidade materna e infantil, a Rede Cegonha também teve como objetivo assegurar os direitos reprodutivos e sexuais de mulheres, homens, jovens e adolescentes. Para tanto, esta política combatia o modelo hegemônico de assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, caracterizada por excessivas intervenções não recomendadas pelas evidências científicas (Brasil, 2013; Santos Filho; Souza, 2021; Zveiter et al, 2022). Dentro do programa da Rede Cegonha algumas ações estratégicas do Pacto foram incorporadas, como: a criação dos Centros de Parto Normal (CPN), a suficiência de leitos de UTI para gravidez de alto risco, ampliação do acesso ao pré-natal e oferta de exames laboratoriais. A Rede Cegonha, por sua vez, deu bastante ênfase à ambiência para o parto, o que, em nossa análise, é um aspecto positivo dentro da perspectiva da humanização e da ruptura com a cultura hospitalocêntrica. Os CPN foram estruturados para o atendimento das gestantes de risco habitual, onde se dispensa a intervenção de médicos obstetras, dando espaço para a atuação das enfermeiras obstetras, se constituindo em espaço de valorização da presença do acompanhante e de liberdade de movimento da mulher, bem como de sua escolha da posição de parir.

Já as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) são destinadas ao atendimento de gestantes em alto risco e que, portanto, demandam maior atenção, bem como cuidados médicos intensivos (Carvalho, 2018). A Rede Cegonha, ao diferenciar o ambiente de atendimento pelos níveis de complexidade das situações de saúde das gestantes, também contribuiu como um instrumento de política pública, além de permitir a diminuição da intervenção médica sobre o corpo das mulheres, ressaltando o protagonismo delas, sua autonomia e escolhas durante o parto, conforme o paradigma da humanização (Carvalho, 2018).

Contudo, como já destacado, a Rede Cegonha acendeu fortes críticas no seio dos movimentos feministas por ter sido essa a principal política de saúde das mulheres adotada pelo MS naquele governo (Costa, 2012; Carneiro, 2013; Carvalho, 2018). Para alguns segmentos feministas, como a Rede Feminista de Saúde, a Rede Cegonha representou um retrocesso na luta pela saúde e emancipação das mulheres no Brasil, na medida em que parecia substituir a PNAISM (Carneiro, 2013; Carvalho, 2018). A Rede Cegonha reafirmava a mulher como mãe, e reiterava que a personalidade da mulher estaria orientada à maternidade - a chamada *mulher-mala* - como se anatomia fosse destino e, assim, todas as mulheres tivessem nascido para serem mães. Ou seja, ignorava todo o debate e acúmulo dos movimentos feministas nas décadas anteriores, no Brasil e no mundo (Carneiro, 2013).

Outra crítica dos movimentos feministas: a Rede Cegonha não trazia para o centro da discussão a maternidade como uma escolha da mulher e, portanto, esvaziava o debate da luta pela descriminalização do aborto. O nome da estratégia também foi alvo de crítica: a figura da cegonha desumanizaria o ciclo gravídico-puerperal. Em contrapartida, cobrava-se que o MS recuperasse a proposta do PNAISM, que não chegou a ser efetivamente implementado no país (Carneiro, 2013).

Concordamos com Carvalho (2018): nos deparávamos com uma política controversa chamada Rede Cegonha. Como controversa, o que está em jogo aqui é o direito à vida das mulheres em geral e no ciclo gravídico-puerperal (Carneiro, 2013). Nossas críticas à Rede Cegonha se colocam em dois sentidos: ela não deve substituir uma política de saúde das mulheres, no caso a PNAISM, uma vez que está focalizada no ciclo gravídico-puerperal e todas as suas ações se voltam ao atendimento da mulher apenas durante a gravidez, o parto e o puerpério. Assim, ela não contempla a saúde das mulheres de forma integral, em todos os seus ciclos de vida, da infância à velhice, que estão inclusive associados ao ciclo gravídico-puerperal.

Nossa segunda crítica repete ao que já dissemos em relação ao PHPN. Novamente,

mesmo pronunciando o paradigma da humanização, a RC supõe uma homogeneidade das usuárias do programa, já que não vemos nele a atenção aos marcadores sociais de gênero, raça/etnia, escolaridade, região e faixa etária.

Por fim, expressamos nossa concordância com Diniz (2005) que, talvez por ter sido a política pioneira de humanização do parto no Brasil, sua ênfase esteve na garantia de um padrão mínimo de assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e de seu registro.

Chegamos a 2015 sem o alcance das metas da ODM para a redução da mortalidade materna. Por isso, em 2015, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) colocaram para 2030 a meta de reduzir a mortalidade materna no mundo, só que desta vez a meta seria para menos de 70/100.000 NV (ONU, 2015; Freitas-Júnior, 2020). O Brasil assumiu a meta de reduzir a RMM até 30/100.000 NV. No entanto, para o alcance da meta era preciso atentar para as mudanças no perfil da população brasileira, inclusive das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Tais transformações são, por exemplo, a queda da taxa de fecundidade, o envelhecimento, o padrão de excessivo uso de medicações, além do crescimento das doenças crônicas degenerativas (Freitas-Júnior, 2020).

Além disso, precisamos considerar que a convivência entre os diferentes paradigmas de saúde da mulher representa tensões da disputa entre as classes sociais nas políticas públicas. Desde o *impeachment* da ex-presidente Dilma Rousseff, houve uma aceleração no processo de desconstrução do sistema de saúde universal brasileiro, com o aprofundamento do movimento de desmonte dos direitos sociais, dentre eles o direito à saúde (Mendes; Carnut, 2020).

Assim, falar de direitos reprodutivos, é entender os constantes ataques ao SUS.

2.3 O SUS, os ataques e os retrocessos à vista no campo da Saúde da Mulher

Com o governo Temer ocorreu uma intensificação das medidas de ajuste fiscal de acordo com as orientações do documento “Uma ponte para o futuro” do MDB (Movimento Democrático Brasileiro) (Mendes; Carnut, 2020). A Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016⁵⁶ foi a ponte que transitou o histórico subfinanciamento do SUS para o desfinanciamento deste sistema, cujo valor vem sendo gradativamente reduzido em relação à arrecadação (Mendes; Carnut, 2020).

O subfinanciamento (e posterior desfinanciamento) federal do SUS ao longo de seus 30 anos de existência ocorreu por diferentes medidas: transferências de recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSSs), crescimento das renúncias fiscais em decorrência das deduções com gastos de planos de saúde e outros similares no imposto de renda, concessões fiscais às organizações privadas sem fins lucrativos (como os hospitais e as empresas químico-farmacêuticas), desvio de recursos do SUS para outras prioridades governamentais – como ocorreu com os recursos da CPMF a partir de 1997, e com o Fundo Social de Emergência, que passou para a DRU em 2000 - aprovação da Lei nº 13.097/2015, que permitiu o investimento do capital estrangeiro na saúde pública, além das EC que já fizemos referência (Mendes, 2017; Mendes; Carnut, 2020). Cada uma destas medidas evidencia a relação orgânica Estado/capital (Mendes, 2017; Santos, 2018).

Importa-nos ressaltar esta compreensão pois à medida que problematizarmos a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério no Brasil, a meta do ODS 3.1, suas associações com as taxas de mortalidade materna, o desfinanciamento do SUS a partir da EC nº 95/2016, e os óbitos maternos associados à pandemia de Covid-19, não estaremos discutindo simplesmente uma crise da saúde pública, tampouco uma crise do

⁵⁶A EC nº 95/2016 trouxe novas alterações, desvinculando o piso tanto da variação nominal do PIB, quanto da RCL, e estabeleceu que a partir de 2018 o valor mínimo destinado à política de saúde seria igual ao piso do ano anterior corrigido somente pela inflação, isto é: sem ganho real e com queda per capita (Dweck; Oliveira; Rossi, 2018). Assim, estimou-se que houve uma queda de 2/3 das despesas do MS referentes às transferências de recursos para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, afetando diretamente toda a estrutura de serviços ofertados pelo SUS (Dweck; Oliveira; Rossi, 2018)

Estado brasileiro, porém estes fenômenos como expressões da contradição socio reprodutiva do capital.

Como expressões da contradição socio reprodutiva do capital, chegamos ao ano de 2019 com uma perda no orçamento da Política de Saúde de R\$ 20 bilhões (Brasil, 2020). Para o CNS, esta perda representava o não cumprimento do gasto mínimo de 15% da receita da União com a Saúde. O ano de 2020 marcou um contexto de desmonte das políticas sociais e de emergência da pandemia.

Desvelar a mortalidade materna como uma expressão da questão social, requer-nos atenção e lucidez teórica, dado o seu redimensionamento no Brasil. De modo geral, as expressões da questão social ganharam novos contornos e se tornaram mais explícitas no contexto da crise sanitária. No entanto, não podemos perder de vista que os esforços empreendidos para a redução da mortalidade materna, como o PHPN, a PNAISM, o Pacto e a Rede Cegonha, já haviam se mostrado insuficientes quando o país não alcançou a meta do ODM em 2015.

Cabe destacar ainda que, desde a implantação do SUS, a distribuição dos serviços de saúde pelo território nacional acompanhou o movimento de desconcentração e de desigualdade da mundialização. Aqueles serviços de média e alta complexidade continuaram concentrados especialmente nas capitais, nas metrópoles e nos polos regionais. Em 2019 a Atenção Primária à Saúde se expandiu no país esteve presente em 99,7% dos municípios brasileiros (Brasil, 2021). Mas, apesar da ampliação, quanto maior o porte populacional e melhores as condições socioeconômicas dos municípios, menor a cobertura da APS (Barros; Aquino; Souza, 2022). E isto repercute sobre indicadores sociais e de saúde tanto entre regiões como intrarregionais.

Assim, o desfinanciamento das políticas sociais agravou a incapacidade de resposta imediata e eficaz do Estado quando a crise sanitária decorrente da pandemia pela Covid-19 se alastrou no Brasil (Costa Júnior, 2020). Ou parafraseando Minayo (2007), a Covid-19 se encontra com os Muitos Brasis.

2.3.1 Direitos reprodutivos, desfinanciamento da saúde e a pandemia de Covid-19 - retrocessos à vista nos Muitos Brasis.

Em 2020, a pandemia pela Covid-19 chegou ao Brasil e expôs as fragilidades que preexistiam nos serviços de saúde públicos. Em termos gerais, a crise sanitária se agravou ante as divergências entre o governo federal e os entes subnacionais no tocante às medidas de prevenção, de controle e de tratamento da população infectada pelo vírus SARS-CoV-2. A pandemia exacerbou a necessidade urgente de alocação de novos recursos e aumento de investimentos visando ao combate das desigualdades de acesso ao SUS pelos distintos grupos populacionais, e entre as regiões brasileiras (Servo et al, 2020).

Em função da pandemia, as UBS assumiram o cuidado aos usuários sintomáticos das síndromes gripais, o que ocasionou o adiamento das consultas pré-natal, dificultando o acompanhamento adequado às gestantes. A crise sanitária agravou as condições para a gestação, o parto e o puerpério seguros no Brasil. A desigualdade na assistência à saúde das gestantes já era percebida por todo o território brasileiro: apenas 15% das maternidades públicas dispunham de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) adulto, e a oferta de vagas refletia esta discrepância (Nakamura-Pereira et al; 2020).

Uma vez que a assistência primária à saúde foi comprometida, aumentaram-se as chances de que as grávidas chegassem aos hospitais devido a condições clínicas mais graves e preveníveis se acompanhadas pela atenção básica (Nakamura-Pereira et al; 2020). A preocupação com os cuidados ofertados às gestantes e puérperas era de fundamental importância neste cenário. Para além dos atendimentos de pré-natal, toda a assistência à saúde da mulher foi modificada no contexto da pandemia, inclusive pelas incertezas e temores quanto ao sair de casa, o que causou aumento nos sinais e sintomas relacionados à ansiedade e à depressão (Souza; Amorim, 2021).

2.3.1.1 Mulheres no ciclo gravídico-puerperal, Covid-19, SUS e o governo Bolsonaro

As mulheres no ciclo gravídico-puerperal infectadas pelo novo coronavírus se depararam com as desigualdades no acesso ao SUS. Estudo da UNFPA Brasil com o OOBBr (2023) mostrou que 38,09% delas precisaram se deslocar de seu município para conseguir atendimento médico, das quais 10,4% foram à óbito. E as gestantes e puérperas que precisaram realizar este deslocamento tiveram chance de óbito materno de 18% a mais, do que as que conseguiram atendimento em seus municípios. Dentre as que viviam na zona rural, 76,67% das que morreram precisaram se deslocar em busca de atendimento, enquanto este percentual atingiu 37,98% na população urbana (UNFPA Brasil; OOBBr, 2023).

No caso do Distrito Federal, todos os óbitos maternos pela Covid-19 ocorreram entre as gestantes e puérperas que tiveram de se deslocar para serem atendidas. Com exceção do Distrito Federal (100%) e do Espírito Santo (66,67%), todos os outros estados com índice de deslocamento dentre as mortes maternas pela Covid-19 acima de 55% estão na região Nordeste (UNFPA Brasil; OOBBr, 2023).

Do mesmo modo, na pandemia de Covid-19, as mortes maternas não afetaram igualmente todos os grupos sociais (que demonstraremos em nossos resultados). Entendemos que a questão étnico-racial, por exemplo, é fator essencial para desvelarmos a problemática da mortalidade materna no Brasil, também durante a crise sanitária – no Boletim Epidemiológico Especial (BEE) 17, dentre as gestantes diagnosticadas com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em decorrência da Covid-19, 48% eram negras, e 24,2% eram brancas, e entre as que foram à óbito pela doença, 55,5% eram negras e 13,9% eram brancas (Araújo et al, 2020).

Os dados divulgados no BEE - 21 mostraram que a proporção de casos de SRAG entre gestantes pretas, pardas ou indígenas representou 49,4%, e de SRAG pela Covid-19 atingiu 52,6% neste mesmo grupo (Araújo et al, 2020). A comparação entre a quantidade

de óbitos entre gestantes por SRAG decorrente da Covid-19 divulgadas nos BEE-17 e 21, mostrou um aumento significativo em quase todos os grupos étnico-raciais, com exceção das indígenas, e sendo as pardas as que mais foram acometidas. Além disso, as comorbidades mais encontradas entre tais casos, que evoluíram a óbito por SRAG pela Covid-19, foram diabetes e cardiopatias (Araújo et al, 2020).

Sobre os aspectos etários, o estudo do UFNPA Brasil com o OOB (2023) sinalizou que as gestantes e puérperas hospitalizadas que foram à óbito pela Covid-19 tinham em média 31,47 anos, e 29,80% delas tinham mais de 35 anos. Ele também indicou que as maiores frequências de mortes maternas pela doença ocorreram entre as mulheres com idades mais avançadas. Inferimos que este dado é sensível às intervenções das políticas de saúde da mulher, para maior atenção a este grupo na perspectiva da equidade.

Apesar de não termos encontrado estudos que relacionassem o nível de instrução das gestantes e puérperas e a mortalidade materna pela Covid-19, pesquisas anteriores, como a de Rodrigues et al (2019) já mostravam associação entre baixa escolaridade e RMM no Brasil.

Além das desigualdades sociais históricas, e do fracasso do PHPN e das políticas adjacentes no alcance da redução da mortalidade materna conforme previsto no ODM, com a pandemia de Covid-19, os direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal foram afetados por mais uma questão: o negacionismo ante a pandemia da Covid-19.

No Brasil, a crise sanitária coincidiu com o exercício político de um governo de extrema-direita, que negava os impactos da Covid-19 para a população, bem como negava a fundamental importância das políticas públicas, eximindo o Estado brasileiro de garantir uma política de saúde universal, integral e democrática (Morel, 2021). O negacionismo como política implicou na morte de **711.380 pessoas** (Brasil, 2024). Negação da gravidade causada pelo novo coronavírus, descrédito na eficácia das medidas de prevenção, tudo isso estiveram articuladas à necropolítica, ou seja, a uma política de

morte a determinados grupos sociais, aqueles que já viviam nas mais precárias condições de trabalho, habitação, segurança alimentar, saneamento e saúde (Morel, 2021; Castilho; Lemos, 2021).

A garantia dos direitos reprodutivos das gestantes e puérperas antes da pandemia de Covid-19 já era objeto de disputa entre as classes sociais na relação Estado – sociedade. Como vimos, as mortes maternas já eram, em sua grande maioria, evitáveis. Ou seja, já vigorava no Brasil uma política que, ao mesmo tempo, enfrentava e negligenciava os óbitos maternos. Com a Covid-19, o crescimento da RMM e as lutas políticas em torno do acesso das gestantes e puérperas à vacina, a necropolítica da extrema-direita ficou evidente.

É nessa conjuntura de negação de direitos, que fomos construindo esta tese. Problematizado nosso objeto, era hora de descrever nosso caminho metodológico. Na próxima seção expomos a metodologia desenvolvida em nossa pesquisa documental, por meio do estudo dos planos nacionais de saúde, dos relatórios anuais de gestão, das notas técnicas do MS durante a pandemia de Covid-19, e dos dados oficiais relativos à gestação, ao parto e ao puerpério no SUS que constavam nas bases do ministério. Na seção 4, juntamente com a exposição dos dados referentes ao período de 2020 a 2021, analisamos como ocorreu a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal no decorrer da crise sanitária, tendo como referência o PHPN, o PAISM, o Pacto e a Rede Cegonha.

Pisa ligeiro, pisa ligeiro. E aqui esta metáfora expressará a luta de uma mulher, filha com uma história de vida interrompida pela mortalidade materna, mãe, assistente social e pesquisadora no enfrentamento de seu objeto.

3. O PERCURSO METODOLÓGICO

Uma vez estabelecidos os objetivos e a tese, a metodologia foi orientada pelo método dialético, buscando apreender a contradição que constitui o fenômeno social em sua totalidade. Este método também permite uma profunda articulação entre dados qualitativos e quantitativos, entre a forma e o conteúdo do objeto investigado, além da sensibilidade da pesquisadora (Prates, 2003).

Ao situar como ponto de partida a aparência do objeto aqui investigado, foi através do método dialético que empreendemos um esforço intelectual para desvelar a sua essência. Por procedimentos analíticos, o reelaboramos no plano das ideias, reproduzimos, por meio da pesquisa, a essência do objeto estudado (Netto, 2011).

A *totalidade*, a *contradição* e a *mediação* – categorias nucleares da teoria social de Marx – permitem-nos apreender a dinâmica dos processos sociais e o movimento do real (Netto, 2011). Na concepção marxiana, a *totalidade* é *concreta* e *articulada* (de máxima complexidade e macroscópica) e composta por totalidades de menor grau de complexidade. Esta *totalidade* é ainda dinâmica, e isto porque seu movimento é produto das *contradições* de todas as totalidades que configuram a *totalidade* macroscópica (Netto, 2011).

A apreensão da natureza das *contradições* é tarefa que compete ao pesquisador, que estabelece relações entre as determinações que constituem a *totalidade concreta* – *unidade do diverso* (Netto, 2011). Todavia, alerta o autor, tais relações não são diretas, porém se compõem por meio de *mediações* que articulam as diversas totalidades constitutivas à totalidade macroscópica.

Na tese, por meio destas três categorias - totalidade, contradição e mediação -, analisamos a garantia do direito à gestação, ao parto e ao puerpério no Brasil nos anos de 2020 e 2021 - no cenário da pandemia de Covid-19, verificando se os direitos previstos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal foram assegurados pelo SUS, tendo como

referência o PHPN. Assim, buscamos averiguar como a política de saúde ofertada às gestantes, parturientes e puérperas nestes anos acompanhou as metas previstas no ODS, considerando a reorganização da assistência à saúde da mulher frente à pandemia de Covid-19. Mas, entendemos ainda que, para falar desses direitos previstos e assegurados (ou não), temos que cotejar com dados anteriores à crise sanitária causada pelo SARS-CoV-2. Perguntávamos: esses direitos reprodutivos negados no curso da história recentes (visto nas seções anteriores) são agravados na pandemia?

Entendemos que, na garantia/negação dos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras no cenário da pandemia de Covid-19, inscrevem-se expressões da questão social, produto das relações sociais de produção capitalistas vigentes no país, articulada ao movimento de produção/reprodução do próprio capital. Assim, por meio das variáveis faixa etária, escolaridade, raça/etnia e região/território de assistência à gestante, à parturiente e à puérpera, foi possível refletir sobre quem são estas mulheres como sujeitas de direitos, e seu lugar no campo da luta de classes.

Deste modo, nossas fontes documentais foram:

- a) Planos Nacionais de Saúde (PNS) de 2004 a 2023⁵⁷, que contemplaram metas e ações propostas no âmbito dos direitos reprodutivos das gestantes, parturientes e puérperas no SUS, conforme as orientações do PHPN e da Rede Cegonha;
- b) Relatórios Anuais de Gestão (RAG) dos anos 2011 a 2021, que nos forneceram elementos para verificar o alcance das ações de assistência à saúde das gestantes, parturientes e puérperas, indicadas nos PNS;
- c) Dados públicos disponibilizados pelo MS no Tabnet DATASUS, relativos ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), com base nas Declarações de Óbitos Maternos (DOMAT) de 2000 a 2021, tais como: região, faixa etária, raça/etnia e escolaridade, que nos permitiram refletir sobre a mortalidade materna no Brasil antes da e durante a pandemia de Covid-19;

⁵⁷ Dado que o PNS é proposto por quadriênio, o PNS 2020 a 2023 foi considerado por contemplar as metas e ações previstas para o período pandêmico aqui analisado.

- d) Dados públicos disponibilizados pelo MS no Tabnet DATASUS, constantes no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), baseados nas Declarações de Nascidos Vivos (DNV), sendo eles: nº de consultas pré-natal, de 2000 a 2021, e adequação quantitativa de pré-natal, de 2014 a 2021, que nos permitam refletir sobre a garantia do direito à gestação pelo SUS, antes da crise sanitária do SARS-CoV-2 e durante ela;
- e) Dados públicos disponibilizados pelo MS, por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), relativos ao pré-natal na Atenção Básica, tendo como variáveis: região, nº de consultas pré-natal por gestantes, gestantes com o primeiro atendimento de pré-natal, gestantes com o primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação, gestantes com exames avaliados até a 20ª semana de gestação, entre os anos 2017 e 2021;
- f) Dados públicos disponibilizados pelo MS no Tabnet DATASUS, disponíveis no Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), incluindo a Covid-19 a partir de 2020, relativos à: região, faixa etária, raça/etnia, grau de instrução e imunização da Covid-19, que nos permitiram refletir acerca da assistência à saúde das gestantes e puérperas infectadas pelo vírus SARS-CoV-2; e
- g) Notas Técnicas do MS referentes à assistência à saúde das gestantes, parturientes e puérperas no Brasil, nos anos de 2020 e 2021, que indicavam possíveis relações entre a oferta deste serviço e as condições de gestar, parir e puerperar no cenário de pandemia de Covid-19.

Porém, é importante contar que a descoberta das fontes documentais e o acesso a elas não foram tarefas simples, tampouco completamente previsíveis. Embora a escolha dos documentos tenha sido feita *a priori*, as sucessivas aproximações ao objeto de pesquisa fizeram surgir um tanto de perguntas que nos levaram à busca de respostas em novos documentos, os quais nem sempre sabíamos onde estavam. E, nesse percurso, testar e reformular as perguntas também foram passos importantes, que demandou tempo e reflexão.

A princípio supúnhamos a disponibilidade dos PNS e dos RAG desde o ano 2000. No

entanto, só em 2004 foi criado o primeiro PNS, e só a partir de 2011 foi estabelecida a obrigatoriedade dos RAG. Assim, no que diz respeito ao recorte temporal deste estudo, quanto aos instrumentos de planejamento e avaliação da gestão do SUS, nossa análise qualitativa ficou restrita aos documentos existentes.

Também surgiram dúvidas sobre o SINASC, tais como: quais dados se referem às gestantes, parturientes e puérperas, e quais aos nascidos vivos? Se este sistema traz dados referentes a quem nasce, até que ponto ele poderia nos responder sobre as mulheres sujeitas desta pesquisa? O dicionário de dados do SINASC nos ajudou a elucidar a primeira questão. E a reformulação das perguntas feitas aos dados por ele fornecidos, ajudaram-nos a extrair informações condizentes aos nossos objetivos. Este sistema ofertava riqueza de dados, tanto no que se refere ao recorte temporal (2000 a 2021), quanto por conter dados referentes ao pré-natal.

Trabalhar com diferentes sistemas, embora todos do MS, também nos desafiaram no momento de padronizar os dados. Acerca da escolaridade, por exemplo, o SIM e o SINASC apresentaram-na por anos de estudo, enquanto o SRAG disponibilizou este dado conforme os ciclos do ensino formal. Neste caso, optamos por apresentar os dados em conformidade com os sistemas. Situações semelhantes também ocorreram com a variável faixa etária, e, nestes casos, foi possível agrupar os dados a cada cinco anos ou dez anos, tomando como referência o SIM. Os sistemas do MS utilizavam para a variável cor/raça, as possíveis respostas: branca, preta, amarela, parda, indígena e ignorado. Em nossa pesquisa, optamos pelo uso do termo raça/etnia, e assim, adequamos os dados trazidos para esta variável aos grupos de mulheres brancas, negras (pardas e pretas) ou indígenas, sendo as amarelas agrupadas juntamente com estas últimas.

Ao tomarmos como referência o PHPN e seus indicadores relativos ao pré-natal, não encontramos nos sistemas *a priori* conhecidos (SIM, SINASC e SRAG) todos os dados referentes às gestantes. Assim, partimos à procura deles em outras fontes. Foi nesse

momento que chegamos ao SISAB⁵⁸. Ele se apresentou, em relação aos demais, como um sistema com dados bem mais atuais e menos complexos. Na aba de Relatório de Pré-Natal na Atenção Básica, ele dispõe de quatro indicadores muito alinhados ao PHPN e à Rede Cegonha, o que facilitou nossa análise, sendo eles: a) gestantes com o primeiro atendimento de pré-natal; b) gestante com o primeiro atendimento até a 12^a semana de gestação; c) nº de gestantes com exames avaliados até a 20^a semana; e d) nº de consultas de pré-natal por gestante. No entanto, as informações nele dispostas são a partir do ano 2017, deixando de fora, assim, boa parte do recorte temporal de nossa pesquisa.

Houve ainda indicadores do PHPN que não localizamos nos bancos de dados. São eles: a) testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50.000 habitantes; b) aplicação de vacina antitetânica dose imunizante; c) realização de atividades educativas; d) classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes, e; e) atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar para as gestantes classificadas como de risco.

As consultas de puerpério, preconizadas tanto no PHPN quanto na Rede Cegonha, foram outro obstáculo que tivemos de enfrentar. Embora o SRAG e o SIM nos fornecessem dados das puérperas, no que diz respeito aos atendimentos no puerpério, não localizamos no SINASC, nem no SISAB as informações necessárias à nossa pesquisa. Então, solicitamos ao MS, por meio da lei de acesso à informação (LAI)⁵⁹ no Fala Br, esses dados. Assim, obtivemos dados sobre atendimentos de puerpério por região, faixa etária, raça/etnia e escolaridade, mas apenas do período de 2013 a 2021.

Ainda assim, questionamos o MS a respeito da qualidade destes dados, uma vez que havia informações incompatíveis, e fomos informadas que a responsabilidade pelo

⁵⁸Ao mesmo tempo solicitamos as informações ao MS, por meio do Fala Br. Neste caso, a resposta indicando o SISAB, foi exatamente a mesma que já havíamos encontrado.

⁵⁹ Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/12527.htm

preenchimento adequado do formulário (de onde os dados foram extraídos) era dos municípios. Por esta razão, por exemplo, decidimos pela não utilização dos dados de escolaridade das puérperas, pois neles estavam contidos campos como creche e pré-escola. Também encontramos dados que nos pareceram equivocados acerca da idade das puérperas - no campo faixa etária constavam pessoas de 0 a 11 meses e igual ou acima de 80 anos de idade. Deste modo, procuramos tratar estes dados de forma mais cautelosa, problematizando sua qualidade e o impacto disto no planejamento das ações de saúde reprodutiva tanto pelo MS, quanto pelas Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde, conforme já vem sendo demonstrado em estudos anteriores, como os de Lima et al (2009) e Neri (2016).

Também nos deparamos com a falta de dados que poderiam enriquecer nosso estudo, como os relativos à ocupação e à renda das gestantes, parturientes e puérperas atendidas no SUS. Embora o SRAG, por exemplo, disponibilize a ocupação, a abrangência e, ao mesmo tempo, a insuficiência das respostas não apresentou significância para nossa investigação.

Estas e outras informações sempre foram alvo de questionamentos ao MS, por meio do Fala Br. No total, registramos 11 (onze) solicitações de acesso à informação neste sistema, e apresentamos um recurso. As respostas aos dados solicitados ocorreram de forma parcial, na maioria das vezes por meio de dicionário de dados e materiais instrutivos, ou links para acesso nos sistemas do DATASUS. No entanto, ainda assim, observamos a permanência de algumas lacunas e inconsistências, principalmente nos dados de puerpério.

Deparamo-nos, ainda, com um vasto quantitativo de dados respondidos como ignorados nos sistemas do MS, o que nos leva a problematizar os limites que impostos às pesquisas documentais pela falta de informações e sub-registro nas bases, mesmo se tratando de dados oficiais. Esse foi o caso dos dados de raça/etnia das gestantes e puérperas. Embora o Pacto tenha incluído este campo nas informações, isto ainda não assegurou a qualidade da informação.

Vale lembrar que na pesquisa, ao fazermos perguntas aos documentos utilizados, as respostas ora surgiram de forma explícita ora implícita. Do mesmo modo, os documentos expressam vieses políticos, econômicos, de classe social etc. Assim, o não dito/escrito, o não encontrado, e o não informado também nos serviram de pistas para traduzir a realidade dos direitos reprodutivos das gestantes, parturientes e puérperas atendidas pelo SUS, no obscuro cenário pandêmico.

Para melhor explicitar o caminho metodológico percorrido, detalharemos o corpus documental a seguir.

3.1 O corpus documental: onde está o fio de Ariadne para enfrentar este labirinto?

A decisão por uma pesquisa documental pode parecer, em um primeiro momento, um processo fácil. Entretanto, encontrar as fontes em tempos de governo Bolsonaro se constituiu um verdadeiro quebra-cabeça em um labirinto sem qualquer *fio de Ariadne*⁶⁰. A seguir descrevemos os documentos, seu processo de localização e as variáveis utilizadas.

Iniciamos pelos documentos que são ferramentas de planejamento do SUS: os Planos Nacionais de Saúde (PNS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG). E, adiante, expomos os dados quantitativos extraídos do SIM, do SINASC, do SISAB e do SRAG. Por último, enunciamos as Notas Técnicas do MS que recomendaram acerca da assistência à saúde das gestantes e puérperas no Brasil, em virtude da pandemia de Covid-19.

⁶⁰Referimo-nos aqui à lenda de Teseu que entrou no labirinto, enfrentou o Minotauro e, com a ajuda de Ariadne, conseguiu sair do labirinto.

3.1.1 Planos Nacionais de Saúde – PNS

O PNS foi criado pela Portaria/GM/MS 2.607 de 10/12/2004 (Brasil, 2004c). E foi somente na 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, que foi criado o primeiro PNS, para o quadriênio 2004-2007 (governo Lula). Os PNS, como instrumentos chave de orientação para a gestão federal do SUS, servem como referência para o sistema público de saúde em todo o território nacional. Eles são construídos mediante um processo de mobilização coletiva, que envolve estados e municípios na busca por estratégias de superação das questões de saúde, bem como ferramentas adequadas ao monitoramento das propostas (Brasil, 2005b). Por meio dos PNS, as ações são integradas e pactuadas entre as três esferas de governo, dando atenção às problemáticas regionais mais relevantes no sentido de ampliar e qualificar os serviços e as ações de saúde (Brasil, 2005b).

Ao serem elaborados, estes documentos contêm discussões de caráter técnico e político, que dão visibilidade às condições de saúde da população brasileira. A partir de então, os PNS, por meio de suas diretrizes e metas, buscam contribuir para a resolução das iniquidades em saúde, e a promoção da qualidade de vida dos usuários do SUS (Brasil, 2005b).

Assim, ao nos debruçarmos sobre os PNS do período anterior à pandemia, buscamos responder à seguinte pergunta: quais metas foram planejadas para a garantia do direito à gestação, ao parto e ao puerpério pelo SUS, na perspectiva do PHPN?

Embora o PNS 2020-2023 tenha sido elaborado antes da crise sanitária causada pelo novo coronavírus, dada a sua revisão em 2021, nele buscamos encontrar respostas para esta questão: de que forma as metas deste documento foram redirecionadas para assegurar o direito à gestação, ao parto e ao puerpério no contexto da pandemia de Covid-19, preservando as prerrogativas do PHPN e das políticas adjacentes?

3.1.2 Relatórios Anuais de Gestão - RAG

Somente em 2011 passou a ser obrigatório o acesso público aos RAG, mediante a alimentação do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), a partir do Acórdão Tribunal de Contas da União (TCU) nº 1.459/2011.⁶¹ O RAG tem como objetivos conceder apoio aos gestores de cada esfera do SUS, averiguar a efetividade das atividades desenvolvidas para a atenção integral da saúde, oferecer subsídios para as ações de controle e de auditoria, além de fomentar a participação popular na política de saúde (Brasil, 2012c).

Os RAG de 2011 a 2019 estavam acessíveis na página virtual do MS⁶² e no site do CNS⁶³. Nestes documentos identificamos o alcance anual das ações propostas nos PNS, relativas à garantia da gestação, do parto e do puerpério. Assim, intentamos responder à seguinte pergunta: quais foram as ações e o alcance das metas dos PNS relativas ao direito à gestação, ao parto e ao puerpério?

Especialmente nos RAG de 2020 e 2021 buscamos entender de que forma a pandemia de Covid-19 impactou as dimensões do direito à gestação, ao parto e ao puerpério, por meio dos dados sobre o alcance das ações propostas no último PNS. Neste sentido, perguntamo-nos: quais as dimensões dos impactos da pandemia de Covid-19 no direito à gestação e ao parto colocadas nos RAG 2020 e 2021?

Como parte da pesquisa documental, também nos debruçamos sobre os dados quantitativos disponibilizados pelo MS. A seguir, apresentamos os quatro bancos de

⁶¹Que determinou ao Ministério da Saúde, [...] com fundamento na transparência que deve ser dada às ações públicas, como forma de viabilizar o controle social e a bem do princípio da publicidade insculpido no art. 37 da Constituição Federal de 1988[...], além de permitir o controle de que trata o §4º do art. 33 da Lei nº 8.080/1990, que, no prazo de 120 (cento e vinte dias), apresente a este Tribunal plano de ação dispendo sobre as medidas a serem tomadas no sentido de: [...] e 9.1.2. permitir o acesso aos relatórios de gestão registrados no SARG-SUS por qualquer cidadão via rede mundial de computadores. e da Portaria nº 575/2012, do MS (que instituiu e regulamentou o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do SUS) (Brasil, 2012d).

⁶²Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>. Acesso em: 20 de jul. 2022.

⁶³Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/relatorios-anuais-de-gestao?view=default>. Acesso em: 20 de jul. 2022.

dados (SIM, SINASC, SISAB e SRAG), que foram nossas fontes de dados para as análises quantitativas.

3.1.3 Banco de dados do Sistema de Informações de Mortalidade - SIM

O SIM é desenvolvido pelo MS desde 1975, por meio da unificação de modelos de Declaração de Óbito, obtendo dados acerca da mortalidade da população brasileira (Brasil, 2022b). Ele representa uma fonte essencial para o conhecimento dos diferentes aspectos relacionados à mortalidade no país, dentre os quais as causas de adoecimento que culminaram nos óbitos, inclusive maternos. Deste modo, o SIM serve com um instrumento de apoio à elaboração de políticas públicas que possibilitam a adoção de medidas de prevenção, promoção e cuidado em saúde (Brasil, 2022b).

Por meio do SIM obtivemos dados referentes à mortalidade materna das gestantes e puérperas atendidas no SUS entre os anos 2000 e 2021 por região do país, faixa etária, raça/etnia, bem como por escolaridade das mulheres que foram à óbito. Assim, investigamos a relação entre a mortalidade materna e as variáveis sociodemográficas citadas, buscando respostas para questões referentes aos períodos antes da pandemia de Covid-19 (2000 a 2019) e durante ela (2020 a 2021): Quais foram os índices de morte materna considerando: regiões de moradia; faixa etária; raça/etnia; escolaridade, além, do cruzamento entre faixa etária e raça/etnia; raça/etnia e escolaridade?

Assim, e considerando o PHPN lançado em 2000, os dados quantitativos encontrados nos ajudaram a refletir sobre a forma como as disparidades regionais, as diferenças etárias, e as desigualdades étnico-raciais e de acesso à educação contribuem para a permanência e/ou a superação dos índices de mortalidade materna no país ao longo das últimas duas décadas.

3.1.4 Banco de dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC

O SINASC foi implantado no Brasil em 1990 com o objetivo de coletar informações com base nas DNV de todo o território brasileiro, para ofertar dados sobre natalidade para todos os níveis do SUS (Brasil, 2022c). No nível nacional, ele é gerido pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, e é utilizado para a elaboração de indicadores epidemiológicos que dão suporte ao planejamento de ações, atividades e programas geridos pelo sistema público de saúde (Brasil, 2022c). Como instrumento de monitoramento dos eventos vitais, o SINASC contribui com o conhecimento da realidade sanitária da população brasileira, além da avaliação de políticas de atenção à saúde materno-infantil (Brasil, 2022c).

Este sistema nos permitiu encontrar informações relativas ao nº de consultas pré-natal por nascidos vivos, entre 2000 e 2021, e índice de adequação quantitativa pré-natal por nascidos vivos, de 2014 a 2021. A partir delas, buscamos refletir sobre a garantia dos direitos reprodutivos das gestantes usuárias do SUS, no cenário antes da e durante a pandemia de Covid-19. Para tanto, fizemos as seguintes perguntas:

- a) Quantas consultas pré-natal foram garantidas pelo SUS às gestantes, de 2000 a 2021?
- b) Quais os índices de adequação do acesso ao pré-natal das gestantes usuárias do SUS, de 2014 a 2021?

A gama de dados obtida por meio do SINASC nos forneceu um panorama para a análise da assistência ao pré-natal, como direito reprodutivo das gestantes, tendo como referência as boas práticas indicadas pelo PHPN e pela Rede Cegonha.

3.1.5 Banco de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB

O SISAB foi instituído em 2013, como substituto do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), para fins de subsídio financeiro e, também, de adesão aos programas e

estratégias no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Ele compõe a estratégia do Departamento de Saúde da Família, e tem como objetivos: aprimorar a gestão da informação, automatizar os processos, qualificar as condições de infraestrutura e os processos de trabalho (Brasil, s/d).

No SISAB, por meio do Relatório de Pré-Natal na Atenção Básica⁶⁴, encontramos os seguintes indicadores de acompanhamento de atenção pré-natal das gestantes atendidas pelo SUS: gestantes com o primeiro atendimento de pré-natal; gestante com o primeiro atendimento até a 12^a semana de gestação; n^o de gestantes com exames avaliados até a 20^a semana de gestação; e, n^o de consultas pré-natal por gestante. Por meio do SISAB foi possível levantar estes dados por regiões do país, porém no sistema só constam informações relativas ao pré-natal a partir de 2017.

Com estes dados, buscamos analisar a garantia do direito ao pré-natal antes e durante a pandemia de Covid-19, tendo como parâmetro o PHPN e a Rede Cegonha. Deste modo, buscamos responder às seguintes questões, no que tange ao período de 2017 a 2022:

- a) Qual foi o quantitativo de consultas pré-natal ofertadas por gestantes?
- b) Quantas gestantes tiveram a primeira consulta pré-natal até a 12^a semana de gestação por regiões do Brasil?
- c) Quantas gestantes tiveram seus exames de pré-natal avaliados até a 20^a semana por regiões do Brasil?
- d) Quantas gestantes tiveram o primeiro atendimento pré-natal por regiões do Brasil?

⁶⁴As informações disponíveis neste relatório advém da estratégia e-SUS AB, por meio do trabalho dos profissionais da Atenção Básica. Para mais informações, veja a Nota Técnica - Relatório de Pré-Natal na Atenção Básica, disponível em: https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_pre_natal_na_atencao_basica_181120.pdf Acesso em: 20 de mai. 2023.

3.1.6 Bancos de dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG

O SRAG é um instrumento da Secretaria de Vigilância em Saúde, do MS, e foi criado desde a pandemia de Influenza A (H1N1) para desenvolver a vigilância de influenza e, também, de outros vírus respiratórios (Brasil, 2022d). Este banco de dados alimenta o atual Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) e contém as informações quantitativas sobre a infecção de gestantes, parturientes e puérperas, cura ou óbito materno pela Covid-19.

Através do SRAG conseguimos acessar informações relativas à região, faixa etária, raça/etnia e escolaridade das 6.062 gestantes e puérperas infectadas pelo novo coronavírus, e das 285 que foram a óbito pela doença nos anos 2020 e 2021 (SRAG, 2022). Aqui também foi possível verificar o alcance da imunização destas mulheres contra a Covid-19 em 2021. Ao nos debruçarmos sobre este banco de dados, buscamos respostas para as seguintes questões (período 2020 e 2021):

- a) Qual foi o quantitativo de infecção, óbito maternos e o coeficiente de mortes maternas pela Covid-19 por região do Brasil?
- b) Qual foi o quantitativo de infecção, óbito maternos e o coeficiente de mortes maternas pela Covid-19 por faixa etária?
- c) Qual foi o quantitativo de infecção, óbito maternos e o coeficiente de mortes maternas pela Covid-19 por raça/etnia?
- d) Qual foi o quantitativo de infecção, óbito maternos e o coeficiente de mortes maternas pela Covid-19 por escolaridade?

Os dados encontrados nos deram pistas sobre a relação entre a mortalidade materna por Covid-19 e as variáveis sociodemográficas encontradas, para analisar a garantia do direito à gestação, ao parto e ao puerpério pelo sistema público de saúde durante a pandemia de Covid-19.

3.1.7 Dados de Puerpério: um silêncio que grita!

Não encontramos em nenhum dos sistemas dados referentes à consulta de puerpério. É importante ressaltar que, de acordo com o PHPN:

Será considerado realizado o procedimento CONCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL quando tiverem sido realizadas e registradas no Sis prenatal 6 consultas pré-natal, todos os exames obrigatórios (1 ABO-Rh, 2 VDRL, 2 urina, 2 glicemia de jejum, 1 Hemoglobina e 1 Hematócrito), a imunização antitetânica, a realização do parto e a consulta de puerpério (Brasil, 2000a, p.8).

Ou seja, “[...] **ao término do pré-natal, após o parto e a consulta de puerpério é encerrado o ciclo de atenção à gestante**” (Brasil, 2000a, p.8, grifos nossos).

O PHPN também estabeleceu, em 2000, que a devida alimentação do SISPRENATAL, a partir do cumprimento dos procedimentos previstos no programa, permitiria o pagamento de R\$40,00/gestante. Posteriormente, a Rede Cegonha reafirmou que o SISPRENATAL era o sistema de acompanhamento da gestante e que a informação da captação da gestante nele estava vinculado ao repasse de recursos fundo a fundo. Todavia, a partir de setembro de 2017, o SISAB passou a ser utilizado como base das informações para monitoramento das atividades previstas da Rede Cegonha, no âmbito da Atenção Básica⁶⁵. Por meio da Nota Técnica nº19-SEI/2017-CGSMU/DAPES/SAS/MS⁶⁶, recomendou-se que as UBS que utilizavam o e-SUS AB não precisariam mais utilizar o SISPRENATAL e, assim, gradualmente, houve a integração deste sistema ao SISAB.

Ainda conforme esta nota técnica, foi orientado o preenchimento das informações de puerpério no e-SUS AB. Contudo, como não localizamos dados de acesso público relativos ao atendimento de puerpério, solicitamos ao MS, por meio do Fala Br, informações a respeito destes atendimentos no SUS de 2000 a 2021, por: região, faixa etária, raça/etnia e escolaridade. No entanto, os dados disponibilizados pelo MS foram

⁶⁵Para mais informações, veja <https://aps.saude.gov.br/noticia/2490> Acesso em 08 de jun. 2023.

⁶⁶Disponível em https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20171130_N_SEI25000.480086201720_4839766236053979234.pdf Acesso em 09 de jun. 2023.

relativos apenas ao período de 2013 a 2021. Ainda assim, deparamo-nos com outro grande desafio: a baixa qualidade dos dados, cujo questionamento ao MS demandou maior disponibilidade de tempo, buscas e contatos no esforço de decifrar a cobertura assistencial às puérperas.

Com estes dados, buscávamos responder às seguintes perguntas, referentes ao período anterior à pandemia de Covid-19 (2013 a 2019) e durante ela (2020 e 2021):

- a) Quantos atendimentos de puerpério foram realizados por regiões do Brasil?
- b) Quais as faixas etárias das puérperas atendidas?
- c) Quantas puérperas por raça/etnia acessaram a consulta de puerpério?

Embora o MS tenha informado os dados relativos à escolaridade das puérperas, optamos pelo não uso destas informações devido a sua inconsistência e baixa qualidade, o que correspondeu a 36% dos dados.

Assim, no nosso caminho metodológico encontramos importante e preocupante pista - ausência de dados sobre o puerpério que requer ação e problematização.

3.1.8 Notas Técnicas do Ministério da Saúde

As notas técnicas publicadas pelo MS no período da pandemia de Covid-19, relativas à crise sanitária, são documentos elaborados para orientar a população em geral, bem como os profissionais e os serviços de saúde sobre as medidas que deveriam ser adotadas no país em caráter de urgência, na busca de prevenir e controlar a disseminação do novo coronavírus.

Para o alcance do objetivo desta tese, a análise das notas técnicas referentes à assistência obstétrica como parte da pesquisa documental contribuiu para avaliarmos as orientações do MS para as gestantes, parturientes e puérperas, buscando identificar

nelas possíveis relações entre a garantia de direitos dessas mulheres e as orientações do PHPN e das políticas adjacentes. Listamos, abaixo (Quadro 3), os 11 (onze) documentos pesquisados:

Quadro 3 - Notas Técnicas do Ministério da Saúde referentes à Covid-19 em gestantes, parturientes e puérperas, nos anos 2020 e 2021.

Nº	NOTA TÉCNICA	DATA	ASSUNTO
1	Nº 7/2020 – COSMU/CGCIVI/ DAPES/SAPS/MS	08/04/2020	Atenção às gestantes no contexto da infecção Covid-19 causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).
2	Nº 9/2020 – COSMU/CGCIVI/ DAPES/SAPS/MS	10/04/2020	Recomendações para o trabalho de parto, parto e puerpério durante a pandemia da Covid-19.
3	Nº 12/2020 – COSMU/CGCIVI/ DAPES/SAPS/MS	18/04/2020	Infecção Covid-19 e os riscos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal.
4	Nº 1/2021 – DAPES/SAPS/MS	15/03/2021	Tratam-se das recomendações referentes a administração de vacinas covid-19 em gestantes, puérperas e lactantes, incluindo os esclarecimentos que devem ser fornecidos para tomada de decisão.
5	Nº 2/2021 - SECOVID/GAB/SECOVID/MS	06/07/2021	Trata-se de atualização das recomendações referentes à vacinação contra a Covid-19 em gestantes e puérperas até 45 dias pós-parto.
6	Nº 36/2021 - SECOVID/GAB/SECOVID/MS	S/D	A inclusão de crianças e adolescentes (12 a 17 anos) com ou sem deficiência permanente, comorbidades e os privados de liberdade, bem como as gestantes, as puérperas e as lactantes, com ou sem comorbidade para vacinação contra a Covid-19.
7	Nº 40/2021 - SECOVID/GAB/SECOVID/MS	15/09/2021	A inclusão de adolescentes (12 a 17 anos) com deficiência permanente, comorbidades e os privados de liberdade, bem como as gestantes, as puérperas e as lactantes, com ou sem comorbidade para vacinação contra a Covid-19
8	Nº 45/2021 - SECOVID/GAB/SECOVID/MS	22/09/2021	Cuida-se de revogação da Nota Técnica Nº 40/2021 - SECOVID/GAB/SECOVID/MS, que, de forma cautelar, precavida e temporária, revogou parcialmente a Nota Técnica Nº 36/2021 - SECOVI/GAB/SECOVID/MS, estabelecendo a suspensão da autorização para vacinação contra a Covid-19 de adolescentes (12 a 17 anos), à exceção aqueles com deficiência permanente, comorbidades, os privados de liberdade, assim como as gestantes, puérperas e lactantes, independentemente da idade dos lactentes.

9	Nº 467/2021 CGPNI/DEIDT/SVS/MS	-	26/04/2021	Trata das orientações da vacinação dos grupos de pessoas com comorbidades, pessoas com deficiência permanente e gestantes e puérperas na Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, 2021.
10	Nº 627/2021 CGPNI/DEIDT/SVS/MS	-	14/05/2021	Orientações referentes à suspensão temporária da vacinação contra a Covid-19 com a vacina AstraZeneca/Oxford em gestantes e puérperas; interrupção da vacinação contra a Covid-19 em gestantes sem comorbidades e continuidade da vacinação contra a Covid-19 em gestantes com comorbidades
11	Nº 651/2021- CGPNI/DEIDT/SVS/MS	-	19/05/2021	Retificação da Nota Técnica nº 627/2021 - CGPNI/DEIDT/SVS/MS, que trata das orientações referentes à suspensão temporária da vacinação contra a Covid-19 com a vacina AstraZeneca/Oxford/Fiocruz em gestantes e puérperas; interrupção da vacinação contra a Covid-19 em gestantes e puérperas sem comorbidades e continuidade da vacinação contra a Covid-19 em gestantes e puérperas com comorbidades.

Fonte: Brasil, 2020b; Brasil, 2020c; Brasil, 2020d; Brasil, 2021b; Brasil, 2021c; Brasil, 2021d; Brasil, 2021c; Brasil, 2021d; Brasil, 2021e; Brasil, 2021f; Brasil, 2021g; Brasil, 2021h; Brasil, 2021i. Sistematizado pela autora, 2024.

Assim, ao estudar estes documentos, buscamos responder as seguintes perguntas: de que forma as recomendações do MS para as gestantes, parturientes e puérperas durante a pandemia de Covid-19 reafirmaram ou não os pré-requisitos da assistência humanizada à gestação, ao parto e ao puerpério?

Escolhido o corpus documental, passamos à análise. E, neste labirinto de múltiplos documentos, as técnicas de análise foram essenciais para recorrer ao fio de Ariadne.

3.2. Técnicas de análise

Como a pesquisa que desenvolvemos foi de caráter misto, as técnicas utilizadas foram:

3.2.1 Análise de Conteúdo - AC

Para a análise dos dados qualitativos fizemos uso da análise de conteúdo do tipo temática. A Análise de conteúdo (AC) engloba “[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2020, p.40).

O material foi codificado, buscando transformar informações brutas do texto em representações de conteúdo. Neste processo, optamos pela análise temática como unidade de registro, já que ela consiste em encontrar núcleos de sentido na constituição da comunicação. Do mesmo modo, a presença/ausência, e também a frequência do tema podem nos mostrar significados relevantes, conforme os objetivos que aqui traçamos (Bardin, 2020).

Organizamos nossa análise em três momentos: a) pré-análise; b) exploração do material, e; c) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2020). Os documentos submetidos à análise foram: os PNS, os RAG e as Notas Técnicas do MS.

Tendo como referência o PHPN, e posteriores normativas do MS em relação à garantia do direito à gestação, ao parto e ao puerpério pelo SUS, como a Rede Cegonha, nossas categorias de análise e indicadores foram sintetizados no Quadro 4.

Quadro 4 - Síntese das categorias de análise e seus respectivos indicadores.

ÍNDICES / CATEGORIAS DE ANÁLISE	INDICADORES / UNIDADES DE ANÁLISE	
	Antes da pandemia de Covid-19	Durante a pandemia de Covid-19
Mortalidade materna	Indicadores diretos e indiretos, tais como: Faixa etária, região, raça/etnia etc. Ações propostas pelo SUS para redução.	Ações propostas pelo SUS para redução; Metas estabelecidas nos PNS 2004-2007 e 2020-2023; justificativa no RAG 2021.

Ações para a garantia de direitos das gestantes, parturientes e puérperas	Indicadores de incorporação das garantias de direitos (Consultas pré-natal; Exames; Adequação de ambiência das maternidades; Implantação de CPN; Implantação de CGBP; Vacinação)	Indicadores de incorporação das garantias de direitos (Consultas pré-natal; Exames; Adequação de ambiência das maternidades; Implantação de CPN; Implantação de CGBP; Vacinação) nos documentos.
---	--	--

Fonte: elaborado pela autora, 2024.

O tratamento dos resultados e sua interpretação se deram por meio de inferências.

3.2.2 Testes estatísticos e análise descritiva

Os dados quantitativos extraídos das bases de dados do SIM, do SINASC, do SISAB e do SRAG, por meio da ferramenta Tabwin⁶⁷, foram analisados por meio de três testes estatísticos⁶⁸: teste qui-quadrado; de risco relativo e de razão de chances. E, neste momento, o suporte de estatísticas foi fundamental.

3.2.2.1 Teste qui-quadrado

O teste qui-quadrado é um teste de hipótese não-paramétrica. Em nosso estudo, ele teve como objetivo determinar se existia associação significativa entre grupos independentes (Viale, 2008). Assim, por meio do teste qui-quadrado, identificamos evidências estatísticas para a independência entre as variáveis do estudo, testando as seguintes hipóteses:

H0: Não houve evidências de associação entre as frequências dos dados e os anos anteriores à pandemia de Covid-19 (2000 a 2019) e durante a crise sanitária (2020 e 2021).

H1: Houve evidências de associação entre as frequências dos dados e os anos anteriores à pandemia de Covid-19 (2000 a 2019) e durante a crise sanitária (2020 e

⁶⁷Ferramenta para tabulação de dados do Tabnet DATASUS, disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/transferecia-de-arquivos/>

⁶⁸ Com colaboração de três profissionais da área de Estatística: Brenda Fernandes do Nascimento; Viviane Kelli Santos Santana e Kamilla Fernandes da Silva.

2021).

Rejeitamos H_0 , isto é, anulamos a hipótese, ao nível de significância (α), quando o P-valor da estatística qui-quadrado foi menor ou igual a α ($P\text{-valor} \leq \alpha$). Em nossa pesquisa, foi considerado $\alpha = 0,05$ (5%). Desse modo, rejeitar a hipótese nula significou que houve evidência suficiente para afirmarmos a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis antes e durante a pandemia de Covid-19.

3.2.2.2 Teste de risco relativo (RR)

O teste de risco relativo (RR) objetivou identificar a probabilidade que um indivíduo de determinado grupo - gestantes e puérperas atendidas pelo SUS nos anos 2020 e 2021 - seja infectado pelo vírus SARS-CoV-2. Com base neste teste, foi possível denominar o grupo de maior risco. Ou seja, verificamos a probabilidade das gestantes e puérperas infectadas pelo novo coronavírus irem à óbito, em relação à probabilidade das gestantes e puérperas não infectadas pelo vírus. O cálculo foi realizado considerando as seguintes variáveis:

$$RR = \frac{P(\text{gestantes e puérperas infectadas pela Covid-19 que foram à óbito})}{P(\text{gestantes e puérperas não infectadas pela Covid-19 que não foram à óbito})}$$

Na interpretação do RR, quando este foi menor que 1 (< 1), a associação sugere que o fator estudado teria uma ação protetora. Ou seja, nesse caso, as gestantes e puérperas estudadas apresentaram uma baixa probabilidade de óbito.

Já quando o RR apresentou um valor igual a 1 ($=1$), tivemos ausência de associação. Isto é, para as gestantes e puérperas analisadas, não houve um fator determinante que implicou na mortalidade pela Covid-19. Nestes casos, ambos os grupos (gestantes e puérperas infectadas e não infectadas pelo vírus) apresentaram o mesmo risco.

E por fim, quando encontramos um valor de RR maior que 1 (> 1), a associação sugere que o fator estudado seria de risco. Logo, quanto maior foi o risco, também maior foi a força da associação entre infecção das gestantes e puérperas pela Covid-19 e o óbito

materno pela doença.

3.2.2.3 Teste de razão de chances (RC)

Para a análise que desenvolvemos, a utilização do teste de razão de chances (*odds ratio*) - RC - teve como objetivo identificar a chance de infecção e óbito materno pela Covid-19 entre as gestantes e puérperas atendidas pelo SUS nos anos 2020 e 2021, dentre a chance de infecção e óbito pela mesma doença entre o restante da população brasileira no mesmo período. Assim, calculamos a seguinte razão:

$$\frac{p/(1-p)}{q/(1-q)} = \frac{p(1-q)}{q(1-p)}.$$

Sendo p = gestantes e puérperas infectadas pela Covid-19 e que foram a óbito em 2020 e 2021, e q = gestantes e puérperas que não foram à óbito pela Covid-19 em 2020 e 2021.

Os testes apresentados nos permitiram identificar quando houve ou não significância estatística entre os casos de infecção e mortalidade materna pela Covid-19 entre as gestantes e puérperas usuárias do SUS, e o território onde elas vivem, seu nível de instrução, sua raça/etnia e faixa etária. Para além de uma relação de causa e efeito, buscamos, por meio da significância estatística, estabelecer possíveis relações que nos ajudaram a desvelar a realidade da garantia do direito à gestação, ao parto e ao puerpério pelo sistema público de saúde durante a pandemia de Covid-19, considerando o histórico da assistência à saúde reprodutiva das mulheres no Brasil.

Os resultados desse estudo forneceram informações valiosas sobre as consequências da infecção pela Covid-19 para as gestantes, bem como servem como orientação para políticas de saúde. Com base nesses dados, será possível aprimorar as estratégias de prevenção, detecção precoce, tratamento e acompanhamento das mulheres no ciclo gravídico-puerperal infectadas pelos SARS-CoV-2.

Mas vale um alerta aqui. Foi o conjunto dos dados – quali e quantitativos – e as categorias teóricas que nos deram a régua e o compasso da análise. Assim, nosso rico e diversificado conjunto de dados foi enfrentado nesta tese com muito cuidado, para a construção da síntese (Quadro 5):

Quadro 5 - Síntese dos objetivos e procedimentos metodológicos utilizados para seu alcance.

OBJETIVO	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO
<p>Compreender o percentual de cobertura das consultas pré-natal ofertadas no SUS às gestantes, mediante suas condições de vida, comparando os dados do acesso a estas consultas entre os anos 2000 e 2019 (antes da pandemia de Covid-19) e 2020 a 2021 (durante a pandemia), cotejando-o com as diretrizes do PHPN;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Análise de conteúdo dos PNS 2004 – 2007 e 2020 – 2023, bem como dos RAG dos anos 2004 a 2007, e 2020 a 2021. - Sistematização, análise dos dados do SISAB e aplicação do teste qui-quadrado, por meio das variáveis: a) nº de consultas pré-natal por gestantes antes e durante a pandemia de Covid-19; b) gestantes com primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação por região do Brasil antes e durante a pandemia de Covid-19; c) gestantes com primeiro atendimento por região antes e durante a pandemia de Covid-19 e; d) gestantes com exames avaliados até a 20ª semana de gestação por região do Brasil antes e durante a pandemia de Covid-19. - Sistematização, análise dos dados do SINASC aplicação do teste qui-quadrado, por meio das variáveis: a) nascidos vivos por nº de consultas pré-natal antes e durante a pandemia de Covid-19 e; b) nascidos vivos por adequação quantitativa pré-natal antes e durante a pandemia de Covid-19.
<p>Refletir sobre as iniquidades em saúde das gestantes e puérperas antes da e durante a pandemia de Covid-19, identificando a relação entre a mortalidade materna pela Covid-19 e as variáveis sociodemográficas (região, faixa etária, raça/etnia e grau de instrução);</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Análise de conteúdo do PNS 2020 – 2023 e dos RAG dos anos 2020 e 2021; - Sistematização, análise dos dados do SIM e aplicação do teste qui-quadrado, por meio das variáveis: a) óbitos maternos antes e durante a pandemia de Covid-19; b) óbitos maternos por faixa etária antes e durante a pandemia de Covid-19; c) óbitos maternos por raça/etnia antes e durante a pandemia de Covid-19; d) óbitos maternos por escolaridade antes e durante a pandemia de Covid-19; e) mortes maternas por faixa etária X raça/etnia entre 2000 – 2019; f) mortes maternas por faixa etária X raça/etnia entre 2020 – 2021; g) mortes maternas por faixa etária X raça/etnia entre 2000 – 2021; h) mortes maternas por raça/etnia X escolaridade entre 2000 – 2019; i) mortes maternas por raça/etnia X escolaridade entre 2020 – 2021; j) mortes maternas por raça/etnia X escolaridade entre 2000 – 2021.
<p>Verificar os efeitos das medidas de atenção à saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal durante a pandemia de Covid-19;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Análise de conteúdo do PNS 2020 – 2023 e dos RAG dos anos 2020 e 2021; - Análise de conteúdo das Notas Técnicas do MS referentes à Covid-19 em gestantes, parturientes e puérperas, nos anos 2020 e 2021; - Sistematização, análise dos dados do SRAG referentes às gestantes e puérperas que tomaram a vacina contra a Covid-19; - Sistematização, análise dos dados do SRAG e aplicação dos teste RR, RC e qui-quadrado, por meio das variáveis: a) casos de infecção, óbito materno e RMM por Covid-19 por regiões brasileiras entre 2020 – 2021; b) casos de infecção, óbito

	materno e RMM por Covid-19 por faixa etária entre 2020 – 2021; c) casos de infecção, óbito materno e RMM por Covid-19 por raça/etnia entre 2020 – 2021; d) casos de infecção, óbito materno e RMM por Covid-19 por escolaridade entre 2020 – 2021.
Averiguar como a política de saúde ofertada às gestantes, parturientes e puérperas em 2020 e 2021 acompanhou as metas previstas no ODS 3.1, considerando a reorganização da assistência destas sujeitas frente à pandemia de Covid-19.	- Metas estabelecidas pelo MS para atender às gestantes, parturientes e puérperas no SUS x resultados; - Recomendações do MS para gestantes, parturientes e puérperas no período pandêmico x resultados.

Fonte: elaborado pela autora, 2024.

3.3 Cuidados éticos em pesquisa

Quanto aos cuidados éticos, ressaltamos que foram observados em todas as etapas da construção da tese, pois entendemos a ética em pesquisa como uma condição fundamental no trabalho do pesquisador. No estudo aqui desenvolvido, trabalhamos com a análise de documentos e dados públicos, de livre acesso aos cidadãos e de difícil identificação das sujeitas participantes da pesquisa.

Como pesquisadora e assistente social, reafirmo, aqui, o compromisso ético e também político com a análise dos dados e a produção de um conhecimento científico alinhado ao projeto ético-político do Serviço Social, em defesa dos direitos sociais.

E, para tanto, foram adotados os seguintes cuidados éticos:

- a) buscaremos considerar todos os autores estudados, esforçando-nos por compreender suas análises no contexto lógico de sua produção científica, tendo em vista o respeito por seu próprio trabalho intelectual e evitando a distorção de suas colocações;
- b) na utilização das fontes documentais, buscaremos situá-los no cenário histórico no qual foram produzidas; e
- c) comprometemo-nos com a ampla divulgação desta tese, por meio da publicação nos bancos de teses eletrônicos, bem como pela publicação de artigos científicos e exposição nos espaços de discussão e formação acadêmica. Comprometemo-nos, ainda, com o encaminhamento deste trabalho aos conselhos profissionais, como o Conselho Federal

de Serviço Social (CFESS), bem como às instâncias de controle social, como o Conselho Nacional de Saúde, e aos movimentos feministas e pela humanização do parto.

4. A SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: DA INVISIBILIDADE AO ALARME DA MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL

Nesta seção exploramos como se deu a garantia do direito à gestação, ao parto e ao puerpério às usuárias do SUS durante a pandemia de Covid-19, por meio da análise das ações de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal empreendidas pelo MS, conforme as prerrogativas de humanização do PHPN e das políticas adjacentes.

Em termos de exposição, iniciaremos pela análise dos documentos relativos ao planejamento da Saúde - PNS 2020-2023, RAG 2020-2021 e as notas técnicas. No PNS 2020-2023 buscamos as **metas estabelecidas pelo MS para atender às gestantes, parturientes e puérperas no SUS**. Ao examinar o PNS, buscamos respostas para a questão: de que forma as metas deste documento foram redirecionadas para assegurar o direito à gestação, ao parto e ao puerpério no contexto da pandemia de Covid-19, preservando as prerrogativas do PHPN e das políticas adjacentes? Já por meio da análise dos RAG 2020 e 2021 verificamos o alcance das ações do MS. A questão aqui foi: quais os impactos da pandemia de Covid-19 no direito à gestação e ao parto colocadas nos RAG 2020 e 2021? Por fim, analisamos as recomendações dadas pelo MS, através das Notas Técnicas, acerca da oferta de serviços a estas mulheres, diante da crise sanitária da Covid-19. Tomamos como referência para esta análise o conjunto de normativas de garantia de direitos às gestantes e puérperas.

Após analisar as ações propostas e implementadas pelo MS, analisamos ainda os dados do SRAG sobre as gestantes e puérperas infectadas pelo novo coronavírus nos anos 2020 e 2021, utilizando as variáveis sociodemográficas dessas, tais como: região de ocorrência, faixa etária, raça/etnia e escolaridade. Aqui nossos objetivos foram: a) Refletir sobre as iniquidades em saúde das gestantes e puérperas antes da e durante a pandemia de Covid-19, identificando a relação entre a mortalidade materna pela Covid-19 e as variáveis sociodemográficas (região, faixa etária, raça/etnia e grau de instrução); b) Verificar os efeitos das medidas de atenção à saúde das mulheres no ciclo gravídico-

puerperal durante a pandemia de Covid-19, e; c) Averiguar como a política de saúde ofertada às gestantes, parturientes e puérperas em 2020 e 2021 acompanhou as metas previstas no ODS 3.1, considerando a reorganização da assistência à saúde materna frente à pandemia de Covid-19.

Começemos pelo começo - o PNS 2020-2023.

4.1 O planejamento do MS para a saúde reprodutiva das mulheres no ciclo gravídico-puerperal no período pandêmico

Publicado em fevereiro de 2020, pouco antes da OMS declarar a pandemia de Covid-19 em 11 de março de 2020 (embora a emergência da crise sanitária provocada pelo novo coronavírus em outros países já fosse objeto de atenção da comunidade internacional e das autoridades) (Nakamura-Pereira et al, 2020), o PNS 2020-2023, em sua primeira versão, não indicava preocupação com os direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal em decorrência da crise sanitária.

Neste Plano identificamos seis (6) metas relativas à saúde reprodutiva das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, que, em fevereiro de 2021, passou por uma revisão na qual mais uma meta foi acrescentada, indicando a reorganização da assistência à saúde materna frente à pandemia de Covid-19. As metas e mudanças identificadas estão indicadas no Quadro 6.

Quadro 6 - Metas do PNS 2020 - 2023

Nº	METAS	
	2020	2021
1	Alcançar a proporção de 80% de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação	Alcançar a proporção de 52% de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, tendo iniciado o pré-natal até a 12ª semana de gestação.
2	2020: Alcançar 60% de gestantes com pré-natal na Atenção Primária à Saúde que realizaram atendimento odontológico	

	individual com Equipes de Saúde Bucal	
3	X	Reduzir para 52,3 a RMM
4	Reduzir para 52,4% a proporção de partos cesáreos	
5	Alcançar 18 Unidades da Federação notificando 90% de óbito materno em até 30 dias da data de ocorrência	
6	Alcançar 50% das gestantes indígenas com no mínimo 6 consultas pré-natal	
7	Alcançar 92% de investigação de óbito materno em mulheres indígenas	

Fonte: Brasil, 2020a; Brasil, 2021. Sistematizado pela autora, 2024, grifos nossos.

As ações para a garantia de direitos das gestantes, parturientes e puérperas, no período pandêmico incorporou alteração da meta nº 1, referente à assistência pré-natal. O PNS 2020-2023 foi o primeiro que **estabeleceu meta para o mínimo de consultas que as gestantes têm direito**, conforme o PHPN e a Rede Cegonha. Cabe destacar que, em 2000, o PHPN preconizava que a primeira consulta deveria ocorrer até o 4º mês de gravidez, o que equivaleria à 16ª semana. Este recálculo apresentado não se justificava, porque este número mínimo já constava no Anexo I da Portaria 569 e na Portaria nº 570 (ambas de junho de 2000). A Portaria 570 estabelecia:

[...] mecanismos de cadastramento no pré-natal das gestantes até o 4º mês da gestação e garantir, de acordo com os princípios gerais e condições para o acompanhamento pré-natal estabelecidos no **Anexo I da Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000**, a realização dos seguintes procedimentos: 1. Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês da gestação; 2. Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; 3. Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento [...] (Brasil, 2000d).

Posteriormente, em 2011, a Rede Cegonha estabeleceu que o pré-natal deveria ser realizado “[...] na UBS com captação precoce da gestante e qualificação da atenção” (Brasil, 2011, p.2). E, em 2021, com a revisão do PNS 2020-2023, houve um recálculo da meta das gestantes **com ao menos 6 consultas**, o que foi justificado pelo MS pela importância e pelos benefícios materno-fetais do início do pré-natal precoce, principalmente até a 12ª semana de gestação (Brasil, 2021).

Diante disso, questionávamos: por qual razão esta primeira meta precisou ser revisada e corrigida em 2021, se não mudou nada em termos de proposição?

Na justificativa apresentada pelo órgão gestor, não ficou estabelecido porque a **alteração não alterou nada**. Ainda sobre revisão de metas e a assistência pré-natal, chamou-nos atenção que pela **primeira vez um PNS deu atenção às gestantes indígenas nas suas metas**, para que fossem cobertas com o mínimo de consultas recomendadas pelo PHPN. O PNS 2020-2023 também se diferenciou dos planos anteriores quando contemplou em suas metas o **atendimento odontológico individual de 60% das gestantes acompanhadas na Atenção Primária**.

É importante lembrar que a PNAISM, pautada nos estudos de gênero, já previa a incorporação de demandas específicas das mulheres de distintos grupos populacionais, como as indígenas, também contemplando todos os ciclos de vida delas (Brasil, 2004; Zucco; Ril, 2018). Contudo, ainda persiste nas políticas públicas a tendência à invisibilização das diferentes demandas das mulheres indígenas, bem como da forma como elas significam suas práticas de saúde sexual e reprodutiva (Moliterno et al, 2013; Zucco; Ril, 2018).

Ou seja, por um lado a PNS 2020-23 avançou, em relação aos planos anteriores, ao incorporar metas específicas para a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres indígenas, ao menos no que diz respeito à cobertura da assistência pré-natal e odontológica. Por outro, identificamos que a meta de alcance da atenção pré-natal das mulheres indígenas não foi revista diante da pandemia. Encontramos, assim, omissão do MS à saúde reprodutiva delas.

Destacamos, ainda sobre este grupo, que a meta de cobrir 50% delas com o mínimo de 6 consultas pré-natal não indicou preocupação com a captação da usuária até a 12ª semana de gestação nem na primeira versão do plano, nem após sua revisão.

Ao utilizar como referência a categoria mortalidade materna, reconhecemos na meta nº 3 - que foi inserida no plano em sua revisão - um indicador direto. No primeiro ano da pandemia de Covid-19 no Brasil, já ficou evidente o maior distanciamento da meta de

reduzir para até 30 a RMM até 2023, conforme pactuado na Agenda 2030 (ONU, 2015). Embora os índices da mortalidade materna já fossem alarmantes no Brasil (RMM = 57,9 por 100.000 NV em 2019), a pandemia de Covid-19 agravou substancialmente esta problemática, o que possivelmente motivou a introdução da nova meta no PNS 2020-2023, indicando seu caráter de urgência.

Em relação aos PNS anteriores, o documento 2020-2023 recuperou a preocupação com a **redução das cesarianas e com os óbitos maternos**. A notificação dos óbitos maternos apareceu e incorporou maior foco às gestantes indígenas. E os dados justificavam essa necessidade. O estudo comparativo da mortalidade materna entre Brasil e Cuba de Esquenazi Borrego et al (2021) demonstrou, com base na RMM alcançada pelo primeiro entre 2005 e 2017, a necessidade de intensificar as ações para a redução da mortalidade das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. No período estudado, 62,13% dos óbitos maternos no Brasil ocorreram entre mulheres não brancas (Esquenazi Borrego et al, 2021). A alta prevalência das cesarianas, juntamente com as desigualdades étnico-raciais e regionais foram apontadas como desafios à redução da RMM no Brasil, exigindo intervenções mais direcionadas sobre estes aspectos (Esquenazi Borrego et al, 2021).

No entanto, o PNS não fez referência à assistência à saúde das puérperas, tanto antes quanto durante a pandemia de Covid-19, uma vez que não houve nenhuma meta de atenção para este grupo. Aqui, afirmamos que houve dissonância entre o PNS e as prerrogativas do PHPN e da Rede Cegonha, que colocavam a atenção ao puerpério como primordial, assim como a assistência ao pré-natal e ao parto. A ausência de metas a respeito da cobertura das consultas de puerpério tanto antes quanto na pandemia (considerando serem as puérperas grupos de risco quando infectadas pelo SARS-CoV-2), sinalizava um descaso do governo federal com a saúde e a vida delas. E esse descaso se manifestou de várias formas. Aqui destacamos a visibilidade invisível desse período do ciclo. Estando e não estando presente na meta e nos indicadores, tal fato se expressou na dificuldade de se obter dados sobre assistência à saúde das puérperas (aspecto já retratado na seção 3 e que aprofundaremos no tópico 5.4).

Se no PNS 2023 encontramos muitos silêncios e pouca novidade, a análise dos RAGs nos permitiu outros achados sobre as ações realizadas e seu alcance. O primeiro deles é que a universalidade de acesso e cobertura não compôs as metas.

Apesar dos RAGs 2020 e 2021 estarem disponíveis no site do MS, e considerando que o RAG 2021 também continha as ações realizadas do RAG 2020, optamos pelo uso do documento mais recente e atual (Quadro 7).

Quadro 7 - Ações realizadas conforme o RAG 2021.

Nº	METAS		AÇÕES REALIZADAS /ANO	
	2020	2021	2020	2021
1	Alcançar a proporção de 80% de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação.	Alcançar a proporção de 52% de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, tendo iniciado o pré-natal até a 12ª semana de gestação	29,67% ⁶⁹	34,82 %
2	Alcançar 60% de gestantes com pré-natal na Atenção Primária à Saúde que realizaram atendimento odontológico individual com Equipes de Saúde Bucal		19,11% ⁷⁰ 19,12% (RAG 2021)	33,58 %
3		Reduzir para 52,3 a RMM	-----	107,18
4	Reduzir para 52,4% a proporção de partos cesáreos		56,97%	-----
5	Alcançar 18 Unidades da Federação notificando 90% de óbito materno em até 30 dias da data de ocorrência.		8	6
6	Alcançar 50% das gestantes indígenas com no mínimo 6 consultas pré-natal		40,2% 40,7% (RAG 2021)	45,9%
7	Alcançar 92% de investigação de óbito materno em mulheres		83,3%	90,9%

⁶⁹Conforme o RAG 2020, este percentual representa 544.141 gestantes entre as 1.833.688 acompanhadas na APS e refere-se ao período de janeiro a dezembro de 2020. Atribui-se à baixa execução a necessidade do distanciamento/isolamento social provocada pela pandemia da COVID-19 (Brasil, 2020, p.44)

⁷⁰De acordo com o RAG 2020, este resultado refere-se ao período de janeiro a dezembro de 2020. Este percentual representa 338.941 gestantes entre as 1.773.568 acompanhadas na APS. Entre os fatores que contribuíram para o resultado abaixo da meta, destaca-se a pandemia da COVID-19, uma vez que houve a recomendação de suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, em razão do risco envolvido de transmissão do novo Coronavírus em ambiente odontológico (Brasil, 2020, p.45).

indígenas			
-----------	--	--	--

Fonte: Brasil, 2022. Sistematizado pela autora, 2024.

Das 7 metas propostas, apenas a de nº 4 foi alcançada. Sobre a meta nº 1 - reorganização da política de saúde para assegurar a gestação durante a pandemia de Covid-19 -, os dados disponibilizados pelo MS mostram que o acompanhamento pré-natal por meio de consultas não alcançou a meta prevista, embora tenha ocorrido aumento em 2021 (alcançando apenas 66% da meta proposta). Estes indicadores presentes nos RAGS ratificam estudos (Brandão; Cabral, 2021; Goés; Ferreira; Ramos, 2023) que indicavam a ação governo federal no controle do SARS-CoV-2 – e todas as críticas recebidas pelo governo Bolsonaro na condução das ações -, com secundarização da oferta de serviços de saúde, entre eles, os serviços na área de saúde sexual e reprodutiva, como as consultas pré-natal. E isso pode ser aspecto que comparece no não alcance da meta 2. O MS recomendou a suspensão destes atendimentos eletivos, devido ao alto risco de transmissão da Covid-19 nos ambientes odontológicos.

E, neste contexto, recrudescer um problema histórico – a RMM. O RAG 2021 mostrou não apenas o não alcance da meta nº 3, quanto um **alarmante aumento da RMM em 2021** em função da Covid-19. Assim, inferimos que mesmo com a adoção de uma nova meta pelo MS, o país se distanciou da meta do ODS 3.1.

A meta nº 4 foi atingida em 2020. Como veremos ainda nesta seção e na próxima, o MS não indicou em suas notas técnicas a realização de cesarianas automaticamente para as parturientes infectadas pela Covid-19. E, também, a redução deste procedimento já esteve contemplada anteriormente no PNS 2004 – 2007, o que mostra que esta ação já vinha sendo planejada e, de certa forma, executada no decorrer dos anos. Em nossa análise, isto pode ter contribuído para o alcance da meta já no primeiro ano do PNS 2020 – 2023.

Além disso, o não alcance da meta 5 - “18 Unidades da Federação notificando **90%** de óbito materno em até 30 dias da data de ocorrência” - trouxe outra dimensão: a qualidade e o registro dos dados. Isso impacta diretamente sobre o processo de gestão da política

de saúde (Souza, 2008; Brasil, 2016b; Neto; Chioro, 2021) e, conseqüentemente sobre o uso das informações em saúde para a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres.

Se o PNS 2020-23 e os RAGs 2020 e 2021 mostraram a distância entre o planejamento e a execução, e faltavam informações nas notas técnicas produzidas pelo MS durante a pandemia. Como notas produzidas por um corpo técnico, buscávamos ver que indicações e recomendações traziam. A análise das notas técnicas foi orientada pela seguinte questão: de que forma as recomendações do MS para as gestantes, parturientes e puérperas durante a pandemia de Covid-19 reafirmaram os pré-requisitos da assistência humanizada à gestação, ao parto e ao puerpério?

Em 2020, com a emergência da pandemia, o MS publicou três notas técnicas orientando os serviços de saúde, bem como a população em relação ao atendimento das gestantes, parturientes e puérperas naquele cenário crítico. A figura 5 ilustra as recomendações dadas pelo MS em um contexto no qual não havia ainda uma vacina contra a Covid-19 no Brasil.

Figura 5 - Recomendações sobre o atendimento às gestantes, parturientes e puérperas das Notas Técnicas do MS, em 2020.

Notas técnicas 2020

Nº 7	Nº 9	Nº 12
<p>Recomendações:</p>	<p>Recomendações:</p>	<p>Recomendações:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de diagnóstico da Covid-19 para as gestantes igual ao da população adulta em geral; • Gestantes com síndrome gripal deveriam ter seus procedimentos eletivos adiados por 14 dias e, caso necessário, o atendimento deveria ser em ambiente isolado das demais usuárias; • Atendimento às gestantes assintomáticas ou sem síndrome gripal; • Continuidade do acompanhamento pré-natal a todas as gestantes assintomáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de triagem a toda parturiente e seu acompanhante antes da admissão em serviço obstétrico; • Interrupção do revezamento de acompanhantes, e restrição destes ao espaço de assistência à parturiente; • A infecção pelo vírus SARS-CoV-2 por si só não se configurava indicação para cesariana, nem para antecipação do parto, a menos que houvesse necessidade de estabilidade de oxigenação materna; • Gestantes com sintomas leves e estáveis deveriam estar sob vigilância rigorosa nos serviços de atenção primária de sua referência; • Às gestantes com sintomas graves ou críticos, indicava-se a internação e ainda, a depender da avaliação médica, que o parto fosse antecipado; • Os partos em domicílio ou nos Centros de Parto Normal (CPN) não eram recomendados em casos de mulheres suspeitas ou confirmadas para SARS-CoV-2, mas sim nos centros de referência; • Continuidade da oferta dos métodos não farmacológicos de alívio da dor; • Uso normal de analgesia e anestesia farmacológica para parto sob punção raquidiana e/ou peridural; • Puérperas e bebês em boas condições deveriam ter alta a partir de 24 horas em alojamento conjunto; • Suspensão de todas as visitas, temporariamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção de intensa vigilância e medidas de precaução em relação às gestantes e puérperas, inclusive garantindo às parturientes infectadas pelo vírus espaço privativo para seu trabalho de parto e parto.

Fonte: Brasil, 2020b; Brasil, 2020c; Brasil, 2020d. Sistematizado pela autora, 2024.

A priori, as orientações do MS indicavam consonância com as políticas de atendimento às gestantes, parturientes e puérperas adotadas no país, na medida em que preconizavam a continuidade dos atendimentos e acompanhamento pré-natal para as mulheres assintomáticas, e para aquelas com síndrome gripal, um atendimento com mais segurança. As notas técnicas de 2020 mantiveram a perspectiva da humanização do parto em alguns aspectos, como: a manutenção do direito ao acompanhante, a continuidade da oferta dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, bem como a não antecipação do parto e a não realização de cesarianas nos casos menos complexos de infecção das gestantes pelo novo coronavírus. Já, para os casos mais graves, recomendou-se intensa vigilância e avaliação.

Contudo, observamos que estes documentos nada orientaram a respeito do direito das

gestantes de conhecerem e serem vinculadas à maternidade onde receberiam assistência pelo SUS, como instituído pela Lei nº 11.634/2007 (Brasil, 2007). Observamos ainda que em 2020 nenhuma orientação foi dada para as gestantes e puérperas sobre a vacina contra a Covid-19. Como veremos adiante (Figura 6), diferente de outros países, no Brasil só em 2021 a população teve acesso ao imunizante, conforme os grupos prioritários elencados pelo MS, dos quais as mulheres no ciclo gravídico-puerperal não foram incluídas de imediato.

Figura 6 – Linha do tempo até o acesso das gestantes e puérperas à vacinação contra a Covid-19 no Brasil.



Fonte: CNN Brasil, 2020; Notas Técnicas Brasil, 2021. Sistematizado por Maiara Machado da Silva, 2024.

A natureza recomendatória das notas técnicas em si era ao mesmo tempo um outro importante limitante de sua abrangência. Os estados e municípios não são obrigados a seguir as NTs, e podiam se opor a algumas direções adotadas pela União. E, em tempos

de negacionismo do governo Bolsonaro, isso era fundamental. Mas, ao mesmo tempo, sua competência de “[...] planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS” estava comprometida pelo governo de plantão à época.

No ano de 2021 encontramos 8 (oito) notas técnicas do MS com recomendações às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e todas elas têm algo em comum: **recomendavam a administração da vacina contra a Covid-19.**

E em 2021 temos o cenário da crise sanitária provocada pela pandemia se reconfigurando a partir da campanha de vacinação, com reflexos na garantia dos direitos reprodutivos das gestantes e puérperas. A figura 7 sintetiza os dilemas vivenciados pelas mulheres no ciclo gravídico-puerperal frente às confusas e contraditórias orientações do MS acerca da vacinação.

Figura 7 - Dilemas vivenciados pelas gestantes e puérperas durante a pandemia de Covid-19 também frente às orientações do MS – emergência da pandemia.



Figura 8 - Dilemas vivenciados pelas gestantes e puérperas durante a pandemia de Covid-19 também frente às orientações do MS – ao longo da pandemia e das fake news.



Figura 9 – Mais dilemas vivenciados pelas gestantes e puérperas durante a pandemia de Covid-19 também frente às orientações do MS – ao longo da pandemia e das fake news.



Figura 10 - Dilemas vivenciados pelas gestantes e puérperas durante a pandemia de Covid-19 frente às orientações do MS.



Fonte: Notas Técnicas (Brasil, 2021). Sistematizado por Maiara Machado da Silva, 2024.

E é a partir de então que as disputas políticas e sociais se intensificaram. Fleury e Fava (2021, p. 260) afirmaram que “[...]o debate acerca do combate ao vírus tornou a vacina a principal arena política na qual as disputas por poder ocorreram”. Nós preferimos dizer que as disputas políticas em torno da vacina contra a Covid-19 evidenciaram não só os conflitos de classes entre os diferentes projetos societários, como também a perversidade do projeto ultraliberal no Brasil, que estampou a necropolítica adotada pelo governo Bolsonaro.

E esse é um aspecto central no interior dos documentos analisados. Em termos históricos, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) veio se consolidando no Brasil, desde os anos 1970, como estratégia de planejamento de políticas públicas que obteve sucessivos êxitos, como o combate à epidemia de meningite naquele período, e a vacinação contra a poliomielite, nos anos 1980, dando início a uma trajetória de sucesso nas campanhas de vacinação em massa capitaneadas pelo Estado (Fleury; Fava, 2021). Com a criação da Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde, em 2003, o PNI também se fortaleceu, mediante sua articulação à vigilância epidemiológica. Outro exemplo

exitoso do PNI, foi o combate à pandemia de H1N1 que atingiu o país entre 2009 e 2010, mas que rapidamente foi contida também pela distribuição da vacina a partir de novembro de 2009 (Domingues et al, 2020; Fleury; Fava, 2021).

Entretanto, os índices de vacinação no Brasil começaram a registrar queda em 2016 (Domingues et al, 2020). Essa hesitação da população em se vacinar tem sido explicada por alguns fatores, como: o desconhecimento quanto a gravidade de algumas doenças já erradicadas, bem como a falta de experiência com as mazelas em períodos de infecções epidemiológicas, além do medo de efeitos colaterais, que acabam por descredibilizar as vacinas como formas eficazes de prevenção (Domingues et al, 2020). A facilidade com que *fake news* sobre as vacinas se disseminaram, a expansão dos movimentos antivacina⁷¹ e o desfinanciamento do SUS, principalmente com a EC nº 95/2016, também incidiram na redução da cobertura vacinal no Brasil (Domingues et al, 2020; Observatório Direitos Humanos Crise Covid-19, s/d).

Ainda assim, em 2019 o Brasil se destacava dentre aqueles países com maior quantidade de vacinas ofertadas gratuitamente à população⁷². E apesar disso, neste mesmo ano um surto de sarampo ocorreu no país, já sinalizando impactos no PNI (Fleury; Fava, 2021). Posteriormente, o enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil evidenciou, ainda mais, os riscos da hesitação à vacinação. Enquanto em 2020, 38 países começaram a vacinar suas populações contra a Covid-19, dentre eles alguns da América Latina (como México, Argentina e Chile), o **Brasil iniciou a vacinação em 17 de janeiro de 2021** e com muitos entraves no decorrer do processo (Fleury; Fava, 2021; Observatório Direitos Humanos Crise Covid-19, s/d).

⁷¹ Figueiredo et al (2020) apontaram que entre os fatores que influenciam a decisão por tomar ou não a vacina, as principais razões foram: confiança na importância, segurança e eficácia das vacinas, e a compatibilidade entre vacinação e crenças religiosas.

⁷² Entre a oferta e a cobertura vacinal, a OPAS alertou que em 2021, a cobertura regional nas Américas com a primeira dose da vacina que protege contra o sarampo, rubéola e caxumba (tríplice viral) era de 85%, e apenas seis países alcançaram a cobertura ideal de 95% ou mais para sustentar a eliminação dessas doenças. Ou seja, a campanha antivacina é algo que requer enfrentamento dos governos de todo mundo. Ver <https://www.paho.org/pt/noticias/9-2-2023-opas-alerta-sobre-possibilidade-surtos-sarampo-devido-reducao-da-cobertura#:~:text=Em%202021%2C%20a%20cobertura%20regional,menos%20de%2080%25%20de%20cobertura>.

As disputas políticas em torno da vacina criaram entraves à campanha de imunização contra a Covid-19 no Brasil, que se evidenciaram no discurso propagado por Bolsonaro, bem como em sua prática política (Fleury; Fava, 2021). Dentre eles, destacamos: a negação da gravidade da doença e de seus impactos para o SUS; propaganda de medicamentos que cientificamente se mostraram ineficazes, desqualificação das medidas preventivas; deslegitimação da autoridade sanitária no país, criação de tensões diplomáticas com países produtores de insumos essenciais à vacina, divulgação de suspeitas sobre a eficácia da vacina, produção de *fake news*, desautorização dos Poderes Executivos nos estados e municípios que adotaram medidas restritivas de enfrentamento à pandemia, bem como da própria OMS (Fleury; Fava, 2021; Observatório Direitos Humanos Crise Covid-19, S/D).

Foi nesse contexto que, **em abril de 2021**, as gestantes e puérperas foram incluídas no grupo prioritário de vacinação contra a Covid-19. Para aprofundar nossa análise sobre vacinação das gestantes e puérperas e as repercussões dessa necropolítica, analisamos a cobertura vacinal desse grupo e os indicadores de infecção e óbitos, com base nos dados do SRAG.

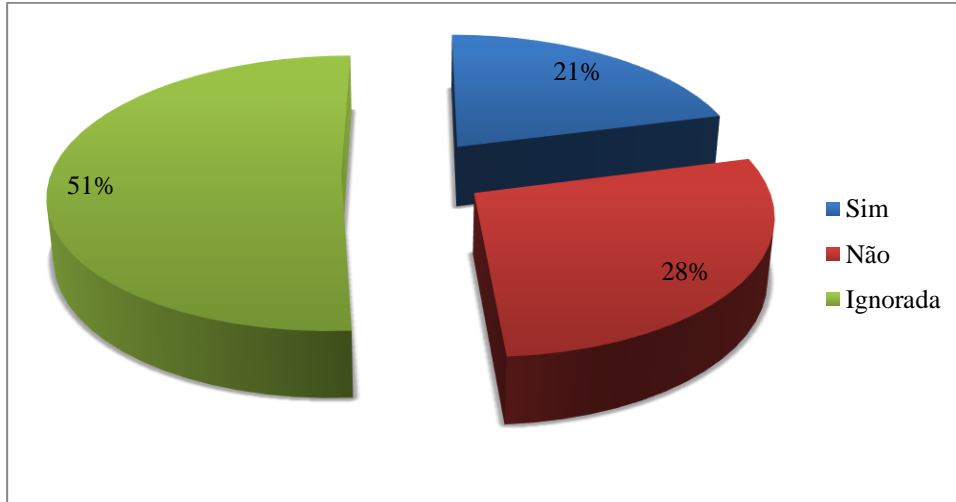
4.2 Infecção e óbitos maternos pela Covid-19 e imunização das gestantes e puérperas no Brasil: o custo do negacionismo do governo Bolsonaro

Investigamos os óbitos maternos pela Covid-19 contabilizados no SRAG utilizando as variáveis: região, faixa etária, raça/etnia e escolaridade das gestantes e puérperas, entre os anos 2020 e 2021. O SRAG também indicou o alcance da imunização destas mulheres contra a Covid-19 em 2021.

Para nos debruçarmos sobre tais dados, cabe primeiramente elucidar que o número total de gestantes e puérperas que foram notificadas no SUS como infectadas pela Covid-19 em todo o país entre os anos de 2020 e 2021 correspondeu a **6.062** (SRAG, 2022). Delas,

apenas 1.270 foram imunizadas contra a doença (Gráfico 3). Mas há um limite no dado disponível pelo MS - o volume de casos cuja informação foi ignorada (51%).

Gráfico 3 - Percentual de Gestantes/puérperas que tomaram a vacina Covid-19 em 2021.



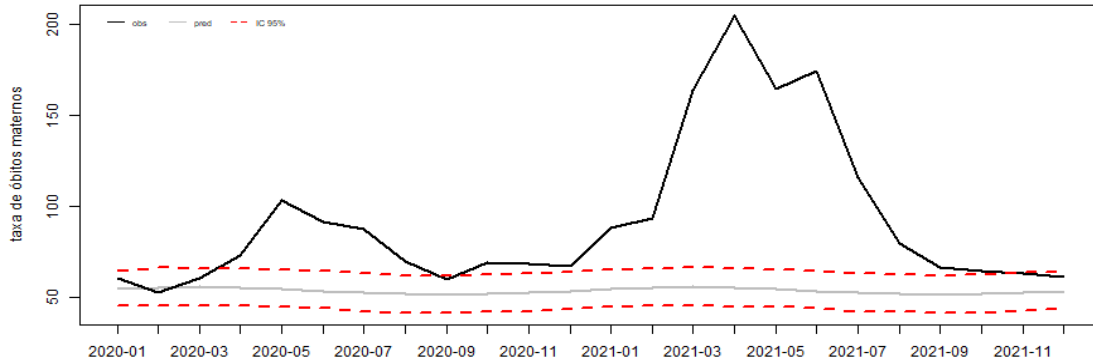
Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Os dados disponíveis seguiram um processo, cujo alcance e ritmo de vacinação entre gestantes e puérperas, foi lento no Brasil - somente cerca de 646 mil receberam a segunda dose das vacinas contra a Covid-19, segundo a Rede Nacional de Dados em Saúde (atualizados até 9 de dezembro de 2021). Isso representava 21,6% das gestantes previstas para serem vacinadas pelo Programa Nacional de Imunizações.

Este dado mostra os reflexos da negação da gravidade da Covid-19, do descrédito sobre a eficácia da vacina, da negação da ciência e da criação de um ambiente social e político de incertezas que fragilizaram as gestantes e puérperas, assim como os cidadãos em geral, e implicou na tomada de decisão destas sujeitas em relação à imunização, expressa numa questão recorrente – é seguro tomar a vacina?

E isso resultou em um custo altíssimo. Em uma projeção onde comparamos a tendência da mortalidade materna no Brasil sem pandemia e com a pandemia de Covid-19, temos a concretude das taxas de óbito materna com a crise sanitária (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Comparativo entre o cenário predito de mortalidade materna e o ocorrido nos anos de 2020 e 2021 no Brasil (por mês).



Fonte: SIM, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

De acordo com o modelo desenvolvido (gráfico 4), até março de 2020 a taxa de óbitos maternos ainda estava dentro do esperado, dado o intervalo de confiança (IC 95% da predição do modelo). No entanto, a partir de então, a mortalidade materna no Brasil aumentou significativamente em relação ao esperado, caso a pandemia de Covid-19 não tivesse ocorrido. Em 2020 o Brasil não tinha vacina disponível para a população. A vacinação iniciou no Brasil em janeiro de 2021 e as grávidas foram incluídas nos grupos prioritários à vacinação em abril do mesmo ano. Em 2021, o cenário da mortalidade materna foi ainda mais grave do que a tendência sem a pandemia de Covid-19, como nos indica o gráfico 4. A taxa de óbitos maternos superou fortemente as máximas anteriores, atingindo o ápice de 204,18 em abril de 2021, quando o PNI começou a incluir grávidas e puérperas. Contudo, em maio do mesmo ano, o MS orientou a suspensão temporária da vacina para as gestantes sem comorbidades⁷³. E em julho de 2021, voltou a recomendar a vacinação para este grupo. No gráfico acima, observamos que em maio as mortes maternas voltaram a se intensificar e que a partir de julho obtiveram significativa queda. O custo destas perdas expressa as mortes maternas evitáveis na realidade brasileira. Enfim, nesse cenário necropolítico, pelo menos 28% das mulheres

⁷³ Ver: Vacinação de gestantes contra Covid-19 deve considerar riscos, dizem autoridades. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/758613-vacinacao-de-gestantes-contra-covid-19-deve-considerar-riscos-dizem-autoridades/> Acesso em: 19 de set. 2023.

no ciclo gravídico-puerperal não se vacinaram⁷⁴. E para 51% delas não temos essa informação.

Como essas vidas perdidas, perguntávamo-nos sobre os aspectos macrorregionais. A tendência foi similar em todas as regiões do Brasil? **Onde a mortalidade materna pela Covid-19 ocorreu mais?**

4.2.1 A mortalidade materna pela Covid-19 sob os aspectos macrorregionais

Vimos, na seção 2 desta tese, que as desigualdades socioespacial e regional são debatidas nos estudos sobre os serviços públicos de saúde ofertados no Brasil antes e durante a pandemia de Covid-19 (Albuquerque et al, 2017; Albuquerque; Ribeiro, 2020; Anjos, 2022). No debate dos direitos reprodutivos das gestantes e puérperas, as desigualdades econômica, política, social e cultural presentes entre as macrorregiões brasileiras e no interior delas também é um fator fundamental para desvelarmos o excesso de mortes maternas pela Covid-19 (Orellana et al, 2022). Essa desigualdade já está enraizada na estrutura da sociedade brasileira e é produto da distribuição desigual da riqueza entre as classes sociais (Iamamoto, 2015; Fraser; Jaeggi, 2020).

Os casos de infecção, óbito e coeficiente de mortalidade pela Covid-19 entre as mulheres no ciclo gravídico-puerperal nos anos 2020 e 2021 ocorreram de forma diferenciada entre as macrorregiões do Brasil (Figura 11).

O Sudeste se destacou nos casos de infecção de mulheres no ciclo gravídico-puerperal com Covid-19 (35,52%), seguido, respectivamente, das regiões Nordeste (28,51%), Norte (14,60%), Centro-Oeste (12,47%) e Sul (8,91%) (Figura 11). Já neste momento, observamos que as desigualdades regionais também ficaram evidentes na disseminação

⁷⁴ Ver: Governo recomenda vacinação contra Covid-19 em gestantes e puérperas sem comorbidades. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/07/governo-recomenda-vacinacao-contracovid-19-em-gestantes-e-puterperas-sem-comorbidades#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20j%C3%A1,vacina%C3%A7%C3%A3o%20de%20gestantes%20sem%20comorbidades>. Acesso em: 19 de set. 2023.

do SARS-CoV-2 entre as gestantes e puérperas. Para além das diferenças entre as macrorregiões, no interior delas, os processos de metropolização favoreceram a circulação do vírus pela própria lógica de concentração da riqueza e da pobreza, e de seletividade dos investimentos e recursos, como infraestrutura e mobilidade nos territórios (Albuquerque; Ribeiro, 2020).

Figura 11 - Mapa de casos de infecção pela Covid-19 entre gestantes e puérperas por regiões brasileiras, nos anos 2020 e 2021.



Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Se a infecção seguiu um fluxo, os óbitos maternos pela Covid-19 se expressaram entre as macrorregiões brasileiras em tendência similar (Figura 12). A maior parte dos óbitos maternos pela Covid-19 ocorreram no Sudeste (40,70%), região que dispõe de mais serviços de saúde especializados e de mais alta complexidade. Consideramos que as regiões metropolitanas apresentaram maiores riscos de disseminação do SARS-CoV-2, dado que nelas há a combinação de fatores como a alta densidade populacional, vasta circulação de pessoas e relações socio territoriais mais complexas, caracterizadas por distintas formas de concentração ou dispersão de poder político, econômico, informacional, cultural etc. (Albuquerque; Ribeiro, 2020).

Figura 12 - Mapa de casos de óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas por regiões brasileiras nos anos 2020 e 2021.



Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Assim, inferimos, por um lado, que as gestantes e puérperas que viviam no Sudeste estavam mais expostas ao contágio pelo novo coronavírus e aos seus agravantes, como o óbito, dadas as características próprias das relações sociais nesse território, que concentra três das principais metrópoles do país (São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte). Por outro lado, deduzimos que a maior cobertura do SUS nesta região pode ter contribuído para um maior alcance das notificações de infecção e mortalidade materna pela Covid-19, aproximando-nos desta realidade.

No Nordeste ocorreram 28,77% das mortes maternas decorrentes do novo coronavírus, e 14,39% na região Norte. Ou seja, 43,16% desses óbitos se deram nessas regiões, que concentram os serviços de saúde nas capitais e nos polos econômicos. Inferimos assim, que essas mortes (evitáveis) poderiam estar relacionadas às lacunas e fragilidades da atenção primária à saúde, da carência de serviços especializados, como da disponibilidade de leitos de UTI para atendimento às gestantes e puérperas infectadas pelo SARS-CoV-2.

No Centro-Oeste esse percentual atingiu 10,18%, e no Sul teve o menor índice, 5,96%. Assim, vemos que as desigualdades socioespaciais são uma importante variável que interferiu nas mortes maternas pelo novo coronavírus. A razão da mortalidade materna foi maior no Sudeste (5,39%), seguido da região Nordeste (4,75%) e Norte (4,63%) (Figura 13 e Tabela 1).

Figura 13 - Mapa de RMM pela Covid-19, por regiões brasileiras, 2020 e 2021.



Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Tabela 1 - Casos de infecção, óbitos e coeficiente de mortalidade materna pela Covid-19 entre gestantes e puérperas, regiões do Brasil, 2020-2021.

REGIÃO	Casos		Óbitos por Covid-19		Coeficiente de mortalidade materna por Covid-19 %
	Freq.	%	Freq.	%	
CENTRO-OESTE	756	12,47%	29	10,18%	3,84%
NORDESTE	1728	28,51%	82	28,77%	4,75%
NORTE	885	14,60%	41	14,39%	4,63%
SUDESTE	2153	35,52%	116	40,70%	5,39%
SUL	540	8,91%	17	5,96%	3,15%
TOTAL	6062	100,00%	285	100,00%	4,70%

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

A melhor distribuição dos serviços de saúde pelos territórios da região Sudeste não foi suficiente para prevenir, nem mesmo combater a mortalidade materna pela Covid-19. Assim, inferimos que mesmo com os processos de metropolização característicos, nos quais ocorre maior concentração de serviços de saúde inclusive com maiores graus de

especialização e complexidade, o Sudeste não conseguiu ofertá-los de modo suficiente à demanda (Albuquerque; Ribeiro, 2020). Esses números expressam o acesso ou não aos recursos fundamentais para o enfrentamento de complicações decorrentes da Covid-19, mas não só. A forma como o SUS se configura territorialmente expressa e reproduz as desigualdades entre as regiões brasileiras (Albuquerque et al, 2017) e intrarregionais. Agora cabe-nos fazer algumas análises.

As regiões Nordeste e Norte se destacaram, em 2º e 3º lugares respectivamente, nos casos de infecção (28,51% e 14,6%), óbito (28,77% e 14,39%) e razão de mortalidade materna pela Covid-19 praticamente no mesmo nível (4,75% e 4,63%). Ambas as regiões se caracterizam pela concentração da oferta de serviços de saúde nas capitais e nos polos regionais das áreas mais urbanizadas ou em franca expansão (Albuquerque; Ribeiro, 2020). Se somarmos o coeficiente de mortalidade materna delas, chegamos ao alarmante índice de 9,38%. São territórios onde ganham força as disputas pelo uso da terra, com áreas tradicionalmente ocupadas pelas comunidades quilombolas, indígenas, ou de assentamentos de pequenos lavradores ou extrativistas e que também estão parcialmente vinculados à circulação global do capital, onde também há alta circulação do SARS-CoV-2. No Nordeste e no Norte brasileiros há intensa exploração da força de trabalho, alta concentração da pobreza, precária rede de comércio e de outros serviços, como os de saúde pública o que impacta diretamente os povos tradicionais, como os indígenas e os ribeirinhos (Albuquerque; Ribeiro, 2020; Floss et al, 2020; Neto; Domingos; Silva, 2021).

Sobre a região Norte, destacamos que as populações do campo, floresta e água (PCFA)⁷⁵ foram duramente impactadas pela pandemia. Neste grupo, os povos indígenas já apresentavam anteriormente os níveis mais degradantes de desenvolvimento humano e extrema pobreza que se relacionam com o precário acesso aos serviços de saúde. Assim, infecções respiratórias, tuberculose, diarreia e verminoses já eram recorrentes problemas

⁷⁵ Os “territórios rurais e remotos [...] incluem populações de áreas rurais, remotas e povos tradicionais, como indígenas, quilombolas, povos das florestas, ribeirinhos, entre outros, chamados de populações do campo, floresta e águas (PCFA)” (Floss et al, 2020, p. 1).

de saúde enfrentados pelas PCFA, mas especialmente pelos/as indígenas antes da pandemia (Floss et al, 2020).

Com a Covid-19, o Amazonas e o Amapá tiveram altas incidências de mortalidade, inclusive maternas, diante do colapso do sistema de saúde (Floss et al, 2020; Pazos et al, 2023). As próprias características geográficas e climáticas do Amazonas dificultavam o transporte terrestre e fluvial, a chegada de insumos e o acesso de usuários e profissionais de saúde, principalmente nos períodos de chuva (Floss et al, 2020).

O Programa Mais Médicos, instituído no Brasil por meio da Lei nº 12.871/2013 (Brasil, 2013), permitiu avanços na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), contudo ainda persistiam desafios, principalmente relativos ao desfinanciamento da política de saúde, como já abordamos na seção 2, mas também às alterações no perfil dos profissionais. Com o término do programa em 2019 (no governo Bolsonaro), a assistência à saúde dos povos indígenas ficou substancialmente comprometida (Floss et al, 2020).

As comunidades ribeirinhas também foram fortemente impactadas pela pandemia de Covid-19, dada a limitada assistência médica recebida por elas. Na Amazônia, os ribeirinhos mantinham frequente contato com a zona urbana, devido as suas atividades econômicas via extensão da rede hidrográfica, o que favoreceu a disseminação do SARS-CoV-2 (Neto; Domingos; Silva, 2021).

Na região Norte, a RMM está relacionada ainda ao acesso precário aos serviços de saúde, principalmente aos de média e alta complexidade. Proporcionalmente, o Norte era quem detinha a menor disponibilidade de leitos de UTI, de profissionais da medicina e de ventiladores, em relação às demais (Albuquerque; Ribeiro, 2020; Pazos et al, 2023). Além disto, o descrédito nas recomendações de prevenção à Covid-19 estimulado pelas próprias autoridades locais, contribuiu para o colapso dos sistemas de saúde, culminando na crise de oxigênio ocorrida em Manaus que teve seu ápice no dia 14 de janeiro de

2021, na qual muitas pessoas foram à óbito em razão da falta de oxigênio na capital do Amazonas (Pazos et al, 2023).

A região Nordeste, que concentra quase metade da pobreza estimada no Brasil (47,9%), além das altas taxas de mortalidade materna, sofreu ainda com o aprofundamento da pobreza e das desigualdades étnico-raciais (Orellana et al, 2022). Assim como a região Norte, a Nordeste também se destaca pelas profundas desigualdades socioeconômicas, além de apresentarem juntas as piores infraestruturas e as maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde no Brasil (Orellana et al, 2022). Inferimos que essa histórica desigualdade no acesso aos serviços de saúde nesses territórios se refletiu na RMM pela Covid-19 em 2020 e 2021, e que muito possivelmente houve subnotificação dos casos de infecção, óbitos e coeficientes de mortalidade materna pela Covid-19.

Nas regiões Norte e Nordeste há uma concentração da oferta de serviços de saúde nas capitais e nos polos regionais das áreas mais urbanizadas ou em franca expansão. E, no caso do Nordeste, principalmente nos territórios de polo do agronegócio (Albuquerque; Ribeiro, 2020). No que diz respeito aos recursos fundamentais para o enfrentamento de complicações decorrentes da Covid-19, a região Norte foi a que, proporcionalmente, detinha a menor disponibilidade de leitos de UTI, de profissionais da medicina e de ventiladores, em relação às demais (Orellana et al, 2022). O Nordeste, além das altas taxas de mortalidade materna, sofreu ainda com o aprofundamento da pobreza e desigualdades étnico-raciais. Ambas as regiões se destacam pelas profundas desigualdades socioeconômicas, além de apresentarem as piores infraestruturas e as maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde no Brasil (Orellana et al, 2022). Consideramos estes fatores fundamentais para explicar as possíveis razões destas regiões terem obtido expressivos índices de infecção e óbitos maternos pelo novo coronavírus, embora não tão expressivos numericamente quanto no Sudeste. Naquelas, a dificuldade de acesso em tempo oportuno aos serviços de saúde de qualidade contribuiu para a violação dos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, quando infectadas pela Covid-19.

O Sudeste se destacou nos casos de infecção (35,52%), óbito (40,70%) e também no coeficiente de mortalidade de mulheres no ciclo gravídico-puerperal pela Covid-19 (5,39%), embora seja uma região onde a rede de serviços de saúde está melhor distribuída, inclusive pelo interior dos estados (Albuquerque; Ribeiro, 2020). Consideramos que as regiões metropolitanas apresentaram maiores riscos de disseminação do SARS-CoV-2, dado que nelas há a combinação de fatores como a alta densidade populacional, vasta circulação de pessoas e relações socio territoriais mais complexas, caracterizadas por distintas formas de concentração ou dispersão de poder político, econômico, informacional, cultural etc. (Albuquerque; Ribeiro, 2020).

Assim, inferimos, por um lado, que as gestantes e puérperas que viviam no Sudeste estavam mais expostas ao contágio pelo novo coronavírus e aos seus agravantes, como o óbito, dadas as características próprias das relações sociais nesse território, que concentra três dentre as principais metrópoles do país (São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte). Por outro lado, deduzimos que a maior cobertura do SUS nesta região pode ter contribuído para um maior alcance das notificações de infecção e mortalidade materna pela Covid-19, aproximando-nos desta realidade.

A região Centro-Oeste obteve 12,47% de casos de gestantes e puérperas infectadas pelo SARS-CoV-2, 10,18% delas indo à óbito por esta razão e a RMM pela doença atingindo 3,84%. Assim como no Nordeste, no Centro-Oeste os serviços de saúde ficam mais concentrados nas áreas onde a urbanização já está consolidada, ou em expansão pela via do agronegócio (Albuquerque et al, 2017; Albuquerque; Ribeiro, 2020). Vemos aqui também uma distribuição desigual do SUS e sua relação com a concentração da riqueza e da pobreza no espaço, que se refletiu na garantia do direito à gestação, ao parto e ao puerpério das mulheres que foram infectadas pela Covid-19.

No Sul do Brasil, os serviços de saúde são distribuídos pelos estados de forma mais abrangente, o que se refletiu nos índices de infecção (8,91%), morte (5,96%) e razão de mortalidade pela Covid-19 (3,15%) das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Assim, inferimos que uma distribuição mais equânime e igualitária dos serviços de saúde pelo

território, em comparação com as demais macrorregiões do país, possibilitou um acesso mais justo das gestantes e puérperas infectadas pela Covid-19 em tempo hábil, que se refletiu nos menores índices de infecção, óbito e coeficiente de mortalidade materna pela doença no período estudado. De todo modo, ressaltamos que os óbitos maternos são, em sua grande maioria, evitáveis e, portanto, expressam violações aos direitos humanos e reprodutivos das mulheres.

Mas precisávamos avançar na análise, com o uso de testes de risco relativo (RR), qui-quadrado e de razão de chances (RC) considerando os casos de infecção, óbito e coeficiente de mortalidade materna pela Covid-19 nos anos 2020 e 2021 em cada uma das cinco regiões do país (Tabela 2).

Tabela 2 - RR de óbito maternos e RC de sobrevivência das gestantes e puérperas infectadas pela Covid-19, regiões do Brasil, 2020-2021.

Região	RR	RC
Centro-Oeste	0.80	1.18
Nordeste	1.01	0.99
Norte	0.98	1.01
Sudeste	1.25	0.79
Sul	0.65	1.57

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

A região Sudeste foi a que teve o RR mais expressivo de todos. Assim, apresentamos a seguir, de forma mais detalhada, os testes específicos desta região, e os resultados encontrados.

Tabela 3 - Óbitos de gestantes e puérperas pela Covid-19, Sudeste, 2020-2021.

Região	Óbito pela Covid-19		Total
	Sim	Não	
Sudeste			
Sim	116 (5.4%)	2037 (94.6%)	2153 (100.0%)
Não	169 (4.3%)	3740 (95.7%)	3909 (100.0%)
Total	285 (4.7%)	5777 (95.3%)	6062 (100.0%)

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Tabela 4 - Risco relativo de gestantes e puérperas, Sudeste, 2020-2021.

Risco Relativo	Lo - 95%	Hi - 95%
1.25	0.99	1.57

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Tabela 5 - Teste Qui-Quadrado de gestantes e puérperas, Sudeste, 2020-2021.

Teste Qui-Quadrado	P-valor
3.28	0.07

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Sendo o p valor $\leq \alpha$ ($=0,05$).

Tabela 6 - Teste de razão de chances de gestantes e puérperas, Sudeste, 2020-2021.

Razão de Chances	Lo - 95%	Hi - 95%
0.79	0.62	1.01

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

A análise da mortalidade das gestantes e puérperas do Sudeste pela Covid-19 apresentou um risco relativo de 1.25, o que é elevado quando comparado com os demais, tendo, assim, uma sobrevida baixa de 0.79. Embora os testes não tenham sido rejeitados por pouco, como o conjunto deles não apresentou resultados satisfatórios e a hipótese nula não foi rejeitada, não há associação estatisticamente significativa para afirmar que há relação entre morar em determinada região do Brasil, ser gestante/puérpera e ter um alto risco de mortalidade pela Covid-19. Os testes de RR e RC nas regiões Nordeste e Norte indicaram ausência de associação, e nas regiões Centro-Oeste e Sul também não se mostraram satisfatórios.

4.2.2 A perda em anos de vida no interior da mortalidade materna pela Covid-19

Para identificar as possíveis relações entre a mortalidade materna pela Covid-19 e a faixa etária das gestantes e puérperas que foram à óbito pela doença em 2020 e 2021, apresentamos os dados obtidos e os resultados dos testes de risco relativo, qui-quadrado e de razão de chances. Em nosso estudo, segmentamos os dados destas mulheres em nove grupos de faixas etárias: de 10 a 14 anos de idade, de 15 a 19 anos, de 20 a 24 anos, de 25 a 29 anos, de 30 a 34 anos, de 35 a 39 anos, de 40 a 49 anos, de 50 a 59

anos e maior que 59 anos (Tabela 7).

Tabela 7 - Casos de infecção, óbitos e coeficiente de mortalidade materna pela Covid-19 entre gestantes e puérperas, faixa etária, 2020-2021.

Faixa-etária	CASOS		Óbitos pela Covid-19		Coeficiente de mortalidade
	Freq.	%	Freq.	%	
10 - 14	44	0,73%	0	0,00%	0,00%
15 - 19	547	9,02%	12	4,21%	2,19%
20 - 24	1162	19,17%	42	14,74%	3,61%
25 - 29	1389	22,91%	54	18,95%	3,89%
30 - 34	1451	23,94%	75	26,32%	5,17%
35 - 39	1036	17,09%	66	23,16%	6,37%
40 - 49	388	6,40%	33	11,58%	8,51%
50 - 59	43	0,71%	3	1,05%	6,98%
Maior que 59	2	0,03%	0	0,00%	0,00%
Total	6062	100,00%	285	100,00%	4,70%

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Ao analisarmos as faixas etárias das mulheres no ciclo gravídico-puerperal que foram a óbito pela Covid-19 pudemos refletir sobre a relação mortalidade materna e faixa etária (Tabela 8).

Tabela 8 – Risco Relativo e Razão de Chances das gestantes e puérperas infectadas pela Covid-19, faixa etária, 2020-2021.

Faixa-Etária	Risco Relativo	Razão de Chances
10 - 14	0.00	Na
15 - 19	0.44	2.32 *
20 - 24	0.73	1.39
25 - 29	0.79	1.28
30 - 34	1.13	0.87
35 - 39	1.46	0.67 *
40 - 49	1.92	0.49 *
50 - 59	1.49	0.65
Igual ou superior a 59	Na	Na

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

* Os testes de RR e RC indicaram significância estatística, sendo o p valor $\leq \alpha$ ($=0,05$).

Gestantes e puérperas de 15 a 19 anos, de 35 a 39 anos e de 40 a 49 anos apresentaram a razão de chance significativa, uma vez que estas faixas etárias foram validadas pelo intervalo de confiança.

Porém, os dados da tabela 8 requerem outras reflexões. Mesmo não tendo identificado mortes maternas entre meninas de 10 a 14 anos, ressaltamos que a gravidez nesta faixa etária é considerada estupro de vulnerável e, portanto, violência sexual contra a criança e a adolescente. É, portanto, um crime no Brasil⁷⁶. Embora a mortalidade materna seja a expressão mais latente da violação dos direitos reprodutivos das mulheres, entendemos que a gravidez na infância e na adolescência, principalmente até os 14 anos, já é uma violação aos direitos humanos das meninas e que o Estado brasileiro, por meio das políticas públicas, deve prevenir e combater. Assim, os 44 casos de meninas grávidas entre 10-14 anos é um dado que merece investigação e problematizações.

Como medida de enfrentamento à pandemia de Covid-19, as escolas, os serviços socioassistenciais e outros espaços comunitários frequentados por crianças e adolescentes que colaboravam para a proteção social delas tiveram de fechar as portas (Silva; Vieira, 2022). Este isolamento social provocado pela pandemia incidiu não só no aumento dos casos de estupro de vulnerável, como ainda na omissão e na negligência a esta problemática, que se traduziu também na subnotificação dos casos no Brasil (Albuquerque, 2021; Silva; Vieira, 2022).

Neste sentido, ainda que não tenhamos identificado relação entre a mortalidade materna pela Covid-19 e a faixa etária de 10 a 14 anos, ratificamos a afirmação de outros estudos que apontaram que a pandemia agravou a violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das meninas nesta faixa etária (Albuquerque, 2021; Silva; Vieira, 2022). Feitas estas considerações, passamos à análise mais detalhada das faixas etárias que apresentaram significância estatística em relação aos óbitos maternos pela Covid-19.

Entre as adolescentes de 15 a 19 anos, ainda que elas tenham apresentado grandes chances de sobrevivida, mesmo quando infectadas pelo SARS-CoV-2, precisamos aqui também enfrentar a problemática da gravidez na adolescência. Em 2020, cerca de 380

⁷⁶ O Código Penal Brasileiro qualifica a prática sexual de menores de 14 anos de idade como estupro de vulnerável. Assim, a conjunção carnal ou prática de qualquer ato libidinoso com crianças ou adolescentes menores de 14 anos é considerada crime, ainda que com o consentimento de ambas as partes, e a lei estabelece pena de 8 a 15 anos de reclusão para o autor da violência (Brasil, 1940).

mil adolescentes de até 19 anos pariram no Brasil, o que representou 14% dos nascimentos do país. As desigualdades regionais, de classe social e de raça/etnia também foram expressivas entre as meninas grávidas, que tendem à evasão escolar e à exclusão do mundo do trabalho (UNFPA, 2022).

Se temos em mente que os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres envolvem autonomia/autodeterminação para sua tomada de decisão, inferimos que estas adolescentes tiveram tais direitos violados. O conceito de justiça reprodutiva nos serve à interpretação desta realidade, pois ele resgata a necessária conexão entre direitos sexuais e reprodutivos e direitos sociais. Embora a gestação se desenvolva no corpo das mulheres, os trabalhos reprodutivos de gestar e de parir não são individuais e isolados, mas necessariamente envolvem relações sociais, que implicam não só a participação das famílias e redes de apoio, mas também condições sociais objetivas para se realizarem (Freitas-Júnior, 2020; Brandão; Cabral, 2021).

Assim, perguntamos: se antes da pandemia, com o contínuo desfinanciamento do SUS e o desmonte das políticas sociais, o amparo do Estado à maternidade segura já perdia espaço para a responsabilização individual dos trabalhos de reprodução social, com a generalização da crise sanitária da Covid-19, quais as chances das meninas grávidas e puérperas terem tido seus direitos sexuais, reprodutivos e sociais garantidos? Por maiores que sejam suas chances de sobrevivência à Covid-19, as 535 gestantes ou puérperas de 15 a 19 anos que sobreviveram à pandemia, também tiveram seus direitos violados, assim como as 44 meninas do primeiro grupo.

De acordo com a tabela 9, 12 adolescentes de 15 a 19 anos que estavam grávidas ou no puerpério foram à óbito pela Covid-19, dentre as 547 infectadas pela doença.

Tabela 9 - Óbitos pela Covid-19 entre gestantes e puérperas de 15 a 19 anos.

Faixa-Etária	Óbito pela Covid-19		Total
	Sim	Não	
15 - 19			
Sim	12 (2.2%)	535 (97.8%)	547 (100.0%)
Não	273 (5.0%)	5242 (95.0%)	5515 (100.0%)
Total	285 (4.7%)	5777 (95.3%)	6062 (100.0%)

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Os testes RR e RC indicaram que este grupo apresenta um fator de proteção. E o teste qui-quadrado rejeitou H0 (hipótese nula), indicando que há dependência estatística. Veja as tabelas 10, 11 e 12.

Tabela 10 - Risco Relativo entre gestantes e puérperas de 15 a 19 anos.

Risco Relativo	Lo - 95%	Hi - 95%
0.44	0.25	0.78

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Tabela 11 - Teste Qui-Quadrado Óbito entre gestantes e puérperas de 15 a 19 anos.

Teste Qui-Quadrado	P-valor
7.83	0.0051

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Sendo o p valor $\leq \alpha$ ($=0,05$).

Tabela 12 - Razão de Chances Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas de 15 a 19 anos.

Razão de Chances	Lo - 95%	Hi - 95%
2.32	1.29	4.16

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Então, neste caso, inferimos que as gestantes e puérperas de 15 a 19 anos tiveram altas chances de sobrevivência, mesmo quando infectadas pelo SARS-CoV-2.

As gestantes e puérperas de 35 a 39 anos que morreram pela Covid-19 foram 66 (conforme a tabela 13) dentre as 1.036 infectadas pela doença. O risco relativo de morte materna nesse grupo foi de 1.46, o que indicou um risco significativamente aumentado em comparação às demais faixas etárias.

Tabela 13 - Óbitos pela Covid-19 entre gestantes e puérperas de 35 a 39 anos.

Faixa-Etária	Óbito por Covid-19		Total
	Sim	Não	
35 - 39			
Sim	66 (6.4%)	970 (93.6%)	1036 (100.0%)
Não	219 (4.4%)	4807 (95.6%)	5026 (100.0%)
Total	285 (4.7%)	5777 (95.3%)	6062 (100.0%)

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Tabela 14 - Risco Relativo Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas de 35 a 39 anos.

Risco Relativo	Lo - 95%	Hi - 95%
1.46	1.12	1.91

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

O estudo também mostrou que o intervalo de confiança valida esse resultado, ou seja, podemos ter confiança de que esse risco é real e não devido ao acaso. Além disso, pelo teste qui-quadrado, rejeitamos a hipótese nula e, logo, afirmamos que houve risco significativo de mortalidade materna pela Covid-19 entre as mulheres no ciclo gravídico-puerperal na faixa etária de **35 a 39 anos** (Tabela 15).

Tabela 15 - Teste Qui-Quadrado Óbito entre gestantes e puérperas de 35 a 39 anos.

Teste Qui-Quadrado	P-valor
7.33	0.0068

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Sendo o p valor $\leq \alpha$ ($=0,05$).

A razão de chance de sobrevivência dessas mulheres foi de 0,67, o que significa que a chance de sobreviver foi baixa em comparação com o conjunto das gestantes e puérperas com Covid-19 (Tabela 16).

Tabela 16 - Razão de Chances Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas de 35 a 39 anos.

Razão de Chances	Lo - 95%	Hi - 95%
0.67	0.50	0.89

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Esses resultados destacaram a necessidade de medidas eficazes de prevenção e tratamento para redução do risco de infecção e de óbitos pela Covid-19 entre mulheres no ciclo gravídico-puerperal nessa faixa etária. Se a análise estatística nestas faixas etárias não apontou significância para a maioria das faixas, a análise pontuou que houve um grupo a demandar maior vigilância e atendimento oportuno quando já infectadas pela doença. Contudo, não localizamos nenhum destaque na atenção à saúde nesse grupo nas notas técnicas do MS analisadas.

Para a mortalidade materna entre gestantes e puérperas de 40 a 49 anos que contraíram Covid-19 (33 mulheres, dentre 388) (Tabela 17) o teste de RR apresentou uma alta chance de óbito materno pela Covid-19 nessa faixa etária, com risco de 1,92.

Tabela 17 - Óbitos pela Covid-19 entre gestantes e puérperas, 40 a 49 anos.

Faixa-Etária	Óbito pela Covid-19		Total
	Sim	Não	
40 - 49			
Sim	33 (8.5%)	355 (91.5%)	388 (100.0%)
Não	252 (4.4%)	5422 (95.6%)	5674 (100.0%)
Total	285 (4.7%)	5777 (95.3%)	6062 (100.0%)

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Tabela 18 - Risco Relativo Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas, 40 a 49 anos.

Risco Relativo	Lo - 95%	Hi - 95%
1.92	1.35	2.71

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

O teste Qui-Quadrado mostrou um P-valor de 0, o que nos faz rejeitar a hipótese nula de independência. Isto significa que o teste mostrou que o evento é dependente das variáveis analisadas, ou seja, que há uma associação relevante entre gestantes e puérperas de 40 a 49 anos e risco aumentado de mortalidade materna pela Covid-19.

Tabela 19 - Teste Qui-Quadrado Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas, 40 a 49 anos.

Teste Qui-Quadrado	P-valor
12.49	0.00

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Sendo o p valor $\leq \alpha$ ($=0,05$)

Conforme esperado, a sobrevivência dessas gestantes e puérperas é baixa dado o alto risco de mortalidade quando infectadas pelo SARS-CoV-2, apresentando uma razão de chance de sobrevivência de 0.49 (Tabela 20).

Tabela 20 - Razão de Chances Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas, 40 a 49 anos.

Razão de Chances	Lo - 95%	Hi - 95%
0.49	0.34	0.73

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Esses resultados são de suma importância para reforçar a necessidade de prevenção à infecção pela Covid-19 e tratamento oportuno e adequado para gestantes e puérperas com 40 anos ou mais anos após a infecção. No entanto, também não encontramos referência a este grupo nas notas técnicas analisadas.

4.2.3 A questão étnico-racial na mortalidade materna pela Covid-19

O recorte de raça/etnia é de suma importância em nosso estudo, dado que já temos disponíveis evidências científicas de que a desigualdade étnico/racial se reflete na garantia da gestação e do parto, bem como na mortalidade materna em geral no Brasil (Cardoso; Souza; Guimarães, 2010; Ferraz; Bordignon, 2012; Diniz et al, 2016; Leal et al, 2017; Rodrigues et al, 2019; Menandro et al, 2024). Os dados do SRAG das gestantes e puérperas que foram a óbito pela Covid-19 no Brasil, em 2020 e 2021, por raça/etnia (branca, negra e indígena), nos permitem abordar a relação entre raça/etnia e a Covid-19 para as gestantes e puérperas.

E, mais uma vez, não é possível ignorar um problema recorrente ao longo da pesquisa: a ausência de registro. Lembremos que somente em 2017 o preenchimento do quesito raça/cor se tornou obrigatório nos Sistemas de Informação de Saúde (SIS) (Coelho et al, 2023). E muito recentemente (outubro de 2022), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e seus subsistemas de coleta foram atualizados para não mais permitirem o preenchimento da opção “99 – Sem informação” no campo raça/cor (Ofício nº 65/2022/CGSI/DRAC/SAES/MS, Brasil, 2022). Ou seja, nossos dados evidenciam o impacto da opção 99 (ignorado) (Tabela 21). A frequência e o percentual de casos de infecção, óbito e coeficiente de mortalidade pela Covid-19 que não levaram em consideração o fator raça/etnia quando notificados (16,84%, 12,63% e 3,53% respectivamente) são relevantes. Essa falta de informação acaba por comprometer a análise do dado em sua totalidade, desconsiderando as múltiplas interpretações que dela poderiam decorrer na formulação e implementação de programas e ações em saúde (Tabela 21).

Tabela 21 - Casos de infecção, óbitos e coeficiente de mortalidade pela Covid-19 entre gestantes e puérperas por etnia/raça.

Raça/Etnia	Casos		Óbitos por Covid-19		Coeficiente de mortalidade materna por Covid-19
	Freq.	%	Freq.	%	
Branca	1717	28,32%	74	25,96%	4,31%
Negra	3181	52,47%	168	58,95%	5,28%
Indígena	143	2,36%	7	2,46%	4,90%
Ignorado	1021	16,84%	36	12,63%	3,53%
Total	6062	100,00%	285	100,00%	4,70%

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Dentre as 285 gestantes e puérperas que morreram pela Covid-19 no período estudado, o percentual de RMM se destacou principalmente entre as negras (5,28%) e indígenas (4,90%), ambas com percentual superior ao das brancas (4,31%) e ao total das raças/etnias (4,70%). A RR e a RC das mulheres no ciclo gravídico puerperal por raça/etnia destacam que há significância entre as mulheres negras (Tabela 22).

Nossos achados estão em consonância com outros estudos, como os de Gurzenda e Castro (2021) e Souza e Amorim (2021) sobre a mortalidade materna pela Covid-19, e o estudo de Araújo et al (2020) sobre a comparação entre a mortalidade pela Covid-19 no Brasil e nos EUA, que inclui dados sobre os óbitos entre as gestantes.

Tabela 22 - RR e RC, gestantes e puérperas infectadas pela Covid-19, raça/etnia, 2020-2021.

Raça/Etnia	Risco Relativo	Razão de Chances
Branca	0.89	1.13
Indígena	1.45	0.67
Negra	1.30	0.76 *

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

As gestantes/puérperas indígenas e negras apresentaram alto risco de óbito pela Covid-19 e baixas chances de sobrevivência. Assim, esses grupos mereceram maior atenção em nosso estudo. Conforme mostraremos adiante, apenas a raça/etnia negra obteve significância estatística (teste qui-quadrado). Entretanto, temos considerações sobre as mulheres indígenas no ciclo gravídico-puerperal infectadas pelo SARS-CoV-2. Vale esclarecer que, com o uso da palavra “indígena(s)”, não queremos desconsiderar a pluralidade étnico-cultural, nem os diversos modos de viver e de significar a gravidez, o parto e o puerpério das mulheres nos povos indígenas no Brasil.

Acerca dos óbitos maternos pela Covid-19 nesse grupo (tabela 23), obtivemos uma amostra de 4, dentre as 59 infectadas pelo SARS-CoV-2.

Tabela 23 - Óbitos pela Covid-19 entre gestantes e puérperas indígenas, 2020-2021.

Raça	Óbito por Covid-19		Total
	Sim	Não	
Indígena			
Sim	4 (6.8%)	55 (93.2%)	59 (100.0%)
Não	281 (4.7%)	5722 (95.3%)	6003 (100.0%)
Total	285 (4.7%)	5777 (95.3%)	6062 (100.0%)

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

O reduzido número nessa categoria foi um ponto de alerta para nós, uma vez que pode indicar subnotificação. Antes mesmo da pandemia de Covid-19, já perdurava no Brasil um racismo estrutural que afetava de modo significativo os povos indígenas, com falta de acesso a serviços essenciais, baixos índices de escolaridade e maiores níveis de pobreza. Contudo, no período da pandemia de Covid-19, o aumento de contágio e mortes pela doença entre as comunidades indígenas e a omissão do governo federal em atender as reivindicações pela proteção destes povos, evidenciou mais uma vez a necropolítica adotada (Silva; Lima; Junqueira, 2023).

A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) assumiu importante papel de denunciar as subnotificações de infecções e óbitos pela Covid-19 das pessoas indígenas. Além disso, registraram o desmonte da política indigenista no país, por meio da transferência de responsabilidades da União pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) para os municípios, a negação de direitos fundamentais, como o de acesso à água potável, e a contaminação de pessoas indígenas por funcionários da própria Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) (APIB, 2020; Silva; Lima; Junqueira, 2023).

A notificação dos casos de infecção e óbito pela Covid-19 foi um dos principais impasses entre os movimentos indígenas e a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). De acordo com o Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena, em 12 de maio de 2020 havia 78 óbitos de pessoas indígenas. No entanto, a SESAI só havia notificado 19. Enquanto o Comitê registrou 371 casos de infecções, a SESAI havia contabilizado apenas 258 (diferença de 113 casos). O impacto da Covid-19 nas comunidades indígenas tem sido

subnotificado porque a SESAI só considerou como indígenas aqueles que viviam nas aldeias, excluindo a população indígena no meio urbano (APIB, 2020; Silva; Lima; Junqueira, 2023). Assim, é *mister* dados e indicadores de saúde confiáveis e adequados à esta população, para o planejamento adequado das ações em saúde.

Quanto aos direitos reprodutivos das indígenas no ciclo gravídico-puerperal, nosso estudo mostrou um RR de 1.45. Ou seja, as gestantes e puérperas indígenas apresentaram 1.45 vezes mais risco de irem à óbito pela Covid-19 do que as das outras raças/etnias (Tabela 24).

Tabela 24 - Risco Relativo Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas indígenas, 2020-2021.

Risco Relativo	Lo - 95%	Hi - 95%
1.45	0.56	3.76

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Dada a baixa volumetria, tivemos resultados não muito satisfatórios para essa análise, o teste de independência deu acima de 0.05 e os intervalos de confiança com a presença do número 1. Desse modo, a tabela 25 apresenta o teste qui-quadrado onde mostra que o P-valor não rejeita H0 (hipótese nula).

Tabela 25 - Teste Qui-Quadrado Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas indígenas.

Teste Qui-Quadrado	P-valor
0.2014	0.6536

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Sendo o p valor $\leq \alpha$ ($=0,05$).

Uma vez que o risco relativo apresentou um alto valor, conseqüentemente, a chance de sobrevida foi baixa (Tabela 26). Dessa forma, as gestantes e puérperas indígenas com Covid-19 possuem uma baixa sobrevida.

Tabela 26 - Razão de Chances Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas indígenas.

Razão de Chances	Lo - 95%	Hi - 95%
0.6752	0.243	1.876

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Apesar dos resultados dos testes de RR e RC, nesse caso não podemos afirmar significância estatística devido à baixa volumetria.

Sobre a estimativa dos óbitos maternos pela Covid-19 entre as negras, tivemos uma amostra de 168 mulheres, dentre as 3.181 infectadas. Além disto, na tabela 27 também é possível visualizar que a maior parte das mulheres no ciclo gravídico-puerperal infectadas pelo SARS-CoV-2 são negras, do mesmo modo que 5,3% dos óbitos maternos pela Covid-19 acometeu este grupo, enquanto 4,1% vitimou as não-negras.

Tabela 27 - Óbitos pela Covid-19 entre gestantes e puérperas da raça/etnia negra.

Raça	Óbito pela Covid-19		Total
	Sim	Não	
Negra			
Sim	168 (5.3%)	3013 (94.7%)	3181 (100.0%)
Não	117 (4.1%)	2764 (95.9%)	2881 (100.0%)
Total	285 (4.7%)	5777 (95.3%)	6062 (100.0%)

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

As gestantes e puérperas negras apresentaram um risco relativo de **1.30 vezes** mais chances de vir a óbito do que as demais raças/etnias com esse resultado validado tanto pelos intervalos de confiança, como também pelo teste qui-quadrado de independência (tabelas 28 e 29).

Tabela 28 - Risco Relativo Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas da raça/etnia negra.

Risco Relativo	Lo - 95%	Hi - 95%
1.30	1.03	1.64

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Tabela 29 - Teste Qui-Quadrado o Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas da raça/etnia negra.

Teste Qui-Quadrado	P-valor
4.75	0.0292

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Sendo o p valor $\leq \alpha$ ($=0,05$).

Assim, as gestantes e puérperas negras apresentaram um alto risco de virem a óbito pela Covid-19, e, por consequência, uma baixa chance de sobrevivência (0,76) (Tabela 30).

Tabela 30 - Razão de Chances Óbito pela Covid-19 entre gestantes e puérperas da raça/etnia negra.

Razão de Chances	Lo - 95%	Hi - 95%
0.76	0.596	0.966

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

O aspecto étnico-racial aqui presente nos ofereceu indícios de sua interface com as iniquidades em saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. A parcela de gestantes/puérperas negras infectadas pelo novo coronavírus em relação às demais, bem como que morreram acometidas pela doença, são reflexos do processo histórico, atravessado pela cultura escravocrata, pelo racismo sofrido pela população negra. E, mais ainda, para as mulheres negras, o acesso à propriedade da terra, ao mercado de trabalho formal, à renda, às políticas públicas de modo amplo, e ainda aos espaços de representação e decisão política são questões desafiadoras. É possível relacionar os dados dispostos nas tabelas acima, com o fato do direito à gestação, ao parto e ao puerpério dessas mulheres também sofrerem influência dessa trajetória histórica de negação de direitos.

As mulheres negras podem demorar mais a buscar os serviços de saúde, devido ao acúmulo coletivo e individual de experiências discriminatórias raciais e violências institucionais (Goés; Ferreira; Ramos, 2023). Isto tende a, em muitos casos, colocar estas mulheres em situações graves de saúde. Somado a isto, as próprias condições de vida das mulheres negras, como a moradia nas periferias/bairros segregados, com a oferta precária de serviços de saúde e transporte público, também são elementos que precisamos considerar (Diniz et al, 2016; Goés; Ferreira; Ramos, 2023).

O racismo institucional e a violência obstétrica também estão presentes nos serviços de saúde sexual e reprodutiva. As gestantes negras são aquelas com menos consultas pré-natal, que mais peregrinam na hora do parto, que mais sofrem abortos inseguros, que mais são submetidas a procedimentos médicos sem uso de anestesia, dentre outras

práticas de desumanização e violação de direitos (Diniz et al, 2016; Goés; Ferreira; Ramos, 2023).

Ainda assim, conforme mostramos nesta seção, as notas técnicas do MS que analisamos não foram sensíveis ao aspecto étnico-racial no tratamento da garantia dos direitos reprodutivos das gestantes e puérperas no decorrer da pandemia de Covid-19. Tampouco o PNS 2020-2023 abordou esta dimensão em relação à gestação, ao parto e ao puerpério. Embora desde 2005 a inclusão do item raça/cor tenha sido um avanço, ressaltamos que ela ainda não superou a ausência sistemática da informação, o que compromete estudos como o nosso, e o planejamento das ações de saúde reprodutiva das políticas públicas.

O elemento étnico-racial pode ser considerado como um fator de risco durante a pandemia de Covid-19 (Felicio, 2021). Historicamente, as políticas públicas no Brasil não têm sido eficientes no combate ao racismo e na reparação das iniquidades sociais sofridas pela população negra, inclusive as iniquidades em saúde materna (Felicio, 2021; Diniz et al, 2016; Goés; Ferreira; Ramos, 2023). No entanto, vale atentar para a emergência da pandemia de Covid-19 numa conjuntura política particularmente adversa no Brasil, presidido por um governo de extrema direita que admitia o racismo (Tommaselli, 2020; Felicio, 2021).

Ao retomarmos o conceito de necropolítica articulado ao racismo (Tommaselli, 2020), cabe-nos fazer algumas perguntas: quem são as gestantes e puérperas que puderam morrer de Covid-19? Quem são as que puderam viver? Em que medida a raça se tornou um critério de escolha para deixar viver ou fazer morrer? Quais vidas gestantes e puérperas importavam e quais não importavam?

Assim, à dimensão étnico-racial, vamos explorar a questão da escolaridade dessas mulheres, trazendo a dimensão de classe aí presente.

4.2.4 Análise da mortalidade materna pela Covid-19 sob os aspectos da escolaridade

Conforme as informações disponíveis no SRAG, apresentamos os dados acerca da escolaridade das gestantes e puérperas que foram à óbito pela Covid-19, em 2020 e 2021, agrupando-as em seis segmentos: sem escolaridade/analfabeta; fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série), fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série), médio (1º ao 3º ano), superior e ignorado. Novamente deparamo-nos com um volume significativo de ausência de registro, razão pela qual decidimos incluir os registros ignorados (27,55% dos casos de infecção pela Covid-19 e 30,18% dos óbitos maternos pela doença), para não perdermos de vista o quanto eles comprometem estudos como o nosso (Tabela 31).

Tabela 31 - Casos de infecção, óbitos e coeficiente de mortalidade pela Covid-19 entre gestantes e puérperas por escolaridade.

Escolaridade	Casos		Óbitos por Covid-19		Coeficiente de mortalidade materna por Covid-19
	Freq.	%	Freq.	%	
Sem escolaridade/Analfabeto	1657	27,33%	74	25,96%	4,47%
Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série)	228	3,76%	12	4,21%	5,26%
Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série)	559	9,22%	20	7,02%	3,58%
Médio (1º ao 3º ano)	1455	24,00%	73	25,61%	5,02%
Superior	493	8,13%	20	7,02%	4,06%
Ignorado	1670	27,55%	86	30,18%	5,15%
Total	6062	100,00%	285	100,00%	4,70%

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

A RMM pela Covid-19 se destacou mais entre as mulheres com o fundamental 1º ciclo (5,26%), o que já indica uma baixa escolaridade. E, com um olhar mais atento, podemos observar que ao somarmos este índice com o das gestantes e puérperas sem escolaridade (4,47%), obtemos um percentual muito significativo (9,73%) destas vítimas da Covid-19. Ainda, se juntarmos com a RMM daquelas que cursaram até o fundamental 2º ciclo (3,58%), vemos que 13,31% da mortalidade materna ocorreu entre mulheres sem escolaridade e com menos anos de estudo. A RMM atingiu 5,02% entre as gestantes e puérperas com ensino médio. E um índice de 4,06% para aquelas com ensino superior.

Os testes de RR e de RC da mortalidade materna pela Covid-19 em relação ao nível de escolaridade das gestantes e puérperas indicaram significativo risco de morte materna

pela Covid-19 entre as que estudaram até o fundamental 1º ciclo (1,12), seguidas das que chegaram ao ensino médio (1,09). Logo, estes grupos foram também os que menos tiveram chances de sobrevida após a infecção pelo SARS-CoV-2 (0,88 e 0,91 respectivamente). Em contrapartida, aquelas que cursaram o fundamental 2º ciclo obtiveram maiores chances de sobrevida (1,36), seguidas das mulheres com ensino superior (1,18) (Tabela 32).

Tabela 32 – Risco Relativo e Razão de Chances das gestantes e puérperas infectadas pela Covid-19, escolaridade, 2020-2021.

Escolaridade	Risco Relativo	Razão de Chances
Sem escolaridade/Analfabeto	0.93	1.08
Ensino Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série)	1.12	0.88
Ensino Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série)	0.74	1.36
Ensino Médio (1º ao 3º ano)	1.09	0.91
Ensino Superior	0.85	1.18

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Em todos os segmentos de escolaridade, os teste qui-quadrado não rejeitaram H0 (hipótese nula) e, assim, não encontramos dependência estatística entre a escolaridade e a mortalidade materna pela Covid-19. Contudo, inferimos que isto também pode ter sido um reflexo do volume de dados de escolaridade ignorados. Encontramos estudos (UNFPA Brasil; OOB, 2023; Goés; Ferreira; Ramos, 2023) que não analisaram a relação entre a escolaridade, a saúde reprodutiva das gestantes e puérperas e a Covid-19 devido a esta baixa qualidade dos dados de nível de instrução no SRAG.

O estudo de Coutinho et al. (2020) indicou que, a menos que fossem adotadas as devidas intervenções, as mulheres de mais baixa escolaridade estariam mais sujeitas às infecções pelo novo coronavírus. Nosso estudo mostrou que, embora não houvesse significância estatística entre escolaridade e óbitos maternos pela Covid-19, as gestantes e puérperas com menor escolaridade foram as maiores vítimas.

4.2.5 Relações da mortalidade materna pela Covid-19 entre suas variáveis

Para aprofundarmos nosso conhecimento dos 285 óbitos maternos pela Covid-19, conforme os dados do SRAG, também realizamos cruzamentos entre as variáveis região, faixa etária, raça/etnia e escolaridade, e aplicamos o teste qui-quadrado para identificar

quando houve ou não significância estatística entre elas. Na tabela 33, vemos a relação entre a região das gestantes e puérperas e suas faixas etárias.

Tabela 33 - Casos de óbitos maternos pela Covid-19 região e faixa etária, 2020 – 2021.

Região	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 49	50 - 59	Igual ou superior a 59 anos	Total
CENTRO-OESTE	0	0	5	6	6	9	3	0	0	29
NORDESTE	0	3	16	13	20	18	11	1	0	82
NORTE	0	5	6	10	10	5	5	0	0	41
SUDESTE	0	4	14	22	34	28	12	2	0	116
SUL	0	0	1	3	5	6	2	0	0	17
TOTAL	0	12	42	54	75	66	33	3	0	285

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

O teste qui-quadrado não rejeitou a hipótese nula, mostrando que não houve significância estatística neste caso. Ainda assim, vemos que as mortes maternas entre as gestantes e puérperas de 15 a 19 anos ocorreram no Norte (5), no Sudeste (4) e no Nordeste (3). Conforme já pontuamos, para além da gravidade do óbito, a gravidez nesta faixa etária traz significativos impactos na vida das adolescentes, e que pode estar associada ao fechamento das escolas e de outros espaços de proteção social durante a pandemia.

No Nordeste e no Sudeste, o maior nº de mortes maternas ocorreu na faixa etária dos 30 aos 34 anos, enquanto na região Norte os óbitos se equipararam nas faixas etárias de 25 a 29 anos, e de 30 a 34 anos. No Centro-Oeste e no Sul, a faixa etária de 35 a 39 anos foi a que mais teve óbitos maternos (Tabela 34).

Tabela 34 - Casos de óbitos maternos pela Covid-19 região e raça/etnia, 2020 – 2021.

Região	Branca	Negra	Indígena	Ignorado	Total
CENTRO-OESTE	4	17	2	6	29
NORDESTE	12	56	2	12	82
NORTE	2	35	0	4	41
SUDESTE	42	59	0	15	116
SUL	14	1	0	2	17
TOTAL	74	168	4	39	285

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Neste caso, o p-valor $< 0,05$ mostrou existência de dependência estatística. Somente no Sul a maior parte dos óbitos maternos ocorreu entre as mulheres brancas (14). De acordo com a PNAD Contínua do IBGE (2022)⁷⁷, em 2022 somente nesta região brasileira a maioria das pessoas se autodeclararam brancas (72,8%).

Em todas as demais regiões, os óbitos maternos se destacaram entre as negras, sendo o maior número no Sudeste (59), seguido do Nordeste (56), do Norte (35) e do Centro-Oeste (17), respectivamente. Isto mostra que, em quase todo o território brasileiro as gestantes e puérperas negras foram as maiores vítimas do retardo do acesso à vacina, e, também, dos entraves no acesso aos serviços de saúde, em suas diferentes configurações de distribuição conforme as particularidades socioeconômicas de cada região.

Chamamos atenção, ainda, para os óbitos maternos pela Covid-19 entre as indígenas, que foram notificados apenas nas regiões Centro-Oeste (2) e Nordeste (2), e nenhum na região Norte. Novamente, deparamo-nos com o problema da subnotificação dos dados de saúde das mulheres indígenas, que compromete a realização de estudos como o nosso.

Na tabela 35 visualizamos os óbitos maternos pela Covid-19 em sua relação simultânea com a região e a escolaridade.

Tabela 35 - Casos de óbitos maternos pela Covid-19 região e escolaridade, 2020 – 2021.

Escolaridade	CENTRO-OESTE	NORDESTE	NORTE	SUDESTE	SUL	TOTAL
Sem escolaridade/Analfabeto	0	4	1	6	1	12
Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série)	1	6	4	7	2	20
Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série)	8	25	6	44	3	86
Médio (1º ao 3º ano)	7	18	16	26	6	73
Superior	10	24	10	26	4	74
Ignorado	3	5	4	7	1	20
Total	29	82	41	116	17	285

⁷⁷ Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>
Acesso em: 22 de out. 2023.

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Neste caso, o p-valor $> 0,05$ indicou não haver dependência estatística entre as variáveis. Nas regiões Sudeste e Nordeste, os óbitos maternos se destacaram entre as gestantes e puérperas com ensino fundamental 2º ciclo, 44 e 25 respectivamente. No entanto, a somatória dos óbitos entre as sem escolaridade/analfabeta, e com fundamental 1º e 2º ciclos supera os demais níveis de escolaridade em três regiões do Brasil, sendo 9 óbitos no Centro-Oeste, 35 no Nordeste, 57 no Sudeste.

Na tabela 36 podemos visualizar os óbitos maternos pela Covid-19 em sua relação com raça/etnia e faixas etárias.

Tabela 36 - Casos de óbitos maternos pela Covid-19 raça/etnia e faixa etária, 2020 – 2021.

Raça	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 49	50 - 59	Igual ou superior a 59 anos	Total
Branca	0	1	7	17	22	16	10	1	0	74
Negra	0	9	32	30	41	38	17	1	0	168
Indígena	0	0	0	1	0	2	1	0	0	4
Ignorado	0	2	3	6	12	10	5	1	0	39
Total	0	12	42	54	75	66	33	3	0	285

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Também neste caso o p-valor $> 0,05$, mostrou que não há dependência entre as variáveis. Com exceção das gestantes e puérperas indígenas, o maior nº de óbitos maternos ocorreu entre as que tinham de 30 a 34 anos. Notamos, ainda, que em todas as faixas etárias que tiveram mortes, as mulheres negras foram as mais vitimizadas. Esse dado reforça a importância de análises como a de Goés, Ferreira e Ramos (2023) que considerem o aspecto étnico-racial no estudo da mortalidade materna pela Covid-19, com ênfase para a população negra.

Sobre a relação entre a escolaridade das gestantes e puérperas vítimas da Covid-19 e faixa etária, o p-valor $< 0,05$ mostrou que há dependência entre estas variáveis. Destacamos que em todas as faixas etárias, o maior quantitativo de óbitos maternos ocorreu entre a somatória de mulheres sem escolaridade/analfabetas, com ensino

fundamental 1º e 2º ciclos. Isto reforça a relação entre a baixa escolaridade e a mortalidade materna pela Covid-19 (Tabela 37).

Tabela 37 - Casos de óbitos maternos pela Covid-19 escolaridade e faixa etária, 2020 – 2021.

Escolaridade	10 -	15 -	20 -	25 -	30 -	35 -	40 -	50 -	Igual ou superior a 59 anos	Total
	14	19	24	29	34	39	49	59		
Sem escolaridade/Analfabeto	0	0	2	3	2	2	2	1	0	12
Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série)	0	4	1	6	5	4	0	0	0	20
Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série)	0	2	15	15	23	20	10	1	0	86
Médio (1º ao 3º ano)	0	5	11	16	14	18	9	0	0	73
Superior	0	1	11	12	28	15	6	1	0	74
Ignorado	0	0	2	2	3	7	6	0	0	20
Total	0	12	42	54	75	66	33	3	0	285

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Por fim, cruzamos os óbitos maternos pela Covid-19 nas variáveis escolaridade e raça/etnia (Tabela 38).

Tabela 38 - Casos de óbitos maternos pela Covid-19 escolaridade e raça/etnia, 2020 – 2021.

Escolaridade	Branca	Negra	Indígena	Ignorado	Total
Sem escolaridade/Analfabeto	3	9	0	0	12
Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série)	7	12	0	1	20
Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série)	17	49	3	17	86
Médio (1º ao 3º ano)	29	43	1	0	73
Superior	12	41	0	21	74
Ignorado	6	14	0	0	20
Total	74	168	4	39	285

Fonte: SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Aqui, o p-valor < 0,05 demonstrou dependência estatística no cruzamento das variáveis escolaridade e raça/etnia. Dentre as 12 gestantes e puérperas que foram à óbito pela Covid-19 sem escolaridade/analfabeta, 9 eram negras, e 3 brancas. No entanto, as mulheres negras se destacaram em todos os níveis de escolaridade, inclusive nos níveis médio (43) e superior (41). Vemos que, de fato, as mulheres negras foram as mais

impactadas pelos óbitos maternos pela Covid-19, até mesmo entre aquelas com maior nível de instrução. E, novamente, ficamos limitadas na análise das mulheres indígenas, dada a questão da subnotificação.

Após esse rico conjunto de dados, é hora de fazermos uma síntese de nossos achados.

4.3 Retrocessos no percurso da Agenda 2030

Se o Brasil caminhava a passos lentos na superação das altas taxas de mortalidade materna, vimos que com a pandemia de Covid-19 o país se distanciou ainda mais do cumprimento da Agenda 2030. Contraditoriamente, no ano de 2021, quando a vacina contra a Covid-19 foi adotada, foi também o período no qual as mortes maternas pela doença atingiram picos alarmantes. Ainda assim, as gestantes e puérperas não foram incluídas de imediato como prioridade no PNI.

Com o acesso à imunização contra o SARS-CoV-2, forjou-se juntamente um ambiente político marcado por dúvidas e descrédito na ciência e na eficácia da vacina. Mesmo após a revisão do PNS 2020-2023, e a introdução de uma nova meta referente à redução dos óbitos maternos, os esforços do MS mostraram-se insuficientes para reverter o aprofundamento das iniquidades em saúde causado pela pandemia. O PNS, enquanto instrumento de planejamento do órgão gestor da saúde, mesmo com sua revisão não buscou respostas para as desigualdades sociais nos aspectos socioespacial, etário, de escolaridade e étnico-racial que se refletem nas taxas de mortalidade materna no Brasil.

Como mostramos, as metas relativas as gestantes indígenas não foram alteradas na revisão do PNS. E, além disto, inferimos com base nos dados do SRAG, que houve subnotificação dos óbitos maternos pela Covid-19 das indígenas, na contramão da meta que indicava crescimento na investigação das mortes maternas nesse grupo. Observamos ainda, que o PNS não indicou nenhuma meta de atenção à saúde das puérperas. Para nós, esta omissão representa a forma como o assunto vem sendo tratado na prática, uma vez que as infecções puerperais já estavam entre as principais causas de mortalidade materna no Brasil.

Embora as notas técnicas do MS reafirmassem em parte as prerrogativas das políticas

de saúde reprodutiva já vigentes no país, como a continuidade do acompanhamento pré-natal e o direito ao acompanhante, afirmamos que as frequentes mudanças nas orientações sobre a administração da vacina contra a Covid-19 em gestantes e puérperas contribuíram para o agravamento da mortalidade materna pela Covid-19. Mortes que poderiam ter sido evitadas com a vacina.

A subnotificação de informações como raça/etnia e escolaridade das gestantes e puérperas infectadas e que foram à óbito pela Covid-19 nos dificultou a aproximação desta realidade. Ainda assim, conseguimos obter dados que nos permitiram refletir, analisar e alcançar importantes resultados. Apesar das variáveis região e escolaridade não terem apresentado dependência estatística com as mortes maternas pela Covid-19, a forma como estes óbitos se distribuíram pelos territórios das macro regiões brasileiras e entre as gestantes e puérperas conforme os níveis de instrução nos ajudaram a desmistificar a ideia de que a Covid-19 é uma doença democrática, que atinge a todos de forma igualitária.

A análise dos dados de mortalidade materna pela Covid-19 por faixa etária e raça/etnia contribuíram ainda mais para entendermos como as desigualdades sociais se expressam nestas mortes. Embora as gestantes e puérperas de 15 a 19 anos tenham boas chances de não irem à óbito pela Covid-19, entendemos que elas já tiveram seus direitos sexuais e reprodutivos violados, em condições adversas onde serviços e equipamentos de proteção social tiveram de fechar as portas. E mesmo que sobrevivam à pandemia, as implicações da maternidade podem dificultar o acesso à educação e ao mundo do trabalho. Em outros casos, como as gestantes e puérperas de 35 a 39 anos, e de 40 a 49 anos, identificamos dependência estatística entre as faixas etárias e as mortes pela Covid-19.

E sobre o aspecto étnico-racial, identificamos altos riscos de morte pela Covid-19 entre as indígenas e negras no ciclo gravídico-puerperal. Além disto, vimos que há dependência estatística entre os óbitos maternos pela Covid-19 e a raça/etnia negra, dada a trajetória histórica de exclusão desta população do acesso aos meios de produção, à riqueza socialmente produzida, bem como aos serviços de saúde em tempo oportuno.

Deste modo, identificamos que a política de saúde ofertada às gestantes e puérperas,

nos anos 2020 e 2021, não foi capaz de manter a tendência das taxas de mortalidade materna, tampouco de reduzir as desigualdades sociais que aprofundaram as contradições na garantia do direito à gestação, ao parto e ao puerpério. As mortes maternas pela Covid-19 no Brasil atrasaram significativamente o alcance da meta de reduzir a RMM até 30 até o ano 2030.

Na seção seguinte, nos debruçamos sobre os dados da assistência às mulheres no ciclo gravídico puerperal desde o ano 2000, estabelecendo comparações entre os períodos antes e durante a pandemia de Covid-19 e analisando a persistência das iniquidades em saúde materna no Brasil.

5. COMO CHEGAMOS À SAÚDE DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA PANDEMIA DE COVID-19: O VELHO NOVO DE NOVO?

Nesta seção desenvolvemos uma análise retrospectiva da garantia dos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal de 2000 a 2019, comparando-a com os anos 2020 a 2021, para desvelar o que houve de novo e de velho na assistência à gestação, ao parto e ao puerpério no Brasil durante a pandemia de Covid-19. Aqui, buscamos: a) Compreender o percentual de cobertura das consultas pré-natal ofertadas no SUS às gestantes, mediante suas condições de vida, comparando os dados do acesso a estas consultas entre os anos 2000 e 2019 (antes da pandemia de Covid-19) e 2020 a 2021 (durante a pandemia), cotejando-o com as diretrizes do PHPN, e também; b) Refletir sobre as iniquidades em saúde das gestantes e puérperas antes da e durante a pandemia de Covid-19, identificando a relação entre a mortalidade materna pela Covid-19 e as variáveis sociodemográficas (região, faixa etária, raça/etnia e grau de instrução).

5.1 Direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal nos instrumentos de planejamento do MS antes da pandemia de Covid-19

A elaboração do primeiro PNS, também conhecido como Pacto pela Saúde, ocorreu para o quadriênio 2004-2007, na primeira gestão do governo Lula. Ao analisar o PNS não encontramos nele nenhuma diretriz focada especificamente na saúde materna. Entretanto, o plano mencionava que um de seus principais alvos era a redução da mortalidade materna, por meio da qualificação e humanização da atenção ao parto, ao nascimento e ao aborto legal. E, dentre as medidas que seriam implementadas, o PNS referia a ampliação da adesão ao PHPN para todos os municípios (Brasil, 2005b).

Dentre suas diretrizes localizamos a Promoção da atenção integral à saúde da mulher. Nela encontramos um total de 12 metas direcionadas à saúde da mulher, dentre as quais 5 (cinco) estão diretamente relacionadas à gestação e ao parto (Quadro 8).

Quadro 8 - Metas no PNS 2004 - 2007

Nº	METAS
1	Reduzir em 15% os índices de mortalidade materna.
2	Aumentar em 50% o número de serviços de saúde do SUS para a realização de laqueadura tubária e vasectomia em todos os estados.
3	Reduzir em 15% a taxa nacional de cesariana no SUS.
4	Aumentar em 30% os serviços de atenção às mulheres em situação de violência nos municípios polos de microrregiões.
5	Aumentar em 15% a cobertura do exame Papanicolau na população de risco (35 a 49 anos de idade).
6	Aumentar em 25% a realização de cirurgias para reconstrução mamária.
7	Reduzir em 15% o risco de complicações de aborto no âmbito do SUS.
8	Implantar comitês de morte materna em 100% dos municípios com população superior a 50 mil habitantes.
9	Reduzir em 6% a incidência de Aids em mulheres.
10	Alcançar 100% de cobertura com a vacina dupla adulto em mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos de idade, nas regiões Norte, Nordeste, norte de MG e no estado de GO, correspondendo a 2.288 municípios, com vistas à proteção da mãe e do concepto contra o tétano acidental e neonatal.
11	Implantar/implementar cinco centros de referência para atendimento à fertilização de casais soro-diferentes para o HIV.
12	Garantir a pelo menos 60% das gestantes integrantes das famílias beneficiárias do Bolsa Família o acompanhamento segundo a agenda de compromissos do setor saúde (vigilância alimentar e nutricional, vacinação e pré-natal).

Fonte: Brasil, 2005b. Grifos nossos, 2024.

A primeira meta já tratava de uma questão central em nosso estudo: a redução da mortalidade materna no Brasil. Já neste momento, identificamos um alinhamento do PNS às demandas dos movimentos feministas e de mulheres, bem como às políticas de garantia de direitos reprodutivos das gestantes, vigentes no país ou entrando em vigor naquele momento, como o PHPN, a PNAISM e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna. Neste aspecto, o documento também apresentou sintonia com os ODM, para o enfrentamento dos óbitos maternos.

A meta nº 8 - criação dos comitês de mortalidade materna - seguia as recomendações nacionais e internacionais, como estratégia para a redução dos óbitos maternos. Dentre os principais objetivos dos comitês estavam a mobilização de parceiros, a identificação, análise e classificação das mortes maternas e a proposição de medidas de prevenção (Soares; Martins, 2006; Brasil, 2009). Esta meta estava em conformidade com o previsto no Pacto, que indicava o fortalecimento da implementação e atuação dos comitês.

No entanto, a implementação dos comitês também foi atravessada pelas disputas políticas e econômicas. O estudo de Rodrigues e Siqueira (2003), ao analisar alguns desafios enfrentados pelo comitê do estado de São Paulo no trabalho de investigação dos óbitos maternos, aponta que a precariedade dos dados disponíveis e a fragilidade institucional dificultaram sua atuação enquanto vigilância epidemiológica, no qual estava contida ainda uma dimensão política, inclusive de controle social.

Sobre a meta nº 3, também identificamos que houve conformidade com as prerrogativas do PHPN e do Pacto, alinhando a assistência ao parto com as evidências científicas disponíveis e as recomendações da OMS. Como vimos na seção 2, essa demanda vinha sendo apontada principalmente pelo movimento pela humanização do parto.

A meta nº 7 correspondia, parcialmente, às reivindicações dos movimentos feministas de assistência ao aborto no SUS, que também estavam contidas no Pacto. Contudo, se lembrarmos que as complicações do aborto estão entre as principais causas de mortalidade materna no Brasil, inferimos que, do ponto de vista quantitativo – apenas 15% dos procedimentos –, tal problemática não foi tratada com a devida atenção. E os dados ratificam isso – os óbitos maternos por aborto registrados no SIM apresentou redução ao longo dos anos - em 2010 foram notificados **79 óbitos maternos por aborto** e em 2019, foram 46 (Brasil, 2022). A assistência ao aborto continua sendo uma importante pauta dentre as demais colocadas pelos movimentos feministas, e que, assim, como as demais ações de saúde reprodutiva precisa ser articular com as demais políticas públicas.

Neste sentido, por meio da meta nº 12, o plano pactuou uma necessária articulação entre a política de saúde reprodutiva, a política de assistência social e a de segurança alimentar e nutricional⁷⁸, no âmbito do Programa Bolsa Família. Em nossa análise tal articulação é relevante, uma vez que o programa se destinava às mulheres (e famílias) que poderiam

⁷⁸ Embora o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) tenha sido instituído só em 2006 pela Lei nº 11.346/2006 (Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional), o Programa Bolsa Família já buscava promover a segurança alimentar e nutricional das famílias de baixa renda, e retirar o Brasil do mapa da fome. Para aprofundar a questão, sugerimos a leitura de Cotta e Machado, 2013.

não ter esses direitos assegurados sem as políticas públicas. Contudo, esta meta não preconizou um alcance universal das gestantes beneficiárias do programa, mas de pelo menos 60% delas, o que consideramos um fator negativo, dado o princípio da universalidade de acesso aos serviços do SUS (Brasil, 1990).

No PNS 2004-2007, as metas pareciam articular o enfretamento da mortalidade materna também com a saúde das mulheres que não estavam no ciclo gravídico-puerperal. A meta nº 10, por exemplo, anunciou a cobertura total com a vacina dupla adulto para as mulheres em idade fértil, deixando claro que o objetivo era a proteção da futura mãe e do concepto. Esta meta expressava também um foco nas regiões Norte e Nordeste, e em outras localidades, o que sinalizou para nós a perspectiva da equidade, à medida que deu maior atenção à cobertura vacinal em determinadas áreas.

Além disto, o PNS 2004-2007 abordou questões que não eram necessariamente consideradas como do âmbito dos direitos reprodutivos, como a violência contra a mulher, mas que pode ocorrer durante a gestação e o puerpério, e mesmo quando não ocorre nesta fase, pode impactar a vida das mulheres que já foram vítimas quando elas estiverem no ciclo gravídico-puerperal.

Observamos ainda que o PNS 2004-2007 também apresentou, dentre suas diretrizes, a promoção da equidade na atenção à saúde da população negra e a promoção da saúde da população indígena segundo suas especificidades, e metas específicas para estes grupos, o que também aponta para a perspectiva da equidade. Dentre as metas de saúde para a população indígena, encontramos: “Implantar a atenção integral à saúde da mulher indígena em 100% dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas” (Brasil, 2005b, p. 178). Embora esta meta não fale especificamente dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres indígenas, consideramos que eles também estão contemplados aqui.

Ainda em outros momentos, o documento articulava o princípio da integralidade com a perspectiva da equidade, como, por exemplo na diretriz Prevenção e controle da Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis. Ali identificamos claramente uma meta que

também é um direito reprodutivo das mulheres soro positivas no ciclo gravídico-puerperal: “Realizar 100% de tratamento para gestantes HIV positivo identificadas” (Brasil, 2005b, p.174).

Do mesmo modo, na diretriz Promoção da saúde do adolescente e jovem de forma articulada com outras políticas intersetoriais, identificamos a meta “Aumentar em 25% os serviços de atendimento a adolescentes vítimas de violência intrafamiliar nas cidades polos das microrregiões” (Brasil, 2005b, p.181), que está associada ao direito sexual e, em alguns casos, reprodutivo deste grupo. Como já discutimos na seção 4, as violências contra as adolescentes, e especialmente a violência sexual, também são uma importante questão de saúde, que pode se refletir no ciclo gravídico-puerperal.

No que diz respeito ao alcance das metas propostas no PNS 2004-2007, como só a partir de 2011 passou a ser obrigatória a publicação dos RAGs, não tivemos acesso a eles. O MS publicou a Avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2007: Um pacto pela saúde no Brasil (Brasil, 2007), no entanto, devido à metodologia utilizada para avaliar o cumprimento das metas do PNS, por grau de prioridade e matriz de análise, não conseguimos identificar o alcance das metas que analisamos neste trabalho. Todavia, mediante a análise do PNS, identificamos que ele estava inscrito no paradigma da saúde integral da mulher, e que ele incorporou reivindicações tanto do movimento feminista, quanto do movimento pela humanização do parto, e esteve, em grande parte, alinhado ao PHPN, a PNAISM e o Pacto.

Temos, no entanto, uma crítica ao PNS 2004-2007: ele apresentou metas de atenção à gestação e ao parto, porém omitiu a atenção ao puerpério. Mesmo que o documento tenha uma perspectiva integral de saúde, ele falhou ao ocultar o puerpério, sendo que as infecções puerperais estão entre as principais causas de mortalidade materna no Brasil. Neste sentido, observamos uma dissonância entre o PNS e o PHPN, a PNAISM e o Pacto.

No PNS de 2008 a 2011, a análise situacional apontou que de 1999 a 2005 a RMM no Brasil obteve estabilidade e que isto podia também estar associado a uma melhoria nos serviços de atenção obstétrica, simultaneamente à melhoria do registro e da investigação dos óbitos maternos. Ele indicou, ainda, que entre os anos 1999 e 2006 o percentual de gestantes sem consulta pré-natal havia reduzido de 14,3% para 1,3%, e mostrava que o alcance do pré-natal era determinado pelas desigualdades étnico-raciais, de acesso à educação e, também, referentes à faixa etária e às condições socioeconômicas dos municípios (Brasil, 2010).

O PNS 2008 - 2011 destacou, que embora houvesse um crescimento da cobertura das consultas pré-natal, a qualidade delas ainda era insuficiente. O pré-natal também foi citado como foco de atenção ao acompanhamento das condicionalidades do PBF. Dentre os problemas a serem enfrentados, este documento destacou: a grande incidência da sífilis congênita, a alta frequência de mortes maternas por hipertensão arterial, o alto índice de cesarianas e de intervenções desnecessárias, o isolamento das gestantes e a falta de privacidade no momento do parto. Ademais, segundo o PNS, **a maioria das puérperas não retornava aos serviços de saúde para a consulta de puerpério** (Brasil, 2010).

Sobre as mortes maternas, o documento afirmou que em 2006, mais da metade dos óbitos ocorreram entre mulheres negras, e que entre 1996 e 2006, 75% da mortalidade materna se concentrou na faixa etária de 20 a 39 anos de idade. Ainda foram apontadas as principais causas de mortalidade materna, sendo elas: a hipertensão (21,4%), a hemorragia (13,9%), as infecções durante o puerpério (7,3%), as doenças do aparelho circulatório agravadas pela gestação, parto ou puerpério (6,4%), e o aborto (5,7%) (Brasil, 2010).

Dentre seus quatro objetivos, este documento estabeleceu “[...] ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde” (Brasil, 2010, p. 8). No entanto, dentre as diretrizes indicadas para o alcance dos objetivos, nenhuma tratou diretamente da saúde das

mulheres, fosse numa perspectiva integral, fosse na perspectiva da díade materno-infantil. Ao examinarmos as metas do PNS 2008-2011, identificamos que, em contraposição ao PNS 2004-2007, ele não previu nenhuma ação direta de combate à mortalidade materna, tampouco de prevenção ou promoção da saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Do ponto de vista da integralidade da saúde, entendemos que o documento conteve metas que, embora não sejam específicas para a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, contribuíam nesse sentido, como: “ampliar a cobertura populacional da estratégia da saúde da família nos municípios com mais de 100 mil habitantes, passando de 34% em 2007 para 37% em 2011” (Brasil, 2010, p. 121) ou, ainda, “reduzir a anemia ferropriva em mulheres em idade fértil de 29% para 24%” (Brasil, 2010, p. 122).

Entretanto, se considerarmos que o PNS 2004 - 2007 estabeleceu uma diretriz de promoção integral da saúde da mulher com 12 metas, dentre as quais cinco diziam respeito à garantia dos direitos reprodutivos das gestantes e puérperas, observamos que no PNS 2008-2011 não houve continuidade das ações previstas. Ademais, o documento anunciou que sua elaboração se deu fundamentada também nos ODM, porém, para nós, ele não correspondeu diretamente ao objetivo de redução da mortalidade materna, o que representou uma dissonância. Portanto, afirmamos que o PNS 2008-2011 não incorporou as demandas dos movimentos feministas pelos direitos reprodutivos das mulheres, tampouco as de reivindicações do movimento pela humanização do parto. Além disto, ele foi esvaziado dos avanços políticos contidos no PHPN, na PNAISM e no Pacto.

Com a criação da Rede Cegonha, em 2011 (governo Dilma), a preocupação com a saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal não só voltou a comparecer no planejamento do MS, como ganhou maior relevância. O PNS 2012 - 2015 se destacou por inserir dentre as suas diretrizes, a “Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade”. O documento afirmava que buscava garantir: o acolhimento, o

crescimento do acesso ao pré-natal e a sua qualificação; a vinculação das gestantes ao serviço de referência e ao transporte seguro; as boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento, além do amplo acesso ao planejamento reprodutivo. Ele mencionava, ainda, a consideração à integralidade da mulher, ou seja, que levaria em conta as necessidades relativas aos seus ciclos de vida, bem como a sua realidade social (Brasil, 2011).

Em 2013 foi enviada ao CNS uma proposta de revisão de metas e indicadores do PNS 2012 - 2015. No quadro 9 indicamos as oito metas relativas à saúde das gestantes e parturientes.

Quadro 9 - Metas do PNS 2012 - 2015

Nº	METAS	
	2012	2013
1	Adequar a ambiência de 120 maternidades (reforma, aquisição de equipamentos e materiais) para a atenção humanizada ao parto e nascimento.	
2	Ampliar a investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil por causas presumíveis de morte materna, passando de 24% em 2010 para 50% até 2015.	Ampliar a investigação dos óbitos maternos para 85% até 2015.
3	Ampliar em 513 o nº de leitos de unidade de terapia intensiva para adultos localizados em hospitais habilitados em alto risco obstétrico, passando de 2.382 leitos para 2.895 até 2015.	Habilitar 276 serviços como Maternidade para Atenção à Gestante de Alto Risco, passando de 197 serviços em 2012 para 473 até 2015.
4	Capacitar 200 parteiras de comunidades quilombolas.	Capacitar 1.300 parteiras tradicionais até 2015.
5	Implantar 156 novas casas de gestante, bebê e puérpera, passando de 36 (implantadas pela "Rede Cegonha") em 2011 para 192 até 2015.	Implantar 20 novas Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), passando de 36 casas em 2011 para 56 até 2015.
6	Implantar 249 novos centros de parto normal, passando de 35 centros (implantadas pela "Rede Cegonha") em 2011 para 284 até 2015.	Implantar 30 novos Centros de Parto Normal, passando de 35 para 65 até 2015.
7	Realizar teste de eletroforese em 100% das gestantes usuárias do SUS, de acordo com o protocolo de pré-natal proposto pela "Rede Cegonha".	Garantir a oferta do teste de eletroforese para as gestantes usuárias do SUS em 100% dos municípios brasileiros, de acordo com o protocolo de pré-natal proposto pela Rede Cegonha.
8	Realizar teste rápido da sífilis em 100% das gestantes usuárias do SUS até 2015, de acordo com o protocolo de pré-natal proposto pela "Rede Cegonha".	2013: Garantir a oferta de teste rápido da sífilis para 100% das gestantes usuárias do SUS, de acordo com o protocolo de pré-natal proposto pela Rede Cegonha.

Fonte: Brasil, 2011. Sistematizado pela autora, 2024.

Além do conjunto de metas acima, o PNS 2012-2015 também previu outras, como: “implantar 50 serviços de referência para o diagnóstico do câncer de mama” (Brasil, 2011, p.77), além de medidas para a promoção da saúde integral das mulheres, como: “implementação de estratégias de comunicação social e de programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva” e “desenvolvimento de protocolos unificados nas áreas jurídica, da saúde e da assistência social para o atendimento integrado de vítimas de violência sexual” (Brasil, 2011, p. 76).

Também destacamos que este documento demonstrou atenção ao componente étnico-racial, pois dentre suas medidas havia a “Implementação de ações voltadas a reduzir a mortalidade materna, com ênfase nas mulheres negras, a diferença racial no acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer ginecológico, bem como do acesso a métodos contraceptivos” (Brasil, 2011, p.76).

Do mesmo modo, na diretriz Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais, está contida a meta “Implantar a estratégia ‘Rede Cegonha’ nos 34 DSEI” (Brasil, 2011, p.80).

Assim, inferimos que o PNS 2012-2015 conjugou demandas dos movimentos feminista e pela humanização do parto, à medida que apresentou metas e medidas de atenção à saúde tanto das gestantes e parturientes, como das mulheres que não estavam no ciclo gravídico-puerperal. O plano também direcionou ações de acordo com as evidências científicas para atenção ao parto humanizado, como a capacitação de parteiras tradicionais e a implantação de CPN.

No entanto, observamos que dentro do PNS 2012-2015 a diretriz que mencionamos trata, simultaneamente, da saúde da mulher e da saúde da criança. E, por esta razão, identificamos que o plano foi palco da disputa entre os paradigmas da saúde-materno infantil e da saúde integral da mulher. Em nossa análise o documento estava em evidente

sintonia com a Rede Cegonha e, ao mesmo tempo, também com o PHPN, a PNAISM e o Pacto, nos quais coexistiam distintas concepções de saúde da mulher.

Ressaltamos que havia no PNS 2012-2015 uma lacuna importante, e aí reside nossa crítica: **o ocultamento do puerpério**. O documento mencionou as infecções puerperais como entre as três principais causas de mortalidade materna, mas, com exceção da implantação de CGBP, não criou nenhuma meta e nenhuma medida de atenção à saúde das mulheres no puerpério. Como vimos, os PNS anteriores também falharam no tocante às puérperas.

Para o quadriênio seguinte, o PNS 2016 – 2019 manteve a implantação e ampliação da Rede Cegonha dentre seus objetivos, sendo ele: Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. O documento deixava claro que articular as Redes de Atenção à Saúde (RAS) era uma prioridade, com vistas à superação da fragmentação entre as linhas de cuidado. Entre suas metas, encontramos apenas quatro relativas à assistência à saúde reprodutiva das mulheres, e todas elas focalizadas no momento do parto (quadro 10):

Quadro 10 - Metas do PNS 2016 - 2019

Nº	METAS
1	Habilitar 140 novos serviços como Maternidade de Referência para Atenção à Gestação de Alto Risco (GAR).
2	Adequar a ambiência de 120 maternidades (reforma e aquisição de equipamentos) para a atenção humanizada ao parto e nascimento.
3	Implantar 20 novas Casas de Gestante, Bebê e Puérpera – CGBP.
4	Implantar 60 novos Centros de Parto Normal – CPN.

Fonte: Brasil, 2016a. Sistematizado pela autora, 2024.

Identificamos que no PNS 2016-2019 a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal estava mais uma vez fortemente associada à saúde da criança, ou seja, o paradigma da saúde materno-infantil compareceu no documento, com ênfase no parto – nascimento.

No objetivo de promover a atenção à saúde dos povos indígenas, destacamos dentre as metas propostas: “ampliar de 83% em 2013 para 90% as gestantes indígenas com acesso ao pré-natal” (Brasil, 2016a, p.66). Assim, entendemos que o PNS 2016-2019 incorporou uma pauta quanto a atenção à saúde das gestantes indígenas, porém ainda não de forma universal. No tocante à saúde reprodutiva das mulheres negras, não identificamos nenhuma meta.

No objetivo de promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade [...] (Brasil, 2016a) o paradigma da saúde integral da mulher também compareceu. O PNS 2016-2019 abordou a importância das questões de gênero e a reafirmação dos direitos humanos das mulheres, em conformidade com os acordos internacionais firmados pelo Brasil. Além disto, ele mencionava a PNAISM e lançava como desafio a formulação de uma política de direitos sexuais e reprodutivos em parceria com movimentos de mulheres e com os demais entes federativos (Brasil, 2016a).

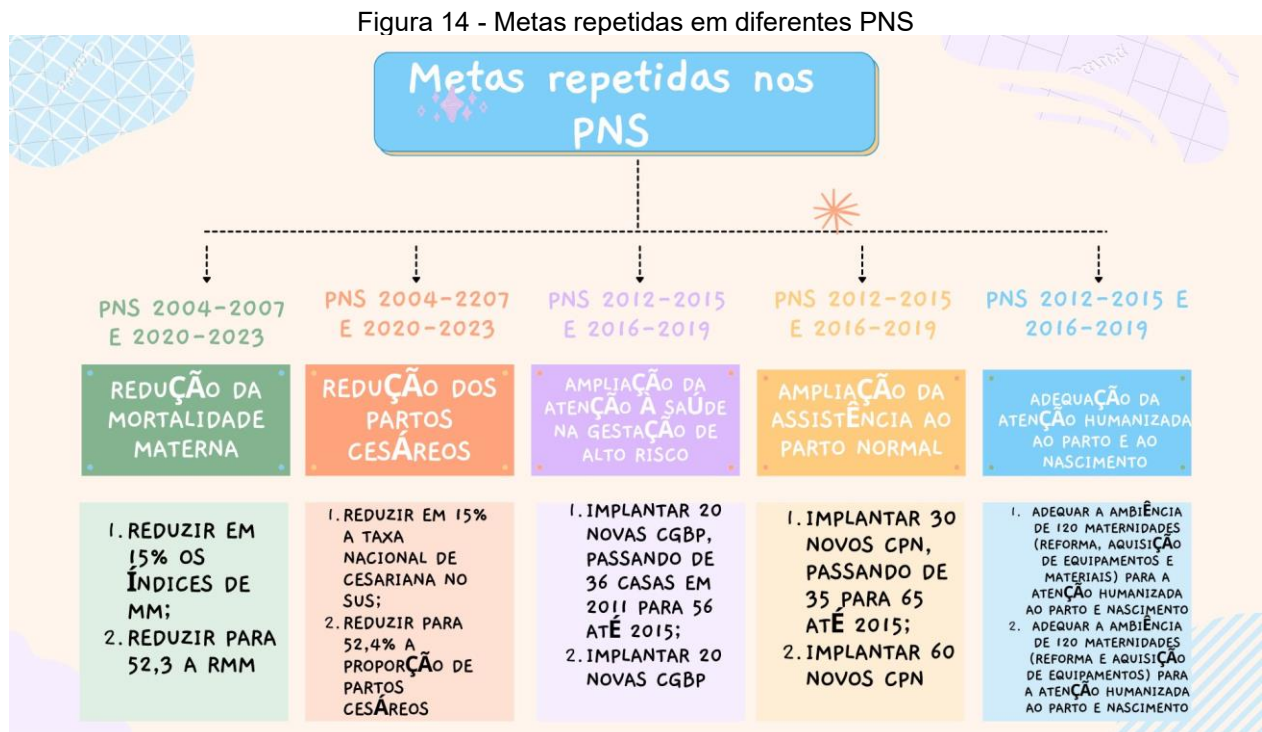
Contudo, no que diz respeito às metas propostas, o plano não contemplou de forma abrangente a saúde da mulher numa perspectiva integral, nem mesmo das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Neste sentido, há um distanciamento entre o PNS 2016-2019 e o paradigma da saúde integral da mulher.

Em nossa análise, o direito à gestação, ao parto e ao puerpério não foram devidamente contemplados neste plano. A única meta direcionada à gestação foi para as mulheres indígenas. As metas relativas ao parto tratavam apenas de habilitação, ambiência e implantação de equipamentos e serviços obstétricos, sem, contudo, afirmar a autonomia e o protagonismo da mulher nesse momento, enquanto sujeita de direitos. Novamente, nenhuma meta foi proposta para atenção à saúde das puérperas. Deste modo, inferimos que o PNS 2016-2019 esteve esvaziado de importantes reivindicações tanto dos movimentos feministas, quanto do movimento pela humanização do parto.

Ademais, embora este plano tenha estabelecido metas sintonizadas com a Rede Cegonha, ele se distanciou das demais políticas de atenção à saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, como o PHPN, a PNAISM e o Pacto. Consideramos também que frente ao não alcance dos ODM quanto à redução da RMM até 35 no Brasil até 2015, e com a nova meta assumida pelo país por meio dos ODS de reduzir a RMM até 30 de 2016 a 2030, o PNS 2016-2019 não evidenciou alinhamento a este compromisso.

Como explanamos, a garantia dos direitos reprodutivos das gestantes e parturientes ora esteve presente, ora ausente nos PNS anteriores à pandemia de Covid-19. Em todos os planos, prevaleceu a ausência de qualquer meta de assistência à puérpera.

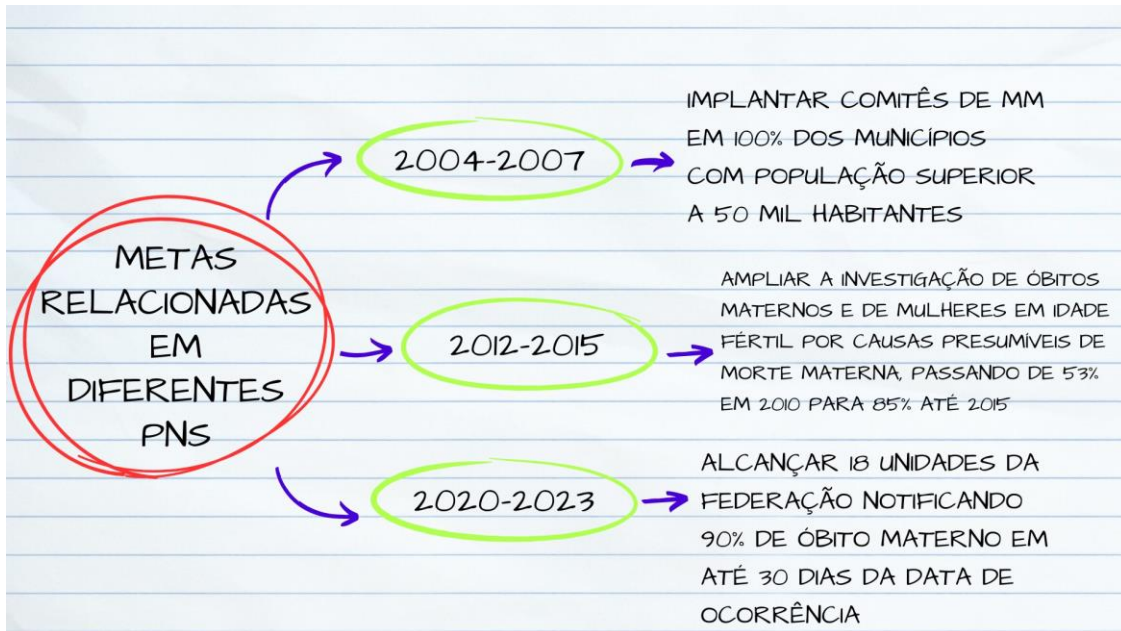
Dentre os cinco PNS que contemplam nosso recorte temporal da pesquisa, incluindo o PNS 2020-2023, quatro apresentaram um conjunto de **24 metas** direcionadas aos direitos reprodutivos das mulheres relativos à gestação e ao parto. Na figura 14 listamos as cinco (5) metas que se repetiram nos planos ao longo do período estudado.



Fonte: Brasil, 2005b; Brasil, 2011; Brasil, 2016a, Brasil, 2021. Sistematizado pela autora, 2024.

Além das metas acima listadas, também identificamos três que, embora distintas, se relacionam diretamente, como pode ser observado na figura 15:

Figura 15 - Metas relacionadas em diferentes PNS



Fonte: Brasil, 2005b; Brasil, 2011; Brasil, 2021. Sistematizado pela autora, 2024.

Notamos, assim, que a preocupação com os óbitos maternos compareceu, seja na perspectiva de sua redução, seja na da notificação e investigação, em três dos cinco PNS estudados. Sendo que no plano atual, a redução da mortalidade materna só foi estabelecida como meta na revisão do documento, em 2021.

A seguir, ainda no âmbito dos instrumentos de planejamento e avaliação do MS, analisaremos os RAGs a partir de 2011, de acordo com suas publicações, utilizando como referência as metas que extraímos dos PNS. Nossa pergunta a estes documentos foi: quais foram as ações e o alcance das metas dos PNS relativas ao direito à gestação e ao parto?

Como o PNS 2008-2011 não conteve metas para a garantia do direito à gestação, ao parto e ao puerpério desde a gestação, não submetemos o RAG 2011 à análise. Já os

RAGs 2012, 2013, 2014 e 2015 foram sistematizados no Quadro 9 (nove), conforme as ações realizadas ano a ano.

Quadro 11 - Ações realizadas conforme os RAG 2012 – 2015.

Nº	METAS	AÇÕES REALIZADAS EM 2012	AÇÕES REALIZADAS EM 2013	AÇÕES REALIZADAS EM 2014	AÇÕES REALIZADAS EM 2015	ALCANCE DA META
1	Adequar a ambiência de 120 maternidades (reforma, aquisição de equipamentos e materiais) para a atenção humanizada ao parto e nascimento	Aprovadas propostas referentes à ambiência de 47 maternidades.	Ambiência - 99 propostas aprovadas.	No período 2012-2014, 255 propostas foram aprovadas para adequação das maternidades. Destas, 4 obras foram concluídas em 2014. O total de maternidades adequadas no período 2012-2014 foi de 102.	Até 2015 foram concluídas 10 obras, contemplando 9 serviços; 36 obras estavam em execução em 36 serviços distribuídos; e, no que se refere à equipamentos, foram pagas 96 propostas, contemplando 88 serviços.	118%
2	2012: Ampliar a investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil por causas presumíveis de morte materna, passando de 53% em 2010 para 85% até 2015 2013: Ampliar a investigação dos óbitos maternos para 85% até 2015	81% de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil investigados	85% de todos os óbitos MIF notificados em 2012 foram investigados em 2013, assim como 87% dos óbitos maternos.	90% de todos os óbitos maternos foram investigados. 21 UF com 85% ou mais de investigações realizadas e 8 UF entre 50% a 84%. Dados referentes a 2013.	91,2% dos óbitos maternos ocorridos em 2014 foram investigados.	91,2%
3	2012: Ampliar em 513 o nº de leitos de unidade de terapia intensiva para adultos localizados em	572 leitos de	Meta	No ano de 2014 foram habilitados 15 serviços. O	No ano de 2015 foram habilitados 34	-----

	<p>hospitais habilitados em alto risco obstétrico, passando de 2.382 leitos para 2.895 até 2015</p> <p>2013: Habilitar 276 serviços como Maternidade para Atenção à Gestante de Alto Risco, passando de 197 serviços em 2012 para 473 até 2015.</p>	UTI implantados	alcançada em 2012.	total de serviços habilitados no período 2012 - 2014 foi de 163.	serviços. Desde 2012 foram habilitados 75 serviços.	
4	<p>2012: Capacitar 200 parteiras de comunidades quilombolas.</p> <p>2013: Capacitar 1.300 parteiras tradicionais até 2015.</p>	90 parteiras capacitadas	Foram qualificadas: 300 parteiras	Em 2014 foram capacitadas 217 parteiras tradicionais. O total de parteiras tradicionais capacitadas no período 2012 – 2014 foi de 607.	126 parteiras tradicionais.	733 ou 56%
5	<p>2012: Implantar 156 novas casas de gestante, bebê e puérpera, passando de 36 (implantadas pela “Rede Cegonha”) em 2011 para 192 até 2015.</p> <p>2013: Implantar 20 novas Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), passando de 36 casas em 2011 para 56 até 2015.</p>	14 propostas de CGBP aprovadas	Das propostas aprovadas, em 2013, para ampliação e reforma de CGBP, 1 obra estava em andamento; 5 em fase de licitação e 21 com projetos a serem entregues na CEF.	Em 2014 foram implantados 5 estabelecimentos. O total de estabelecimentos implantados no período 2011 – 2014 foi de 11.	O total do período 2012 – 2015 foi de 13 CGBPs implantadas.	65%
	2012: Implantar 249					

6	<p>novos centros de parto normal, passando de 35 centros (implantadas pela “Rede Cegonha”) em 2011 para 284 até 2015.</p> <p>2013: Implantar 30 novos Centros de Parto Normal, passando de 35 para 65 até 2015.</p>	25 propostas de centro de parto normal aprovadas	Em 2013, 1 CPN foi habilitada, 3 estavam recebendo recursos e 6 processos de CPN haviam sido encaminhados para habilitação.	Em 2014 foram implantados 4 novos CPN. O total de CPN implantados no período 2012 – 2014 foi de 11.	O total do período 2012-2015 foi de 40 CPNs implantados.	133%
7	<p>2012: Realizar teste de eletroforese em 100% das gestantes usuárias do SUS, de acordo com o protocolo de pré-natal proposto pela “Rede Cegonha”.</p> <p>2013: Garantir a oferta do teste de eletroforese para as gestantes usuárias do SUS em 100% dos municípios brasileiros, de acordo com o protocolo de pré-natal proposto pela Rede Cegonha.</p>	Não apurado. Em fase de qualificação da rede.	De janeiro a dezembro de 2013 foram realizados 625.532 testes de eletroforese no Brasil ⁷⁹	Até dez/2014 1.187 (21%) dos municípios possuem o teste de eletroforese para as gestantes usuárias do SUS.	Até dez/2015 1.236 (21%) dos municípios possuem o teste de eletroforese para as gestantes usuárias do SUS.	2.423 municípios ofertando o teste de eletroforese para as gestantes usuárias do SUS ou 42% dos municípios.
	2012: Realizar teste rápido da sífilis em 100% das gestantes usuárias do		No âmbito da			

⁷⁹O que equivale a aproximadamente 28,43% testes de eletroforese realizados.

8	SUS até 2015, de acordo com o protocolo de pré-natal proposto pela “Rede Cegonha”.	No ano de 2012 foram adquiridos 4,8 milhões de testes rápidos (TR) de sífilis e estava em apuração o nº de gestantes que realizaram o referido teste.	Rede Cegonha, foram realizados 135.054 testes rápidos dos quais 24.826 de sífilis e 110.228 de HIV em gestantes, em todo território nacional.	No SISPRENATAL, o nº de testes realizados foi de 97.765, ou seja, 9% das gestantes previstas.	2,2 milhões	-----
	2013: Garantir a oferta de teste rápido da sífilis para 100% das gestantes usuárias do SUS, de acordo com o protocolo de pré-natal proposto pela Rede Cegonha.					

Fonte: Brasil, 2011; Brasil, 2013; Brasil, 2014; Brasil, 2015. Sistematizado pela autora, 2024.

Das oito metas, apenas três foram alcançadas.

Embora os RAG 2016, 2017, 2018 e 2019 todos estivessem disponíveis no site do MS, observamos que alguns dados dos primeiros documentos foram revisados nos RAGs posteriores. Então, como o RAG 2019 continha informações de todos os demais anos deste quadriênio, optamos por somente utilizá-lo como fonte de dados (Quadro 11), considerando que as informações nele contidas tenham sido as mais atuais.

Das quatro metas apresentadas em conformidade com a Rede Cegonha, apenas uma foi alcançada. Em nossa análise, o não alcance das demais metas esteve associado às constantes disputas pelos recursos públicos, que inclusive já repercutiam no subfinanciamento do SUS antes da elaboração deste plano. No entanto, como vimos na seção 2, com a austeridade fiscal imposta pela EC nº 95/2016 entrou em curso no Brasil o desfinanciamento das políticas sociais, como a de saúde.

Quadro 12 - Ações realizadas conforme o RAG 2019.

Nº	METAS	AÇÕES REALIZADAS EM 2016	AÇÕES REALIZADAS EM 2017	AÇÕES REALIZADAS EM 2018	AÇÕES REALIZADAS EM 2019	ALCANCE % DA META
1	Habilitar 140 novos serviços como Maternidade de Referência para Atenção à Gestação de Alto Risco (GAR).	9	3	36	19	47%
2	Adequar a ambiência de 120 maternidades (reforma e aquisição de equipamentos) para a atenção humanizada ao parto e nascimento.	31	11	16	6	53%
3	Implantar 20 novas Casas de Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP.	4	8	4	9	125%
4	Implantar 60 novos Centros de Parto Normal – CPN.	3	8	2	2	25%

Fonte: Brasil, 2019. Sistematizado pela autora, 2024.

Em um contexto da EC nº 95/2016, houve retração nos investimentos estatais no SUS, impondo-lhe sua desestruturação e tendência à privatização (Mendes, 2017; Mendes; Carnut, 2020).

Neste sentido, observamos, também, que a meta que obteve menor alcance foi a de implantação de CPNs, que ofertam serviços obstétricos de menor complexidade e de menor custo e que, conforme as evidências científicas e as recomendações de boas práticas de atenção ao parto, favorecendo a humanização dos partos de risco habitual. Como vimos na seção 4, os CPNs também rompem com a lógica da centralidade da intervenção do médico obstetra na assistência ao parto.

Assim, inferimos que o baixo alcance da meta também é um indício do longo processo que o Brasil atravessou na mudança do paradigma do modelo de atenção ao parto, desde os anos 2000. As metas do PNS 2016-2019 e o seu alcance nos RAG evidenciam que a transição do modelo intervencionista para o modelo proposto pelo movimento de humanização do parto ainda precisa avançar significativamente no país.

Como vimos até aqui, o PHPN, a PNAISM, o Pacto, a Rede Cegonha e os PNS são políticas que articulam as demandas dos movimentos sociais, principalmente os feministas e pela humanização do parto. No entanto, a trajetória destas políticas não vem ocorrendo de forma linear ou evolutiva, mas com avanços e retrocessos que se refletem na forma como a assistência aos direitos reprodutivos das gestantes e puérperas vêm sendo garantidos. A partir de agora analisamos as mortes maternas e os direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal de 2000 a 2019, para entender o que a crise sanitária causada pelo SARS-CoV-2 trouxe de novo e manteve de velho.

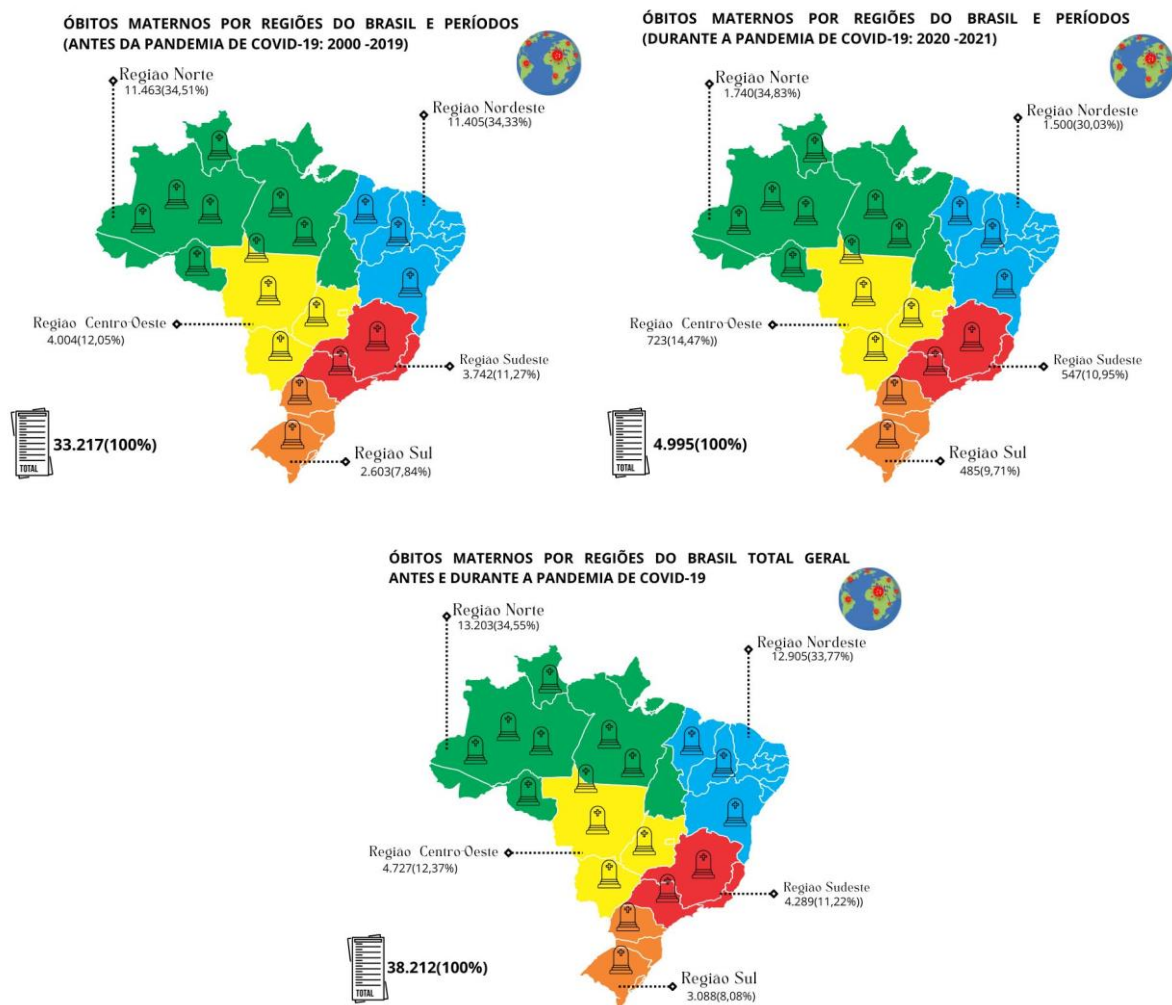
A partir de então estabelecemos uma análise comparativa entre os períodos antes da pandemia de Covid-19, considerando o período de 2000 a 2019, e durante a crise sanitária, de 2020 a 2021. Os dados da mortalidade materna foram extraídos do SIM e utilizamos as variáveis região, faixa etária, raça/etnia e escolaridade que nos auxiliaram na interpretação desta realidade enquanto expressão da questão social, necessariamente atravessada pela dinâmica das lutas sociais.

Por meio dos registros do SIM, trabalhamos aqui com o universo de 38.212 mortes maternas no Brasil, de 2000 a 2021. Destas, 33.217 ocorreram antes da pandemia e 4.995, durante a crise decorrente das infecções pelo SARS-CoV-2, na qual as demais causas de mortalidade materna persistiram como um problema de saúde pública. Ressaltamos que todos os testes qui-quadrado aplicados segundo as variáveis região, faixa etária, raça/etnia e escolaridade resultaram em p-valor $< 0,05$, mostrando que houve significância estatística entre elas, e os óbitos maternos antes e durante a pandemia.

5.2. O novo e o velho nos óbitos maternos e suas relações socioespaciais

Ao compararmos a mortalidade materna antes e durante a pandemia de Covid-19 pelas regiões do Brasil, vimos que os percentuais são semelhantes (Figura 16).

Figura 16 - Óbitos maternos por regiões do Brasil e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2000-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021 e total).



Fonte: SIM, 2023. Sistematização da autora, 2024.

Tanto antes quanto durante a pandemia de Covid-19 os óbitos maternos ocorreram mais na região Norte, seguida das regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul,

respectivamente, com pequenas variações entre os períodos. Como discutido na seção 4, as desigualdades socioespaciais se reproduzem na distribuição e oferta de serviços de saúde nas regiões brasileiras.

Ao compararmos com o que vimos nos dados do SRAG, as mortes maternas pela Covid-19 tiveram uma distribuição territorial um pouco peculiar, atingindo principalmente o Sudeste e, em seguida, o Nordeste, o Norte, o Centro-Oeste e o Sul do Brasil, respectivamente. Também já mostramos que o impacto da Covid-19 foi maior no Sudeste devido à densidade populacional e às relações sociais mais complexas que favoreceram a proliferação do SARS-CoV-2.

Neste sentido, conforme a tabela 39, podemos afirmar que a Covid-19 ocasionou uma nova configuração da mortalidade materna no Brasil por esta causa especificamente, que modificou as posições das regiões Sudeste, Norte e Centro-Oeste, ao mesmo tempo que as regiões Nordeste e Sul continuaram ocupando o 2º e o 5º lugar, tanto pelas outras causas de morte materna quanto apenas pela Covid-19.

Tabela 39 – Óbitos maternos antes da pandemia e óbitos maternos pela Covid-19 durante a pandemia.

Nº	Óbitos maternos (2000 a 2019)	Óbitos maternos pela Covid-19 (2020 a 2021)
1	Norte (34,51%)	Sudeste (40,70%)
2	Nordeste (34,33%)	Nordeste (28,77%)
3	Centro-Oeste (12,05%)	Norte (14,39%)
4	Sudeste (11,27%)	Centro-Oeste (10,18%)
5	Sul (7,84%)	Sul (5,96%)

Fonte: SIM, 2023; SRAG, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Vimos, assim, que a mortalidade materna pela Covid-19 trouxe novidades e continuidades na distribuição da mortalidade materna pelas macrorregiões brasileiras. Podemos dizer que houve a convivência entre o velho e o novo na garantia dos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. De acordo com a figura 12, apesar do agravamento das mortes maternas causado pela Covid-19, inferimos que a

persistência das desigualdades regionais que se refletem nos óbitos maternos por outras causas fez com que tanto antes quanto durante a crise sanitária, as regiões se mantivessem nas mesmas posições.

As desigualdades regionais eram e continuaram sendo entraves no enfrentamento da mortalidade materna durante a pandemia de Covid-19. Somado a isto, as mortes (evitáveis) maternas pelas velhas e conhecidas causas continuaram se reproduzindo no Brasil no decorrer da crise sanitária.

5.2.1 As perdas em anos de vida pela mortalidade materna

Ao compararmos os dados de mortalidade materna por faixa etária no período anterior e durante a pandemia de Covid-19, identificamos que a crise sanitária provocou significativas mudanças no perfil etário. Vejamos na tabela 40:

Tabela 40 - Mortalidade materna por faixa etária e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2000-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021).

Faixa etária	Período		Total
	Antes	Durante	
10 a 14 anos	309 (0,93%)	18 (0,36%)	327 (0,86%)
15 a 19 anos	4505 (13,57%)	366 (7,33%)	4871 (12,76%)
20 a 29 anos	13501 (40,67%)	1812 (36,28%)	15313 (40,1%)
30 a 39 anos	12075 (36,38%)	2363 (47,31%)	14438 (37,81%)
40 a 49 anos	2732 (8,23%)	430 (8,61%)	3162 (8,28%)
50 a 59 anos	71 (0,21%)	6 (0,12%)	77 (0,2%)
Total	33193 (100%)	4995 (100%)	38188 (100%)

Fonte: SIM, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Antes da pandemia as mortes maternas se concentravam na faixa etária de 20 a 29 anos (40,67%), seguida da de 30 a 39 anos (36,38%). Já durante a pandemia, houve uma inversão entre esses grupos: a maior parte dos óbitos maternos ocorreu entre as gestantes e puérperas de 30 a 39 anos, com aumento de 11%, seguidas daquelas entre 20 a 29 anos, que reduziu em 4%.

Durante a pandemia as mortes maternas em geral foram mais expressivas na faixa etária de 30 a 39 anos (47,31%) e, em seguida, na de 20 a 29 anos (36,28%). Este dado está em conformidade com os do SRAG (tabela 7, da seção anterior) que mostraram que as gestantes e puérperas que mais foram à óbito pela Covid-19 tinham de 30 a 34 anos (42,37%), de 35 a 39 anos (37,29%), de 25 a 29 anos (30,51%) e de 20 a 24 anos (23,73%), respectivamente. Conforme a análise que apresentamos dos dados de Covid-19 do SRAG, as mulheres no ciclo gravídico-puerperal infectadas pelo SARS-CoV-2 têm mais riscos de óbito quando estão nesta faixa etária.

Por outro lado, se as mulheres no ciclo gravídico-puerperal de 20 a 29 anos eram as que mais tinham risco de morte materna antes da pandemia (40,67%), na crise sanitária elas passam a ser o segundo grupo de maior risco (36,28%), com uma variação de 4,39%. Se levarmos em consideração o quantitativo temporal em comparação (20 anos sem a Covid-19 e dois anos de Covid-19), inferimos que 4,39% de mudança no padrão etário de mortalidade materna é significativo, sim. Ou seja, o impacto que a pandemia de Covid-19 provocou no perfil de óbitos maternos no Brasil não pode ser minimizado.

Contudo, não podemos perder de vista a persistência das demais causas de mortalidade materna durante a crise sanitária. Inferimos que se as gestantes e puérperas de 20 a 29 anos continuam sendo um grupo expressivo nos óbitos maternos (36,28%), é porque no cenário da crise sanitária as doenças hipertensivas, as hemorragias, as infecções puerperais, os abortos e as outras causas continuaram sendo graves problemas para as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, causando mortes que teriam grandes chances de serem evitadas.

Nossa análise é confirmada quando notamos o total de mortes maternas por faixa etária: as gestantes e puérperas de 20 a 29 anos são as mais expressivas (40,1%), seguidas das de 30 a 39 anos (37,81%). Além disto, se considerarmos que a vacina contra a Covid-19 se mostrou eficaz na prevenção à doença e que contra as outras principais causas de mortalidade materna não há vacina, persistem os desafios para as políticas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil, que precisam ampliar as ações, programas e serviços a

todos os ciclos de vida das mulheres.

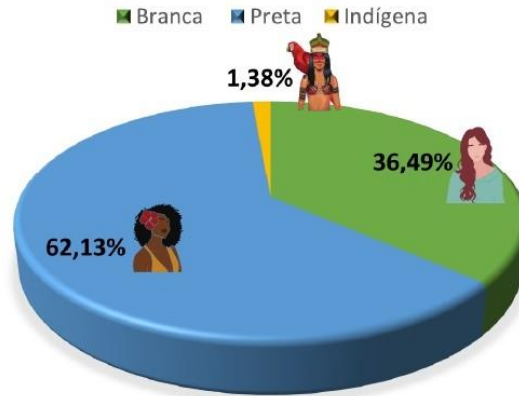
Entendemos também que, no tocante à vacina contra a Covid-19, sua disponibilidade nas UBS não é suficiente, e é necessário o fortalecimento da educação popular em saúde, da divulgação de informações com evidências científicas para as mulheres e a população em geral, bem como o enfrentamento do negacionismo da doença e da hesitação em se vacinar (Morel, 2021; Observatório Direitos Humanos Crise Covid-19, s/d).

5.2.2 A questão étnico-racial e a mortalidade materna: a persistência da desigualdade

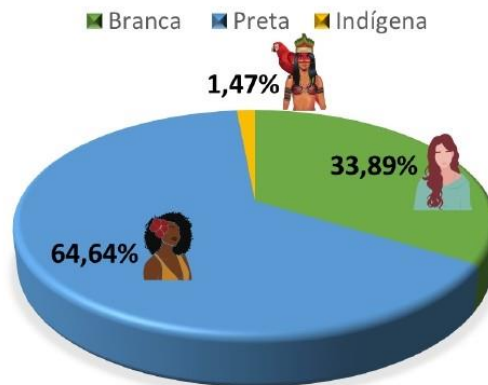
Em relação ao aspecto étnico-racial, no gráfico 5 observamos a manutenção da desigualdade étnico-racial nas ocorrências dos óbitos maternos, ou seja, a permanência do velho durante o novo contexto da crise sanitária.

Gráfico 5 - Mortes maternas por raça/etnia e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2000-2019; durante a pandemia de Covid-19:2020-2021)

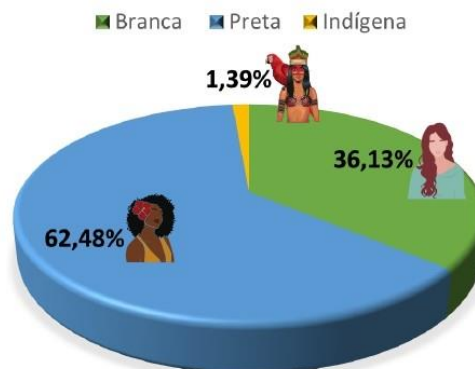
MORTES MATERNAS POR RAÇA/ETNIA E PERÍODO: ANTES DA PANDEMIA POR COVID-19: 2000-2019



MORTES MATERNAS POR RAÇA/ETNIA E PERÍODO: DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19: 2020-2021



MORTES MATERNAS POR RAÇA/ETNIA TOTAL GERAL ANTES E PÓS PERÍODO DE PANDEMIA POR COVID 19



Fonte: SIM, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Durante a pandemia de Covid-19, as desigualdades étnico-raciais se aprofundaram: houve um aumento de 2,51% de mortes entre as gestantes e puérperas negras, e de 0,10% para as indígenas, e redução de 2,60% entre as brancas.

Com esses dados, inferimos que as desigualdades étnico-raciais são uma forte característica da mortalidade materna no Brasil, à medida que são claramente significativas tanto antes, quanto no decorrer da pandemia de Covid-19 no país. As gestantes e puérperas negras foram as que mais morreram no ciclo gravídico-puerperal (62,48%) ao longo de todos esses anos, tanto antes da crise sanitária (62,13%), quanto durante este período (64,64%).

Em relação aos dados de mortalidade materna pela Covid-19, apresentados na seção anterior, há aqui outra confirmação estatística: as gestantes e puérperas negras morreram mais quando infectadas pelo SARS-CoV-2 do que as dos outros grupos étnico-raciais. No entanto, elas também foram as que mais morreram antes da pandemia, ou seja, foram as maiores vítimas das demais causas de mortalidade materna, que persistiram afetando mais este grupo durante a pandemia.

Quanto à mortalidade materna entre as gestantes e puérperas indígenas, não podemos perder de vista a possibilidade de subnotificação, conforme problematizamos na seção 4. Com esta análise, inferimos que a pandemia de Covid-19 aprofundou a velha e persistente problemática da desigualdade étnico-racial na garantia dos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

5.2.3 Acesso à educação, direitos reprodutivos e mortalidade materna

Sobre o aspecto da escolaridade, a comparação entre o percentual de mortes maternas antes e durante a pandemia de Covid-19 por anos de estudo mostrou que ocorreram mudanças, mas também continuidades. Vejamos na tabela 41:

Tabela 41 - Mortes maternas por escolaridade e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2000-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021)

Escolaridade	Período		Total
	Antes	Durante	
Nenhuma	1398 (5,63%)	77 (1,77%)	1475 (5,05%)
1 a 3 anos	4225 (17,01%)	282 (6,49%)	4507 (15,44%)
4 a 7 anos	8158 (32,84%)	859 (19,77%)	9017 (30,89%)
8 a 11 anos	8504 (34,23%)	2336 (53,76%)	10840 (37,14%)
12 anos e mais	2556 (10,29%)	791 (18,2%)	3347 (11,47%)
Total	24841 (100%)	4345 (100%)	29186 (100%)

Fonte: SIM, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Em ambos os períodos os óbitos maternos continuaram ocorrendo mais no grupo de gestantes e puérperas que tiveram de 8 a 11 anos de estudo (34,23% e 53,76%, respectivamente), totalizando 30,89% das mortes. Embora esse grupo tenha sido o mais expressivo nos dois períodos, com a pandemia de Covid-19 houve um incremento de 19,53% na mortalidade materna de gestantes e puérperas com 8 a 11 anos de estudo.

Também em termos de continuidade, o segundo grupo que mais se destacou foi o das mulheres no ciclo gravídico-puerperal que tinham de 4 a 7 anos de escolaridade, tanto antes da pandemia (32,84%), quanto durante ela (19,77%). No entanto, com uma redução de 13,07% em 2020 e 2021.

As diferenças entre os períodos ficam mais evidentes a partir do 3º grupo de escolaridade: enquanto no período anterior à pandemia as gestantes e puérperas que ocupavam este lugar na mortalidade materna tinham entre 1 a 3 anos de estudo (17,01%), durante a crise sanitária, tivemos uma novidade: o 3º grupo de mulheres no ciclo gravídico-puerperal que mais morreu foi com 12 anos e mais de estudo (18,02%).

Frente a este aparente paradoxo, precisamos resgatar nossa análise da seção 4 sobre a relação entre as mortes maternas pela Covid-19 e faixa etária. Inferimos que esse aumento de 8% das mortes maternas entre gestantes e puérperas com 12 anos ou mais de estudo em 2020 e 2021 esteve associado à idade destas mulheres. Como vimos nas tabelas 15 e 19, houve dependência estatística entre os óbitos maternos pela Covid-19 e as faixas etárias de 35 a 39 anos e 40 a 49 anos, indicando alto risco de morte.

Se considerarmos que anos de estudo também significam anos de vida, conseguimos desvelar esse novo aspecto da mortalidade materna decorrente das infecções pela Covid-19. Isto se comprova também pelo fato de que maiores níveis de escolaridade indicam maior acesso à educação e, inclusive à educação sexual e ao planejamento reprodutivo que, por sua vez, impactam positivamente na prevenção da gravidez indesejada e do aborto inseguro, além de na redução da mortalidade materna, e não ao contrário (Pedro et al, 2021; Menandro et al, 2024).

Em ambos os períodos, as mulheres no ciclo gravídico-puerperal que menos foram a óbito materno foram as sem nenhuma escolaridade, totalizando 3,86%. Porém, diferente do que vimos na seção 4, no que diz respeito à mortalidade materna pela Covid-19, as gestantes e puérperas sem escolaridade foram as mais vitimizadas. Assim, inferimos que as doenças hipertensivas, as hemorragias, infecções, abortos e outras causas de mortalidade materna continuam prevalecendo entre os grupos com mais anos de estudo.

No que diz respeito ao período antes da pandemia, nosso estudo se assemelha ao de Rodrigues et al (2019), sobre a mortalidade materna no Brasil de 2006 a 2017. Ainda assim, indicamos a necessidade de mais pesquisas que incluam a escolaridade como um fator importante nas disparidades socioeconômicas que se reflete na mortalidade materna, tanto pela Covid-19, quanto pelas demais causas. De todo modo, identificamos que a baixa escolaridade permanece como um fator de risco para as brasileiras no ciclo gravídico puerperal, principalmente quando infectadas pelo SARS-CoV-2.

5.2.4 Faixa etária e raça/etnia: possíveis relações na mortalidade materna antes e durante a pandemia

A seguir, apresentamos dados relativos à idade e raça/etnia das gestantes e puérperas que foram à óbito antes e durante a pandemia de Covid-19, para refletirmos sobre as desigualdades que caracterizaram a mortalidade materna como uma expressão da questão social fora e dentro da crise sanitária.

Ao aplicarmos o teste qui-quadrado, encontramos p-valor < 0,05 e, assim, rejeitando a

hipótese nula, encontramos dependência estatística entre as mortes maternas por faixa etária, raça/etnia e períodos (antes e durante a pandemia).

Vejamos a tabela 42 sobre as relações entre os óbitos maternos por faixa etária e raça/etnia antes da crise sanitária.

Tabela 42 – Mortes maternas por raça/etnia x faixa etária, 2000 – 2019.

Faixa etária	Raça/Etnia				Total
	Branca	Negra	Indígena	Ignorado	
10 a 14 anos	74 (0,65%)	201 (1,04%)	15 (3,51%)	19 (0,86%)	309 (0,93%)
15 a 19 anos	1335 (11,8%)	2773 (14,39%)	90 (21,08%)	307 (13,93%)	4505 (13,56%)
20 a 29 anos	4425 (39,11%)	8011 (41,58%)	150 (35,13%)	915 (41,52%)	13501 (40,65%)
30 a 39 anos	4509 (39,85%)	6686 (34,7%)	128 (29,98%)	752 (34,12%)	12075 (36,36%)
40 a 49 anos	935 (8,26%)	1553 (8,06%)	43 (10,07%)	201 (9,12%)	2732 (8,23%)
50 a 59 anos	29 (0,26%)	31 (0,16%)	1 (0,23%)	10 (0,45%)	71 (0,21%)
Ignorado	7 (0,06%)	11 (0,06%)	0 (0%)	0 (0%)	18 (0,05%)
Total	11314 (100%)	19266 (100%)	427 (100%)	2204 (100%)	33211 (100%)

Fonte: SIM, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Antes da pandemia de Covid-19 as mortes maternas ocorreram principalmente entre as mulheres negras de 20 a 29 anos (41,58%), seguidas das brancas de 30 a 39 anos (39,85%) e de 20 a 29 anos (39,11%), das indígenas de 20 a 29 anos (35,13%), e das negras de 30 a 39 anos (34,7%), respectivamente.

Durante a pandemia, encontramos algumas diferenças. Vejamos na tabela 43:

Tabela 43 – Mortes maternas por raça/etnia x faixa etária, 2020 – 2021.

Faixa etária	Raça/Etnia				Total
	Branca	Negra	Indígena	Ignorado	
10 a 14 anos	1 (0,06%)	13 (0,41%)	2 (2,78%)	2 (1,85%)	18 (0,36%)
15 a 19 anos	86 (5,19%)	256 (8,1%)	15 (20,83%)	9 (8,33%)	366 (7,33%)
20 a 29 anos	581 (35,08%)	1183 (37,45%)	20 (27,78%)	28 (25,93%)	1812 (36,28%)
30 a 39 anos	835 (50,42%)	1447 (45,81%)	25 (34,72%)	56 (51,85%)	2363 (47,31%)
40 a 49 anos	152 (9,18%)	256 (8,1%)	10 (13,89%)	12 (11,11%)	430 (8,61%)
50 a 59 anos	1 (0,06%)	4 (0,13%)	0 (0%)	1 (0,93%)	6 (0,12%)
Total	1656 (100%)	3159 (100%)	72 (100%)	108 (100%)	4995 (100%)

Fonte: SIM, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Em 2020 e 2021 as gestantes e puérperas brancas de 30 a 39 anos foram as maiores vítimas da mortalidade materna (50,42%), seguidas das negras na mesma faixa etária (45,81%), das negras de 20 a 29 anos (37,45%), das brancas da mesma faixa etária (35,08%) e das indígenas de 30 a 39 anos (34,72%), respectivamente.

De 2000 a 2021, as mortes maternas por faixa etária e raça/etnia ocorreram conforme a tabela 44:

Tabela 44 – Mortes maternas por raça/etnia x faixa etária, 2000 – 2021.

Faixa etária	Raça/Etnia				Total
	Branca	Negra	Indígena	Ignorado	
10 a 14 anos	75 (0,58%)	214 (0,95%)	17 (3,41%)	21 (0,91%)	327 (0,86%)
15 a 19 anos	1421 (10,96%)	3029 (13,51%)	105 (21,04%)	316 (13,67%)	4871 (12,75%)
20 a 29 anos	5006 (38,6%)	9194 (41%)	170 (34,07%)	943 (40,79%)	15313 (40,08%)
30 a 39 anos	5344 (41,2%)	8133 (36,27%)	153 (30,66%)	808 (34,95%)	14438 (37,79%)
40 a 49 anos	1087 (8,38%)	1809 (8,07%)	53 (10,62%)	213 (9,21%)	3162 (8,28%)
50 a 59 anos	30 (0,23%)	35 (0,16%)	1 (0,2%)	11 (0,48%)	77 (0,2%)
Total	12970 (100%)	22425 (100%)	499 (100%)	2312 (100%)	38206 (100%)

Fonte: SIM, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Ao longo do período de nosso estudo as gestantes e puérperas brancas de 30 a 39 anos e as negras de 20 a 29 anos foram as que mais foram à óbito (41,2% e 41%, respectivamente), seguidas das brancas de 20 a 29 anos (38,6%), das negras de 30 a 39 anos (36,27%) e das indígenas de 20 a 29 anos (34,07%), respectivamente.

5.2.5 Raça/etnia e escolaridade: possíveis relações na mortalidade materna antes e durante a pandemia

Conforme já discutimos nesta seção, as variáveis raça/etnia e escolaridade também foram importantes indicadores da configuração dos óbitos maternos no Brasil. Assim, apresentamos a seguir as relações entre elas. Vejamos na tabela 45:

Tabela 45 – Mortes maternas por raça/etnia x escolaridade, 2000 – 2019.

Escolaridade	Raça/Etnia				Total
	Branca	Negra	Indígena	Ignorado	
Nenhuma	258 (2,28%)	961 (4,99%)	103 (24,12%)	76 (3,44%)	1398 (4,21%)
1 a 3 anos	1120 (9,9%)	2869 (14,89%)	65 (15,22%)	171 (7,74%)	4225 (12,72%)
4 a 7 anos	2554 (22,57%)	5275 (27,38%)	93 (21,78%)	236 (10,68%)	8158 (24,56%)
8 a 11 anos	3228 (28,53%)	5005 (25,98%)	55 (12,88%)	216 (9,77%)	8504 (25,6%)
12 anos e mais	1418 (12,53%)	1065 (5,53%)	10 (2,34%)	63 (2,85%)	2556 (7,69%)
Ignorado	2736 (24,18%)	4091 (21,23%)	101 (23,65%)	1448 (65,52%)	8376 (25,22%)
Total	11314 (100%)	19266 (100%)	427 (100%)	2210 (100%)	33217 (100%)

Fonte: SIM, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Antes da pandemia de Covid-19, no grupo das gestantes e puérperas brancas os óbitos maternos entre as que tinham de 8 a 11 anos de estudo eram, aparentemente, os mais expressivos (28,5%). No entanto, ao somarmos os percentuais das que tinham nenhuma escolaridade, com as que tinham de 1 a 3 anos de estudo e de 4 a 7 anos, vemos que 34,8% das brancas no ciclo gravídico-puerperal foram à óbito. 12,5% das brancas tinham 12 ou mais anos de estudo.

No grupo das gestantes e puérperas negras, as que mais foram à óbito tinham entre 4 a 7 anos de estudo (27,4%), seguidas da que estudaram de 8 a 11 anos (26%). E, se novamente somarmos o grupo mais expressivo com as os grupos de mais baixa escolaridade, identificamos que 47,3% das mulheres no ciclo gravídico puerperal que foram à óbito tinham de nenhuma escolaridade a, no máximo, 7 anos de estudo. Neste grupo, 5,5% dos óbitos maternos ocorreram entre mulheres com 12 ou mais anos de estudo.

Os dados nos chamaram ainda mais atenção quando relacionamos a escolaridade com a raça/etnia indígena. Neste grupo, 61,1% das gestantes e puérperas vítimas da mortalidade materna tinham de nenhuma escolaridade até 7 anos de estudo. 12,9% delas tinham de 8 a 11 anos de estudo, e somente 2,3% 12 ou mais anos de estudo.

Assim, inferimos que antes da pandemia de Covid-19 a relação entre raça/etnia e escolaridade evidenciava que as gestantes e puérperas com menos anos de estudo eram as principais vítimas da mortalidade materna no Brasil nos três grupos étnico-raciais, e que as negras e indígenas eram mais afetadas ainda. Era assim que a mortalidade materna se configurava entre estas mulheres. Agora, vejamos na tabela 46 como a relação entre raça/etnia e escolaridade se expressou nos óbitos maternos durante a pandemia:

Tabela 46 – Mortes maternas por raça/etnia x escolaridade, 2020 – 2021.

Escolaridade	Raça/Etnia				Total
	Branca	Negra	Indígena	Ignorado	
Nenhuma	10 (0,6%)	52 (1,65%)	14 (19,44%)	1 (0,93%)	77 (1,54%)
1 a 3 anos	56 (3,38%)	211 (6,68%)	12 (16,67%)	3 (2,78%)	282 (5,65%)
4 a 7 anos	210 (12,68%)	629 (19,91%)	9 (12,5%)	11 (10,19%)	859 (17,2%)
8 a 11 anos	783 (47,28%)	1503 (47,58%)	20 (27,78%)	30 (27,78%)	2336 (46,77%)
12 anos e mais	413 (24,94%)	364 (11,52%)	2 (2,78%)	12 (11,11%)	791 (15,84%)
Ignorado	184 (11,11%)	400 (12,66%)	15 (20,83%)	51 (47,22%)	650 (13,01%)
Total	1656 (100%)	3159 (100%)	72 (100%)	108 (100%)	4995 (100%)

Fonte: SIM, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Entre as gestantes e puérperas brancas, 47,3% dos óbitos se deu entre as que tinham de 8 a 11 anos de estudo, 24,9% entre as com 12 ou mais anos de estudo e 16,7% entre as sem escolaridade até 7 anos de estudo.

Entre as negras, a maioria das mulheres no ciclo gravídico puerperal que morreram também tinha de 8 a 11 anos de estudo (47,6%), seguidas das que não tinham nenhuma escolaridade até as que estudaram de 4 a 7 anos (28,2%) e das que tinham 12 ou mais anos de estudo (11,5%).

Entre as gestantes e puérperas indígenas, as que tinham de 8 a 11 anos de estudo aparentemente também foram as que mais morreram (27,8%). No entanto, ao somarmos as que não tinham nenhuma escolaridade, com as que estudaram de 1 a 3 anos e de 4

a 7 anos, notamos que foram a maioria (48,6%). 2,8% das indígenas vítimas da mortalidade materna tinham 12 ou mais anos de estudo.

Verificamos que durante a pandemia de Covid-19, as gestantes e puérperas com 8 a 11 anos de estudo foram as que mais morreram em todos os grupos étnico-raciais. Como já abordamos anteriormente, entendemos que isto está associada aos anos de vida, que entre algumas faixas etárias, indicaram alto risco relativo de óbito pela Covid-19. No entanto, observamos que tanto antes quanto durante a pandemia, entre as gestantes e puérperas indígenas os óbitos maternos se expressaram principalmente entre as com nenhuma escolaridade até, no máximo, 7 anos de estudo. Este dado demonstra a desigualdade das mulheres ao acesso à educação e, principalmente, o quanto este direito não tem sido devidamente assegurado às indígenas.

No período total, 2000 a 2021, os óbitos maternos por raça/etnia e escolaridade ocorreram conforme a tabela 47:

Tabela 47 – Mortes maternas por raça/etnia x escolaridade, 2000 – 2021

Escolaridade	Raça/Etnia				Total
	Branca	Negra	Indígena	Ignorado	
Nenhuma	268 (2,07%)	1013 (4,52%)	117 (23,45%)	77 (3,32%)	1475 (3,86%)
1 a 3 anos	1176 (9,07%)	3080 (13,73%)	77 (15,43%)	174 (7,51%)	4507 (11,79%)
4 a 7 anos	2764 (21,31%)	5904 (26,33%)	102 (20,44%)	247 (10,66%)	9017 (23,6%)
8 a 11 anos	4011 (30,93%)	6508 (29,02%)	75 (15,03%)	246 (10,61%)	10840 (28,37%)
12 anos e mais	1831 (14,12%)	1429 (6,37%)	12 (2,4%)	75 (3,24%)	3347 (8,76%)
Ignorado	2920 (22,51%)	4491 (20,03%)	116 (23,25%)	1499 (64,67%)	9026 (23,62%)
Total	12970 (100%)	22425 (100%)	499 (100%)	2318 (100%)	38212 (100%)

Fonte: SIM, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Conforme a tabela acima, de 2000 a 2021 em todos os grupos étnico-raciais as mortes maternas ocorreram mais entre as gestantes e puérperas que tinham de nenhuma escolaridade até, no máximo, 7 anos de estudo. Entre as brancas o percentual foi de 32,5%, entre as negras, de 44,5%, e entre as indígenas, chegou a 59,2%.

O segundo grupo mais expressivo entre todas as mulheres no ciclo gravídico-puerperal por raça/etnia, foi a das com 8 a 11 anos de estudo. Neste caso, 30,9% das brancas foram vítimas da mortalidade materna, 29% das negras e 15% das indígenas.

Outra semelhança entre os três grupos étnico-raciais foi que as gestantes e puérperas com maior nível de escolaridade, com 12 ou mais anos de estudo, foram as que menos foram à óbito, sendo: 14,1% das brancas, 6,4% das negras e 2,4% das indígenas.

Por meio desta análise, podemos fazer ao menos duas inferências. A primeira é que as mortes maternas ocorreram mais entre as mulheres negras e indígenas com menor escolaridade, enquanto as que tinham mais anos de estudo morreram menos nestes grupos étnico-raciais. A segunda é que, dentre os óbitos maternos, as gestantes e puérperas brancas tinham melhores níveis de escolaridade do que as negras e as indígenas. E as negras, por sua vez, tiveram mais acesso à educação do que as indígenas.

Estes dados corroboram com outros estudos, como os de Esquenazi Borrego et al (2021) e de Rodrigues, Cavalcanti e Viana (2019), que nos mostram o quanto a mortalidade materna é sensível aos indicadores raça/etnia e escolaridade, ou seja, o quanto ela reflete as desigualdades étnico-raciais e de acesso à educação pelas mulheres brasileiras.

5.3 O velho e o novo na garantia dos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal

Com a base do SINASC estudamos um universo de 64.698.627 gestantes, parturientes e puérperas que deram à luz nascidos vivos entre 2000 e 2021. Destas, 59.291.381 constam nos dados anteriores à pandemia de Covid-19, e 5.407.246 durante a referida crise. Já com o SISAB, obtivemos dados de 8.934.432 gestantes e puérperas atendidas na atenção básica entre os anos 2017 e 2021. Sendo que 3.710.134 foram atendidas antes da pandemia, e 5.224.298 durante a pandemia.

5.3.1 Consultas Pré-natal das parturientes de nascidos vivos: o que mudou com a pandemia de Covid-19?

Os atendimentos pré-natal fazem parte dos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e o seu aumento está entre os principais objetivos do PHPN. As consultas pré-natal contribuem na detecção precoce de problemas de saúde, na preparação para o e no planejamento do momento do parto, são indicadores de maior nível de satisfação materna e, com tudo isto, são considerados importantes, enquanto estratégia para o enfrentamento da mortalidade materna (Brasil, 2000b; Amorim, s/d).

Em relação às consultas pré-natal na base do SINASC, lembramos que o sistema é alimentado por meio das DNV. Conforme o manual de instruções para o preenchimento da declaração⁸⁰ o nº de consultas pré-natal é informado por meio de consulta à Caderneta da Gestante, ou ao seu prontuário, ou até mesmo perguntando-se diretamente à parturiente. Observe a tabela 48:

Tabela 48 - Nascidos vivos por número de consultas pré-natal e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2000-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021).

Consultas	Período		Total
	Antes	Durante	
Nenhuma	1.526.755 (2,61%)	95.814 (1,78%)	1.622.569 (2,54%)
De 1 a 3 consultas	4.706.429 (8,06%)	308.286 (5,73%)	5.014.715 (7,86%)
De 4 a 6 consultas	17.460.975 (29,9%)	1.078.445 (20,05%)	18.539.420 (29,07%)
7 ou mais consultas	34.702.687 (59,43%)	3.896.879 (72,44%)	38.599.566 (60,52%)
Total	58.396.846 (100%)	5.379.424 (100%)	63.776.270 (100%)

Fonte: SINASC, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

O teste qui-quadrado rejeitou H0 (hipótese nula), indicando, assim dependência estatística entre as consultas pré-natal e os períodos antes e durante a pandemia conforme os dados do SINASC.

⁸⁰ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/declaracao-de-nascido-vivo-manual-de-instrucoes-para-preenchimento> Acesso em: 01 de mai. 2023.

Na tabela 48 observamos que o quantitativo de consultas pré-natal é relativamente semelhante antes e durante a pandemia de Covid-19. Em ambos os períodos, a maior parte dos nascidos vivos tiveram 7 ou mais consultas, totalizando 60,52%, seguida dos que tiveram de 4 a 6 consultas (29,07%), de 1 a 3 consultas (7,86%) e nenhuma (2,54%). Só durante os anos 2020 a 2021, o SINASC registrou que mais de 72% dos nascidos vivos tiveram 7 ou mais consultas pré-natal, um aumento significativo considerando o período antes da pandemia, em que esse percentual era de 59%.

Tendo em vista que o recomendado pelo PHPN e a Rede Cegonha é o mínimo de 6 consultas pré-natal, inferimos que este dado indicava a ampliação do alcance do SUS na assistência à saúde reprodutiva das gestantes ao longo destes 22 anos, inclusive com crescimento no decorrer da crise sanitária. Este dado confirma, ainda, a orientação da Nota Técnica nº 7/2020 sobre a continuidade dos atendimentos e acompanhamento pré-natal para as gestantes assintomáticas e, para aquelas com síndrome gripal, um atendimento com mais segurança, conforme discutimos na seção 4. Contudo, não podemos desconsiderar que ainda há no Brasil gestantes que não acessam nenhum atendimento pré-natal. Em nossa análise, isto consiste não apenas num atraso em termos de saúde reprodutiva, como também uma violação aos direitos dessas gestantes.

5.3.2 Consultas Pré-natal na Atenção Básica: o velho e o novo em relação à pandemia de Covid-19

Por meio da Ficha de Qualificação dos Indicadores de Pré-natal na Atenção Básica⁸¹, do SISAB, entendemos que o método de cálculo deste indicador considera apenas gestações finalizadas com sinalização de puerpério ou de parto, ou se a gestação alcançou 294 dias. Os dados informados no SISAB dizem respeito apenas às gestantes atendidas nos estabelecimentos de Atenção Básica⁸², não contemplando, assim, aquelas

⁸¹ Disponível em:

https://sisab.saude.gov.br/resource/file/ficha_qualificacao_pre_natal_na_atencao_basica_181120.pdf
Acesso em: 24 de jun. 2023.

⁸² De acordo com a Nota Técnica – Relatório de Pré-Natal na Atenção Básica os estabelecimentos de Atenção Básica são: Posto de saúde, Centro de saúde / Unidade básica, Unidade móvel fluvial, Unidade móvel terrestre e polo academia da saúde. Disponível em:

que realizaram consultas pré-natal em clínicas e hospitais, por exemplo. Uma vez que consideramos o que está contemplado neste indicador, observemos a Tabela 49:

Tabela 49 - Número de consultas pré-natal por gestante e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2017-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021).

Consultas Pré-Natal	Período		Total
	Antes	Durante	
1 a 3 atendimentos	2.422.528 (65,29%)	2.972.493 (56,9%)	5.395.021 (60,38%)
4 a 5 atendimentos	617.351 (16,64%)	832.973 (15,94%)	1.450.324 (16,23%)
6 ou mais atendimentos	670.255 (18,07%)	1.418.832 (27,16%)	2.089.087 (23,38%)
Total	3.710.134 (100%)	5.224.298 (100%)	8.934.432 (100%)

Fonte: SISAB, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Aqui também o teste qui-quadrado rejeitou H0 (hipótese nula), e evidenciou que houve dependência estatística entre as consultas pré-natal ofertadas na Atenção Básica e os períodos antes e durante a pandemia.

Os resultados obtidos por meio do SISAB sobre as consultas pré-natal por gestantes, também mostraram um aumento percentual (quase 10%) no período de pandemia no seu melhor indicador, que são as gestantes com 6 ou mais consultas. Contudo, nesta base de dados, o maior grupo tanto antes quanto durante a pandemia de Covid-19 foi o das gestantes que tiveram de 1 a 3 atendimentos apenas, totalizando (60,38%). Assim, é possível inferir que a baixa cobertura do pré-natal na atenção básica é uma questão de saúde reprodutiva que perpassa os anos anteriores à crise sanitária e também a sua emergência.

Com base nas recomendações do PHPN, da Rede Cegonha e demais políticas, as gestantes devem apresentar ao menos 6 consultas pré-natais ao final da gestante, sendo este um direito da mulher. A não garantia desse direito pode ter diversas implicações para as mulheres no ciclo gravídico puerperal, que vão desde o despreparo no momento do parto, resultando numa experiência de parturição menos satisfatória, à não prevenção aos agravos a sua saúde e a da criança, podendo incorrer em risco, como a própria mortalidade materna.

5.3.3 O velho e o novo sobre a captação precoce das gestantes pelo SUS

A Rede Cegonha recomendou que o pré-natal tivesse início precoce na gestação, para benefício da saúde da mulher e do bebê. Conforme a normativa em vigor, ele deve iniciar preferencialmente no primeiro trimestre gestacional, ou seja, até a 12ª semana da gravidez (Brasil, 2011; Leal et al, 2020).

Por meio dos dados do SISAB, elaboramos a tabela 50, abaixo, sobre a distribuição das gestantes que tiveram o primeiro atendimento até a 12ª semana da gestação pelas macro regiões brasileiras. Vejamos:

Tabela 50 - Gestantes com primeiro atendimento até a 12ª semana de gestação por região do Brasil e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2017-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021)

Região	Período		Total
	Antes	Durante	
Centro-Oeste	136.242 (7,99%)	299.937 (8,84%)	436.179 (8,56%)
Nordeste	579.128 (33,96%)	1.046.493 (30,85%)	1.625.621 (31,89%)
Norte	186.967 (10,96%)	346.392 (10,21%)	533.359 (10,46%)
Sudeste	556.813 (32,65%)	1.164.908 (34,34%)	1.721.721 (33,78%)
Sul	246.400 (14,45%)	534.333 (15,75%)	780.733 (15,32%)
Total	1.705.550 (100%)	3.392.063 (100%)	5.097.613 (100%)

Fonte: SISAB, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

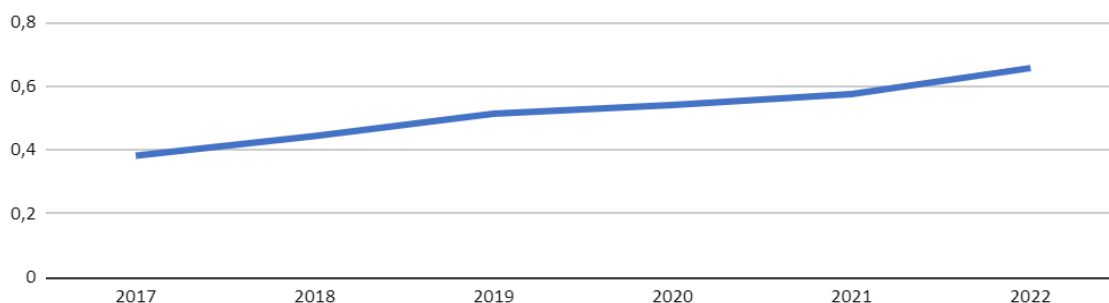
Antes da pandemia de Covid-19, a maioria das gestantes que iniciaram o pré-natal até a 12ª semana de gestação era do Nordeste (33,96%), seguida do Sudeste (32,65%), do Sul (14,45%), do Norte (10,96%) e do Centro-Oeste (7,99%), respectivamente. Com a crise sanitária, notamos que houveram mudanças e permanências nesse quadro. As mudanças ocorreram entre as regiões Nordeste e Sudeste: enquanto a primeira teve uma redução de 3,11% das gestantes com primeiro atendimento no primeiro trimestre gestacional, na segunda, o percentual cresceu em 1,69%, fazendo, assim, com que trocassem de posição.

Já as regiões Sul, Norte e Centro-Oeste continuaram ocupando as mesmas posições no comparativo entre elas. Contudo, o Sul registrou um aumento de 1,30% das gestantes com primeiro atendimento até a 12ª semana gestacional, enquanto na região Norte ocorreu uma leve redução (0,75%), e na Centro-Oeste um crescimento de 1,15%.

Com exceção do Norte e do Nordeste, todas as demais regiões indicaram crescimento no percentual de gestantes com indicativo de captação precoce do pré-natal. As reduções deste indicador nestas regiões podem ser entendidas devido à escassa distribuição de serviços de saúde nestas regiões, nas quais eles estão mais concentrados nas capitais, ou nos polos regionais das metrópoles e das zonas mais urbanizadas (Albuquerque; Ribeiro, 2020).

Contudo, registra-se crescimento das gestantes com primeira consulta pré-natal até a 12ª semana gestacional ao nível nacional de 2017 a 2022 (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Tendência de gestantes que tiveram a primeira consulta pré-natal até a 12ª semana de gestação.



Fonte: SISAB, 2023. Sistematização da autora, 2024.

Nesse período, o percentual de gestantes que tiveram o primeiro atendimento pré-natal até 12 semanas de gravidez aumentou em 72%. Visualizamos, assim, que houve um gradativo crescimento na captação das gestantes para o início do atendimento pré-natal entre 2017 e 2022, no período recomendado pelo MS (até 12 semanas de gravidez). Inferimos que isto pode ter sido resultado de alguns fatores, como: a própria assistência ofertada pelas políticas de saúde da mulher no decorrer destes anos, como a Rede Cegonha e, durante a pandemia, pelas preocupações das mulheres grávidas com a saúde reprodutiva durante a crise sanitária, dado o cenário de instabilidade política, econômica e social, de temores em relação à segurança e eficácia da vacina contra a Covid-19 na gestação, além do alarmante crescimento da mortalidade materna, como analisamos na seção anterior.

5.3.4 Adequação quantitativa do pré-natal no Brasil antes e durante a pandemia de Covid-19

Este índice foi estabelecido no país a partir da Rede Cegonha, como um indicativo de boas práticas que considera o quantitativo de consultas pré-natal e o mês gestacional em que ela foi iniciada (Brasil, 2018). Sobre a adequação quantitativa pré-natal, tivemos um período menor de registro desses dados no SINASC, sendo de 2014 a 2021. Logo, consideramos o período anterior a pandemia de 2014 a 2019, e o período durante a pandemia, de 2020 a 2021.

Este indicador abrangeu um universo de 22.979.586 gestantes, dentre as quais 17.572.340 realizaram o pré-natal antes da pandemia, e 5.407.246, durante. Vejamos na tabela 51:

Tabela 51 - Nascidos vivos por número de adequação quantitativa pré-natal e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2014-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021).

Adeq quant pré-natal*	Período		Total
	Antes	Durante	
Não fez pré-natal	100.849 (0,57%)	33.635 (0,62%)	134.484 (0,59%)
Inadequado	3.342.238 (19,02%)	910.390 (16,84%)	4.252.628 (18,51%)
Intermediário	1.265.233 (7,2%)	382.212 (7,07%)	1.647.445 (7,17%)
Adequado	1.318.814 (7,51%)	366.287 (6,77%)	1.685.101 (7,33%)
Mais que adequado	10.548.598 (60,03%)	3.465.899 (64,1%)	14.014.497 (60,99%)
Não Classificados	996.608 (5,67%)	248.823 (4,6%)	1.245.431 (5,42%)
Total	17.572.340 (100%)	5.407.246 (100%)	22.979.586 (100%)

Fonte: SINASC, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Em ambos os períodos, notamos que a maioria das parturientes obtiveram um número de consultas de pré-natal mais que adequada, totalizando praticamente 70%. Desde antes da pandemia de Covid-19 já havia um indicativo positivo deste índice. No entanto, o 2º maior grupo de parturientes, também nos dois períodos, foram aquelas com adequação quantitativa pré-natal inadequada (18,51%).

A pandemia trouxe como novidade a redução de 1,26% na adequação quantitativa pré-natal considerada adequado. E, conforme a tabela 52, por meio do teste qui-quadrado rejeitamos H_0 e, assim, obtivemos significância estatística para afirmar que existe associação entre a adequação quantitativa pré-natal e os períodos.

Tabela 52 - Teste qui-quadrado nascidos vivos por adequação quantitativa pré-natal e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2014-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021).

Teste Qui - Quadrado	p-valor
33879	<2.2e-19

Fonte: SINASC, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Sendo o p valor $\leq \alpha$ ($=0,05$).

5.3.5 Gestantes atendidas pela primeira vez no SUS pelas regiões brasileiras antes e durante a pandemia de Covid-19

Este índice aponta o nº total de gestantes com primeiro atendimento de pré-natal registrado no SUS, mediante o Cartão Nacional de Saúde (CNS). Este índice (Tabela 53) nos fala a respeito do acesso e da captação as gestantes para o acompanhamento pré-natal na atenção básica, conforme as prerrogativas do PHPN e da Rede Cegonha.

Tabela 53 - Gestantes com primeiro atendimento por região e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2017-2019; durante a pandemia de Covid-19: 2020-2021).

Região	Período		Total
	Antes	Durante	
Centro-Oeste	276.715 (7,4%)	479.529 (8,39%)	756.244 (8%)
Nordeste	1.419.827 (37,96%)	1.872.224 (32,76%)	3.292.051 (34,82%)
Norte	511.758 (13,68%)	715.966 (12,53%)	1.227.724 (12,98%)
Sudeste	1.090.927 (29,16%)	1.851.951 (32,41%)	2.942.878 (31,12%)
Sul	441.496 (11,8%)	795.178 (13,91%)	1.236.674 (13,08%)
Total	3.740.723 (100%)	5.714.848 (100%)	9.455.571 (100%)

Fonte: SISAB, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Ao compararmos o primeiro atendimento das gestantes por região do Brasil entre os dois períodos, observamos que em ambos a região Nordeste foi a que mais atendeu mulheres

grávidas, totalizando 34,82%, seguida da Sudeste, com 31,12%. Ainda assim, notamos que durante a crise sanitária, houve redução de 5,20% das gestantes captadas pelo SUS no Nordeste. Isto também ocorreu na região Norte, que teve uma redução de 1,15%. Inferimos que nestas regiões, caracterizadas pela centralização dos serviços de saúde nas capitais e nos polos metropolitanos ou em expansão, a pandemia pode ter dificultado ou mesmo impedido o acesso das gestantes do Nordeste e do Norte à captação pela atenção básica.

Já na região Sul houve um crescimento de 2,11% das gestantes acessando o atendimento pré-natal nas UBS, e na Sudeste, de 3,25%. Como também já discutimos na seção 4, nestas regiões os serviços de saúde apresentam melhor distribuição nos territórios, inclusive pelo interior dos estados. Assim, inferimos que, mesmo com a pandemia a oferta menos desigual da atenção básica favoreceu que as gestantes fossem captadas para o acompanhamento pré-natal.

A região Centro-Oeste também teve um crescimento, de 1%, durante a crise sanitária. Nela, as regiões de saúde se caracterizam pelo desenvolvimento socioeconômico médio e alto, e pequena oferta de serviços de saúde locais e com baixa complexidade (Albuquerque et al, 2017). Inferimos que como a captação das gestantes para o acompanhamento pré-natal ocorre na atenção básica, mesmo com a pandemia de Covid-19, a configuração socioespacial do SUS permitiu o acesso destas mulheres ao primeiro atendimento.

5.3.6 Gestantes com exames avaliados até a 20ª semana da gestação: o que mudou com a pandemia?

Para o MS, o número de gestantes com exames avaliados até 20 semanas de gestação diz respeito à capacidade do serviço de saúde não apenas de captá-las para o acompanhamento pré-natal, como também de solicitar exames em conformidade com o protocolo, e avaliar seus resultados em tempo hábil (Brasil, s/d). Sobre este índice, observe a tabela 54:

Tabela 54 - Gestantes com exames avaliados até 20 semanas de gestação por região e períodos (antes da pandemia de Covid-19: 2017-2019; durante a pandemia de Covid-19:2020-2021).

Região	Período		Total
	Antes	Durante	
Centro-Oeste	18.422 (6,46%)	59.482 (7,24%)	77.904 (7,04%)
Nordeste	124.829 (43,8%)	337.620 (41,09%)	462.449 (41,78%)
Norte	50.031 (17,55%)	127.790 (15,55%)	177.821 (16,07%)
Sudeste	68.848 (24,16%)	202.205 (24,61%)	271.053 (24,49%)
Sul	22.878 (8,03%)	94.636 (11,52%)	117.514 (10,62%)
Total	285.008 (100%)	821.733 (100%)	1.106.741 (100%)

Fonte: SISAB, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Observamos que em ambos os períodos a região Nordeste foi a mais representativa, totalizando 41,78%, seguida das regiões Sudeste (24,49%), Norte (16,07%), Sul (10,62%) e Centro-Oeste (7,04%) respectivamente. É possível perceber, ainda, que durante a pandemia houve uma queda percentual nas regiões Nordeste (2,71%) e Norte (2%). O Sudeste e o Centro-Oeste não apresentaram mudança significativa, e apenas a região Sul obteve aumento percentual de 3,49%.

Diante disto, inferimos que as desigualdades regionais permaneceram durante a pandemia de Covid-19 e que, até mesmo, foram aprofundadas, como nos casos das regiões Nordeste e Norte que tiveram menos gestantes com exames avaliados até a 20ª semana de gravidez, e a região Sul que foi a única capaz de aumentar este índice no decorrer da crise sanitária.

5.4 A ocultação do puerpério no Brasil antes e durante o período pandêmico

O puerpério, também denominado pós-parto, é o período que começa imediatamente após as mulheres parirem, com duração de, em média, seis semanas. Este período é caracterizado por diversas mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo das mulheres (Gongalves et al, 2019). No Brasil, as políticas de atenção à saúde da mulher, como a PNAISM, e as focadas no aspecto reprodutivo, como o PHPN, o Pacto e a Rede

Cegonha, contemplam ações para atendimento das puérperas, como a consulta puerperal que deve ocorrer até o 42º dia após o parto.

Conforme estas políticas, o atendimento às puérperas deve ser primeiramente ofertado na atenção básica, por meio de ações integradas e acessíveis a todas as mulheres nesta fase. Na consulta de puerpério são ofertados apoio à amamentação, orientações de contracepção e planejamento reprodutivo, detecção de anemia ou depressão pós-parto, além de monitoramento da saúde da puérpera e também do bebê (Gonçalves et al, 2019; Baratieri; Natal, 2019).

Os dados dos atendimentos de puerpério são referentes ao período de 2013 a 2021, conforme nos foram disponibilizados pelo MS, em resposta à solicitação que realizamos via LAI, por meio do Fala Br. Tivemos um universo de 1.031.126 atendimentos, sendo 721.294 antes da pandemia de Covid-19 (2013 a 2019), e 309.832 durante a crise sanitária (2020 a 2021). A seguir, apresentamos os dados de puerpério conforme as variáveis região, faixa etária e raça/etnia. Aplicamos o teste qui-quadrado em cada uma delas e em todas obtivemos p-valor < 0,05. Ou seja, identificamos que houve significância estatística entre as variáveis e o atendimento de puerpério, ofertado nas UBS.

5.4.1 A oferta dos atendimentos de puerpério e as desigualdades socioespaciais: o que mudou com a pandemia?

Na tabela 55, a seguir, observamos as disparidades dos atendimentos puerperais pelas macrorregiões brasileiras.

Tabela 55 – Atendimentos de puerpério, regiões do Brasil, antes (2013–2019) e durante a pandemia de Covid-19 (2020-2021).

Região	Período		Total
	Antes	Durante	
Centro-Oeste	40.994 (5,68%)	15.823 (5,11%)	56.817 (5,51%)
Nordeste	354.558 (49,16%)	136.578 (44,08%)	491.136 (47,63%)
Norte	74.534 (10,33%)	30.673 (9,9%)	105.207 (10,2%)
Sudeste	171.630 (23,79%)	83.390 (26,91%)	255.020 (24,73%)
Sul	79.578 (11,03%)	43.368 (14%)	122.946 (11,92%)
Total	721.294 (100%)	309.832 (100%)	1.031.126 (100%)

Fonte: Brasil, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Observamos que em ambos os períodos a região Nordeste foi a que mais garantiu atendimentos de puerpério na atenção básica, totalizando 47,63%, seguida das regiões Sudeste (24,73%), Sul (11,92%), Norte (10,20%) e Centro-Oeste (5,51%). Neste sentido, inferimos que a pandemia de Covid-19 não provocou significativas mudanças na distribuição da oferta do atendimento puerperal pelas macrorregiões brasileiras. Mantiveram-se as velhas desigualdades regionais.

Além disto, identificamos que durante a pandemia não houve crescimento na oferta destes atendimentos em nenhuma das macrorregiões. No Nordeste, no Sudeste e no Sul do Brasil observamos que houve reduções de 5,08%, 3,12% e 2,97% respectivamente. Já no Norte e no Centro-Oeste, não averiguamos mudanças significativas, apenas reduções de 0,43% e 0,57% respectivamente. Se considerarmos que as infecções puerperais estão entre as principais causas de mortalidade materna no país, e que as puérperas estavam entre os grupos de risco da Covid-19, concluímos que as ações e serviços de saúde, enquanto responsáveis pela prevenção, pelo tratamento e acompanhamento da saúde das mulheres no puerpério, tiveram seu alcance reduzido durante a pandemia.

Conforme vimos na seção 4, as regiões Sudeste e Nordeste foram as mais impactadas pela mortalidade materna pela Covid-19. A consulta de puerpério na atenção básica é a principal medida de atenção à saúde materna no pós-parto. Por meio dela, ações de

acolhimento, apoio e detecção precoce de alterações na saúde das puérperas, inclusive com encaminhamento para outros serviços em caso de necessidade, poderiam ter contribuído para a prevenção dos óbitos maternos, uma vez que estamos falando de mortes evitáveis na grande maioria dos casos (Gonçalves et al, 2019; Baratieri; Natal, 2019).

5.4.2 A oferta dos atendimentos de puerpério por faixa etária antes e durante a pandemia de Covid-19

Na tabela 56 vemos como os atendimentos de puerpério foram ofertados conforme a faixa etária das mulheres.

Tabela 56 – Atendimentos de puerpério, faixa etária, antes (2013–2019) e durante a pandemia de Covid-19 (2020–2021).

Faixa etária	Período		Total
	Antes	Durante	
10 a 14 anos	17.877 (2,76%)	6.389 (2,17%)	24.266 (2,58%)
15 a 19 anos	110.533 (17,09%)	43.536 (14,81%)	154.069 (16,38%)
20 a 29 anos	265.494 (41,05%)	118.902 (40,44%)	384.396 (40,86%)
30 a 39 anos	181.463 (28,06%)	87.053 (29,6%)	268.516 (28,54%)
40 a 49 anos	43.281 (6,69%)	24.651 (8,38%)	67.932 (7,22%)
50 a 59 anos	14.071 (2,18%)	7.372 (2,51%)	21.443 (2,28%)
60 a 69 anos	13.983 (2,16%)	6.152 (2,09%)	20.135 (2,14%)
Total	646.702 (100%)	294.055 (100%)	940.757 (100%)

Fonte: Brasil, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Observamos que tanto antes quanto durante a pandemia de Covid-19, a maioria das puérperas atendidas pela atenção básica tinham entre 20 e 29 anos, totalizando 40,86%, seguidas das de 30 a 39 anos (28,54%), 15 a 19 anos (16,38%) e 40 a 49 anos (7,22%), respectivamente. Durante a crise sanitária as puérperas de 50 a 59 anos tiveram um pequeno crescimento de 0,33% nos atendimentos, enquanto as meninas de 10 a 14 anos, tiveram uma pequena redução de 0,59%. As puérperas de 60 a 69 anos praticamente se mantiveram em termos de quantidade de atendimentos de puerpério. Contudo, entendemos que este dado novamente precisa ser problematizado em relação a sua

qualidade, uma vez que se distancia significativamente da faixa etária das mulheres em idade fértil no Brasil, que vai dos 10 aos 49 anos de idade (Brasil, 2009).

5.4.3 A questão étnico-racial no atendimento ao puerpério: o que mudou com a pandemia?

Sobre a garantia do direito ao puerpério, por meio da oferta de atendimentos na atenção básica (tabela 57).

Tabela 57 – Atendimentos de puerpério, raça/etnia, antes (2013 – 2019) e durante a pandemia de Covid-19 (2020 - 2021).

Raça/etnia	Período		Total
	Antes	Durante	
Branca	215.507 (29,88%)	95.176 (30,72%)	310.683 (30,13%)
Negra	414.130 (57,41%)	176.723 (57,04%)	590.853 (57,3%)
Indígena	33.672 (4,67%)	15.023 (4,85%)	48.695 (4,72%)
Ignorado	57.985 (8,04%)	22.910 (7,39%)	80.895 (7,85%)
Total	721.294 (100%)	309.832 (100%)	1.031.126 (100%)

Fonte: Brasil, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Em ambos os períodos, as puérperas negras foram as que mais tiveram atendimentos de puerpério, totalizando 57,3%, seguidas das brancas (30,13%), das informações ignoradas (7,85%) e das indígenas (4,72%). Ainda que as mulheres negras tenham sido as mais alcançadas pelos atendimentos puerperais, vimos também que a mortalidade materna foi maior neste grupo tanto antes quanto durante a pandemia, fosse em decorrência da Covid-19, fosse pelas demais causas de óbitos maternos, o que demonstra a persistência do velho problema da questão étnico-racial e das iniquidades em saúde reprodutiva.

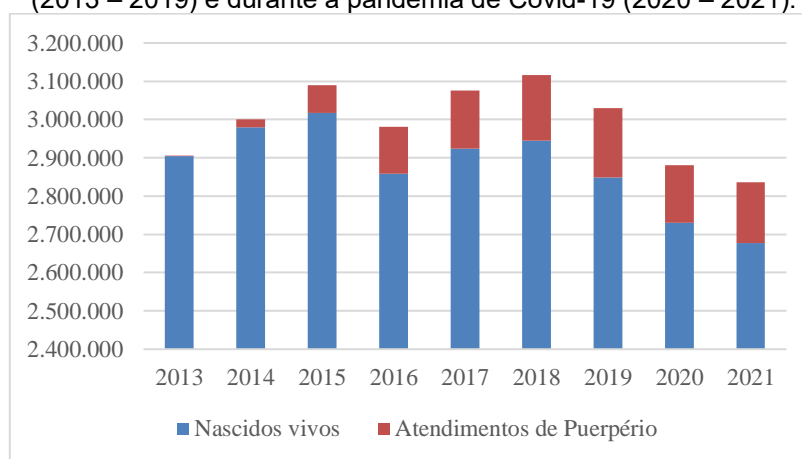
Na análise dos dados de puerpério frequentemente nos vimos diante da necessidade de problematizar sua qualidade. Conforme sinalizamos na seção 3, embora tivéssemos obtido acesso aos dados de escolaridade das puérperas, os aparentes equívocos nos levaram a optar pelo não uso deles. Já sobre os dados de faixa etária das puérperas,

optamos por sua seleção e tratamento, considerando a faixa etária das mulheres em idade fértil e que também pode haver exceções.

Em todos os casos, deparamo-nos com possíveis ausências de registros ou subnotificações dos dados de puerpério que reforçam o que a análise dos PNS e RAG já havia nos indicado: a ocultação do puerpério tanto antes quanto durante a pandemia de Covid-19, e a minimização disto em relação à mortalidade materna, seja em decorrência das infecções pelo novo coronavírus, seja pelas demais causas que podem levar a estes óbitos.

No gráfico 7, com base nos dados do SINASC e dos informados pelo MS via LAI, é possível visualizar a significativa diferença entre os nascidos vivos e os atendimentos de puerpério.

Gráfico 7 – Quantidade de nascidos vivos e de atendimento de puerpério antes da pandemia de Covid-19 (2013 – 2019) e durante a pandemia de Covid-19 (2020 – 2021).



Fonte: SINASC, 2023; Brasil, 2023. Sistematizado pela autora, 2024.

Observamos que em ambos os períodos os atendimentos de puerpério são subestimados em relação ao quantitativo de nascidos vivos, e com isto, inferimos, conforme já vem sendo apontado por alguns estudos, como o de Gonçalves et al (2019), e pelo próprio PNS 2008-2011, que estes atendimentos não contemplam grande parte das puérperas atendidas no SUS, pois a maioria das puérperas não retornava às UBS para a realização da consulta de puerpério (Brasil, 2010).

Assim, inferimos que os atendimentos às puérperas precisam estar articulados às demais ações do acompanhamento à saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e, mais que isso, às ações de saúde da mulher em sua integralidade.

6. CONCLUSÕES – O FIM DO COMEÇO OU O COMEÇO DO FIM

O objetivo deste estudo foi analisar se e como a garantia à gestação, ao parto e ao puerpério no Brasil foi assegurada por ações de saúde em um contexto de pandemia de Covid-19 entre os anos de 2020 e 2021, verificando se os direitos à saúde e de proteção à vida foram garantidos às mulheres grávidas, parturientes e puérperas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A tese estabelecida foi que a pandemia de Covid-19 nos anos de 2020 e 2021 aprofundou as iniquidades em saúde reprodutiva das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, já existentes no Brasil, que agudizaram problemas históricos e persistentes relacionados ao direito à gestação, ao parto e ao puerpério às usuárias do SUS.

Como discutimos, as lutas sociais pelos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal no Brasil se articulam com a luta de classes, e expressam uma resposta à crise do capitalismo. Vimos em nosso estudo, e em concordância com Fraser e Jaeggi (2020), que embora não haja uma sincronia perfeita entre a crise sistêmica do modo de produção capitalista e o acirramento da disputa capital X trabalho, as congruências e tensões nas pautas dos movimentos feminista e pela humanização do parto, que se tornaram mais evidentes a partir dos anos 2000, são importantes para decifrarmos esta realidade.

De 2000 a 2021 as disputas pelos direitos reprodutivos das gestantes, parturientes e puérperas se articularam às concepções de saúde que respaldam as políticas criadas pelo Estado, ora com avanços no campo dos direitos humanos das mulheres e da perspectiva da integralidade da saúde, como nos anos 2000, ora restringindo as ações de saúde da mulher às gestantes, parturientes e puérperas, como voltou a ocorrer, principalmente a partir de 2011. Ao longo de todo o período estudado, identificamos que houve um ocultamento do direito ao puerpério, que contraria as diretrizes do PHPN e das políticas adjacentes, inclusive da Rede Cegonha.

A RMM, como um importante indicador das condições de vida e reprodução da classe trabalhadora, já era uma problemática relevante no Brasil que, mesmo após a pactuação dos ODM não alcançou a meta de redução da mortalidade materna até 2015. Com as crises econômicas que atingiram o país naquela década, além da RMM ter se mantido relativamente estável, o cenário de aumento da pobreza foi acirrado pela crise sanitária causada pelo novo coronavírus.

Nosso estudo comprovou parcialmente a hipótese apresentada de início. Ele mostrou que a pandemia de Covid-19 em 2020 e 2021 aprofundou as iniquidades sociais já presentes na garantia do direito à gestação, ao parto e ao puerpério no Brasil, sendo as étnico-raciais as que mais se destacaram. Por outro lado, demonstrou-se que a crise sanitária trouxe novos contornos para a saúde das mulheres no ciclo gravídico puerperal, com destaque para as desigualdades regionais, de faixa etária e escolaridade. De todo modo, identificamos que as medidas para a redução da mortalidade materna adotadas pelo MS, desde o PHPN, distanciaram-se ainda mais do alcance da meta da Agenda 2030.

Assim, longe de minimizar os graves efeitos da pandemia de Covid-19 sobre a saúde reprodutiva das gestantes, parturientes e puérperas, sustentamos a tese de que a crise sanitária nos anos de 2020 e 2021 aprofundou as pré-existentes iniquidades em saúde reprodutiva destas mulheres, relativas à região do país na qual vivem, à faixa etária que possuem, ao grupo étnico-racial a que pertencem, bem como ao acesso delas à educação. Evidenciamos que as infecções pelo novo coronavírus no cenário de negacionismo da gravidade da doença foram responsáveis pelo alarmante aumento da RMM, principalmente em 2021, quando a vacina contra a Covid-19 já estava sendo distribuída à população em outros países desde 2020. Somou-se, ainda, a demora do MS de incluir gestantes, parturientes e puérperas entre o público prioritário para a imunização, além da criação de um ambiente político de insegurança, que favoreceu a hesitação em se vacinar.

Dentre as novas implicações trazidas pela pandemia de Covid-19 para a garantia dos

direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, nosso estudo mostrou que houveram novidades, mas também continuidades. Sobre o acesso das gestantes e puérperas à vacina contra a Covid-19, os resultados mostrados na seção 4 indicaram que o total delas que foram notificadas pelo SUS como infectadas pela Covid-19 no Brasil entre os anos de 2020 e 2021 foi de 6.062 (SRAG, 2022). No entanto, destas, somente 1.270 mulheres foram vacinadas contra a doença. Cabe lembrar do limite deste dado: o grande volume de casos cuja informação foi ignorada (51%). A projeção demonstrada no Gráfico 4 evidenciou a concretude do crescimento da RMM com a crise sanitária, consistindo assim num novo problema no movimento de luta pelos direitos reprodutivos das brasileiras.

A mortalidade materna no Brasil, enquanto uma velha expressão da questão social no país, compareceu em apenas três dos cinco PNS e RAG estudados. Durante a pandemia de Covid-19, a revisão do PNS 2020 - 2023 passou a incluir a redução dos óbitos maternos dentre suas metas, haja vista o alarmante crescimento desses casos. Contudo, ao analisarmos o cenário político e econômico, e a necropolítica adotada pelo governo Bolsonaro, concluímos que a inclusão da nova meta decorreu muito mais das pressões políticas internas e externas sofridas, do que pelo legítimo interesse na garantia do direito à vida e à saúde das gestantes e puérperas. Outro resultado que evidencia isto é a continuidade da omissão do MS sobre a atenção ao puerpério no decorrer da crise sanitária. Tanto antes quanto durante a pandemia de Covid-19, não houve nenhuma meta relativa à saúde das puérperas em nenhum dos documentos de planejamento e avaliação do MS estudados. Neste sentido, identificamos um velho novo problema para a saúde da mulher.

Acerca dos aspectos regionais dos óbitos maternos, os decorrentes das infecções pelo novo coronavírus foram mais expressivas nas regiões Sudeste (40,70%) e Nordeste (28,77%) respectivamente, enquanto as decorrentes das demais causas ocorreram mais nas regiões Norte e Nordeste tanto antes (34,51% e 34,33%), quanto durante a pandemia de Covid-19 (34,83% e 30,03%). Concluímos assim, que a pandemia de Covid-19 consistiu num novo problema relativo à mortalidade materna no Brasil, ao passo que não

podemos descartar as demais causas de morte materna como persistentes problemas de saúde da mulher, e como uma questão de direitos humanos dessas sujeitas.

No que se refere à faixa etária, destacamos que os testes estatísticos comprovaram maior risco de óbito pela Covid-19 entre as gestantes e puérperas de 35 a 39 anos, e de 40 a 49 anos. Ainda assim, não encontramos nenhum destaque na atenção à saúde destes grupos nas notas técnicas do MS estudadas. Concluimos, assim, que a Covid-19 trouxe um novo aspecto para a velha problemática da mortalidade materna no Brasil, e que nenhuma medida de proteção à vida destas mulheres no ciclo gravídico puerperal foi adotada pelo MS.

Conforme os resultados apresentados nas seções 4 e 5, as desigualdades étnico-raciais são uma marcante característica dos óbitos maternos no país, tanto antes quanto durante a pandemia de Covid-19. Vimos, ainda, que a crise sanitária aprofundou este velho problema: as mulheres negras, que já eram as maiores vítimas da mortalidade materna entre os anos 2000 e 2019 (62,13%), durante a crise sanitária foram ainda mais atingidas (64,64%), enquanto houve uma redução dos óbitos maternos entre as brancas (33,89%) e um pequeno aumento entre as indígenas (1,47%). A aplicação dos testes estatísticos comprovou significância estatística para mortalidade materna pela Covid-19 entre as gestantes e puérperas negras. Além disto, concluimos também que há no Brasil uma histórica invisibilização dos direitos reprodutivos das mulheres indígenas, que persistiu como um velho problema de saúde da mulher no decorrer da crise sanitária.

O cruzamento dos dados relativos à região e raça/etnia demonstrou estatisticamente que, com exceção da região Sul, em todas as demais as gestantes e puérperas negras foram as que mais morreram em decorrência da Covid-19. Sobre a relação entre escolaridade e raça/etnia das mulheres no ciclo gravídico puerperal, nossos testes estatísticos comprovaram que em todos os níveis de escolaridade, as negras foram as que mais foram à óbito. Deste modo, os velhos problemas étnico-raciais persistiram e, ao mesmo tempo, assumiram novas configurações com a Covid-19, agravando a mortalidade materna entre as negras.

No que diz respeito à garantia dos direitos reprodutivos das gestantes, os testes estatísticos aplicados comprovaram dependência estatística entre as consultas pré-natal e os períodos analisados (2000 a 2019; e 2020 a 2021). Conforme os resultados expostos na seção 5, 31,61% das gestantes tiveram de nenhuma ao mínimo de consultas (seis), o que consideramos um dado alarmante. Não podemos admitir que haja no Brasil gestantes sem nenhuma consulta pré-natal, assim como não podemos naturalizar que ainda exista um número tão grande de gestantes que atingem apenas o mínimo indicado pelo PHPN e pelas demais políticas de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. Concluimos, com base nos documentos analisados, que o país não vem cumprindo as metas estabelecidas de garantia do direito ao pré-natal, consistindo assim num velho problema de saúde da mulher. Outra questão que nos importa destacar em relação ao acompanhamento pré-natal é a significativa divergência entre os dados do SINASC e os do SISAB, o que, em nossa análise, compromete a formulação da política de assistência à saúde da mulher.

Em relação à captação precoce das gestantes para o acompanhamento pré-natal (1º atendimento até a 12ª semana de gravidez), os dados do SIBAB mostraram que houve um aumento de 72% no percentual de gestantes devidamente captadas entre 2017 e 2022. Todavia, destacamos que nem mesmo nas regiões onde esse índice é maior – 33,78% no Sudeste e 31,89% no Nordeste – ele alcança a metade das gestantes. Isto é, as políticas de humanização e garantia dos direitos reprodutivos das mulheres no ciclo gravídico puerperal não têm sido eficazes em assegurar que ao menos metade das gestantes no Brasil tenham no mínimo um atendimento pré-natal no primeiro trimestre gestacional. Isto evidencia, mais um vez, a persistência de um velho problema de saúde da mulher persistindo durante a pandemia de Covid-19.

Além dos novos velhos e velhos novos problemas apresentados, no decorrer do estudo também nos deparamos com questões inesperadas, expressas na baixa volumetria dos dados quantitativos encontrados e, principalmente, na sua questionável qualidade. Nesse sentido, vale destacar os dados de puerpério, pois a problemática de sua qualidade tornou seu processo de tratamento e análise particularmente desafiadores. Em nossa

análise, a obscuridade e a invisibilização destes dados contribuem para a manutenção dos velhos problemas de saúde da mulher, inclusive da mortalidade materna no Brasil.

Nosso estudo mostrou que o novo cenário coexistiu com as velhas expressões da questão social. Além da Covid-19, em 2020 e 2021, as gestantes, parturientes e puérperas continuaram sofrendo das principais causas de óbito materno, assim como nos anos anteriores. O cenário perverso da necropolítica escancarada na pandemia de Covid-19 ainda deixou abertas questões sobre a crise do capital e as lutas sociais. Em 2022, vimos no Brasil a alteração da Rede Cegonha pela incorporação da Rede de Atenção Materna Infantil (RAMI), criada pela Portaria GM/MS nº 715/2022, que representou um retrocesso do ponto de vista da humanização e do protagonismo das mulheres, enquanto sujeitas de direitos na gestação, no parto e no puerpério.

A RAMI voltou a qualificar a gestação e o parto como um evento altamente arriscado, a ser assistido dentro de hospitais, com aumento das chances de procedimentos desnecessários, como em grande parte dos casos são as cesarianas no Brasil (Moretto, 2022). A partir da RAMI o MS redirecionou seus investimentos aos serviços hospitalares especializados, com critérios e metas de atendimento aos partos de alto risco, enquanto os CPN ficariam isolados (Alves et al, 2022; Zveiter et al, 2022).

Considerando nossas ressalvas à Rede Cegonha, a RAMI representou um retrocesso sem precedentes na garantia dos direitos reprodutivos das gestantes, parturientes e puérperas. Concordamos com Moretto (2022) que o MS adotou uma postura de negação da ciência, à medida que buscava validar práticas contrárias às evidências científicas no modelo de atenção ao parto e ao nascimento.

Como resposta à pergunta: de que forma a pandemia de Covid-19 impactou modificando a assistência ao parto e ao puerpério no SUS em todo o Brasil? Afirmamos, com base neste estudo, que a crise sanitária em 2020 e 2021 ampliou as iniquidades sociais na assistência ao parto e ao puerpério no Brasil, principalmente no aspecto étnico-racial. Afirmamos, ainda, que a pandemia implicou em novas nuances para a saúde das

gestantes e puérperas, dentre as quais destacamos as desigualdades regionais, de faixa etária e escolaridade. Além disto, a pandemia causada pelo novo coronavírus distanciou ainda mais o Brasil do alcance da meta de redução da mortalidade materna do ODS.

Com a nova chegada do Governo Lula ao poder no Brasil em 2023, o MS revogou a portaria que instituiu a RAMI, e recuperou a Rede Cegonha. Em nossa análise, isto representou um avanço nas lutas do movimento de humanização do parto, na perspectiva do paradigma materno-infantil. Contudo, defendemos que, neste primeiro momento, o realinhamento do MS ainda precisa alocar as demandas dos movimentos feministas desde os anos 1980 pelo atendimento integral da saúde da mulher, na perspectiva da garantia dos direitos sexuais, reprodutivos e humanos das brasileiras (Costa, 2023).

É neste sentido que, como assistente social e em consonância com o projeto ético-político do Serviço Social, buscamos contribuir com esta tese para o avanço da luta pelos direitos reprodutivos das gestantes, parturientes e puérperas no Brasil. Esperamos que esta produção científica contribua concretamente na prática profissional das assistentes sociais, ao servir como indicador de atenção nas diferentes políticas em que atuam, verificando se as mulheres atendidas nos nossos diversos espaços socio ocupacionais conhecem seus direitos reprodutivos, e como o acesso a estes lhes são assegurados.

As conclusões não se pretendem encerradas, antes, deixam abertas novas questões para estudos que não couberam neste trabalho, como: a) de que forma o protagonismo das mulheres, enquanto sujeitas de direitos, se faz presente nas políticas de humanização do parto no Brasil? b) como o fortalecimento do paradigma da integralidade da saúde da mulher no interior das políticas contribui com a garantia de desfechos gestacionais saudáveis? c) quais são as relevâncias das outras políticas públicas, como a previdência social, a habitação, a segurança pública, a assistência social etc. para a garantia da gestação, do parto e do puerpério, conforme preconizado pela política de saúde? d) de que forma o combate às iniquidades em saúde da mulher pode contribuir com a prevenção aos agravos à saúde no ciclo gravídico-puerperal no caso de outras crises sanitárias, como foi a pandemia de Covid-19?

Estas são algumas questões que se desdobram do estudo que realizamos e que carecem de respostas científica e socialmente relevantes.

Mas o fim da tese trouxe também outros desdobramentos. Um longo percurso da tese traz outras aprendizagens que compõem esta conclusão: a assistência integral à saúde da mulher no Brasil ainda precisa avançar na incorporação das reivindicações dos movimentos feministas e das mulheres. As lutas pela humanização do parto e do nascimento persistem num cenário ainda desfavorável e violador dos direitos humanos das mulheres, sejam elas as meninas que nascem, que tem a infância e a adolescência marcadas pela exploração do trabalho, pela violência sexual, pela naturalização do machismo e da subalternidade feminina etc. E também violador dos direitos humanos das mulheres que buscam conciliar o trabalho doméstico, inclusive de cuidados e educação das crianças, com o trabalho fora das casas, menos seguro, mais intensificado e precarizado. Incluímos, ainda, a violação aos direitos das mulheres idosas, que continuam a ser invisibilizadas, descartadas e silenciadas na velhice. De todas aquelas que tiveram e têm seus direitos sexuais e reprodutivos desrespeitados.

Os velhos novos problemas que se aprofundaram durante a pandemia de Covid-19 não mascararam para nós as velhas negações ao direito à vida das mulheres. Por isto não naturalizamos as (evitáveis) mortes maternas, por isto buscamos desvelar esta dura realidade, por isto refletimos, escrevemos e problematizamos. Pelo direito à vida das mulheres!

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. de. et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055 - 1064, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/mnpHNBCXdptWTzt64rx5GSn/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em: 07 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>

ALBUQUERQUE, M. V. de; RIBEIRO, L. H. L. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da Covid-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p.1-14, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/YnJk6W34PYN9G5jp39kzCdy/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 07 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208720>

ALBUQUERQUE, C. M. C. A dupla subnotificação do crime de estupro de vulnerável durante a pandemia de Covid-19 no Brasil. **Gênero e Interdisciplinaridade**, João Pessoa, v. 02, n. 5, p. 102-143, 2021. Disponível em:

<file:///E:/Downloads/filipe,+A+DUPLA+SUBNOTIFICA%C3%87%C3%83O.pdf> Acesso em: 09 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.51249/gei.v2i05.531>

ALMEIDA, M. S. As mulheres e o capital: notas sobre a exploração do trabalho feminino na produção e reprodução do capitalismo. **Germinal: marxismo e educação em debate**, Salvador, n. 14, n.2, p. 228-244, ago. 2022. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/48093/27448> Acesso em: 27 de abr. 2024. DOI: <https://doi.org/10.9771/gmed.v14i2.48093>

ALMEIDA, N. M de O. de; RAMOS, E. M. B. O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v.9, n.4, p. 12-27, out./dez. 2020. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1141045> Acesso em: 18 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i4.643>

AMORIM, M. **Assistência obstétrica baseada em evidências científicas e a prevenção da morte materna**. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/02/melania.pdf> Acesso em: 19 de abril de 2021.

ANJOS, A. dos. Novo índice aponta que desigualdades sociais em saúde se aprofundaram na pandemia. **Portal Fiocruz**, 2022. Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/noticia/novo-indice-aponta-que-desigualdades-sociais-em-saude-se-aprofundaram-na-pandemia> Acesso em: 07 de set. 2023.

APIB. **Emergência indígena**: plano de enfrentamento da Covid-19 no Brasil.

Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, agosto de 2020. Disponível em:

<https://drive.google.com/file/d/1omniVPAfICSpUUVMoL72IcOB9-IJVV3W/view> Acesso

em: 01 de out. 2023.

ARAÚJO, E. M. de et al. Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n especial 4, p. 191-205, dezembro 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NtPTmkFcTgxwZ5mGfYgNJFx/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 03 de jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E412>

ARTICULAÇÃO DE MULHERES NEGRAS BRASILEIRAS. **Quem somos**. Disponível em: <https://amnb.org.br/quem-somos/> Acesso em: 21 de set. 2023.

AVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, sup. 2, p. S465-S469, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/q9MctdsGhp3QSKspjfPt5Rx/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 16 de jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800027>

BARATIERI, T.; NATAL, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.11, p. 4227-4238, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mzjxTpvrxgLvqvk5QPNYHm/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 14 de out. 2023. DOI: [10.1590/1413-812320182411.28112017](https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017)

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2020.

BARROS, R. D. de; AQUINO, R.; SOUZA, L. E. P. F. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à saúde no Brasil entre 2008 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n.11, p.4289-4301, nov. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rRCVJhncQt95Db9xfMxW6TF/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 de mai. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.02272022>

BENEVIDES, M. A. da S. et al. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**: atenção à saúde das mulheres negras. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 20 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf Acesso em: 21 de out. 2023.

BERTI, S. M. **O nascituro e o direito à saúde**. Revista Brasileira de Estudos Políticos, Belo Horizonte. Disponível em: <file:///E:/Downloads/administrador,+103-402-1-CE.pdf> Acesso em: 13 de fev. 2024.

BOMFIM, V. V. B. da S. et al. Mortalidade por aborto no Brasil: perfil e evolução de 2000 a 2020. **Research, Society and Development**, v.10, n.7, p.1-8, 2021. Disponível em: <file:///E:/Downloads/16866-Article-214997-1-10-20210630.pdf> Acesso em: 13 de abr. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16866>

BORGES, B.; RESENDE, C.; PIRES, M. Arcabouço constitucional: modificações

recentes e como isso condiciona a nova regra fiscal em preparação pelo Governo Federal. **Observatório de Política Fiscal**, FGV, IBRE. Disponível em: https://observatorio-politica-fiscal.ibre.fgv.br/politica-economica/outros/arcabouco-constitucional-modificacoes-recentes-e-como-isso-condiciona-nova#_ftn3 Acesso em: 12 de fev. 2024.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. da S. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 25, supl. 1, p.1-16, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PrkQZTHQFkMYVQQLHJxKPNF/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 09 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200762>

BRASIL. **Acórdão nº 1.459/2011 - TCU – Plenário**. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2012d. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrucoes-para-o-relatorio-de-gestao-municipal/5154-acordao-1459-2011/file> Acesso em: 15 de nov. 2023.

BRASIL. **Assistência Pré-natal**: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000b.66p. ISBN: 85-334-0138-8.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico nº 47**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 53, dez. 2022, p. 1-51. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no47> Acesso em: 01 de mai. 2024.

BRASIL. **Código de Ético do/a Assistente Social. Lei 8662/3 de Regulamentação da profissão**. 10ª ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012a. 60 p. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf Acesso em: 09 de ago. 2023.

BRASIL. **Comissão de Inquérito Parlamentar Mortalidade Materna**. Câmara Legislativa, 2001. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf> Acesso em: 12 de ago. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República [Casa Civil], 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 02 de set. 2023.

BRASIL. **Declaração de Nascido Vivo**: manual de instruções para preenchimento. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/declaracao-de-nascido-vivo-manual-de-instrucoes-para-preenchimento> Acesso em: 01 de mai. 2023.

BRASIL. **Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro 1940.** Código Penal. Brasília: Presidência da República [Casa Civil], 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm Acesso em: 20 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). DATASUS - **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde** [Internet]. 2020. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acesso em: 02 de jan. 2021.

BRASIL. **Ficha de Qualificação dos Indicadores de Pré-Natal na Atenção Básica.** Ministério da Saúde, Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, s/d. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/resource/file/ficha_qualificacao_pre_natal_na_atencao_basica_181120.pdf Acesso em: 24 de jun. 2023.

BRASIL. **Governo recomenda vacinação contra Covid-19 em gestantes e puérperas sem comorbidades.** Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/07/governo-recomenda-vacinacao-contracovid-19-em-gestantes-e-puerperas-sem-comorbidades#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20j%C3%A1,vacina%C3%A7%C3%A3o%20de%20gestantes%20sem%20comorbidades>. Acesso em: 19 de set. 2023.

BRASIL. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013, 19 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf Acesso em: 20 de mar. 2021.

BRASIL. **Indicadores de mortalidade:** C3 Razão de mortalidade materna. IDB 2012 Brasil, 2012b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03a.htm>. Acesso em 12 de jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 7.353, de 29 de agosto de 1985.** Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Brasília: Presidência da República [Casa Civil], 1985. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7353.htm#:~:text=L7353&text=LEI%20No%207.353%2C%20DE%2029%20DE%20AGOSTO%20DE%201985.&text=Cria%20o%20Conselho%20Nacional%20dos,CNDM%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 27 de out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Presidência da República [Casa Civil], 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm Acesso em: 23 de set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 1990b. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 11 de out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.108/2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 2005a. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm Acesso em: 18 de jan. 2021

BRASIL. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 2013. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm Acesso em: 18 de out. 2023.

BRASIL. **Medida Provisória nº 557, de 26 de dezembro de 2011.** Presidência da República. Casa Civil, 2011. Institui o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna, autoriza a União a conceder benefício financeiro, e altera a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/mpv/557.htm#:~:text=MEDIDA%20PROVIS%C3%93RIA%20N%C2%BA%20557%2C%20DE%2026%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202011.&text=Institui%20o%20Sistema%20Nacional%20de,26%20de%20janeiro%20de%201999. Acesso em: 16 de mai. 2024.

BRASIL. **Nota Técnica nº 7/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Brasília, 2020b. Disponível em: <file:///E:/Downloads/notatecnicagestantes72020COCAMCGCIVIDAPESSAPSMS03abr2020COVID-19.pdf> Acesso em: 05 de mar. 2021.

BRASIL. **Nota Técnica nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Brasília, 2020c. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014382931-Nota-Tecnica_9.4.2020_parto.pdf Acesso em: 05 de mar. 2021.

BRASIL. **Nota Técnica nº 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Brasília, 2020d. Disponível em: file:///E:/Downloads/SEI_MS-0014496630-Nota-T%C3%A9cnica-4_18.04.2020.pdf Acesso em: 05 de mar. 2021.

BRASIL. **Nota Técnica nº 1/2021–DAPES/SAPS/MS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Brasília, 2021b. Disponível em: <file:///E:/Downloads/Nota%20T%C3%A9cnica%20-%20n%C2%BA%201-2021%20-%20DAPES-SAPS-MS.pdf> Acesso em: 28 de mai. 2021.

BRASIL. **Nota Técnica nº 2/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS**. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19, Brasília, 2021c. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/sei-ms--0021464579--nota--tecnica-gestantes.pdf> Acesso em: 10 de jun. 2023.

BRASIL. **Nota Técnica nº 36/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS**. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19, Brasília, 2021d. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nt-306-2021-secovid-gab-secovid-ms.pdf> Acesso em: 10 de jun. 2023.

BRASIL. **Nota Técnica nº 40/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS**. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19, Brasília, 2021e. Disponível em: [file:///E:/Downloads/Nota%20T%C3%A9cnica%20-%20n%C2%BA%2040-2021%20-%20SECOVID-GAB-SECOVID-MS%20\(1\).pdf](file:///E:/Downloads/Nota%20T%C3%A9cnica%20-%20n%C2%BA%2040-2021%20-%20SECOVID-GAB-SECOVID-MS%20(1).pdf) Acesso em: 10 de jun. 2023.

BRASIL. **Nota Técnica nº 45/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS**. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19, Brasília, 2021f. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/sei-ms-secovid-libera-vacinacao-adolescentes-210922.pdf> Acesso em: 10 de jun. 2023.

BRASIL. **Nota Técnica nº 467/2021–CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2021g. Disponível em: <file:///E:/Downloads/nota-tecnica-467-2021-cgpni-deidt-svs-ms.pdf> Acesso em: 05 de mai. 2021.

BRASIL. **Nota Técnica nº 627/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2021h. Disponível em: <https://saam.paginas.ufsc.br/files/2021/05/Nota-T%C3%A9cnica-n%C2%BA-627-2021.pdf> Acesso em: 10 de jun. 2023.

BRASIL. **Nota Técnica nº 651/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2021i. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2021/nota-tecnica-651-2021-cgpni-deidt-svs-ms.pdf> Acesso em: 10 de jun. 2023.

BRASIL. **Nota Técnica – Relatório de Pré-Natal na Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, s/d. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_pre_natal_na_atencao_basica_181120.pdf Acesso em: 09 de mar. 2024.

BRASIL. **Covid-19**. Painel Coronavírus. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em: 01 de mai. 2024.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em: 11 de dez. 2023.

BRASIL. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <file:///E:/Downloads/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf> Acesso em: 08 de jul. 2023.

BRASIL. Portaria/GM/MS nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um pacto pela saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/legislacao-indigenista/seguridade-social/portaria-n-2-60-de-10-12-2004.pdf> Acesso em: 15 de nov. 2023.

BRASIL. Plano Nacional de Saúde 2004 - 2007. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde. 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/pns> Acesso em: 19 de jul. 2022.

BRASIL. Plano Nacional de Saúde 2008 - 2011. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/pns> Acesso em: 19 de jul. 2022.

BRASIL. Plano Nacional de Saúde 2012 - 2015. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/pns> Acesso em: 19 de jul. 2022.

BRASIL. Plano Nacional de Saúde 2016 - 2019. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/pns> Acesso em: 19 de jul. 2022.

BRASIL. Plano Nacional de Saúde 2020 - 2023. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Ministério da Saúde, Brasília, fev./2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/pns> Acesso em: 19 de jul. 2022.

BRASIL. Plano Nacional de Saúde 2020 - 2023. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Ministério da Saúde, Brasília, 2ª ed., fev./2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/pns> Acesso em: 19 de jul. 2022.

BRASIL. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2011**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Relatório Anual de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>> Acesso em: 21 de jul. 2022.

BRASIL. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2012**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Relatório Anual de Gestão. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>> Acesso em: 21 de jul. 2022.

BRASIL. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2013**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Relatório Anual de Gestão. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>> Acesso em: 21 de jul. 2022.

BRASIL. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2014**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Relatório Anual de Gestão. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>> Acesso em: 21 de jul. 2022.

BRASIL. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2015**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Relatório Anual de Gestão. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>> Acesso em: 21 de jul. 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_sau.de_2016.pdf Acesso em: 13 de fev. 2024.

BRASIL. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018, 426 p. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2017-analise-situacao-saude-desafios-objetivos-desenvolvimento-sustentavel.pdf> Acesso em: 18 de fev. 2022.

BRASIL. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2021**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Relatório Anual de Gestão. Brasília, mar./ 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag> Acesso em: 22 de jul. 2022.

BRASIL. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 3ª ed., 2009, 104 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf Acesso em: 24 de jun. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Ministério da Saúde, Brasília, 2000c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html Acesso em: 23 de set. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000**. Ministério da Saúde, Brasília, 2000d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html Acesso em: 23 de set. 2023.

BRASIL. **Programa Humanização do Parto Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> Acesso em: 27 de mai. 2021.

BRASIL. Avaliação Nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2008, v. 42, n. 2, pp. 383-387. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/GjP5HcDwbQ6kdm7wFLCTFGL/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 de mar. 2022 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000200029>.

BRASIL. **Lei nº 11.634/2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.634%2C%20DE%2027,do%20Sistema%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde. Acesso em: 30 de ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico N° 20**. Volume 51. Maio/2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf> Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. **Resolução nº 256, de 1 de outubro de 1997**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0256_01_10_1997.html Acesso em: 28 de out. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso

em: 20 de mar. 2021.

BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. **Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016**. Conselho Nacional de Saúde, 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016> Acesso em: 13 de fev. 2024.

BRASIL. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**. Brasília: Ministério da Saúde, OpenDataSUS, 2023a. Disponível em:

<https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sim> Acesso em: 15 de nov. 2023.

BRASIL. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**. Brasília: Ministério da Saúde, OpenDataSUS, 2023b. Disponível em:

<https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sistema-de-informacao-sobre-nascidos-vivos-SINASC> Acesso em: 15 de nov. 2023.

BRASIL. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/> Acesso em: 15 de nov. 2023.

BRASIL. **SRAG 2021 a 2023 – Banco de dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave – incluindo dados da Covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, OpenDataSUS, 2023d. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/srag-2021-a-2023> Acesso em: 15 de nov. 2023.

BRASIL. **Sistema de Planejamento do SUS**: Uma construção coletiva: Avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde – 2004-2007: Um pacto pela saúde no Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 72 p. Disponível em:

https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/146/1/sistema_planejamento_sus_v4%202004-2007.pdf Acesso em: 12 de out. 2023.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, abr/jun. 1991. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/xFmLWvbx9BRGyJXW38gFXpP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 07 de ago. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>

BRITO, R. C. da S. **Online no puerpério**: interações e dinâmicas de um grupo virtual. 2021. 66 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2021.

- BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zXV7FqcX85xJKWkzQgKQcDB/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 de mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500003>
- CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. dos S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 36, sup. 1, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8vBCLC5xDY9yhTx5qHk5RrL/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13 de fev. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>
- CARDOSO, L. M.; SOUZA, M. M. C. F. de.; GUIMAMARÃES, R. U. C. Morte materna: uma expressão da "questão social". **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.102, p. 244-268, abr./jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/vskPPhkWthWmkS54fmDhPgS/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13 de jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000200004>
- CARLOTO, C. M.; DAMIÃO, N. A. Direitos reprodutivos, aborto e Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 132, p. 306-325, mai/ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/vnGNyx7gwTS4QKvdnBRPP3C/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 06 de set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.143>
- CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede cegonha, personalidade e pluralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n.44, p. 49-59, jan/mar, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zfT7YfFZQbSD4ZRbfzWRvR/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 02 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100005>
- CARVALHO, C. de C., et al. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): análise do quesito raça/cor. Boletim informativo nº 10. **PROADESS**, Rio de Janeiro, dez. 2022, p. 1-13. Disponível em: https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/Boletim_n10_PROADESS_ICSAP_racacor_dez2022.pdf Acesso em: 01 de mai. 2024.
- CARVALHO, L. P. Feminismos, movimentos de mulheres e as políticas de saúde para as mulheres. In: LAVALLE, A. G., CARLOS, E., DOWBOR, M., SZWAKO, J. (comps.) **Movimentos sociais e institucionalização**: políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2018, p.285-330. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/v4cnf/pdf/lavalle-9788575114797-09.pdf> Acesso em: 12 de ago. 2023.
- CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. de S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Katálysis**, Florianópolis, v. 24, n.2, p.269-279, maio/ago, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/TyMKscqwjWfwpbScmWpwCvc/?format=pdf&lang=pt> Acesso

em: 01 de jul. 2023. doi:

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

CAVALCANTE, J.; AVELINO, D. P. de. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher: agenda política e atividades executadas. In: AVELINO, D. P. de; FONSECA, I. F. da; POMPEU, J. C. B. **Conselhos Nacionais de Direitos Humanos**: uma análise da agenda política. Brasília: IPEA, 2020, p. 215-236. Disponível em: file:///E:/Downloads/Conselhos_nacionais_dir_humanos.pdf Acesso em: 27 de out. 2023.

CEBES. **Políticas sociais e austeridade fiscal**: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/10/Austeridade_Pol%C3%ADticasSociais.pdf>. Acesso em: 27 set. 2018.

CELLA, M. L. S. G. **Estratégia Semear**: qualificação da saúde materno-infantil em municípios interioranos do Rio Grande do Sul. 2020, 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil, Universidade Franciscana, Santa Maria, 2020.

CEPAL. **La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad**. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46633/5/S2000740_es.pdf> Acesso em: 11 de mai. 2022.

CFEMEA. **Direitos sexuais e reprodutivos**: 20 anos de lutas e desafios. Disponível em: <<https://www.cfemea.org.br/index.php/colecao-femea/144-numero-160-abrilmaiojunho-de-2009/1326-direitos-sexuais-e-reprodutivos-20-anos-de-lutas-e-desafios-e-desafios>> Acesso em: 24 de jul. 2022.

CHAVES, J. **Aplicabilidade das boas práticas de atenção ao parto e nascimento na perspectiva da gestante com Covid-19**. 2021. 73 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2021.

CHAVES, K. A. Corpo-território, reprodução social e cosmopolítica: reflexões a partir das lutas das mulheres indígenas no Brasil. **Scripta Nova Revista Eletrônica de Geografia y Ciencias Sociales**, Barcelona, v. 25, n. 4, p.51-71, 2021. Disponível em: <https://revistes.ub.edu/index.php/ScriptaNova/article/view/32707/36399> Acesso em: 18 de set. 2023. DOI: DOI: 10.1344/sn2021.25.32707

CHENAIS, F. Mundialização: o capital financeiro no comando. **Revista Outubro**, ed. 5, p.7-28, fev. 2001. Disponível em: <http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%C3%A7%C3%A3o-5-Artigo-02.pdf> Acesso em: 16 de jun. 2022.

CNN BRASIL. **Veja quais países iniciaram a vacinação contra a Covid-19; Brasil está de fora.** 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/quais-os-paises-que-ja-comecaram-a-vacinacao-contr-a-covid-19/#:~:text=O%20primeiro%20lote%20de%2010,6%20de%20janeiro%20de%202021.&ext=Eslov%C3%AAnia%2C%20Est%C3%B4nia%2C%20Finl%C3%A2ndia%2C%20Malta,usando%20o%20imunizante%20Pfizer%2FBioNTech>. Acesso em: 05 de mar. 2024.

COELHO, R. et al. O quesito raça/cor no DataSUS: evolução e determinantes da completude. Nota técnica nº 30. **IEPS**, São Paulo, jun. 2023, p.1-9. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-30/> Acesso em: 01 de mai. 2024.

COLLIN J, BYSTROM E, CARNAHAN A, AHRNE M. Public Health Agency of Sweden's brief report: pregnant and postpartum women with SARS-CoV-2 infection in intensive care in Sweden. **Acta Obstet Gynecol Scand**, 2020;10.1111/aogs.13901

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. **Carta das mulheres aos constituintes.** Brasília, 1987. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/a-constituente-e-as-mulheres/arquivos/Constituente%201987-1988-Carta%20das%20Mulheres%20aos%20Constituintes.pdf Acesso em: 27 de abr. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016.** Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016> Acesso em: 14 de junho. 2022.

CORREA, S.; ÁVILA, M.B. Direitos Sexuais e Reprodutivos: Pauta Global e Percursos Brasileiros. In: Berquó, E. (org.), **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil.** Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003, p.17-78.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 6, (1/2), p. 147-177, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/K7L76NSSqymrLxfzPz8y87F/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 16 de jun. 2022.

COSTA, A. M. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. et al (org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** 2 ed. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2012, p. 979-1009.

COSTA, A. M. Saúde da Mulher: a necessária aposta na integralidade. **Outra Saúde**, 2023. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/saude-da-mulher-a-necessaria-aposta-na-integralidade/> Acesso em: 24 de jul. 2023.

COSTA JÚNIOR, E. S. da. A pandemia frente à Constituição fragilizada: impactos da emenda nº 95. **Revista Direito Público**, Brasília, v. 17, n. 96, p. 9-36, nov./dez. 2020. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/4486/Costa%20Juni>

or%3B%202020 Acesso em: 10 de nov. 2023. DOI:
<https://doi.org/10.11117/rdp.v17i96.4486>

COTTA, R. M. M.; MACHADO, J. C. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica de literatura. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 2013: 33 (1), p.54-60. Disponível em:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9220/a08v33n1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 12 de set. 2023.

COUTINHO, R. Z. et al. Considerações sobre a pandemia de Covid-19 e seus efeitos sobre a fecundidade e a saúde sexual e reprodutiva das brasileiras. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 37, p.1-9, e0130, 2020. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/FPTkwpk53k6m8GcMdLmMR8P/?format=pdf&lang=pt>>
 Acesso em: 15 de jul. 2022. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0130>

DIADEMA, SP. **Lei Municipal nº 3.363, de 1º de outubro de 2013**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Diadema. Disponível em: <
http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=336313> Acesso em: 09 de abr. 2022.

DIAS, J. A.; CURY, G. C.; PEREIRA JÚNIOR, A. do C. Estudo da mortalidade materna na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. **Revista Médica de Minas Gerais**, 2016; 26, e-1778.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?format=pdf&lang=pt>>
 Acesso em: 16 de mar. 2022.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, v.19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, C. S. G. et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo a cor da pele: dados do inquérito Nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 561-572, 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cdK3mWB5JJMSFbFPx3bC3nv/?format=pdf&lang=pt>
 Acesso em: 28 de abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162647>

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. National Abortion Survey – Brazil, 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 28, no. 6, p. 1601-1606, 2023. . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mDCFKkqkyPbXtHXY9qcpMqD/> Acesso em: 13 de fev. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023>

DOMINGUES, C. A. L. et al. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma

história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, 2020, 36, Sup. 2, p. 1-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XxZCT7tKQjP3V6pCyywtXMx/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00222919>

DREZETT, J. Mortalidade materna no Brasil. Insucesso no cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. **Reprodução & Climatério**, 2013; 28 (3): 89-91. Disponível em: <<https://www.elsevier.es/es-revista-reproducao-climaterio-385-pdf-S1413208714000089>> Acesso em: 29 de jun. 2022.

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

DWECK, E; OLIVEIRA, A. L. M. de; ROSSI, P. (coord.) **Austeridade e retrocesso: impactos sociais na política fiscal no Brasil**. São Paulo: Brasil debate e fundação Friedrich Ebert, 2018.

ELLINGTON S. et al. Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–June 7, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Weekly / June 26, 2020; 69: 769-775. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6925a1.htm#:~:text=These%20findings%20suggest%20that%20among,risk%20for%20death%20is%20similar> Acesso em: 16 de set. 2023.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State: o legado da economia política clássica. **Lua Nova**, 1991, v. 24, p. 85-116. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/99DPRg4vVqLrQ4XbpBRHc5H/?lang=pt> Acesso em: 13 de fev. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>

ESQUENAZI BORREGO, A. et al. Mortalidad materna en Brasil y Cuba: estudio comparativo. **Revista Cubana de Salud Pública**, Cidade de Havana, 2021, v. 47, n. 4, p.1-18, 2021. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v47n4/1561-3127-rcsp-47-04-e2551.pdf> Acesso em: 13 de ago. 2023.

FELICIO, M. Racismo, negligência e extermínio: o tripé básico do governo Bolsonaro. **Portal Geledés**, 2021. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/racismo-negligencia-e-exterminio-o-tripe-basico-do-governo-bolsonaro/> Acesso em: 17 de mar. 2024.

FERGUSON, I. Austeridade no Reino Unido: o fim do estado de bem estar social? **Argumentum**, Vitória, v. 5, n.2, p. 65-88, jul/dez. 2013. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b152/9fd74e73ca028a96f86fef3646ea26f5ba0b.pdf> Acesso em: 18 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v5i2.5985>

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que

precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 527-538 abr./jun. 2012. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n2/a3253.pdf>> Acesso em: 28 de abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2012.v36.n2.a474>

Figueiredo, A. et al. Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study. **The Lancet**, Volume 396, Issue 10255, 898 – 908, Sep. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)31558-0/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)31558-0/fulltext) Acesso em: 01 de mai. 2024. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31558-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31558-0)

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf> Acesso em: 30 de ago. 2021.

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. A Consulta Puerperal na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 28 nov. 2020. 27 p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/49211/2/consultapuerperalaps.pdf>> Acesso em: 09 de abr. 2022.

FIOCRUZ. **Boletim Observatório Covid-19**, semanas epidemiológicas 20 e 21, de 16 a 29 de maio de 2021. Disponível em: < https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_semana_20e21_2021.pdf> Acesso em: 14 de jul. 2021.

FLEURY, S.; FAVA, V. M. D. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 46, n especial 1, p. 248-264, mar. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hwxmncr3jKnc3vvrLhXZtYb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13 de ago. 2023. doi: 10.1590/0103-11042022E117

FLOSS, M. et al. A pandemia de Covid-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n.7, p. 1-5, jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n7/e00108920/pt> Acesso em: 18 de out. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108920>

FRANCO, V. F. et al. Demographic and epidemiological characteristics of pregnant and postpartum women who died from severe acute respiratory syndrome in Brazil: A retrospective cohort study comparing Covid-19 and nonspecific etiologic causes. **Plos One**, October 3(2022). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0274797> Acesso em:

31 de out. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274797>

FRASER, N.; JAEGGI, R. **Capitalismo em debate**: uma conversa na teoria crítica. São Paulo: Boitempo, 2020, 1ª ed.

FRASER, N.; SOUZA FILHO, J. I. R. Contradições entre capital e cuidado. **Princípios: Revista de Filosofia**, Natal, v. 7, n. 53, p. 261-288, mai./ago. 2020 Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/principios/article/view/16876/12950> Acesso em: 05 de ago. 2023.

FREITAS-JÚNIOR, R. A. de O. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 20, n. 2, p. 615 - 622, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/jdXwst5w4p8jdY4DFstbT5b/?lang=pt#:~:text=A%20mortalidade%20materna%20evit%C3%A1vel%20pode,proteger%20e%20prover%20esses%20direitos.> Acesso em: 12 de ago. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200016>

FCC. **Séries históricas**. 2007. Disponível em: <https://www.fcc.org.br/bdmulheres/series.php> Acesso em: 01 de mai. 2024.

GÊNERO E NÚMERO; SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA. **Sem parar**: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia. Disponível em: < https://mulheresnapandemia.sof.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Pesquisa_SemParar.pdf> Acesso em: 27 de abr. 2022.

GOÉS, E. F.; FERREIRA, A. J. F.; RAMOS, D. Racismo antinegro e morte materna pela Covid-19: o que vimos na pandemia? **Ciência & Saúde Coletiva**, 28 (09), set. 2023. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2023.v28n9/2501-2510/pt> Acesso em: 11 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.08412022>

GOMES, L. G.; BIRON, L. **Mulheres e mercado de trabalho**: a crise da Covid-19 no emprego feminino no Brasil. 2021. Disponível em: < <https://blogs.iadb.org/brasil/pt-br/mulheres-e-mercado-de-trabalho-a-crise-da-covid-19-no-emprego-feminino-no-brasil/>> Acesso em: 15 de jul. 2022.

GOMES, M. A. M. Organização da assistência perinatal no Brasil. In: LOPES, J. M. A. et al (orgs.). **O recém-nascido de alto risco**: teoria e prática no cuidar. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2004, p. 21-48. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374-02.pdf> Acesso em: 13 de fev. 2024.

GONÇALVES, C. de S. et al. Frequência e fatores associados à não realização da consulta puerperal em um estudo de coorte. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.1, p. 71-78, jan-mar., 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/7H57NvDHHzYD8xVRBhQqBnD/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 16 de mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100004>

GURZENDA, S; CASTRO, M. C. Covid 19 poses alarming pregnancy and postpartum mortality risk in Brazil. **EClinical Medicine** 36 (2021) 190917. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(21\)00197-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00197-8/fulltext)> Acesso em: 06 de jan. 2022.

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T. de. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n. 2, jul. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/bF8zY4QFGLb3WDgWCMVPHFH/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200015>

IAMAMOTO, M. V. Capital fetiche, questão social e Serviço Social. In: _____ . **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2015, p. 105-208.

IBGE. Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. Estudos e pesquisas. **Informação Demográfica e Socioeconômica**, n. 38, 2ª ed., p.1-12, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101784_informativo.pdf> Acesso em: 12 de jul. 2022.

IBGE. **Conheça o Brasil – População**: quantidade de homens e mulheres. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2022. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html> Acesso em: 25 de jul. 2022.

IBGE. **Conheça o Brasil – População**: cor ou raça. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2022. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html> Acesso em: 22 de out. 2023.

IPEA. Medicina baseada em evidências: uma interpretação crítica e implicações para as políticas públicas. **Texto para discussão 2696 (2021)**. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10830/1/td_2696.pdf Acesso em: 09 de mai. 2024.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2, p. 7-25, 1982. Disponível em: https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf Acesso em: 02 de mai. 2022.

LEAL, M. do C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33 Sup 1: e00078816, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 09 de jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>

LEAL, M. do C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, 23 (6): 1915-1928, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/> Acesso em: 15 de mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>

LEITE, M. O trabalho de cuidado e a reprodução social: entre o amor, o abuso e a precariedade. **Contemporânea Revista de Sociologia da UFSCar**, v. 13, n. 1, p. 11 – 32, jan-abr 2023. Disponível em: <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/1219> Acesso em: 02 de set. 2023.

LIMA, C. R. de A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, out. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6SzFwLD4zgTcfDZYywqw5zj/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 09 de mar. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000002>

LU, J. L. Effect of work intensification and work extensification on women's health in the globalised labour market. **Journal of Internactional Women's Studies**, 10 (4), p.111-126. Disponível em : <https://vc.bridgew.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1262&context=jiws> Acesso em: 01 de mai. 2024.

MACHADO, G. P.; MOURA, R. R. de. **Implicações da dupla jornada de trabalho na vida da mulher que está atuando na modalidade de teletrabalho em tempos de pandemia de Covid-19**. Anais do V SERPINF e III SENPINF ISBN 978-65-5623-100-6. Disponível em: < <https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/serpinf-senpinf/assets/edicoes/2020/arquivos/51.pdf> > Acesso em: 15 de jul. 2022.

MALTA, D. C et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis (5 a 74 anos de idade) por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 3, p. 409-12, 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a10.pdf> Acesso em: 16 de set. 2023. DOI: 10.5123/S1679-49742011000300016

MARETTO, V. L. **RAMI**: análise preliminar preocupa pelos retrocessos. Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2023. Disponível em: <http://sergs.org.br/2022/04/10/rami-analise-preliminar-preocupa-pelos-retrocessos/> Acesso em: 30 de set. 2023.

MARQUES, R. M.; NAKATANI, P. Brasil: as alterações institucionais no período recente e o novo governo. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.18, n.2, p.225-239, jul./dez. 2019. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/36288/19488> Acesso em: 19 de jan. 2022.

MARTINS, E. F. et al. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto

no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, 2017; v. 33, n.1, e00133115. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/78nNXhZfVvfydJR9zQC38PJ/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13 de abr. 2022. DOI: 10.1590/0102-311X00133116

MARX, K. A lei geral da acumulação capitalista. In: _____. **O capital**: crítica da economia política: Livro 1. São Paulo: Boitempo, 2013, p.689-784.

MATTAR, L. D.; DINIZ, S. G. (2012). Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunicação, Saúde**.

MATTAR, L. D. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais – uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Revista Internacional de Direitos Humanos**. São Paulo, ano 5, n. 8, p.60-83, junho de 2008.

MAY, T. **Pesquisa Social**: questões, métodos e processos. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Arte & Ensaios**, n. 32, dez. 2016, p.122-151. Disponível em: https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169?fbclid=IwAR2SAvwKICkMhUpLKAXp540_2BYPGYGhsEOvVA1NVdmgYcnbUt1Gv6fJt24 Acesso em: 01 de jul. 2023.

MELO, A. B. L. et al. Aborto no Brasil e no mundo: uma revisão integrativa de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 6, n. 4, p. 15272-15280, jul./ago. 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/61569/44377> Acesso em: 13 de fev. 2024. DOI: 10.34119/bjhrv6n4-103

MENDES, A. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz**, Rio de Janeiro, n. 7, jul./2017. Disponível em: https://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Aquilas_Mendes.pdf Acesso em: 19 de jan. 2022.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **Ser Social**, Brasília, v.22, n. 46, p. 09-32, jan. a jun. de 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260 Acesso em: 19 de jan. 2022. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25260

MENANDRO, L.M.T et al. Maternal Mortality in Brazil - Persistent Social Inequalities. In: Baikady, R. Et al. *The Palgrave Handbook of Global Social Problems*. Berlim: Springer Link, 1-27, 2024. Disponível em: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-030-68127-2_395-1.pdf?pdf=core Acesso em: 27 de abr. 2024.

MINAYO, M. C. S. **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores de mortalidade**: C-3 Razão de mortalidade materna. Indicadores e Dados Básicos, 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03a.htm> Acesso em: 12 de jul. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PACTO_NACIONAL_REDUCAO_MORTALIDADE_MATERNA_NEONATAL_2004.pdf Acesso em: 08 de jul. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUS eGestao.pdf Acesso em: 08 de jul. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Programa de Humanização do Parto e Nascimento. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html Acesso em: 23 de fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOTA TÉCNICA Nº 7/2020 – COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Disponível em: https://www.sogesp.com.br/media/2161/nota-tecnica-7-ms_gestantes-covid-19.pdf Acesso em: 05 de mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOTA TÉCNICA Nº 9/2020 – COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014382931-Nota-Tecnica_9.4.2020_parto.pdf Acesso em: 05 de mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOTA TÉCNICA Nº 12/2020 – COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014496630-Nota-T%C3%A9cnica-4_18.04.2020.pdf Acesso em: 05 de mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOTA TÉCNICA Nº 467/2021 – CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/04/nota-tecnica-467-2021-cgpnideidt-svs-ms.pdf> Acesso em: 05 de mai. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Integração do e-SUS Atenção Básica ao SISPRENATAL**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/2490> Acesso em: 19 de out. 2021.

MOLITERNO, A. C. M. et al. Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang.

Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2013, abr-jun; 22 (2): 293-301.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/tsdDWN4np3XgzNmctm3YStS/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 11 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200004>

MOREL, A. P. M. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1-14, 2021.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/pnVbDRJBcdHy5K6NSc4X65f/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 14 de ago. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00315>

MORTAZAVI, F.; MEHRABADI, M.; TABAR, R. K. Pregnant women's well-being and worry during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2021, jan 15; 21 (1): 59. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7809640/> Acesso em: 31 de mai. 2021. doi: 10.1186/s12884-021-03548-4

MOTTA, C. T.; MOREIRA, M. R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26 (10), p. 4397-4409, 2021. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2021.v26n10/4397-4409/pt> Acesso em: 29 de jun. 2023. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021>

MUHAI DAT, N. et al. Pregnancy During COVID-19 Outbreak: The Impact of Lockdown in a Middle-Income Country on Antenatal Healthcare and Wellbeing. **International Journal of Women's Health** 2020; 12, p. 1065-1073. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7678687/> Acesso em: 31 de mai. 2021. DOI: 10.2147/IJWH.S280342

NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. COVID-19 and Maternal Death in Brazil: An Invisible Tragedy. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2020; 42(8), 445-447.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/jgKpkQYQgF3qjqypDSjkzTz/?lang=en> Acesso em: 27 de jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1715138>

NAKATANI, P.; GOMES, H. A natureza e as contradições da crise capitalista. **Revista Políticas Públicas**. São Luís, Número Especial, p. 71-83, julho 2014. Disponível em:

<file:///E:/Downloads/2697-Texto%20do%20artigo-19250-1-10-20170214.pdf> Acesso em: 16 de jun. 2022.

NERI, S. C. C. **A qualidade dos dados dos sistemas de informação em saúde aplicados na atenção à saúde materno-infantil**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

NESP; CONASEMS. **Reforma Sanitária**. Acervo da Reforma Sanitária, 2023.

Disponível em: <https://portaldareformasaneitaria.org/services/reforma-sanitaria/> Acesso em: 04 de nov. 2023.

NETO, D. B.; DOMINGOS, B. dos S.; SILVA, I. R. Direitos dos ribeirinhos no Brasil: construção de barragens a pandemia Covid-19. **Revista Verde Grande: Geografia e Interdisciplinaridade**, v. 3, n.2, p. 150-172, 2021. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/verdegrande/article/view/4161/4670> Acesso em: 19 de out. 2023. DOI: <https://doi.org/10.46551/rvg2675239520212150172>

NETO, G. C. C.; CHIORO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n.7, p.1-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RzNmVjHqmLhPHZp6gfcDC6H/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13 de fev. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182119>

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da questão social. **Temporalis**. ABEPSS, Brasília, n.3, p.41-45, 2001.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOGUEIRA, N. V. O reconhecimento da violência obstétrica no Brasil e sua repercussão sociolegislativa por intermédio do movimento feminista. **InSurgência: revista de direitos e movimentos sociais**, Brasília, v. 7, n.2, p. 261-286, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/220-245> Acesso em: 18 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.26512/insurgncia.v8i2.38447>

NOVAKOWISKI, R. D. F. **Atenção à saúde de puérperas em uma região de fronteira: fragilidades agravadas pela pandemia da Covid-19**. 2022, 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2022.

NUCCI, M.; NAKANO, A. R.; TEIXEIRA, L. A. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, out./dez. 2018, p. 979-998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/75xJNDnKttfZThz4QWLJ44R/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13 de fev. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500006>

OBSERVATÓRIO DIREITOS HUMANOS CRISE COVID-19. **Balanco da política brasileira de vacinas**. Disponível em: <https://observadhecovid.org.br/pesquisas/balanco-da-politica-brasileira-de-vacinas> Acesso em: 18 de jul. 2021.

OLIVEIRA, J. C; MORAES, G. **Vacinação de gestantes contra Covid-19 deve considerar riscos, dizem autoridades**. Câmara dos Deputados, 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/758613-vacinacao-de-gestantes-contra-covid-19-deve-considerar-riscos-dizem-autoridades/> Acesso em: 19 de set. 2023.

OLIVEIRA, L. R. de.; RIZZATO, A. B. P.; MAGALDI, C. Saúde materno infantil: visão crítica dos determinantes e dos programas assistenciais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 17, p. 208-220, 1983. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1983.v17n3/208-220/pt> Acesso em: 27 de abr. 2024.

OMS. **Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf Acesso em: 22 de set. 2023.

ONU. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. Pequim, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf Acesso em: 23 de out. 2023.

ONU. **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. ODM Brasil. 2000. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio> Acesso em: 16 de mai. 2024.

ONU. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/home/agenda> Acesso em: 16 de mai. 2024.

ORELLANA, J. et al. Excess maternal mortality in Brazil: Regional inequalities and trajectories during the Covid-19 epidemic. **Plos One**, São Francisco, v. 17, n.10, 2022. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0275333> Acesso em: 09 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275333>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Saúde da Mulher**. Pequim, 1995. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao_pequim1.pdf Acesso em: 09 de abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio**. 2015. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio> Acesso em: 16 de mar. 2022.

ORTIZ-OSPINA, E.; HASELL, J.; ROSER, M. **Economic Inequality by Gender**. 2024. Disponível em: <https://ourworldindata.org/economic-inequality-by-gender> Acesso em: 27 de abr. 2024.

OPAS. **Actualización Epidemiológica**: Enfermedade por Coronavirus (COVID-19). 18 de mayo de 2021. Washington, D.C.; OPS/OMS; 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54595/EpiUpdate18May2021_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 10 de jan. 2022.

OPAS. **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a recentes**

desigualdades no acesso. 2021. Disponível em: < <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>> Acesso em: 16 de mar. 2022.

d'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, 30(Supl. 1), S154-S168, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZfLNJPcLjcrxDbRVg4sfj4S/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 de mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>

PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, v. 49, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/xpCQkdXRrdcQsZZST5bC99Q/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>

PALINSKI, J. da R. **Mortalidade materna e a pandemia de Covid-19 no Brasil:** uma análise das disparidades raciais e das mobilizações para seu enfrentamento. 2022. 81 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2022.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n.1, p. 185-194, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/rMnhFmBRjDPQhkSV3HBgQYH/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 de mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100021>

PAZOS, J. V. G. et al. E evolução da mortalidade materna e o impacto da Covid-19 na região Norte do Brasil: uma análise de 2012 a 2021. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v.16, n.2, p. 321-334, 2023. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/11707> Acesso em: 18 de out. 2023. DOI: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n2.e11707>

PEDRO, C. B. et al. Fatores relacionados ao planejamento familiar em região de fronteira. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n.3, p.1-8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/5ZsymDyKJxPnyLQn5XkwRFB/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 07 de out. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0180>

PEREIRA, C. P. **Proteção Social no capitalismo:** contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes. 2013. Tese (Doutorado em Política Social). Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília. Brasília.

PEREIRA, P. A. P. A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do Estado e da sociedade civil. **Ser Social**, n.6, p.119-132, 2009. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12852/11225 Acesso em: 13 de fev. 2024. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v0i6.12852

PEREIRA, P. A. P. **Política social:** temas & questões. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, R. M. et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.11, p. 3517-3524, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zFnLqbKLF75JphwHJqRdhCd/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016>

PERESTRELO, M. B. D. **A saúde mental de mães com bebês de 0 a 36 meses de idade face à pandemia de coronavírus**. 2021. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde). Diretoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2021.

PILLAY, N; KLUGMAN, B. Healthwatch: Developing Population Policies. **Agenda**, 21, 107. 1994. doi:10.2307/4065832

PINHEIRO, A. L. L. **Direitos humanos das mulheres**. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/190327_tema_i_direitos_humanos_das_mulheres.pdf Acesso em: 16 de mar. 2022.

PINTO E SILVA, J. L., CECATTI J. G., SERRUYA, S. J. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2005; 27: 103-5.

PRATES, J. C. Planejamento da pesquisa social. **Temporalis**, Brasília, ano IV, n.7, p.123-143, 2003.

PRATES, J.C.; PRATES, F. C. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental no Serviço Social e no Direito. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 15, n. 2, p. 111-125, jul./dez., 2009.

RAGAZZO, M. S. M. **Impacto das práticas obstétricas na consecução do papel materno**. 2021. 76 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2021.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê Mortalidade Materna**. São Paulo, 2000, 23p. Disponível em: https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Dossie_mortalidade-materna.pdf Acesso em: 28 de out. 2023.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê Humanização do Parto**. São Paulo, 2002, 40p. Disponível em: https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Dossie_Humanizacao-do-parto.pdf Acesso em: 20 de set. 2023.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiês da rede**. Disponível em: <https://www.redesaude.org.br/dossies-da-rede/> Acesso em: 20 de set. 2023.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO. **Nossa história**.

Disponível em: <https://rehuna.org.br/nossa-historia/> Acesso em: 20 de set. 2023.

RODRIGUES, A.R.M., CAVALCANTE, A.E.S., VIANA, A.B. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 3-9, 2019. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Mortalidade-materna-no-Brasil-entre-2006-2017-an%C3%A1lise-temporal-final.pdf> Acesso em: 07 de set. 2021.

RODRIGUES, A.; LACERDA, L; FRANCISCO R. P. V. **Brazilian Obstetric Observatory**. Disponível em: <arXiv:2105.06534> Acesso em: 11 de jan. 2022.

RODRIGUES, D. P. et al. O descumprimento da lei do acompanhante como agravamento à saúde obstétrica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.26, n.3, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4Qm774mp8J5P7CTBkVpkFVf/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13 de fev. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005570015>

RODRIGUES, T. Política de Saúde da Mulher comemora 25 anos: indicadores mostram o resultado da ampliação do acesso da mulher aos serviços de saúde. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-de-saude-da-mulher-comemora-25-anos>. Acesso em: 19 de jul. 2021.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. de. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 183-189, fev – 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8fcBnZrmvYJLXmGvXPJtDZD/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 23 de mar. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100020>

SABADINI, M. de S. Sobre o conceito de capital financeiro. **Temporalis**, Brasília (DF), a.15, n.30, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/10935/8388> Acesso em: 13 de fev. 2024. DOI: <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2015v15n30p71-92>

SANTOS, D. de S. et al. Disproportionate Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Among Pregnant and Postpartum Black Women in Brazil Through Structural Racism Lens. **Clinical Infectious Diseases**, Volume 72, Issue 11, 1 June 2021, p. 2068–2069. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32719866/> Acesso em: 16 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1066>.

SANTOS, H. F. L.; ARAUJO, M. M. Políticas de humanização ao pré-natal e parto: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**, Volume VI, Número 2. Ano 2016/1º semestre. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%C3%8DTICAS-DE-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-AO-PR%C3%89-NATAL-E-PARTO.pdf> Acesso em: 15 de fev. 2022.

SANTOS, J. A. **Dinâmicas afetivo-semióticas da transição para a maternidade no contexto pandêmico da Covid-19**. 2021. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia Social, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

SANTOS, J. S. Particularidades da “questão social” no Brasil: mediações para seu debate na “era” Lula da Silva. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 439-449, jul./set. 2012. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/jfqY4MqJPmNRqRRyFtTbZTJ/?lang=pt&format=pdf>>
Acesso em: 14 de jul. 2022.

SANTOS, N. R. dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23 (6): 1729-1736, 2018. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/csc/a/sNh7sDYDdyQwvKVgLqYZvpB/?format=pdf&lang=pt>>
Acesso em: 19 de jan. 2022. DOI: 10.1590/1413-81232018236.06092018

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e justiça**: as políticas sociais na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SANTOS, A.C. dos; HUMBELINO, T. M.; SANTOS, I. A. dos. Nós sabemos parir: o direito ao parto humanizado e o protagonismo da Mulher. In: II Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos, 2017, Londrina. **Anais eletrônicos do II Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social**. Disponível em:
<https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/134181.pdf> Acesso em: 18 de set. 2023.

SANTOS FILHO, S. B. dos; SOUZA, K. V. de. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021, 26 (3), p. 775-780. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n3/775-780/pt> Acesso em: 22 de jul. 2023.

SERRUYA, S. J., LAGO, T. G., CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, 2004; 26:517-25.

SERRUYA, S. J., CECATTI, J. G., LAGO, T. DI G. DO. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2004, v. 20, n. 5 [Acessado 4 Agosto 2021] , pp. 1281-1289. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022>>. Epub 13 Out 2004. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022>.

SERVO, L. M. S. et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 4, p. 114-129, dezembro 2020. Doi:1590/0103-11042020E407 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbqYLWqnc8MSJ7LpnBY5SK/?lang=pt> Acesso em: 09 de jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>

SHAI, A.; KOFFLER, S.; HASHILONE-DOLEV, Y. Feminism, gender medicine and beyond: a feminist analysis of "gender medicine". **International Journal for Equity in Health**, 20, 177 (2021). Disponível em: <file:///E:/Downloads/s12939-021-01511-5.pdf> Acesso em: 27 de abr. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01511-5>

SILVA, A. V. R. da; SIQUEIRA, A. A. F. de. Nascimento e cidadania: entre a norma e a política. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 29, n.1, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8zVtkDvXwSGkT8BjrBZGfkG/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 24 de abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190875>

SILVA, L. M. da G.; LIMA, B. C. S. de; JUNQUEIRA, T. L. S. População indígena em tempos de pandemia: reflexões sobre saúde a partir da perspectiva decolonial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 1-13, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/jHrvbTphR4hkqdRfFD5vmpK/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 11 de set. 2023 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220092pt>

SILVA, M. C. P. da.; OLIVEIRA, E. F. A.; GARCIA, M. L. T. Não acesso à assistência ao pré-natal e mortalidade infantil no Brasil: uma relação perversa. **Anais V Seminário Internacional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família**: atravessamentos do neoliberalismo nas políticas públicas no contexto pandêmico. PUCRS, 2021. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/anais/sipinf/assets/edicoes/2021/artigo/12.pdf> Acesso em: 16 de set. 2023.

SILVA, P. H. de S.; VIEIRA, G. S. Estupro de vulnerável durante a pandemia de Covid-19: estatísticas subnotificação. **Latin American Journal of Development**, Curitiba, v.4, n.3, p. 745-756, may./jun., 2022. Disponível em: <file:///E:/Downloads/ART+009+LAJD.pdf> Acesso em: 09 de set. 2023. DOI: 10.46814/lajdv4n3-009

SILVEIRA, P.; RODRIGUES, L. O. O movimento pela humanização do parto e do nascimento e questões de gênero: entre continuidades e tensões. 16º Encontro ABRAPSO. Recife, 2011. **Anais do 16º Encontro ABRAPSO**. Disponível em: <https://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyl7czozNjoiYToxOntzOjExOiJRF9UUKFCQUxITyI7czo0OilyMDgzljt9litzOjE6ImgiO3M6MzI6IjBkM2MxNzlhZjEzYWQ1MDYzN2FkYmZmNmFhZmRlY2YyIj9> Acesso em: 18 de set. 2023

SIQUEIRA, A. A. F. de et al. Mortalidade materna no Brasil, 1980. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.18, n.6, p. 448-65, dez. 1984. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/rkBFQ4cc8XWTmHLCqkvgVrL/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13 de jul. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101984000600004>

SOARES, V. M. N.; MARTINS, A. L. A trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna no Paraná. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 453-460, out./dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/MwZHpfT6BynjV5RV6F5hXsd/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 12 de ago. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292006000400013>

- SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Mortalidade materna pela Covid-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 21 (Supl. 1): 5257-5261, fev., 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/R7MkrnCgdmyMpBcL7x77QZd/?lang=pt>> Acesso em: 14 de jan. 2022. DOI: 10.1590/1806-9304202100S100014
- SOUZA, G. A. A. de. A hipótese da convergência: uma ilusão de ótica. **Caderno CRH**, n. 15, p. 47-69, jul./dez., 1991. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/2420/1/CadCRH-2007-373%20s.pdf>> Acesso em: 23 de mai. 2022.
- SOUZA, J. P. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, dez. 2013, 35 (12): p. 533-535. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/SQKNhLxKhdr9VqDN8vK8jNC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 09 de set. 2023. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001200001>
- SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos do desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, 2015; 37(12):549-51.
- SOUZA, M. de F. M. de. Dos dados à política: a importância da informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.7, n.1, p. 5-6, mar. 2008. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v17n1/v17n1a01.pdf> Acesso em: 13 de fev. 2024.
- SOUZA, M. D. de; FERRAZ, D. L. A (im)produtividade do trabalho reprodutivo e a exaustão das mulheres na contemporaneidade. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 27, n. 5, p.1-21, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/NHrGb8zbyW3q9LHTZcsP5qG/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 27 de abr. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2023220342.por>
- SOUZA, P. H. G. F. de; HECKSHER, M.; OSORIO, R. G. **Um país na contramão**: a pobreza no Brasil nos últimos dez anos. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11563/7/NT_102_Disoc_Um_Pais.pdf Acesso em: 09 de nov. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/ntdisoc102>
- SUMNER, A.; HOY, C.; ORZ-JUÁREZ, E. **Estimates Of The Impact Of Covid-19 On Global Poverty**, documento de trabajo 2020/43 del Instuto Mundial de Invesgaciones de Economía del Desarrollo, Helsinki: UNU-WIDER, 2020.
- TAKEMOTO, M. L. S. et al. The tragedy of Covid-19 in Brazil: 124 maternal deaths and couting. **International Journal of Gyneacology and Obstetrics**. 2020 October 151(1), p. 154-156. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9087660/> Acesso em: 29 de jun. 2023. DOI:10.1002/ijgo.13300

TEIXEIRA, C. M. As mulheres no mundo do trabalho: ação das mulheres, no setor fabril, para a ocupação e democratização dos espaços público e privado. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 237-244, abr.-jun. 2009. Disponível em: [file:///E:/Downloads/download%20\(1\).pdf](file:///E:/Downloads/download%20(1).pdf) Acesso em: 09 de nov. 2023.

TELLES, V. da S. Direitos sociais: afinal, do que se trata? **Revista USP**, São Paulo, n. 37, p. 34-45, 1998. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/27023/28797>> Acesso em: 16 de jun. 2022.

TOMMASELLI, G. C. G. Necropolítica, racismo e governo Bolsonaro. **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente, v.4, n.42, p. 179-199, dez. 2020. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/cpg/article/view/7868/5867> Acesso em: 17 de mar. 2024.

TORTOLA, I. V. **Influência da pandemia de Covid-19 na assistência pré-natal, assistência ao parto e desfechos neonatais em uma maternidade no sul do Brasil**. 2022. 90 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde do Ciclo Vital). Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Saúde do Ciclo Vital, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2022.

UNFPA. **How will the COVID-19 pandemic affect births?** Technical Brief. 21 December 2021. Disponível em: <<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/How%20will%20the%20COVID-19%20pandemic%20affect%20births.pdf>> Acesso em: 29 de jun. 2022.

UNFPA BRASIL. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**, Plataforma de Cairo, 1994. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio-cairo.pdf> Acesso em: 18 de jan. 2021.

UNFPA BRASIL. **Brasil segue com índices elevados de gravidez na adolescência**. set, 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/199938-unfpa-brasil-segue-com-%C3%ADndices-elevados-de-gravidez-na-adolesc%C3%Aancia> Acesso em: 09 de set. 2023.

UNFPA BRASIL; OOB. **Saúde materna e Covid-19: panorama, lições aprendidas e recomendações para políticas públicas**. Brasília: Fundo de Populações das Nações Unidas, 2023. Disponível: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/saude-materna-e-covid-19> Acesso em: 11 de set. 2023.

VAZQUEZ, G. G. H. Sobre os modos de produzir as mães: notas sobre a normatização da maternidade. **Revista Mosaico**, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 103-112, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/3984> Acesso em: 18 de set. 2023. DOI: <https://doi.org/10.18224/mos.v7i1.3984>

VIALI, L. **Testes de hipóteses não paramétricos**. UFRGS, Porto Alegre, 2008.

Disponível em: <

http://www.mat.ufrgs.br/~viali/estatistica/mat2282/material/apostilas/Testes_Nao_Parametricos.pdf> Acesso em: 13 de jul. 2022.

VIVANTI A. J. et al. Retrospective Description of Pregnant Women Infected with Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, France. **Emerging Infectious Diseases**. 2020; 26 (9): 2069-76. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32633712/> Acesso em: 16 de set. 2023. DOI: 10.3201/eid2609.202144.

VOGEL, J. P. et al. Neglected medium-term and long-term consequences of labour and childbirth: a systematic analysis of the burden, recommended practices, and a way forward. **The Lancet**, v. 12, February 2024, p. e371-e330. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2823%2900454-0> Acesso em: 27 de abr. 2024. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00454-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00454-0)

WERNECK, J. 'O governo Dilma está chocando o ovo da serpente': entrevista para o **Viomundo**, 10 fev. 2012. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/jurema-werneck-o-governo-dilma-esta-chocando-o-ovo-da-serpente/> Acesso em: 26 de ago. 2023.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n.3, 2016, p.535-549. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 de mai. 2024. DOI: 10.1590/S0104-129020162610

WHO. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v. 326, n. 8452, 1985, p. 436-437. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(85\)92750-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(85)92750-3/fulltext) Acesso em: 23 de out. 2023 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Monitoring maternal, newborn and child health**: understanding key progress indicators. Geneva: WHO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44770>. Acesso em: 03 de fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International statistical classification of diseases and related health conditions, 10th revision**. Geneva, World Health Organization, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in maternal mortality**: 1990 to 2013, estimatives by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, and the United Nations Population Division. 2014. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/9789241507226_eng.pdf> Acesso em: 10 de nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in maternal mortality**: 2000 to 2017, estimatives by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, and the United Nations Population Division. 2019. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Maternal_mortality_exec_summary.pdf> Acesso em: 10 de nov. 2021.

YELLEN, J. L. The history of women's work and wages and how it has created success for all us. **The Brookings Institution**, mai, 2020. Disponível em: <https://www.brookings.edu/articles/the-history-of-womens-work-and-wages-and-how-it-has-created-success-for-us-all/> Acesso em: 09 de nov. 2023.

ZAIGHAM M, ANDERSSON O. Maternal and Perinatal Outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies . **Acta ObstetGynecol Scand**. 2020 Jul;99(7):823-829. DOI:10.1111/aogs.13867

ZAMBRANO, L. D. et al. Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status – United States, January 22 – October 3, 2020. **Morbidity and Mortality Weekly Report**. 2020, Nov. 6; 69 (44): p. 1641-1647. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33151921/> Acesso em: 01 de jul. 2022. DOI: 10.15585/mmwr.mm6944e3

ZORZAM, B. A. O. Z. **Informação e escolhas no parto**: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ZORZAM, B.; CAVALCANTI, P. **Direito das mulheres no parto**: conversando com profissionais da saúde e do direito. São Paulo: Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, 2016.

ZUCCO, L. P.; RIL, S. Y. Mulheres indígenas e saúde: uma análise do discurso científico à luz da crítica feminista e dos estudos de gênero. **Gênero**. Niterói, v. 18, n.2, p.123-141. 2018. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/31311> Acesso em: 23 de mar. 2023. doi: <https://doi.org/10.22409/rg.v18i2.1147>

ZVEITER, M. et al. O fim anunciado da Rede Cegonha - que decisões tomaremos para o nosso futuro? **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2022; 30: e66376, p.1-6. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392828/e66736-o-fim-anunciado-da-rede-cegonha-diagramado-port.pdf> Acesso em: 22 de jul. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.66736>