



**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
NÍVEL MESTRADO**

JANE DA ROSA PALINSKI

**MORTALIDADE MATERNA E A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL: UMA
ANÁLISE DAS DISPARIDADES RACIAIS E DAS MOBILIZAÇÕES PARA SEU
ENFRENTAMENTO.**

SÃO LEOPOLDO/RS

2022

JANE DA ROSA PALINSKI

**MORTALIDADE MATERNA E A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL: UMA
ANÁLISE DAS DISPARIDADES RACIAIS E DAS MOBILIZAÇÕES PARA SEU
ENFRENTAMENTO.**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização apresentado como
requisito parcial para obtenção do título
de Mestre, pelo Curso de Especialização
em Ciências Sociais da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora: Professora. Dra. Laura
Cecília Lopez.

SÃO LEOPOLDO/RS

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Nathalia de Brito Silva Rezende CRB 1/3451)

P162m

Palinski, Jane da Rosa.

Mortalidade materna e a pandemia de COVID-19 no Brasil:
uma análise das disparidades raciais e das mobilizações para
seu enfrentamento / Jane da Rosa Palinski. – 2022.

81 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Rio
dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Ciências
Sociais, 2021.

“Orientadora: Prof. Dra. Laura Cecília Lopez.”

1. Mortalidade materna
 2. COVID-19
 3. Disparidades sociais
 4. Mobilizações
 5. Justiça
- I. Título.

CDU: 34:614.1

Esta dissertação é dedicada primeiramente á Deus, aos meus pais, meu esposo, meus filhos, e irmãos, pois sempre me apoiaram a estudar e a lutar por meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora pelo profissionalismo e dedicação demonstrados durante esse tempo de convivência. Sem a sua paciência e compreensão seria impossível concluir a minha caminhada. Agradeço aos meus colegas que me incentivaram a iniciar nesta caminhada, em especial o Wender, Geraldina, André e os demais colegas, todos meus familiares que torceram por mim, que mesmo diante de tantas dificuldades e imprevistos que passamos, sempre acreditaram em mim e se mantiveram do meu lado.

RESUMO

“Oito em cada dez gestantes e puérperas que morreram de coronavírus no mundo eram brasileiras” foi uma manchete que circulou nas redes digitais em julho de 2020 e cujo estudo de base deflagrou uma série de mobilizações e ações coletivas no território brasileiro para diagnosticar e enfrentar a situação. Este trabalho teve como objetivo analisar como essas mobilizações e estratégias de ação para a prevenção da mortalidade materna foram construídas no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil e de que modo foi trabalhada a dimensão do racismo e outras desigualdades operantes na produção social dessas mortes. Há décadas que estudos vêm mostrando que as desigualdades raciais e de classe são dimensões que produzem as mortes maternas evitáveis no Brasil. Este fenômeno agravou-se com a pandemia de COVID-19, assim como com a conjuntura política e econômica no país. Foi realizada uma pesquisa documental, com um corpus constituído com diversidade de materiais (lives, notas técnicas, audiências públicas, etc.) que circularam na internet. Nosso recorte espacial abrange o nível nacional, trazendo alguns dados do Rio Grande do Sul, por ter ganhado destaque uma ação do poder público, relacionada ao Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna; assim como de São Paulo, com uma mobilização relacionada à vacinação de gestantes no estado. Realizou-se uma análise de conteúdo com dois eixos que articularam os dados empíricos e as discussões teóricas: como se deu a produção de dados epidemiológicos e o mapeamento das desigualdades operantes nessas mortes; e quais foram as formas de mobilização e tradução em ações/estratégias, problematizando em ambos os casos como foi incorporada a dimensão racial. Como resultados principais destacam-se a necessidade de politizar a mortalidade materna dentro das demandas por garantia dos direitos humanos das mulheres, principalmente o direito à vida, seja na qualificação da produção de dados epidemiológicos e dos determinantes sociais das mortes maternas evitáveis, assim como na implementação de políticas de equidade que promovam justiça social.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade materna; COVID 19; mobilizações; disparidades raciais; prevenção.

ABSTRACT

“Eight out of ten pregnant and postpartum women who died of coronavirus in the world were Brazilian” was a headline that circulated on digital networks in July 2020 and whose baseline study triggered a series of mobilizations and collective actions in Brazilian territory to diagnosis and confrontation the situation. This study aimed to analyze how these social mobilizations and actions for the prevention of maternal mortality were constructed in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil and how the dimension of racism and other inequalities operating in the social production of these deaths. For decades, studies have shown that racial and class inequalities are dimensions that produce preventable maternal deaths in Brazil. This phenomenon was aggravated by the COVID-19 pandemic, as well as the political and economic situation in the country. A documentary research was carried out, with a corpus consisting of a variety of materials (lives, technical notes, audiências públicas, etc.) that circulated on the internet. Our spatial cut covers the national level, bringing some data from Rio Grande do Sul, as an action by the government, related to the National Day for the Reduction of Maternal Mortality, was highlighted; as well as São Paulo, with mobilization related to the vaccination of pregnant women in the state. A content analysis was carried out with two axes that articulated empirical data and theoretical discussions: how was the production of epidemiological data and the mapping of inequalities operating in these deaths; and what were the forms of mobilization and translation into actions/strategies, questioning in both cases how the racial dimension was incorporated. The main results highlight the need to politicize maternal mortality within the demands for guaranteeing women's human rights, especially the right to life, whether in the qualification of the production of epidemiological data and the social determinants of preventable maternal deaths, as well as in implementation of equity policies that promote social justice.

KEYWORDS: Maternal mortality; COVID-19; mobilizations; racial disparities; prevention.

INDICE DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1: Nota oficial ABENFO, ABEN e COFEN (2020).....	46
Figura 2: 28 de maio: Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher e Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna	50
Figura 3: Matéria sobre Mapeamento da mortalidade materna durante pandemia pelo Observatorio-Obstetrico Brasileiro Covid-19.....	52
Figura 4: Foto “Lactantes pela Vida”: deputadas e integrantes da sociedade civil em defesa da proposta.	58
Figura 5: Recomendação da vacina contra COVID 19 nas Gestantes e Puérperas pelo MS.....	59
Figura 6: Recomendação que gestantes não voltem ao trabalho mesmo imunizadas.	62

GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos casos e óbitos por SRAG por COVID-19 em gestantes e puérperas, 2020 ate 2021 até Semana (SE) 25.	34
Gráfico 2: Percentual de óbitos entre puérperas internadas por COVID 19, no ano de 2020 e primeiro quadrimestre de 2021, RS.	38
Gráfico 3: Série histórica de óbitos maternos do RS e projeção para final de 2021 considerando a média semanal de 2,2 óbitos entre gestantes e puérperas.	51

TABELAS

Tabela 1: Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em gestantes segundo classificação final e região, 2021 até SE 21.	12
Tabela 2: Escore de Alerta Obstétrico modificado para gestantes (WEOWS)	19
Tabela 3: Comparação dos registros de internação por COVID-19 em gestantes e puérperas no Estado do Rio Grande do Sul entre 2020 e 2021.	37

LISTA DE SIGLAS

AB Atenção Básica

ABEN Associação Brasileira de Enfermagem

ABENFO Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras

COFEN Conselho Federal de Enfermagem

CNS Conselho Nacional de Saúde

CPI Comissão Parlamentar de Inquérito

ERC Estratégia Rede Cegonha

FEBRASGO Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

GHC Grupo Hospitalar Conceição

IMIP- Instituto de Medicina Integral Professor

MDM Metas de Desenvolvimento do Milênio

MM Morte Materna

MS Ministério da saúde

ODS Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OObR Covid-19 Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

PNAISM Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

RN Recém nascido

SARS síndrome respiratória aguda grave

SE Semana

SIVEP-Gripe Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe

SOGIRGS Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Sul

SRAG Síndrome Respiratória Aguda Grave

UBS Unidade Básica de Saúde

UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

UFSCAR Universidade Federal de São Carlos

Unesp Universidade Estadual Paulista

UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Percurso metodológico	21
2. GÊNERO, INTERSECCIONALIDADES E (IN)JUSTIÇA REPRODUTIVA NO SUL GLOBAL	26
2.1 Justiça Reprodutiva.	29
3. PRODUÇÃO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E AS DESIGUALDADES OPERANTES NA MORTALIDADE MATERNA POR COVID 19.....	31
3.1 Determinantes sociais e Mecanismos que tem causado a Mortalidade Materna.....	41
4. MOBILIZAÇÕES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA POR COVID 19.....	45
4.1 A vacinação e os Direitos trabalhistas das Gestantes, Puérperas e Lactantes.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS.....	71

1 INTRODUÇÃO

“Oito em cada dez gestantes e puérperas que morreram de coronavírus no mundo eram brasileiras”. Essa foi a manchete do jornal Estadão, de 14 de julho de 2020, que circulou amplamente nas redes digitais. Esses dados estavam relacionados com um estudo feito por Enfermeiras e Obstetras Brasileiras ligadas a quatro universidades (Unesp, UFSCAR, IMIP e UFSC), publicado na Revista científica *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (AMORIM et al., 2020). O estudo deflagrou uma série de mobilizações e ações coletivas no território brasileiro, no sentido de produzir e monitorar dados sobre mortalidade materna por COVID 19, assim como elaborar estratégias de ação para sua prevenção, num cenário de profunda crise sanitária e sócio-política que a pandemia acelerou no país. Pretendemos, nesta dissertação, analisar esse processo.

No início da pandemia, de acordo com Menezes et al. (2020), houve vários relatórios que traziam informações sobre a população obstétrica não estar no grupo de risco ou de maior risco de desenvolver sintomas graves de COVID 19, em relação a população em geral. Porém, segundo estes autores, dados epidemiológicos e estudos realizados posteriormente demonstraram um cenário assustador e confirmaram que durante a gestação ocorrem várias adaptações fisiológicas maternas, bem como resposta orgânica a infecções por vírus, aumentando o risco de imunodeficiência. Assim, delineia-se que a gravidez e o período pós-parto podem realmente representar riscos adicionais para mulheres e bebês.

Frente a isso, é importante apresentar dados e informações do momento atual que vivemos sobre a pandemia de COVID 19 e sua repercussão no Brasil e na vida das gestantes e puérperas, relacionados a MM.

Destaca-se o Boletim Epidemiológico Especial, referente à Semana Epidemiológica 21 da COVID-19, que até o dia 29 de Maio de 2021, onde foram confirmados 169.957.473 casos de COVID-19 no mundo, sendo que o Brasil estava em terceiro lugar dentre os países com maior número de casos acumulados, com o total de 16.471.600 casos. Em referência ao número acumulado de óbitos, o Brasil representa o segundo lugar, com 461.057 óbitos. (BRASIL, 2021a).

Segundo dados do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), apresentados por este Boletim epidemiológico, foram

registrados até o dia 26 de maio de 2021, um total de 12.533 casos em gestantes e puérperas. No Brasil dentre os casos notificados de Síndrome Respiratória Aguda (SRAG), já com início dos sintomas foram de 8.097 casos, destas mulheres, 645 evoluíram para óbito, sendo 611 por COVID-19.(BRASIL, 2021a). Os índices maiores de óbito por COVID-19 foram nas regiões, Sudeste (258) e em seguida Nordeste (118) casos., como mostra a tabela 1 abaixo.

Tabela 1: Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em gestantes segundo classificação final e região, 2021 até SE 21.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em Gestantes		
Região/UF de residência	COVID-19	SRAG
Região Norte	87	88
Região Nordeste	118	127
Região Sudeste	258	276
Região Sul	70	71
Região Centro-Oeste	77	82
TOTAL	611	645

Fonte: Sivep-Gripe. Dados atualizados em 31/05/2021 às 12h, sujeitos a revisão (BRASIL, 2021a).

Importante ressaltar ainda a idade destas mulheres onde mais ocorreram os óbitos que foram entre 30 a 39 anos, totalizando 307, sendo o 3º trimestre da gestação que apresenta o maior aumento de casos 336. Quando voltamos nosso olhar à raça/cor, as pardas e pretas (negras) apresentaram 323 casos de óbitos, e 211 casos em mulheres brancas. Sendo um índice alarmante relacionado à mortalidade materna no Brasil (BRASIL, 2021a). Infelizmente “ao longo das últimas décadas, vem sendo produzido um expressivo conjunto de evidências que aponta para importantes disparidades raciais no Brasil nas mais diversas dimensões da vida social” (LEAL et al., 2017, p. 2).

Conforme o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2021), as desigualdades sociais e de gênero no Brasil, no contexto da pandemia tiveram um acréscimo assustador, afetando em especial mulheres negras e pobres. Fato esse que se intensifica, segundo informações do Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOBr Covid-19), com um índice de aumento da mortalidade materna pela doença, em 145,4% mortes na média semanal de 2021, a mais, em relação à média semanal de 2020, sendo a mulher negra a mais afetada.

Concomitante a isso um estudo realizado no Brasil e publicado em 2020, na área de “Doenças Clínicas Infecciosas” da Oxford Academic, já assinalava uma realidade que ora vem se confirmando nos dados sobre a mortalidade materna por COVID-19, onde 65% das mulheres eram negras e 31% de mulheres brancas, sendo o dobro de óbitos entre uma e outra. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021).

Neste contexto nosso país chamou a atenção em nível internacional devido ao alto número de mortes maternas por COVID-19, e a disseminação do vírus, desafiando o enfrentamento e a superação desta pandemia. Sendo complexas e multifatoriais as razões pelas quais o país apresenta essas cifras alarmantes de casos. Como Silva e Souza (2020) apontam:

Evitáveis e preveníveis, essas mortes de mulheres, prematuras e injustificáveis, configuram-se como um grande problema de saúde pública e de violação de direitos – direitos sexuais e direitos reprodutivos - na medida em que escancaram desastrosas implicações das desigualdades sociais, de gênero, de raça/etnia, bem como do desempenho do sistema de saúde – ainda aquém de atender as necessidades das mulheres (p. 2).

De acordo com Souza e Amorim (2021) a infecção pelo coronavírus causa diversas alterações fisiológicas e anatômicas da gravidez nos sistemas imunológico, respiratório, cardiovascular e na coagulação da gestante. Assim, as gestantes se tornam vulneráveis a contrair pneumonias virais, evidenciando umas das causas da mortalidade em gestantes.

Quando falamos de COVID-19 e gestação, de acordo com Elias et al. (2021), os estudos evidenciam que as mulheres grávidas têm maior probabilidade de infecção do que mulheres não grávidas. E mesmo com dados escassos percebe-se a relação entre a infecção do Coronavírus com casos de partos prematuros, morte fetal, pré-eclâmpsia, morte materna, sofrimento fetal e ruptura da membrana. Assim, comprava-se a necessidade de cuidados de prevenção desta população e também de vacinação contra o COVID-19.

Diante deste tema tão importante é necessário trazer e lembrar algumas definições que foram trabalhadas neste trabalho. Uma delas é sobre a pandemia de COVID 19 sendo esta causada pela “transmissão do SARS-CoV-2 que pode ocorrer pelo contato direto, indireto ou próximo com pessoas infectadas por meio da saliva e secreções respiratórias expelidas com tosse, espirros, fala ou canto” (BRASIL, 2020b, p.7). Outra definição que é necessária falarmos é sobre a Morte Materna

(MM) sendo aquela que ocorre em uma mulher durante seu período gestacional ou no período de até 42 dias do término da gravidez, sendo este independentemente do tempo ou da localização da gravidez, podendo ser por qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou também por medidas tomadas em relação a ela (BRASIL, 2009). Estas mortes por causa obstétrica podem ser classificadas em dois tipos: as obstétricas diretas e as obstétricas indiretas. As causas obstétricas diretas geralmente acontecem quando ocorre complicações no momento do parto, da gestação ou puerpério, por motivos diversos como: intervenções, omissões, formas incorretas de tratamento ou uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Já as indiretas são aquelas doenças que a gestante já tinha antes da gestação ou desenvolveram durante o período da gravidez, sendo agravadas por efeitos fisiológicos destes período (BRASIL, 2009).

Quando pensamos em evitabilidade destes casos, conforme Moron et al.(2011), eles podem ser tanto evitáveis e inevitáveis, sendo que os evitáveis são aqueles que não deveriam ter ocorrido, se fossem cumpridos todos os preceitos ditados como pelos conhecimentos técnicos científicos e inevitáveis aqueles que foram desencadeados por fatores que não podiam ser impedidos, neste caso deve ser considerado o atual estado da ciência e da técnica. Segundo os mesmos autores, é de responsabilidade médica, pessoal, hospitalar e social os casos evitáveis de mortalidade materna, pois aqui significa que ocorreu falha em um determinado momento na assistência durante a gravidez ou no momento do parto. Estas mortes evitáveis podem acontecer também pela falta de compreensão da gravidade ou não busca desta gestante ou familiar durante este período. Mas principalmente destaca-se a ocorrência de falha ou negligência nos serviços de saúde voltados a necessidade da mesma, ou até mesmo déficit da capacidade resolutiva da equipe ou gestão dos serviços (MORON et al., 2011).

Segundo Silvana Gramado Gama, professora da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, numa fala durante a WEBINAR organizada pela Proqualis e Observatório COVID 19/Fiocruz, a mortalidade materna é umas das “mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, de suas famílias e sociedade, pois um óbito desfaz famílias deixa crianças órfãs, uma verdadeira tragédia, que poderia ser evitadas em mais de 90% dos casos”. (PROQUALIS e OBSERVATÓRIO COVID 19 / FIOCRUZ, 2021, s/p).

O tema da mortalidade materna por causas evitáveis é uma preocupação de longa data no Sul Global e vem sendo negligenciada e sobrecarregada de entendimento onde os direitos humanos são sistematicamente violados. Foi na década de 1980 que as iniciativas globais voltadas para o cuidado à vida materna começaram. Em 1987 houve a Conferência Internacional sobre a Maternidade sem Risco em Nairóbi, no Quênia. Esse evento é cheio de simbolismos porque através dele se originaram várias associações, movimentos e organizações não governamentais que trouxeram a pauta para o debate. Dessa movimentação foi criada a iniciativa Maternidade Segura, que com suas ações e impacto tentou reduzir os números de MM no Sul Global (COOK, 2013).

Em 1990, foi realizada a XXIII Conferência Sanitária Pan-Americana em Washington, que aprovou o *Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en la Región de las Américas*. Os países signatários assumiram o compromisso de formular seus planos nacionais de redução da mortalidade materna firmando a meta de reversão em, pelo menos, 50% até o ano 2000 (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2003).

No Brasil, em 1996, foi instalada uma Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI, onde foi perfilado o padrão das mulheres vítimas de morte materna. A abordagem trazia elementos como nível de escolaridade, renda, raça/cor, idade e estado civil, além de alcance à assistência à saúde, como fatores que colocariam essas mulheres em risco. Há uma relação muito estreita entre esses fatores e cada morte materna, onde as mulheres negras se encontram em maior vulnerabilidade (BRASIL, 2001).

No início do século XXI, a redução da MM passou a formar parte das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) das Nações Unidas, que os 193 Estados-Partes das Nações Unidas se comprometeram a alcançar até 2015 (COOK, 2013). Estas foram referendadas novamente em 2012, dentro dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), visto o alcance incompleto das ações, acesso desigual dos serviços de saúde, demoras nos manejos e nas identificações voltadas à gestante. Dentre os novos objetivos a serem conquistados entre os anos de 2016 e 2030, esta o ODS 3, que vem no intuito de reduzir a razão da mortalidade materna evitável. Este delimita a necessidade de garantir vidas saudáveis e promover o bem estar em todas as idades. No Brasil, a meta é reduzir a mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, hoje esta razão de

morte materna global situa-se em torno de 210 mortes por 100 mil nascidos vivos. Para que esta meta global seja atingida até 2030 é necessário que sejam implementadas agendas de trabalho eficazes que vão além do controle e combate a mortalidade em si (SOUZA, 2015). Torna-se uma meta ambiciosa principalmente no momento atual de pandemia, frente aos altos números de óbitos maternos e as disparidades sociais.

Após uma divulgação de Relatório da CPI em 2001, percebe-se um cenário diferenciado de políticas públicas, tanto as que envolvem a saúde das mulheres, quanto as que tratam questões étnico-raciais. Questionava-se naquele momento a produção de dados de saúde sexual e reprodutiva que contemplassem as desigualdades raciais no Brasil, sendo que o movimento de mulheres negras protagonizou várias demandas ao Estado brasileiro em torno da saúde reprodutiva desde a década de 1980: desde as denúncias pelos abusos em relação a laqueaduras/esterilizações realizadas compulsoriamente, principalmente nas regiões norte e nordeste, com um alto percentual de mulheres negras e indígenas sofrendo intervenções cirúrgicas sem seu consentimento (DAMASCO et al, 2012), até os questionamentos em torno da mortalidade materna por causas evitáveis acontecerem mais entre mulheres negras, lutando em prol do direito à vida (LOPEZ, 2016).

Dentre muitos casos de mobilizações e seus alcances, está o caso icônico da morte materna de Alyne Pimentel. Uma mulher negra moradora da Baixada Fluminense/RJ que morreu em 2002 em decorrência de uma série de negligências da rede de saúde. O caso foi denunciado na esfera internacional, julgado pelo Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Cedaw) das Nações Unidas e o Estado brasileiro foi punido por violação aos direitos humanos dessa mulher (COOK, 2013; LOPEZ, 2016).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), trazendo seus princípios e diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, reafirmando sua saúde como prioridade. No seu texto, a política considera as especificidades de todas as mulheres entre elas as negras, indígenas, lésbicas, profissionais do sexo e busca a integralidade e promoção a saúde como princípios orientadores do SUS (BRASIL, 2011).

Nesse mesmo ano, foi aprovado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004), a partir da articulação de vários atores do poder público e da sociedade civil. Em 2005, é lançado o Manual Perspectiva de Equidade na Atenção às Diferenças no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – Atenção às Mulheres Negras, no intuito de reforçar os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e incorporar “as questões relativas à raça/etnia, ou seja, o ‘quesito cor’ na saúde, visando a que todos os indicadores de saúde considerem estas variáveis” (BRASIL, 2005a, p. 5).

Após alguns anos foi lançada a Portaria nº 1.459/2011 que institui a Estratégia Rede Cegonha (ERC), no intuito de garantir à mulher o direito a ter um planejamento reprodutivo, assistência durante a gravidez, parto e puerpério, com atenção humanizada necessária neste período, permitindo também a criança um desenvolvimento saudável, livre de danos no seu nascimento e durante seu crescimento (BRASIL, 2011).

A partir da Rede Cegonha os personagens políticos são convocados a repensar o modo de atenção ao parto nas unidades públicas de saúde. Ao analisar documentos ligados a instauração da ERC, Cavalcanti et al. (2013) identificaram que a intenção dos formuladores desta estratégia é de as gestantes deveriam estar no centro das atenções no processo da gravidez e do parto. Os autores ainda trazem em seu texto, sugestões de melhoria da ERC, como a realização de novas discursões que possibilitem um reajuste na rede, possibilitando assim, melhorias.

A ERC trouxe avanços quanto a proteção das mulheres no período gestacional, e também pôde garantir as gestantes os seus direitos de ter informação. Ela vem trazer avanços na gestão do cuidado a saúde da gestante (GUERRA et al., 2016).

Um foco principal da ERC é a diminuição da MM, sendo que a Estratégia surge decorrente do julgamento do Estado brasileiro pelo caso Alyne Pimentel. Porém, conforme discute López (2016), mesmo que os documentos do julgamento apresentem o racismo institucional, como a dimensão que mais pesou na morte de Alyne, a própria ERC trabalha com a ideia de “risco” biomédica ao abordar as questões étnico-raciais calcadas em doenças prevalentes na população negra, e não nos efeitos do racismo. Conforme a autora:

A dimensão da assimetria racial, vinculada a quais vidas merecem ser cuidadas e quais são deixadas de lado, é o que se apresenta como mais premente na produção das mortes maternas de mulheres negras. É essa dimensão que parece faltar nos documentos que guiam a implementação das políticas. (LÓPEZ, 2016, p. 158).

Vemos que esse cenário se repete quando consideramos a MM por Covid-19, que é agravado principalmente por desigualdades de raça e classe entre as mulheres. Observa-se também uma mobilização para demandar do Estado brasileiro um atendimento equitativo para poder reverter esse quadro.

Atendimento este que deve ser minucioso, segundo a Dra. Evelyn Traina, Professora do Departamento de Obstetrícia da UNIFESP/EPM, explana durante um seminário de Enfrentamento a Mortalidade Materna no RS, transmitido numa live pela Secretaria de Saúde do RS, no dia 28 de maio de 2021. Informa ainda que todas as gestantes precisam ser avaliadas com o Escore de alerta obstétrico modificado para gestantes (WEOWS), que já se encontra no Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19, 2020, esta avaliação precisa ser realizada em todas portas de entrada no atendimento a estas mulheres, para identificar o grau de deteriorização precoce da saúde, através da avaliação de parâmetros relacionados ao verificar os sinais vitais que a mesma apresenta na hora do atendimento, como uma avaliação clínica, que pode ser feita logo na triagem, avaliando: Frequência cardíaca, Saturação de oxigênio, Frequência Respiratória, temperatura, Pressão Arterial e Sensório. E dependendo do Escore final será o critério de atendimento e direcionamento da gestante que a ser realizado. (SECRETARIA DE SAÚDE DO RS, 2021,s/p).

A tabela 02, abaixo é a escala de Escore de alerta obstétrico modificado para gestantes (WEOWS), disponibilizado pelo Ministério da saúde, no Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19, (BRASIL, 2020a).

Tabela 2: Escore de Alerta Obstétrico modificado para gestantes (WEOWS)

PARÂMETROS	NORMAL	ALERTA AMARELO	ALERTA VERMELHO
Freq Resp (rpm)	11-19	20-24	< 10 ou ≥ 25
Sat O2 (%)*	96-100		≤ 9).5
Temp (°C)	36-37,4	35,1-35,9 37,5-37,9	< 35 ou ≥ 38
Freq Card (bpm)	60-99	50-59 100-119	≤ 49 ou ≥ 120
PA Sist (mmHg)	100-139	90-99 140-159	≤ 89 ou ≥ 160
PA Diast (mmHg)	50-89	40-49 90-99	≤ 39 ou ≥ 100
Sensório	Alerta		Qualquer alteração do nível de consciência

* Apenas para gestantes com frequência respiratória anormal ou dispnéia
 Fonte: BRASIL,pg 12, 2020a.

Segundo a pesquisadora, Dra. Evelyn Traina, a mulher que obtiver todos os escores normais pode manter o acompanhamento ambulatorial, ou caso contrário, essa paciente deve ser encaminhada ao serviço secundário, assim, aquelas que se apresentarem com dois ou mais sinais de alerta amarelo ou um ou mais sinais de alerta vermelho, têm risco aumentado de evolução desfavorável e, portanto, merecem cuidado diferenciado. (SECRETARIA DE SAÚDE DO RS, 2021,s/p). Assim uma importante ferramenta de apoio para tomada de decisão, sempre que a gestante chegar para atendimento, devendo ser reaplicado quantas vezes forem necessários para se ter uma assistência de qualidade, visando a vida de ambos.

Vários estudos também vêm demonstrando iniquidades na atenção ao pré natal e parto, quando comparados na dimensão raça/cor. Dados do estudo Nacer no Brasil (que foi um inquérito nacional sobre parto e nascimento realizado entre 2011 e 2012) mostraram que a cobertura da assistência pré-natal no Brasil era praticamente universal, com valores elevados em todas as regiões do país e entre mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas. Porém, a adequação dessa assistência era ainda baixa. Foram identificadas barreiras

diversas que provocavam essa inadequação (não realização do pré-natal; início tardio do acompanhamento; acesso dificultado a exames; informação não brindada sobre o processo de parto e aleitamento; etc.). Evidenciou-se a relação entre menor acesso/menor qualidade e as desigualdades sociais persistentes no país, mostrando situações de maior vulnerabilidade entre as mulheres indígenas e pretas, aquelas com menor escolaridade, com maior número de gestações, e residentes nas regiões Norte e Nordeste (VIELLAS et al., 2014).

Nesse tocante, segundo Ferreira (2018), em dados apresentados em 2014 pelo Ministério da saúde (MS) durante uma campanha “SUS sem racismo”, já mostravam que o índice de mortalidade materna de mulheres negras era cerca de 60%, reconhecendo que a grande maioria dos casos destas mortes são evitáveis. Havendo a necessidade analisar a operação do racismo institucional na rede de saúde.

Em contexto de pandemia, a pesquisadora Debora Santos mostra dados de iniquidade racial alarmantes:

Cerca de 47,5% das gestantes pretas vêm ao hospital com saturação baixa (quantidade de oxigênio no sangue), enquanto o percentual entre as brancas é de 30,7%. Das que vão para o hospital, 15% das pretas precisam usar respirador contra 7,3% das brancas. “Como as gestantes pretas chegam em situação mais grave, elas evoluem pior e por isso acabam tendo o dobro da taxa de mortalidade do que as mulheres brancas. (SANTOS, 2020, s/p)

Assim, no atual cenário da pandemia, onde as desigualdades sociais se acirraram, a reflexão que se espera dos órgãos públicos e profissionais de todas as áreas, em especial da saúde, envolvidos na assistência prestada no pré-natal, no parto e nascimento é, antes de mais nada, a conscientização da delicadeza do momento e de como reconstruir toda a metodologia de atendimento, voltados a diminuição da mortalidade materna.

Nesse contexto, este trabalho questiona: Quais são as mobilizações e estratégias/ações de prevenção relacionadas à Mortalidade Materna (MM) por COVID-19 no Brasil, e como estas contemplam a dimensão racial?

Quando referimos à “dimensão racial”, pensa-se em como opera o racismo estrutural no Brasil. Retomamos a definição de Silvio Almeida (2018): o racismo faz parte da estrutura da sociedade que normaliza o processo pelo qual as

circunstâncias de privilégios se difundem entre os grupos raciais e se manifestam pelos espaços econômicos, políticos e institucionais.

Nosso objetivo geral é analisar como as mobilizações e as estratégias de ação para a prevenção da mortalidade materna foram construídas no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil e de que modo foi trabalhada a dimensão do racismo e outras desigualdades operantes na produção social dessas mortes. Partimos do pressuposto de que a crise sociosanitária atinge de modo desigual mulheres brancas e negras, durante a gestação.

Como objetivos específicos, propomos examinar como se deu a produção de dados epidemiológicos e o mapeamento das desigualdades operantes nessas mortes; e quais foram as formas de mobilização e tradução em ações/estratégias, problematizando em ambos os casos como é incorporada a dimensão racial. Nosso recorte espacial abrange o nível nacional, trazendo alguns dados do Rio Grande do Sul, por ter ganhado destaque uma ação do poder público, relacionada ao Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna, assim como de São Paulo, com uma mobilização relacionada à vacinação de gestantes no estado.

1.1 Percurso metodológico

Ao longo destes anos, desde o início da graduação de enfermagem, sempre tive o olhar voltado ao cuidado da Gestante, ainda como Acadêmica desenvolvemos um Projeto de extensão chamado Preparo para o Parto Acompanhado em 2009, em uma maternidade na cidade de Curitiba/PR e ganhamos uma certificação do Conselho Paranaense de Cidadania Empresarial e a UNVolunteers. Este trabalho que estava em consonância com o trabalho realizado pelo movimento “Nós Podemos Paraná” para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do Milênio para a redução da taxa de mortalidade materna. Os estágios e projetos de extensão direcionados a gestantes nos hospitais em obstetrícia trouxeram grande conhecimento e amor a cada nascimento, assim já como Enfermeira formada a cada parto bem sucedido, era como se fosse grande sonho realizado. O tema de trabalho de graduação foi direcionado a Percepção da Parturiente no processo de nascimento acompanhado, com pesquisa de campo.

Realizei especialização em Enfermagem obstétrica no Estado de Goiás em 2019, ali vi uma realidade diferente daquilo que tinha vivenciado no Paraná. Em Goiás, na maternidade onde fiz a pós graduação, muitas parturientes não tinham seus direitos em vários momentos respeitados e a violência obstétrica existia demasiadamente. Onde a própria mulher achava que necessitava desta violência para se ter um bom parto, muitos em desacordo com recomendações do MS. E o risco da morte materna em muitos momentos existiu, devido à chegada tardiamente no hospital e por vezes sem uma consulta de pré natal, devido a distancia de sua casa, ou mesmo por não ter condições financeiras de chegar, ou de não ter ninguém pra cuidar dos outros filhos para ir até uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Passaram-se os anos e veio o inicio do Mestrado em 2019/2, onde primeiramente voltei o projeto de estudo para “O acolhimento no âmbito da Estratégia de Saúde da Família as gestantes com vistas à humanização na assistência no pré-natal no Município de Formosa- GO” como uma pesquisa de campo. Logo após, com inicio da pandemia de COVID -19, direcionamos a atenção neste sentido, com número crescente de casos, e nosso foco mudou, assim no 2º semestre de 2020, devido ao nosso estudo ter mudado, também mudou minha orientadora, e meu tema passou para: Qualidade da assistência às gestantes na pandemia por COVID-19: desafios e perspectivas no processo de acolhimento e continuidade do cuidado humanizado na atenção primária do Município de Formosa- GO. Porém, devido a uma transferência/residência de Estado do Brasil, novamente em 2021/1, houve a necessidade de mudar nossa pesquisa, que então era de campo, e pelo momento estarmos observando o alto índice da mortalidade materna no Brasil e no mundo, através das mídias sociais, o grande índice de disparidades raciais e de classe, frente à mortalidade materna. Propomo-nos então a fazer uma Pesquisa Documental, partindo de lives (eventos via internet) e discussões virtuais, realizadas por profissionais de diversas área, assim como documentos oficiais de órgãos públicos, entre outros. Todos estes documentos são de domínio público e encontram-se online (seja em formato escrito ou de vídeo).

A pesquisa documental conforme Gil (2002) é similar a pesquisa bibliográfica, entretanto a documental utiliza-se de materiais não tratados analiticamente. Dentre as vantagens da pesquisa documental destaca-se a riqueza das fontes utilizadas e por não exigir contato com a amostra de sujeitos da pesquisa.

A análise dos dados foi através de análise de conteúdo. Esta pode abranger três fases, sendo elas: pré análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e a última a interpretação. A primeira fase onde começa a separação e organização do material a ser organizado, nesta fase é necessário definir a unidade de registro, unidade de contexto, trechos e significativos e categorias. Já na segunda fase é aplicado tudo que foi definido na fase anterior, sendo necessário realizar várias leituras do material. (MINAYO, 2002). Na fase final ocorre, conforme refere Ludke e André (1986, p. 44),

Quando não há mais documentos para analisar, quando a exploração de novas fontes leva à redundância de informação ou a um acréscimo muito pequeno, em vista do esforço despendido, e quando há um sentido de integração na informação já obtida, é um bom sinal para concluir o estudo.

Para Minayo (2002) a técnica de análise de conteúdo na pesquisa tem destaque em duas funções principais: uma aplicada na técnica, para verificação de hipótese ou questões, neste caso podendo encontrar respostas para questões formuladas, confirmadas ou não as afirmações do início da pesquisa. E outra: “na descoberta que está por trás dos conteúdos manifestados, geralmente sempre além das aparências do que está sendo comunicado” (2002, p. 74).

Reconstituirei a sequência de eventos ocorrida desde que apareceu a manchete que percorreu as redes digitais: 08 de cada 10 mortes maternas por COVID-19 no mundo acontecem no Brasil. Como foram produzidos esses dados epidemiológicos? Quais atores/redes se mobilizaram para transformar esse dado em ações de prevenção dessas mortes?

Para reconstituir esse processo, incluímos no corpus analítico os seguintes materiais: mobilizações realizadas no período de julho de 2020 (sendo a data da primeira matéria mencionada, 14/7) até setembro de 2021 (com os materiais produzidos em torno do Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna, 28 de maio), a nível Nacional e Estadual, e matérias relacionadas à vacinação e leis trabalhistas, voltadas às gestantes e puérperas.

Mobilizações estas, apresentadas em 03 âmbitos, Sociedade civil, Estado e Instituições participativas, e reconstituídas através dos seguintes materiais:

- Oito em cada dez gestantes e puérperas que morreram de coronavírus no mundo eram brasileiras”, Jornal O Estadão, Matéria publicada no dia 14/07/2020;
- Nota Técnica Nº1: Morte de Grávidas e Puérperas por Covid-19. Rede Brasileira de Mulheres Cientistas, maio, 2021;
- Audiência Pública virtual: Vacinação de grávidas, puérperas e lactantes, PL306/21 transmitida pela Rede alessp. Transmitida pelo portal da Câmara de Deputados 16/06/21;
- Audiência pública virtual: aprovação do Projeto de Lei 2112/21, que alterou o Plano Nacional de Vacinação priorizando gestantes, puérperas e lactante, contra Covid-19. 08/07/2021;
- Audiência Pública extraordinária virtual: proposta de alteração na Lei da Previdência Social para que esteja garantido judicialmente o afastamento das gestantes do trabalho até que a vacinação no Brasil esteja mais avançada. Transmitida pelo portal da Câmara de Deputados, 13 /07/2021;
- Audiência Pública virtual: Comissão de Saúde, Promoção Social do Trabalho da Mulher. Transmitido pela Câmara de São Paulo, 17/09/2021;
- Impactos na Política Nacional de Atenção Integral das Mulheres: transmitido ao vivo, pelo Conselho Nacional de Saúde, 19/09/ 2020;
- Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. 2020;
- Nota Técnica Nº 1/2021 DAPES/SAPS/MS. Recomendações referentes à administração de vacinas Covid-19 em gestantes, puérperas e lactantes, incluindo os esclarecimentos que devem ser fornecidos para tomada de decisão. 15/03/2021;
- Morte materna na pandemia de COVID-19. vídeo aula. Sue Yasaki Sun. Realizado pelo canal do Youtube PAHO TV, organizado pelo OPAS, SUS e MS, no mês de abril de 2021;
- 28 de maio: data faz alusão à resistência e luta pela saúde das mulheres e à necessidade de redução da mortalidade materna. Conselho Nacional de Saúde, publicado: 28/05/2021;

- Nota Técnica Nº 2/2021 – SECOVID/GAB/SECOVID/ MS. Atualização das recomendações referentes a vacinação contra a COVID-19 em gestantes e puérperas até 45 dias pós-parto. 06/07/2021;
- Boletim Epidemiológico aponta aumento da mortalidade materna e redução da mortalidade infantil. Publicado na pagina da Secretaria do Estado do RS, no dia 11 de junho de 2021.
- Alerta às mortes maternas associadas à COVID-19 no Brasil: Nota Oficial da ABENFO, ABEN e COFEN, 2020. Portal **COFEn**. Matéria publicada no dia 05/08/2020;
- Mortalidade materna de mulheres pretas devido à COVID-19. Canal Saúde, **Fiocruz**, 2020, pelo canal saúde, transmitido ao vivo em 21/09/2020;
- Morte por COVID 19 na Gestaçõ e Puerpério. Proqualis e Observatório COVID 19 / **Fiocruz** transmitido pelo WEBIMAR pelo canal vídeo saúde/Fiocruz, no dia 09/06/202;
- Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 vai mapear mortalidade materna durante pandemia. Manchete do Jornal da USP no Ar, 20/05/2021;
- Seminário de enfrentamento á Mortalidade Materna no RS. O cenário da COVID 19 no Estado. Live: Canal da Secretaria Municipal de Saúde,RS. Live do dia 28 de maio de 2021.

A dissertação está organizada da seguinte maneira. O material apresentado até aqui (problemática de pesquisa, contextualização e o percurso metodológico) compõe a Introdução. O capítulo 2 abordará as discussões de gênero, interseccionalidades e justiça reprodutiva no Sul Global, para entender a questão das mortes maternas evitáveis nesse cenário.

Os capítulos 3 e 4 examinarão os seguintes eixos: a produção de dados epidemiológicos e o questionamento das desigualdades interseccionadas; e a mobilização e as ações/estratégias em nível nacional, sendo analisados com mais detalhe os dados referentes ao estado do Rio Grande do Sul e ao estado de São Paulo sobre mobilizações específicas que se destacaram durante a pesquisa documental.

2. GÊNERO, INTERSECCIONALIDADES E (IN)JUSTIÇA REPRODUTIVA NO SUL GLOBAL

Nesta dissertação, entende-se o gênero, conforme Raewyn Connell (2016), como as construções de feminilidade e masculinidade em um tecido social complexo, considerando as dinâmicas e processos históricos que as constituem, bem como as formas em que a ordenação de gênero e as desigualdades são produzidas e enfrentadas. De acordo com a mesma autora a construção de gênero é influenciada de acordo com contextos coloniais e pós-coloniais. Ou seja, esses contextos refletem a estruturação do lugar dos gêneros nas sociedades colonizadas moldada de acordo com a economia, definindo também as relações de poder.

Guacira Louro (1997) evidencia o papel do meio social na ordem dos gêneros:

Ao dirigir o foco para o caráter "fundamentalmente social", não há, contudo, a pretensão de negar que o gênero se constitui com ou sobre corpos sexuados, ou seja, não é negada a biologia, mas enfatizada, deliberadamente, a construção social e histórica produzida sobre as características biológicas (p. 6).

A autora ainda traz a necessidade de se falar sobre gênero no campo social, pois é nele que são construídas as ligações entre os indivíduos. A indagação das justificativas pelas desigualdades de gênero, segundo Louro (1997) não deve ser buscada nas diferenças biológicas, mas sim nas construções sociais elencadas na história da humanidade. A partir dessa ideia o conceito de gênero deixa de ser usado de forma generalizada e passa a considerar e exigir uma concepção de que as significações sobre homens e mulheres são diversas.

Uma característica fundamental do conceito de gênero, conforme Louro (1997), é que não deve associá-lo com a construção de papéis femininos e masculinos. Papéis são basicamente regras a serem seguidas, trazendo uma visão simplista sobre o que se deve ou não seguir. Assim a autora pretende "entender o gênero como constituinte da identidade dos sujeitos" (LOURO, 1997, p.8).

E quando falamos sobre papéis de gênero, evidenciamos o papel feminino sobre a maternidade. Scavone (2001) aponta que a partir de um conjunto de influências sociais teve-se a invenção da maternidade, que busca obrigatoriamente exaltar na mulher o seu papel de ser mãe, e com essa obrigação materna veio todas

as obrigações de cuidado aos filhos, causando de certa forma, segundo a autora, a limitação do papel social da mulher implicando também uma dimensão moralizante, de julgamento se é ou não é uma “boa mãe”.

Na sociedade capitalista, as relações de gênero foram modificadas, e com essas modificações geraram-se mudanças nos padrões de maternidade, sendo que as mulheres ingressaram massivamente no mercado de trabalho formal, e tiveram que associar os processos de trabalho extremamente regulados com a maternidade e os cuidados exercidos no lar (SCAVONE, 2001). Cabe ressaltar que, no Sul Global, esse processo foi perpassado por profundas desigualdades raciais, originadas nas relações coloniais em que mulheres negras (tanto no período escravocrata quanto posterior à abolição) exerceram seu trabalho muito antes do que as mulheres brancas ingressarem ao mercado de trabalho, e suas maternidades foram afetadas pelo racismo (CARNEIRO, 2011).

Ressalta-se a importância de entender o gênero de maneira interseccional. A abordagem interseccional origina-se nos feminismos negros nas Américas, nas últimas décadas do século XX, sendo popularizada pela jurista negra estadunidense Kimberlé Crenshaw na década de 1990.

Há várias definições da interseccionalidade, por muitas vezes até contraditórias. Collins e Bilge (2021) falam sobre a heterogeneidade do uso da interseccionalidade e a definem de forma genérica, nas seguintes palavras: “investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana” (p. 12).

As autoras apontam que as relações interseccionais impactam de modo geral o convívio social. Utilizam o termo não só de maneira analítica, mas como forma de resolução de determinados problemas, sendo que é uma abordagem ao mesmo tempo analítica e política, que permite promover uma resolução com equidade (COLLINS; BILGE, 2021).

Através da interseccionalidade pode-se abordar diversas pautas e problemas sociais ao mesmo tempo, de acordo com as autoras é uma ferramenta heurística, podendo fornecer explicações diferentes para as desigualdades.

É interessante analisar em que contexto a interseccionalidade surgiu como conceito. Foi através da professora Kimberlé Crenshaw, após a mesma organizar argumentos para a defesa jurídica de uma mulher negra que sofreu discriminação

relacionada ao seu gênero e a sua cor de pele no contexto de trabalho numa grande empresa.

Ao trazer uma definição de interseccionalidade Crenshaw (2002, p. 177), diz que:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento.

Por meio da interseccionalidade, podemos perceber que um grupo de pessoas pode sofrer discriminação por vários motivos ao mesmo tempo, pela sua raça, gênero, orientação sexual, renda e religião, por exemplo. E como isso vem afetar as mulheres? Como no caso vivenciado por Crenshaw, a mulher pode sofrer discriminação por simplesmente ser mulher, e por outras características que venha a ter, como as citadas anteriormente.

No artigo de López (2016) é retratado um caso que demonstra os impactos que o racismo articulado ao gênero pode causar na saúde reprodutiva das mulheres. O caso aconteceu no Rio de Janeiro, no ano de 2002, em que uma mulher negra, Alyne, faleceu durante o seu parto, por questões de negligência da rede de saúde. A autora analisa esse caso através de um olhar interseccional em que a mesma identifica que houve uma corporificação de raça e gênero.

Segundo López (2016) este caso é um entre vários que acontecem no Sul Global, em que as desigualdades afetam diferencialmente as mulheres pobres e racializadas. No julgamento pela Cedaw do caso de Alyne, foi constatado que ela sofreu discriminação de gênero e também pela condição socioeconômica e por ser negra. Esta decisão judicial condenou o Estado brasileiro pela falta de assistência, e definiu o caso como uma violação de direitos humanos, instando a executar ações de equidade (LÓPEZ, 2016).

Esse cenário descrito por López (2016) evidencia um problema emergente no meio das desigualdades em saúde, a morte materna. Os dados apontam que existem falhas nas ações para prevenção de mortes maternas, em que a maioria

delas poderiam ter sido evitadas, se tivessem sido respeitados seus direitos humanos.

Questões de discriminação interseccional sofridas por mulheres grávidas e puerperais refletem pautas da justiça reprodutiva. Essas assimetrias ligadas ao gênero intensificam hierarquias reprodutivas.

2.1 Justiça Reprodutiva.

Discursos sociais apontam que a cada dia mais a justiça reprodutiva tem sido defendida e colocada em pauta nas falas feministas. Hunt (2007) diz que analisar os direitos humanos das mulheres é de grande valia, ainda mais considerando o contexto de crescente globalização, em que os recursos financeiros estão sendo possuídos por poucos, moldando de forma desigual a vida e o destino das mulheres.

Diante das assimetrias vivenciadas por mulheres grávidas ou em condições pós-partos podemos identificar diversas violações de direitos humanos. Por muitas vezes as mulheres são privadas da sua autonomia, e são desrespeitadas nos seus momentos de gravidez e de trabalho de parto.

Esse doloroso evento é conhecido como violência obstétrica, esse tipo de violência é especificamente contra mulheres cisgênero. Em que, as mulheres são reféns de descasos na assistência ao parto. De acordo com Zanardo et al. (2017), a cada dia mais estão sendo identificados relatos de mulheres que foram violentadas no parto. Ainda segundo os autores essa prática pode ter consequências irreversíveis para as mulheres e os bebês, como a mortalidade materna.

Para Zanardo et al. (2017), a violência obstétrica está ligada a perda de autonomia das mulheres, momento em que as mulheres são privadas de tomar decisões sobre seu próprio corpo. Desta forma, para os autores “significa a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto” (ZANARDO et al., 2017, p.5).

A violência obstétrica está incorporada na violência institucional dos serviços de saúde, em que as mulheres vivenciam maus-tratos e por muitas vezes tem o parto acelerado para que o leito hospitalar possa ser liberado. Destaca-se este trecho, que evidencia estas violências e a violência ligada ao gênero:

Por isso, a frase “na hora de fazer gostou, então agora aguenta” falada pelos médicos e pela equipe se converte em parte do discurso institucional, relacionando a dor com o preço que devem pagar pelo prazer do ato sexual e levando a uma banalização dos atos desrespeitosos e à invisibilidade da violência (ZANARDO et al., 2017, p.6).

Assim, a justiça reprodutiva está, e sempre deve estar, intimamente ligada aos direitos humanos e as políticas públicas, chamando atenção a questões reprodutivas, tanto ao parto e a concepção, quanto à contra concepção, e o impacto das desigualdades interseccionadas nesses processos.

Wolff ; Waldow, (2008) apontam que essa violação de direitos humanos das mulheres no parto, por muita das vezes se torna uma rotina no meio da assistência médica. E por opressão ou por questões culturais as mulheres ficam caladas e não evidenciam suas queixas sobre essa vivência.

A mortalidade materna pode surgir de contextos discriminatórios onde profissionais de saúde atuam de forma abusiva, tratando as mulheres como um objeto (WOLFF; WALDOW, 2008).

Em uma análise de Zanardo et al. (2017) no Brasil, o Ministério da Saúde tem buscado melhorar a assistência obstétrica incorporando políticas públicas voltadas a melhorias na atenção à saúde da gestante e do feto. Os autores citam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Política Nacional de Humanização e o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais na Amazônia Legal e Nordeste e a Estratégia Rede Cegonha.

No âmbito legal em 2005, foi instaurada a lei nº 11.108, que garante a gestante o direito de ter a presença de um acompanhante durante o parto (BRASIL, 2005b). Já na lei nº 11.634, do dia 27 de dezembro de 2007, vem dispor sobre os direitos das gestantes de conhecer e se vincular ao hospital onde irá receber assistência médica durante o parto, sendo esses hospitais integrados no SUS (BRASIL, 2007).

Para se ter uma justiça reprodutiva efetiva se faz necessário conceitos de equidade e participação ativa do Estado e voz para as mulheres, em especial as mulheres vulneráveis a mortalidade materna, em contexto pandêmico ou não. É necessário também o fortalecimento do respeito a vida humana.

3. PRODUÇÃO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E AS DESIGUALDADES OPERANTES NA MORTALIDADE MATERNA POR COVID 19.

Nesse capítulo, analisarei a produção de dados epidemiológicos sobre mortalidade materna por COVID 19 no Brasil e como estão sendo visibilizadas e dimensionadas as desigualdades que agravaram esse fenômeno.

Os registros epidemiológicos em relação à mortalidade materna são problematizados há décadas. No Brasil, esse é um questionamento que foi levantado na CPI antes citada, sendo apontada a falta de confiabilidade das estatísticas oficiais devido à fragmentariedade das informações disponíveis e as dificuldades para a obtenção de dados consistentes sobre óbito materno (BRASIL, 2001).

Nesse caminho, na década de 1990, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) definiu alguns parâmetros para estruturar os sistemas de vigilância do óbito materno, e alcançar uma situação de comparabilidade dos dados entre os países, através da “identificação, notificação, medição, determinação de causa e prevenção de mortes maternas, com o propósito de formular medidas de prevenção adequadas” (OPS/OMC/CDC, 1992, p. 4 apud RODRIGUES; SIQUEIRA, 2003, p. 184).

Um destes parâmetros é a Razão de mortalidade materna, que é número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, sendo considerado aquele ano investigado. Sendo utilizado para vários fins, entre eles as situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos, comparações nacionais e internacionais, no auxílio de processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde, voltadas ao processo de nascimento, entre outros. (LAURENTI et al., 2004),

Conforme o Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno (BRASIL, 2009), apresentam-se dois problemas para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna: subinformação das causas dos óbitos a partir do preenchimento incorreto das declarações de óbito, omitindo que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério; e o sub-registro das declarações de óbito, pela omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Essa omissão se dá pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou pela falta de informação da população quanto à

importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania. Para amenizar esses problemas de sub-registro, epidemiologistas delinearam um “fator de correção”.

Segundo Laurenti et al. (2004), é necessário definições claras e precisas, e em que circunstâncias ocorreu a morte materna, e assim realizar o fator de correção, este obtido pela razão entre o número de mortes maternas, geralmente através de investigação e o número declarado em atestados de óbito originais, sendo estes realizados e preenchidos por profissionais médicos.

Dentro da discussão da vigilância do óbito materno, surgem os Comitês de estudo de mortalidade materna, que se constituem em dispositivos importantes para a elaboração de estatísticas confiáveis. No Brasil, esses Comitês surgem na década de 1990, sendo que nessa conjuntura, para além da dimensão técnico-científica, são marcados pela participação social e pelas demandas dos movimentos feministas para implementação de políticas para as mulheres (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2003).

Rodrigues e Siqueira (2003) analisam, no caso do Comitê do estado de São Paulo, as tensões entre diversos atores (corporação médica, sociedade civil organizada, familiares das mulheres que foram ao óbito), que acentuam a fragilidade do Comitê e sua pouca representatividade institucional, principalmente nos hospitais. As autoras chegam à conclusão que, para tornar mais relevante a ação dos Comitês, estes deveriam se situar para além de uma estratégia de vigilância epidemiológica e se reposicionar política e institucionalmente, para dar conta da complexidade do assunto.

Considerando esse histórico de discussões e ações relacionadas à prevenção da mortalidade materna no Brasil, nos aproximamos ao contexto da pandemia.

Segundo explicou a pesquisadora médica obstetra Dra. Melânia Amorim, na matéria publicada em 14 de julho de 2020, citada anteriormente, os dados sobre morte materna por COVID 19 no Brasil foram produzidos com certa dificuldade no início, já que, embora sejam dados públicos, não foram liberados facilmente. Conforme Amorim (2020), esses dados foram retirados do SIVEP-Gripe (Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe, do Ministério da Saúde), onde constam as internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). O sistema fornece dados de todas as internações por SRAG no Brasil e é possível separar as que foram causadas por Covid-19, permitindo vários recortes, estes, por sexo, idade, cor, comorbidades relacionadas. (AMORIM, 2020).

Em relação a esses dados, Amorim (2020, s/p) destaca:

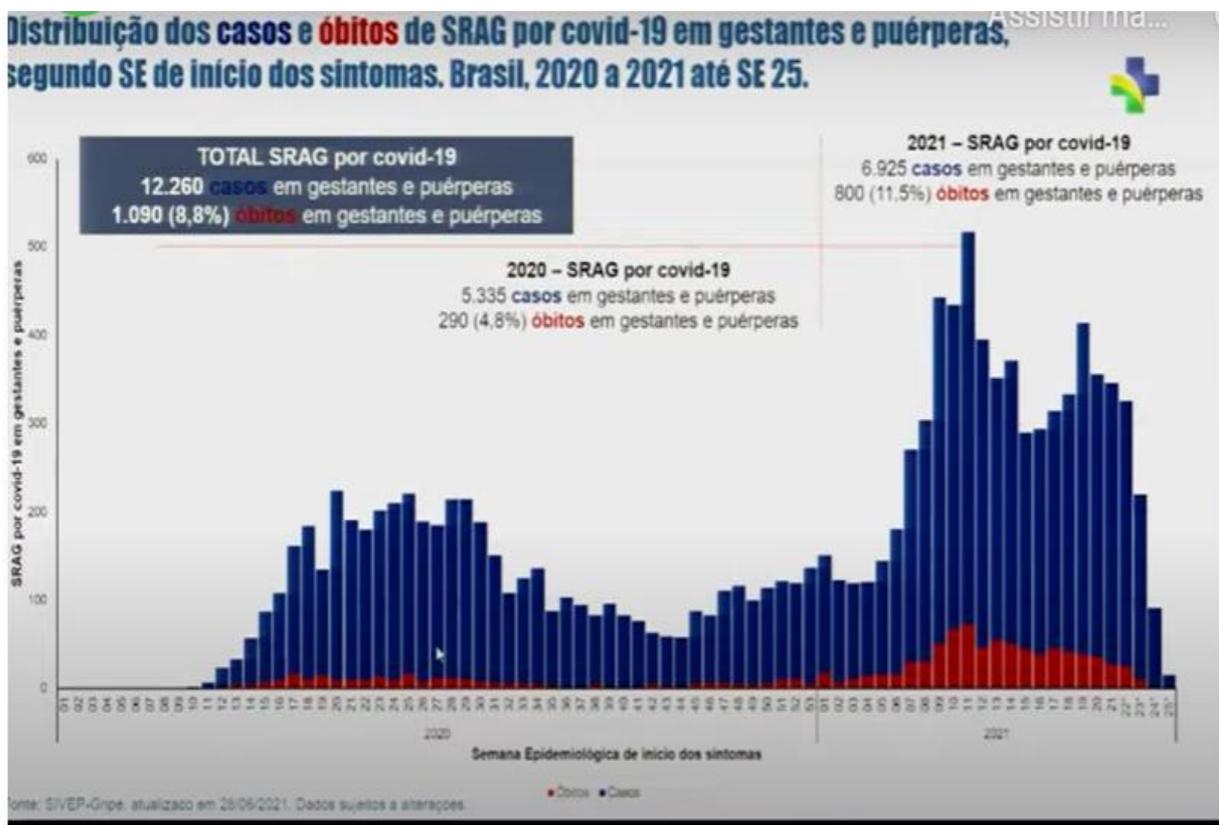
A gente conseguiu algumas informações interessantes e agora que o trabalho foi publicado no International Journal of Gynecology and Obstetrics elas já são de domínio público. A maioria desses óbitos aconteceu no puerpério, ou seja, até 42 dias depois do nascimento do bebê, e houve uma associação importante com três comorbidades: obesidade, doença cardiovascular e diabetes. Só que o sistema não diferencia hipertensão de pré-eclâmpsia (doença específica da gravidez que causa hipertensão arterial durante a gestação), não diz se a mulher já era ou não cardiopata. Mas, mesmo assim, muitas mulheres saudáveis morreram. O pior de tudo é que 28% dessas mulheres que morreram não chegaram sequer a dar entrada em uma UTI, 15% não receberam nenhuma modalidade de assistência ventilatória. Entrando ou não na UTI, apenas 64% foram intubadas e ventiladas, ou seja, 36% delas não foram. **A falta de acesso a assistência é muito crítica.**

Sinalizamos essa última frase porque os dados levam a uma interpretação que tem a ver com as falhas do sistema de saúde, ou seja, essas mortes poderiam ter sido evitadas.

Neste contexto, em abril de 2020, foi criado o Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19, que tem como missão mapear as mortes e decorrências na maternidade relacionadas ao corona vírus. Em 20 de maio de 2021, já se sabia que o número de mortes de gestantes e puérperas mais que dobrou nesse mesmo período no ano passado. A situação atual, com o aumento de mortes maternas tem causado pânico e amedrontado as gestantes que acreditavam que esse ano seria livre do vírus. (SECRETARIA DE SAÚDE DO RS, 2021).

Neste gráfico abaixo apresenta a distribuição dos casos e óbitos por SRAG por COVID-19 em gestantes e puérperas, segundo a semana epidemiológica (SE) de início os sintomas em 2020 até a SE 25 de 2021.

Gráfico 1: Distribuição dos casos e óbitos por SRAG por COVID-19 em gestantes e puérperas, 2020 até 2021 até Semana (SE) 25.



Fonte: SIVEP Gripe, apud CÂMARA DE DEPUTADOS, 2021.

Neste gráfico apresentado pelo SIVEP Gripe em 28/06/2021, o total de casos SARG por COVID 19, até a SE 25 são de 12.260 casos de gestantes e puérperas, destes 1.090(8,8%) foram óbitos. Sendo que no ano de 2020 foram 5.335 casos, destes evoluíram para óbito 290 (4,8) de gestantes e puérperas. Já no ano de 2021 até a SE 25, este número infelizmente ainda cresceu muito mais, 6.925 casos, destes 800(11,5%) perderam suas vidas.

A pesquisadora Dra. Debora Santos, em programa transmitido pelo Canal Saúde em agosto de 2020, explica o mesmo fenômeno dando ainda mais um contorno: quem são essas mulheres que estão morrendo por COVID 19. A mesma refere que as mulheres negras foram as que mais chegaram até o hospital em piores condições, onde apresentavam quadros de dispneia e baixa saturação de oxigênio, obtendo níveis altos de internação em unidade de terapia intensiva. (SANTOS, 2020).

Segundo esta pesquisadora, no estudo que realizou cujo tema foi: “Impacto desproporcional da Covid-19 entre mulheres pretas grávidas e puérperas no Brasil através da lente do racismo estrutural”, comenta sobre a disparidade racial no número de óbitos, que inclusive já vem apresentando pior situação de saúde quando diagnosticadas com evolução grave, necessitando mais de leitos de UTI. Destacou ainda, que essas mulheres negras vivem em situações de mais vulnerabilidade, de desvantagens por terem piores situações de moradia, de renda ou até mesmo desempregadas, aglomeradas e em condições estruturais que dificultam o acesso até o serviço de saúde, e inclusive ao pré-natal, podendo ser visto como operação do racismo no Brasil, que ocorre desde a formação acadêmica dos envolvidos na assistência. (SANTOS, 2020,s/p).

Neste estudo não se observou diferenças, entre a média de idade e as taxas de presença de comorbidades como Diabetes, Hipertensão Arterial e Obesidade, todos foram semelhantes entre as mulheres negras e brancas, não havia diferenças clínicas significativas. Então, qual seria a explicação encontrada no estudo para justificar estas disparidades? Segundo a autora, a diferença na mortalidade dos dois grupos é o racismo estrutural. Isto levou à pesquisadora da área da epidemiologia voltar ao olhar das ciências sociais. Assim, dados do estudo reforçam que a explicação nos casos dos óbitos maternos não são de origem biológica, mas dos determinantes sociais que geram iniquidades raciais. Infelizmente, estas mulheres negras, devido aos vários fatores sociais, econômicos e culturais têm mais dificuldades de acessar os serviços de saúde, deixando-as em desvantagem em relação às outras mulheres. (SANTOS, 2020, s/p).

A pesquisadora Dra. Fernanda Lopes afirmou durante uma live promovida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em um estudo publicado em um jornal científico sobre a mortalidade materna por COVID- 19, um índice de 77% de casos a mais em relação ao restante do mundo. Sendo que destes, era duas vezes maior em mulheres negras (pretas e pardas) quando comparadas as brancas. E registros do Ministério da Saúde apontavam que o número de gestantes hospitalizadas por Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAGs) com confirmação de Covid-19 era crescente nesta população, onde 14,2% foram a óbito, depois de hospitalizadas e nas mulheres brancas este percentual caía pela metade dos casos que evoluíam a óbito. (LOPES et al., 2020).

De acordo com Vanja Santos, em uma live promovida pelo CNS, o alto índice de mortalidade materna é um exemplo e a perspectiva de diminuição está cada vez mais distante das metas previstas pelos ODS e pactuadas pelo Brasil. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021, s/p). Ela refere que devido ao baixo investimento que garanta a qualidade da assistência as mulheres no Brasil, estes índices de mortalidade estão aumentando cada dia mais.

Neste contexto, em live realizada pela Proqualis e Observatório Covid 19/Fiocruz, a Médica Obstetra, Rossana Francisco, uma das criadoras do observatório COVID 19, menciona que houve um aumento de mortes de 238% quando comparados ao ano de 2020. Refere que foram poucos os investimentos realizados na Atenção Básica (AB), local de porta de entrada de gestantes de baixo risco. A baixa procura pela AB faz com que a mulher chegue até a maternidade muitas vezes com um certo grau de gravidade em sua saúde, em muitos casos necessitando de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de uma transferência, para acolher a gestante e o Recém nascido (RN). “Estas situações escancaram as fragilidades do Sistema de Saúde e estas se não forem enfrentadas vão fazer como que os casos de MM fiquem extremamente elevados no país”. (PROQUALIS; OBSERVATÓRIO COVID 19 / FIOCRUZ, 2021,s/p).

Já no Estado do Rio Grande do Sul, segundo uma nota apresentada na página da Secretaria de Saúde do RS no dia 11 de junho de 2021, o Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna e Infantil do Rio Grande do Sul traz informações sobre mortalidade entre gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças até 1 ano durante a pandemia de coronavírus. Dados alarmantes segundo o médico Paulo Sérgio da Silva Mário, da Política da Saúde da Mulher da Secretaria da Saúde (SES/RS), participante da live realizada pelo dia de enfrentamento à mortalidade materna (28/07/2021) onde refere houve aumento expressivo e este pode estar diretamente relacionado ao agravamento da pandemia e também ao surgimento de novas variantes no Brasil, em especial da P1, fazendo ter um alto índice de internações e letalidade para estas mulheres em especial em todo o Estado do RS.(SECRETARIA DE SAÚDE DO RS, 2021).

De fato de janeiro a abril deste ano de 2021, o Rio Grande do Sul registrou 35 óbitos maternos por Covid-19, sendo que durante todo o ano de 2020, foram seis casos, como apresenta a tabela 3, abaixo, em que se tem um comparativo dos

registros de internação por COVID-19 em gestantes e puérperas no estado do Rio Grande do Sul entre os anos de 2020 e 2021.

Tabela 3: Comparação dos registros de internação por COVID-19 em gestantes e puérperas no Estado do Rio Grande do Sul entre 2020 e 2021.

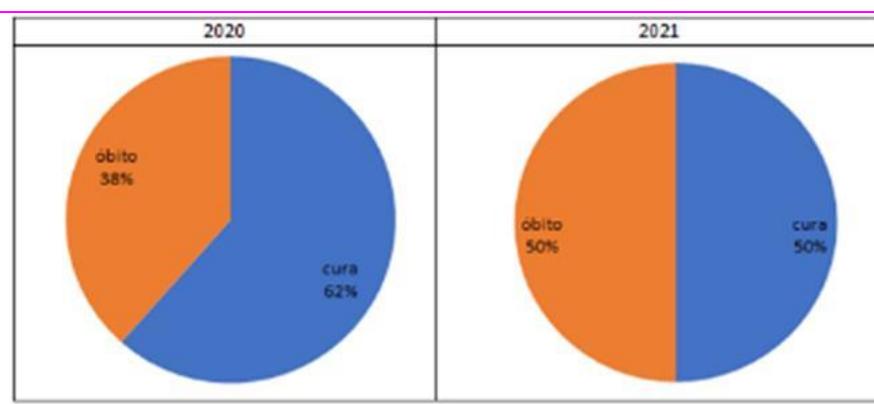
Indicador (Gestante e Puérperas)	Total de 2020	1º Quadrimestre de 2021
Internações no SIVEP-Gripe	419	406
Internações por COVID-19	199	323
Internações por COVID-19 em UTI	40	106
Numero de óbitos maternos	5	35
Número de óbitos maternos tardios	1	NI
Letalidade em UTI	15%	38%
Letalidade em internação geral	3%	13%

Fonte: SIVEP-Gripe, 2021,s/p.

De acordo com ainda com a pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (2021, p. 14) “Em relação ao cenário nacional do primeiro quadrimestre que 2021, o RS já se apresentava com a 11º posição quando analisada a maior razão de mortalidade materna por COVID 19 (número de óbitos maternos por COVID 19/ nascidos vivos x100000)”. (SECRETARIA DE SAÚDE DO RS, 2021, s/p).

No Rio Grande do Sul, a média de internações semanais subiu para 20 gestantes e puérperas e de 2,2 óbitos. O gráfico 2 abaixo mostra de 50% das puérperas internadas nas UTI por COVID-19 faleceram em 2021, enquanto que em 2020, 38%.

Gráfico 2: Percentual de óbitos entre puérperas internadas por COVID 19, no ano de 2020 e primeiro quadrimestre de 2021, RS.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (2021).

Observou-se que o maior número de óbitos estava ligado a gestantes e puérperas com 35 anos ou mais, sendo no primeiro trimestre entre os 20 e 34 anos. Quanto às comorbidades, foram identificados mais casos de óbitos em mulheres obesas, diabéticas, hipertensas, asmáticas, cardiopatas e com doenças hematológicas. (SECRETARIA DE SAÚDE DO RS, 2021, s/p).

Não foi apresentado neste estudo dados quanto a relação de raça/cor das gestantes e puérperas que vieram a óbito por COVID-19. E também não se teve uma relação com renda e escolaridade. Por não ter sido escolhido como critérios no momento.

Rodrigues et al. (2021) reafirma que no Brasil de forma geral no final do mês de maio de 2021, dentre os números registrados de casos de síndrome respiratória aguda grave causadas pelo SARS-CoV-2, houve um aumento significativo de mortes pela síndrome.

Diante do exposto podemos perceber como o ano de 2021 foi trágico para o cenário epidemiológico da mortalidade materna, principalmente no Rio Grande do Sul. Em que, evidencia-se aqui a razão pela qual este estudo teve como foco este estado. Pois além de questões biológicas ligadas o Coronavírus, é necessário levar em consideração fatores sociais que dificultaram o acesso à assistência à saúde dessas mulheres grávidas e puérperas.

Questões como pobreza, racismo, serviços de baixa qualidade, violência obstétrica, falta de informação, baixa escolaridade e também o número elevado de cesárias podem ter agravado o cenário de mortalidade materna no RS. Visto isso,

destaca-se a importância de discutir as desigualdades sociais que provocaram essas mortes.

Concluindo, nas palavras da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (2021, p. 8) “As causas de mortalidade materna em sua maioria são evitáveis se detectadas precocemente e tratadas de forma adequada”. Sendo imprescindível assegurar assistência à saúde de qualidade as gestantes, e também capacitação aos profissionais de saúde.

Segundo o médico Paulo Sergio, para conter este avanço de MM “a SES tem trabalhado junto aos serviços de atenção básica e orientado sobre a necessidade da triagem das gestantes para o diagnóstico da covid-19, com monitoramento e fluxos de encaminhamento ágeis e adequados.” (SECRETARIA DE SAÚDE DO RS, 2021, s/p).

Pode-se notar que, o Ministério da Saúde, no ano de 2020, elaborou varias notas técnicas frente ao cenário de pandemia, relacionado às mulheres grávidas com suspeita, provável ou confirmada de COVID-19, incluindo aquelas que precisam passar um tempo isoladas, e que devem ter acesso a cuidados, especializados e centrados na mulher, além do cuidado com a saúde mental e apoio psicossocial. Aponta-se, em uma dessas notas, mesmo que as pesquisas ainda estejam em andamento e que os dados ainda sejam limitados, devido às mudanças hormonais e imunológicas, as gestantes podem ser gravemente afetadas por algumas complicações respiratórias. Diante disso, é importante que as gestantes tomem o máximo de cuidado para se protegerem contra a Covid-19. (BRASIL, 2020b).

A vigilância epidemiológica tem referenciado vários casos de óbitos maternos que geralmente são decorrentes de algumas complicações e comorbidades associadas a letalidade. Entre elas está a obesidade, diabetes e doença cardiovascular, e em decorrência de complicações podem surgir as cardiopulmonares ou falência múltipla dos órgãos relacionadas à Covid-19. (BRASIL, 2020a).

Neste contexto o Ministério da Saúde através do Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19, na Nota informativa Nº 12/2020, publicou 16 recomendações com as descrevendo sobre as melhores formas de prevenir a morte materna no contexto pandêmico” (BRASIL, 2020b).

As recomendações orientam uma maior vigilância a gestantes de alto risco, e também a importância de ter atenção ao pré-natal. E da recomendação as boas práticas de higiene e o uso da máscara para as gestantes, exaltando a necessidade do cuidado no período gestacional e a atenção dos profissionais de saúde a esse público.

Interessante notar que estas recomendações não contemplam as profundas desigualdades vivenciadas pelas mulheres, e nesse sentido, foram insuficientes para evitar a morte materna, principalmente se pensarmos que essas mortes são de mulheres mais pobres e negras.

Segundo Cook (2013), os números de mortalidade materna permitem uma compreensão da injustiça das desigualdades em saúde. Eles apresentam os fatos empíricos de injustiça que embasam as demandas pela aplicação dos direitos humanos e constitucionais. A abordagem dos direitos humanos parte do princípio de que a maioria das mortes maternas é evitável, mas não evitada. Estas mortes e sua natureza evitável são “analiticamente valiosas, na medida em que indicam o que é teoricamente alcançável, e, portanto, estabelecem um padrão mínimo para o que é potencialmente evitável através de ação governamental” (COOK, 2013, p. 4). Porém, segundo a mesma autora, “uma das desvantagens de confiar somente em estatísticas é que elas podem facilmente despersonalizar e alienar, disfarçar o lado humano da mortalidade materna, e assim, perder de vista as mulheres propriamente ditas” (2013, p. 4).

Como apontam Silva e Souza (2020), no contexto da pandemia foram encontrados números acentuados de casos de óbitos que poderiam ter sido evitáveis, como entre os casos de mulheres que não conseguiram se quer serem admitidas em UTI, outras que não receberam ventilação mecânica ou qualquer outro tipo de suporte ventilatório.

Segundo a professora, Sue Yasaki Sun, do Departamento de Obstetrícia/Escola Paulista de Medicina/UFSP em uma vídeo aula, no mês de abril de 2021, produzida pela OPAS/SUS/MS, refere que se faz necessário identificar as demoras que estão ocorrendo no atendimento e estas gestantes e qual motivo que está levando a ter tantas vidas ceifadas. Neste contexto os cuidados obstétricos são essenciais e não devem ser omitidos na pandemia, sendo extremamente importante orientar e informar a necessidade de irem e continuarem seu pré natal, nas unidades básicas de saúde . (SUN, 2021). Além dessas mortes maternas serem evitáveis, são

preveníveis, e as estatísticas permitem observar o grave problema de saúde pública que o Brasil vem apresentando ao violar os direitos reprodutivos das mulheres, manifestando desigualdades raciais, quando comparadas as mortes de gestantes negras com brancas. (SILVA; SOUZA, 2020).

Nesse sentido são de extrema relevância as mobilizações em todos âmbitos como, Sociedade Civil, Estado e instituições participativas, garantindo a proteção da vida das mulheres e ações efetivas, para dar nome, corpo e memória a essas mortes. Mas para isso se faz necessário entender quais são os determinantes e mecanismos que estão levando a esse elevado número de óbitos, que será apresentado a seguir.

3.1 Determinantes sociais e Mecanismos que tem causado a Mortalidade Materna.

Quando falamos em determinantes sociais da saúde, segundo a OMS, estes está relacionado às condições onde uma pessoa reside ou trabalha, pode também ser considerado como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. (FIOCRUZ,2021,s/p). De acordo ainda com este autor é necessário estar atento quanto a compreensão sobre os mecanismo que acarretam as iniquidades de saúde. E todos os setores trabalhem juntas com políticas que garantam a diminuição das desigualdades sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer a todas as pessoas.

Neste contexto, precisamos proporcionar a estas gestantes e puéperas equidade, dignidade no seu atendimento e para isso precisamos conhecer onde ocorre, de que forma, porque ocorrem as desigualdades sociais, e determinantes sócias e outros mecanismos que causam a mortalidade materna, se faz necessário um olhar para as mais diversas mobilizações em todos âmbitos. Sendo varias barreiras e lutas impostas e enfrentadas desde o inicio para este grupo de mulheres.

No principio da pandemia as gestantes e puérperas não estavam no grupo de risco de desenvolver o COVID 19, devido a vários estudos e relatórios serem insuficientes para confirmar o cenário assustador que posteriormente foi apresentado. (MENEZES et al.2020). E mesmo após ser realizado a inclusão destas

mulheres como grupo de risco, muitas foram direcionadas a procurar maternidades de hospitais gerais, pois as de referências, as exclusivas haviam fechado. As falhas voltadas à detecção, controle e tratamento precoce e oportuno foram imensas, e também no não envolvimento das instituições e entidades da área da saúde, nos municípios e Estados na elaboração dos planos de contingências para gestantes e puérperas, no combate a doença. (COFEN, 2020).

Segundo vários autores, as maiores causas de morte em gestantes estão ligadas a problemas na assistência à saúde da mulher brasileira. E estão relacionadas a dimensões que podemos pensar como vulnerabilidades sociais e institucionais, como : “recursos insuficientes, baixa qualidade pré-natal, leitos disponíveis menores que a real necessidade, dificuldade no acesso aos serviços, disparidades raciais e violência obstétrica” (SOUZA; AMORIM, 2021, p.259).

Infelizmente desigualdades têm efeitos muitas vezes irreversíveis nos atendimentos obstétricos às mulheres. E se expressam através de modos mais ou menos violentos, como falta de acesso, falta de comunicação adequada por parte dos profissionais da saúde, abuso verbal, abuso físico e situações de discriminação racial, de classe, de gênero e idade. Só no ano de 2019, 12,6% das mulheres reportaram algum tipo de violência no atendimento relacionado ao estado civil, renda, separação do bebê imediata após o parto e até mesmo em relação à ausência de companheiro (LANSKY *et al.*, 2019). No contexto de pandemia no Brasil, essas desigualdades deixam as populações que vivem em situações mais precárias com maior exposição à doença e à evolução para o óbito (SANTOS *et al.*, 2020).

Dados do estudo, analisados por Leal *et al.* (2017), apontam como indicador de iniquidade racial, o menor número de intervenções obstétricas no parto que as mulheres negras têm em relação às brancas, evidenciando um ‘menor cuidado’ já que não são realizadas intervenções necessárias para suas condições de saúde. Diante disso as “mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir” (LEAL *et al.*, 2017, p. 10). Assim, tendo seus direitos garantidos por Lei, violados.

Ao relacionar as mortes maternas evitáveis e o acirramento das desigualdades no contexto de pandemia, Silva *et al.* (2021, p.5) identificam que:

As diferenças étnicas, raciais e minoritárias, tem um aumento crescente na mortalidade materna em decorrência da doença do coronavírus. Mulheres negras tem uma maior hospitalização em condições mais graves, como dispneia e menor saturação de oxigênio, além de menor admissão na UTI e ventilação mecânica, com maiores riscos de morte comparadas as mulheres brancas. Isso ocorre por maiores prevalências de comorbidades, condições de trabalhos ruins, habitação, condições de vida e racismo estrutural, pois são motivos observados nas populações minoritárias.

Conforme Zanardo et al. (2021) em diversos serviços públicos de saúde mulheres pretas, com baixa renda e escolaridade são consideradas sem autonomia no parto e incapazes de tomar decisões sobre o processo do parto. E são submetidas a orientações desconhecidas feita pela equipe de saúde. “Dessa forma, a mulher pode se tornar um objeto de manipulações sem consentimento ou sem a informação suficiente sobre os processos a serem realizados” (ZANARDO et al., 2021, p.6).

O pior de tudo é que 28% dessas mulheres que morreram não chegaram sequer a dar entrada em uma UTI, 15% não receberam nenhuma modalidade de assistência ventilatória. Entrando ou não na UTI, apenas 64% foram intubadas e ventiladas, ou seja, 36% delas não foram. A falta de acesso a assistência é muito crítica. (AMORIM,2020, s/p).

De acordo com Santos,(2020,s/p,) muitas mulheres negras ainda moram em situações precárias, em piores condições de renda, moradias, desempregadas, e ainda morando ambientes aglomeradas, sem condições de acesso ao serviço de saúde, não conseguindo dar continuidade ao pré natal. E esses determinantes sociais geram iniquidades raciais, devido a fatores sociais, econômicos e culturais . Segundo Wolff e Waldow (2008), outro fator também pode estar relacionado é a falta de empatia relacionado aos a procedimentos técnicos inadequados e negligência médica.

Com a pandemia também ocorreu muitos atrasos e demoras no atendimento a estas gestantes como: em procurar os serviços de saúde, com medo da contaminação, no acesso aos locais de atendimentos, devido a falta e distanciamento na circulação nos ônibus, trens, nos meios de transporte para chegar ate o local da consulta. Restrição financeira, devido ao desemprego, e muitas com serviços informais, e não conseguirem realizar, atraso nos cuidados devido à realocação de esforços de serviços e profissionais. (SUN, 2021). Acorrem muitos atrasos no reconhecimento de condições modificáveis, desde chegada até o encaminhamento, dificultando um tratamento correto em todos os Estados

Brasileiros. (SECRETARIA DE SAÚDE DO RS, 2021,s/p). E com isso acarretando neste numero elevadíssimo de morte materna.

Outro problema que ficou evidente no inicio foi a suspensão das consultas de pré natal, devido a falta de organização dos locais de atendimento, falta de acesso aos testes diagnósticos, que permitiam assistência de imediato na confirmação da doença . (FERNANDEZ; AMORIM, 2021)

A falta de investimentos realizados na Atenção Básica, fez com que estas gestantes deixassem de procurar estes locais, indo direto para as maternidades, já chegando com a necessidade de internação e UTIs. (PROQUALIS; OBSERVATÓRIO COVID 19 / FIOCRUZ, 2021,s/p).

E após tantas idas e vindas do MS sobre a liberação da vacina de inicio um fator que dificultou muito a vida destas mulheres foi a barreira criada para liberação da vacinação nas gestantes e puerperas, onde para serem utilizadas precisavam da autorização e recomendação de um profissional medico. (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021a).

O palestrante Jorge Kayano ainda refere que em um bairro em São Paulo, onde tinha uma população predominantemente negra, teve números baixos de vacinação, porque os horários para aplicação da vacina não eram compatíveis com seus trabalhos e também por não serem liberados pelos patrões para realizar o mesmo no horário de trabalho. E gestantes sofriam ainda pela cobrança do documento que comprovasse o casamento destas mulheres, quando o documento de residência estava no nome do companheiro, para comprovar que moravam no Estado. (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021c).

E as ações de enfrentamento, e as mobilizações que estão sendo realizadas para diminuição da MM? Precisamos de garantias de ações concretas, promoção, prevenção. Vários órgãos tem alarmado a real situação das vidas ceifadas pelo COVID 19, mas não basta alarmar é preciso ação e reação de toda nossa Sociedade brasileira, Estado e instituições participativas, em prol da continuidade da vida.

4. MOBILIZAÇÕES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA POR COVID 19

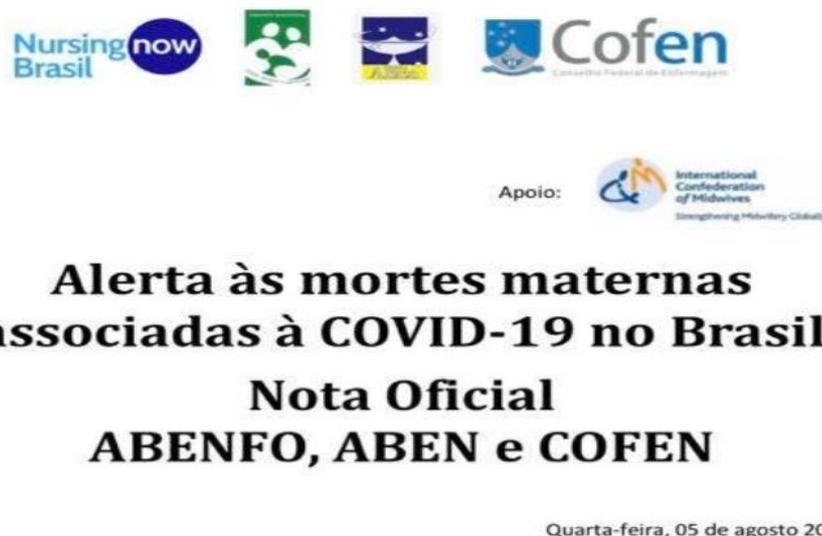
Neste capítulo, abordarei como foram construídas mobilizações no âmbito da Sociedade civil, Estado e instituições participativas, do no sentido de produzir ações/estratégias para enfrentar o problema da mortalidade materna por COVID 19.

É importante notar que o cenário de produção de dados epidemiológicos e de reconstrução das desigualdades sociais que provocaram as mortes, apontado no capítulo anterior, deflagrou uma série de mobilizações, encabeçadas por mulheres pesquisadoras e profissionais da saúde que já tinham uma inserção no ativismo pela garantia de direitos reprodutivos, seja nas lutas pela humanização da assistência à gestação e ao parto, seja nas discussões de violência obstétrica e das (in)justiças reprodutivas. Muitas dessas profissionais criaram no ano de 2021 a Rede Brasileira de Mulheres Cientistas, da qual falarei mais adiante.

Vários órgãos foram acionados para o enfrentamento da MM. Podemos mencionar instâncias do poder público que vão do nível local (Secretarias de Saúde, Comitês de mortalidade materna e infantil) ao nível nacional (Ministério de Saúde), até o global (Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde, International Confederation of Midwives). Associações profissionais, órgãos de classe e instâncias de controle social, tais como a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia, Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras, Conselho Nacional de Saúde. Instituições de pesquisa como a FIOCRUZ. E foram criados órgãos novos, incluindo o Observatório Obstétrico Brasileiro COVID 19, todos voltados a mobilização social em prol a redução da MM.

Neste contexto, analisarei duas Notas Técnicas que ganharam destaque, já que funcionaram como manifestos de mobilização. A primeira a analisarmos é a Nota Técnica/Oficial apresentada site do COFEN (2020) em conjunto com ABENFO, ABEN, sobre o “Alerta às mortes maternas associada à COVID 19 no Brasil”, como mostra a figura 1.

Figura 1: Nota oficial ABENFO, ABEN e COFEN (2020).



Fonte: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (2020,s/p)

Esta nota nos trás um alerta sobre a realidade que a pandemia vem demonstrando, com números alarmantes de mortalidade de gestantes e puérperas, que apesar de suas causas serem complexas e multifatoriais, são também inaceitáveis. Devido a este cenário as Organizações Nacionais de Enfermagem, como ABENFO, ABEN e COFEN, apoiadas pela International Confederation of Midwives (Confederação Internacional de Parteiras), sabendo da sua corresponsabilidade na superação dos desafios da pandemia de COVID-19 apresentaram esta nota técnica. Esta, com o intuito de chamar a atenção das autoridades competentes para que tomem providenciais imediatas e concretas, sejam elas de controle, detecção e tratamento precoce, para que não percamos mais mulheres grávidas ou puérperas para COVID-19 (COFEN, 2020); SILVA;SOUZA, 2020).

De acordo com COFEN (2020), mesmo com a inclusão de gestantes e puérperas como grupo de risco para COVID 19, foi observado que muitas destas mulheres foram direcionadas a maternidades de hospitais gerais, devido ao fato de maternidades exclusivas haverem fechado. Neste contexto também ocorreram varias falhas quando relacionados ao controle, detecção e tratamento precoces e oportunos das mesmas. Outra falha ocorreu quando instituições e entidades da área, nos estados e municípios acabaram não se envolvendo na elaboração dos planos de contingências. A necessidade de medidas de oferecer garantia a vida, a

saúde, dos direitos humanos, a esta mulher e seus filhos, para promoção de melhorias em todos os níveis de atenção a sua saúde. “Especialmente àquelas que são forte e historicamente, atingidas pelas desigualdades sociais, violência, discriminação, racismo institucional e estrutural, como as mulheres negras” (COFEN, 2020, s/p).

Diante disso a Nota técnica recomenda aos órgãos respectivamente competentes:

– **A constituição de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI)** para apurar a real situação da Mortalidade Materna no País e a atuação das três esferas de governo na atenção à saúde da mulher e na saúde materna, bem como a definição de medidas para seu enfrentamento imediato e pós-pandemia.– **A exigência de manter informações detalhadas** a partir da investigação e análise dos óbitos de mulheres em idade fértil e dos óbitos maternos e especialmente os óbitos maternos por SRAG e COVID-19 em câmaras técnicas multiprofissionais e interinstitucionais de análise de óbitos, determinando as condições dos óbitos e a fidedignidade aos dados para definição de estratégias locais, municipais estaduais e nacionais para efetiva redução da mortalidade materna.– **A manutenção da rede de atenção à saúde organizada** em seus diversos níveis, visto que é constituída por serviços essenciais – a atenção à gestação, parto, pós-parto, aleitamento materno e planejamento reprodutivo, com garantia de acesso, integralidade e humanização do cuidado. Destaca-se a necessidade de fluxos de atendimento específicos às gestantes, parturientes e puérperas, de forma a proteger esta população vulnerável no Brasil em serviços com alas específicas para o seu atendimento e cuidado, priorizando a manutenção de maternidades exclusivas e a abertura de centros de parto normais (CPN) para mulheres de baixo risco.– **A priorização da linha de cuidado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal** nos planos de descontingenciamento de recursos financeiros, bem como nos planos de contingências em todos os níveis do sistema de saúde, com participação das entidades científicas das áreas correlatas à saúde das mulheres e crianças, e do movimento organizado de mulheres.– **A inclusão obrigatória de enfermeiras obstétricas e obstetrites** em número adequado em todas as maternidades brasileiras para atuarem na atenção ao parto humanizado e na da detecção precoce de sintomas de Covid-19 para notificação e tratamentos oportuno e na criação e participação das câmaras técnicas de análise da morbimortalidade materna nos hospitais, municípios, estados, e Ministério da Saúde.(COFEN, portal Online, 2020 s/p).

Corroborando em um editorial publicado por Silva e Souza (2020), “A inaceitável tragédia das mortes maternas associadas à COVID-19: (re)politização da saúde e dos direitos das mulheres e o posicionamento da enfermagem brasileira” é referida essa Nota Técnica. As autoras começam destacando a importância das trabalhadoras da enfermagem, que há anos vem atuando na linha de frente ao cuidado, tanto na pesquisa quanto na docência, que não tem medido esforços ao longo de suas lutas pela saúde da população brasileira e também no intuito de

fortalecer o SUS. Tanto a enfermagem quanto a enfermagem obstétrica, que é uma área especializada em obstetrícia, estão sempre em consonância com as ações e reivindicações para que toda mulher tenha seu direito garantido da humanização do parto e do nascimento. (SILVA; SOUZA, 2020).

Conforme Silva e Souza (2020, p. 2), “Essa trágica realidade indica a necessidade de (re)politização da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos inscritos na Constituição brasileira e nos compromissos firmados pelo Brasil em tratados internacionais”.

As autoras destacam que estes Direitos precisam ser revistos pelo Poder Executivo e Legislativo, dentre estes, se faz necessário viabilizar o orçamento da União, destinando financiamento suficiente para a saúde reprodutiva, investimento para que sejam realizados mais pesquisa científica, para que ocorra a produção de conhecimentos e inovação das práticas de capacitação, garantindo a educação permanente e condições de trabalho dos profissionais da enfermagem e dos demais profissionais da saúde. Já no cenário da obstetrícia, o enfoque deve ser voltado aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, garantindo o “fortalecimento das políticas e ações em saúde em um enfoque de gênero, integralidade e promoção da saúde, é medida fundamental para garantir a ampliação do acesso a cuidados seguros, de qualidade e resolutivos para as mulheres” (SILVA ; SOUZA, 2020, p. 3).

A segunda nota que foi analisada é a Nota Técnica N. 1: Morte de grávidas e puérperas por Covid-19, de autoria de Michelle Fernandez e Melania Amorim, lançada pela Rede Brasileira de Mulheres Cientistas, em 05/2021, sobre a mobilização política de mulheres frente ao grave cenário que está passando o Brasil (FERNANDEZ; AMORIM, 2021)

Cabe contextualizar que a Rede Brasileira de Mulheres Cientistas foi criada no ano de 2021 para atuar “em defesa da vida das mulheres na pandemia”, tal como inicia a Carta Lançamento, denunciando o excesso de mortes pela pandemia, sendo que “parte significativa dessas mortes foi provocada pela decisão do Governo Federal de afrontar a ciência e desprezar a vida da população brasileira, colocando em risco aqueles que tinha por dever proteger” (REDE BRASILEIRA DE MULHERES CIENTISTAS, 2021, s/p 1)

¹ <https://mulherescientistas.org/nossa-carta/> Acesso em 07/12/2021

A Carta aponta que essa situação tão grave vivenciada atinge da maneira mais marcante às populações vulneráveis, em particular as mulheres, na medida em que:

Sobre elas recai o trabalho do cuidado em relação às crianças, idosos e enfermos, muitas vezes na condição de chefes de família. Muitas delas tiveram que abandonar seus empregos para se dedicarem exclusivamente às suas famílias, enquanto outras viram se agravar a precarização que acompanha, na maioria dos casos, sua inserção no mercado de trabalho. Além disso, tem sido abundantemente noticiado o agravamento dos casos de violência doméstica e política contra as mulheres.

As mulheres pobres, negras e moradoras de periferias são ainda mais fortemente afetadas pela pandemia, seja em função da própria crise sanitária, seja em decorrência da crise econômica, da suspensão das aulas nas escolas, da intensificação da violência doméstica, da restrição ao acesso a tratamentos de saúde ou a medidas relacionadas à saúde reprodutiva. Isso tudo somado ao racismo, à misoginia e ao sexismo, sempre presentes em suas vidas. Além disso, sabemos que de cada 10 grávidas ou puérperas que morrem em virtude da COVID-19 no mundo, 8 são do Brasil. Este fato denota uma situação de completa vulnerabilidade das mulheres diante de uma pandemia sem controle no país (REDE BRASILEIRA DE MULHERES CIENTISTAS, 2021, s/p).

Vemos que na própria Carta de lançamento já é apontada a gravidade da MM. Não é por acaso que a primeira Nota Técnica foi dedicada ao assunto. Na Nota são citadas as produções até o momento que analisam dados de MM por COVID 19 no Brasil (AMORIN; TAKEMOTO; FONSECA, 2020; MENEZES et al., 2020; NAKAMURA-PEREIRA et al., 2020). As autoras chamam a atenção para as questões que incidiram:

A desorganização dos serviços de assistência pré-natal, com suspensão de consultas durante a pandemia; A falta de acesso a testes diagnósticos, que permitiriam cuidados adequados em momento oportuno; Problemas importantes de acesso ao atendimento adequado da COVID19 por gestantes e puérperas (falta de insumos terapêuticos e de leitos de UTI específicos para a população obstétrica). (FERNANDEZ; AMORIM, 2021, p. 1).

Nesse sentido, as autoras questionam: qual é a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) na morte de mulheres grávidas e puérperas na pandemia?

Segundo Fernandez e Amorim (2021) de fato houve a inação do MS, o qual possibilitou que a mortalidade materna continuasse aumentando demasiadamente, devido falta de coordenação de políticas de saúde efetivas, desta maneira inviabilizando uma reorganização no atendimento materno e acompanhamento médico nos serviços de saúde.

Embora com toda repercussão Nacional e Internacional, vários trabalhos científicos, denúncias, audiências públicas na Câmara dos Deputados, publicação do Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e à Puérpera (set/2020), a Nota aponta que não houve mudanças significativas da estrutura, exames e fluxo de atendimento. Na prática ainda não foram tomadas providências para reduzir a mortalidade materna por COVID-19 no Brasil. (FERNANDEZ; AMORIM, 2021; REDE FEMINISTA DE GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS E O COLETIVO ADELAIDES, 2021). “Uma legião de órfãos e órfãs está sendo formada pela morte materna por COVID-19. Enquanto sociedade, teremos que enfrentar nos próximos anos ao impacto da COVID-19 na vida dessas crianças” (FERNANDEZ ; AMORIM, 2021, p. 3).

Em nível estadual, no Rio Grande do Sul, algumas ações/estratégias foram empreendidas por vários atores, que buscaram enfrentar o problema da MM e a necessidade imediata de redução da mesma. Dentre elas se destaca a mobilização em torno do dia 28 de maio, Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher e Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna, aderindo à campanha nacional, mostrada na figura 2.

Figura 2: 28 de maio: Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher e Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna

28 de maio: data faz alusão à resistência e luta pela saúde das mulheres e à necessidade de redução da mortalidade materna

Publicado: Quinta, 27 de Maio de 2021, 12h20

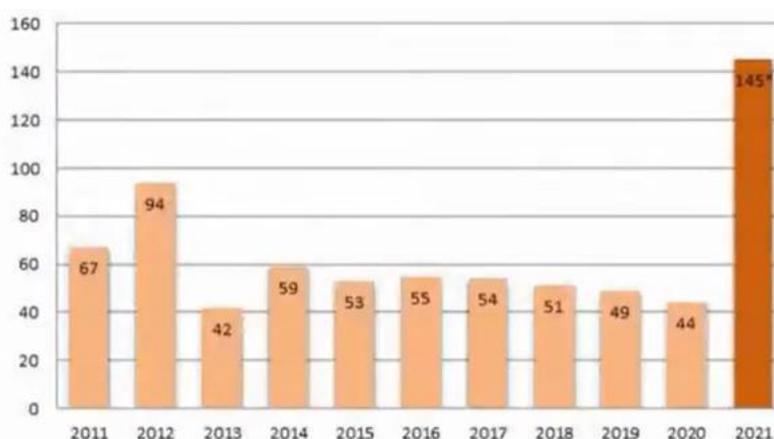
Fonte: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, (2021,s/p).

Esta data surgiu como o dia internacional da ação pela saúde da mulher, criada na Holanda em 1984 e referendada no V Encontro Internacional Mulher e Saúde, realizado em São José da Costa Rica em 1987, com a proposta da Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe de concretizar uma mobilização para promover ações de prevenção das mortes maternas evitáveis.

Como já foi citado no capítulo anterior, no cenário da pandemia, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul promoveu uma live com transmissão ao vivo, pelas redes digitais, no dia 28 de Maio de 2021, com duração de 1 hora e 48 minutos, com parceria da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Sul (SOGIRGS) e apoio institucional do Grupo Hospitalar Conceição²(GHC), com o seguinte tema: “Seminário de Enfrentamento à Mortalidade Materna no RS: O cenário da COVID-19 no Estado”.

Seminário este conduzido pelo palestrante Paulo Serio Silva Mario, médico pediatra, demais palestrantes convidadas estavam: Dr^a Evelin Traina, prof^a do departamento de obstetrícia, Dr^a Ivete Teixeira Canti, medica coordenadora da unidade de alto risco, Hospital Nossa senhora da conceição e Dr^a Janete Vettorazzi, professora do departamento de ginecologia e obstetricia da faculdade de medicina.

O palestrante Paulo Serio Silva Mario, médico pediatra, que faz parte do Núcleo de Enfrentamento a Mortalidade Materna da Secretaria Estadual de Saúde, e falou sobre a mortalidade materna, sendo um importante indicador da qualidade da saúde oferecida para a população, e que dentre as causas, 50% poderiam ser evitáveis. (SECRETARIA DE SAÚDE DO RS, 2021). Segundo este palestrante ainda cabe destacar que, no Rio Grande do Sul, a mortalidade materna apresentava números decrescentes desde 2014, ocorrendo um aumento desproporcional ate o mês maio de 2021, conforme mostra o gráfico 3, a seguir. **Gráfico 3:** Série histórica de óbitos maternos do RS e projeção para final de 2021 considerando a média semanal de 2,2 óbitos entre gestantes e puérperas.



Fonte: SIVEP-Gripe e SIM, 2021 apud SECRETARIA DE SAÚDE DO RS, s/p,2021

² [Grupo Hospitalar Conceição]

Diante deste crescente e assustador aumento de óbitos maternos, ainda refere que:

Mesmo com o progresso da ciência da nossa sociedade, os direitos humanos e em especial os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres continuam a ser sistematicamente violados em todo mundo. E que as diversas mobilizações continuam sendo essenciais para resistirmos aos retrocessos e avançar na luta pela justiça para todos. E a MM é um importante indicador da qualidade de saúde que ofertamos para as pessoas e são fortemente influenciadas pelos atrasos no reconhecimento das condições modificáveis, atrasos na chegada ou nos encaminhamentos, atrasos no tratamento adequado, sendo uma das principais causas da MM em todos os Estados Brasileiros. (SECRETARIA DE SAÚDE DO RS, 2021,s/p).

Vemos que o problema da mortalidade materna é vinculado novamente à garantia dos direitos humanos, com destaque aos direitos sexuais e reprodutivos e a uma necessidade urgente de politização, como ressaltamos em vários dos documentos analisados. Embora seja referido que essa violação seja “em todo mundo”, entende-se que é referida a situação no Brasil como de maneira potencializada.

Frente a este cenário apresentado fortemente no mês de maio de 2021, veio à insegurança sendo acompanhada de incertezas, já que a contaminação pela doença teve uma segunda onda muito forte no Brasil, mostrando que é fundamental trabalhos especializados, como o realizado pelo Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 que busca e divulga os dados da mortalidade materna e infantil em tempos de pandemia (destacado na matéria mostrada na Figura abaixo).

Figura 3: Matéria sobre Mapeamento da mortalidade materna durante pandemia pelo Observatorio-Obstetrico Brasileiro Covid-19.

Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 vai mapear mortalidade materna durante pandemia

Lançado em abril passado, o observatório divulgará dados considerados importantes não só para a população em geral, mas também para que os governantes pensem e tomem medidas e políticas públicas para frear o avanço da pandemia e da mortalidade, inclusive de grávidas

Atualidades / Campus Ribeirão Preto / Jornal da USP no Ar / Rádio USP - <https://jornal.usp.br/?p=416624>

20/05/2021 - Publicado há 6 meses ⌚ Atualizado: 17/06/2021 as 19:55

Fonte: Site do Jornal USP, 2021,s/p.

De acordo com Siqueira (2021), a criação de observatórios e centros de pesquisa que busquem o agrupamento e análise dos dados da mortalidade materna se tornou crucial desde o começo da pandemia. A importância se dá pelo fato da essência e impacto que essas informações trazem a população, no sentido de informar e esclarecer. Há também a sua utilidade pública e política que ressoa como uma orientação para que os governantes possam tornar as políticas públicas para esse público, estas mais eficazes e eficientes, em tempo hábil. (SIQUEIRA, 2021).

Pode-se considerar que a criação desses espaços que produzam e analisem dados sobre MM são produto da mobilização de diversos atores e buscar as causas e solucionar é de extrema importância para toda sociedade.

A mortalidade materna pode ser causada por diversos fatores, contudo um cuidado profissional eficiente com a mulher gestante é uma alternativa benéfica para obtenção de bons resultados no trabalho de parto. Saindo deste pressuposto, Cecatti e Calderón (2005), apresentam algumas evidências e atitudes a serem feitas durante o parto para que a mortalidade materna diminua:

Atenção institucional ao parto, atendimento profissional capacitado, utilização de parteiras tradicionais em determinados contextos, uso de tecnologias apropriadas incluindo o partograma, local do parto, posição para o parto, uso de episiotomia, tipo de parto, uso de ocitócicos na fase ativa do parto, realização de esforços de puxo no período expulsivo, manejo da dequitação e profilaxia da hemorragia puerperal. Ainda que o efeito de prevenir mortes seja difícil de ser avaliado pela baixa frequência, sua utilização de forma racional e padronizada, por meio de manuais e normatizações de condutas de serviços, tem um efeito positivo sobre a qualidade da atenção ao nascimento. Isso faz parte do contexto técnico e humano do direito que toda mulher tem ao melhor atendimento possível nesse momento tão especial de sua vida. (CECATTI ; CALDERÓN 2005, p. 357),

De acordo com os autores essas evidências deveriam ser mais divulgadas e conhecidas pelos profissionais de saúde, e também incorporadas em manuais técnicos e legislações.

A mortalidade materna, segundo Wolff e Waldow (2008), pode estar ligada a ausência de empatia relacionada a procedimentos técnicos inadequados e negligência médica. Os autores propõem ações educativas aos profissionais de saúde quanto a assistência ao parto.

Outro caminho de prevenção a morte materna é a respeito do cuidado e na humanização a assistência à saúde, através destas atitudes o fazer saúde se torna

baseado no respeito ao próximo, e em uma comunicação clara e assertiva, trazendo a mulher como foco principal neste processo (WOLFF; WALDOW, 2008).

É imprescindível também, de acordo Ferreira et al. (2020, p.5) que o ensino médico estimule nos estudantes “a busca por conhecimentos cientificamente validados para decidir pela terapêutica mais indicada para cada mulher”. E que também os instrua adequadamente sobre a melhor forma de promover o bem-estar das gestantes, buscando melhorias nos âmbitos psicológicos e biológicos.

Trazendo a discussão da mortalidade materna ligada ao contexto pandêmico causado pela doença COVID-19, de acordo com Nakamura- Pereira et al. (2020) no início do alastramento do vírus os estudos não apontavam a população obstétrica em vulnerabilidade. Contudo, foi-se observando maior incidência de morte de gestantes devido a infecção do coronavírus, e a carência de recursos estruturais nas maternidades no Brasil colaborou com este fato.

Para os autores uma das formas de diminuir as mortes maternas no Brasil, pelo COVID-19 ou em outros contextos, é reduzir o tempo de espera nos sistemas de saúde e proporcionar qualidade na assistência à saúde. E também a realização de um monitoramento após o parto, com auxílio das Unidades Básicas de Saúde.

De acordo com Dias et al. (2021, p.18):

Também é preciso olhar as implicações da morte materna muito para além dos números, sendo este um desfecho trágico para a família que o vivencia, pois, a ausência súbita e definitiva de uma mulher do seu lar representa um evento desintegrador e sem reparações.

Por fim, para repensar os caminhos da mortalidade materna é preciso que as gestantes e puérperas e suas famílias, tenham acesso a um cuidado livre de discriminações e precisa ser equitativo.

4.1 A vacinação e os Direitos trabalhistas das Gestantes, Puérperas e Lactantes.

Uma pauta relevante que entrou na mobilização em prol das gestantes, foi a vacinação. A vacinação, nas palavras de Elias et al. (2021, p. 111) “é de suma importância durante a gestação, para ativar o sistema imune da gestante, e que, de forma passiva, imuniza o neonato contra doenças infecciosas de alta morbimortalidade”.

Vale destacar este trecho em que os autores nos esclarecem como foi o processo de testagem de vacinas contra o COVID-19 em gestantes:

Inicialmente, as pesquisas da vacina contra o COVID-19 excluíram as gestantes, sendo bastante controverso o debate por cientistas e médicos que, em diversas pesquisas, defenderam a necessidade da testagem da vacinação, uma vez que a relação entre o risco e o benefício apontava ganho compensado dessa testagem nas gestantes (ELIAS et al., 2021, p. 111).

Segundo esses mesmos autores, considerando os históricos de criação de vacinas, as gestantes sempre foram excluídas pela maioria dos ensaios clínicos, pois apresentam possíveis riscos de efeitos negativos para feto e mãe. Assim, como os estudos de vacinação contra a COVID-19 são muito recentes, se faz indispensável ter cautela quanto os efeitos da vacina nesta população de puérperas e gestantes (ELIAS et al., 2021).

Contudo, os mesmos autores apontam:

A exclusão das gestantes nos estudos relacionados à vacina contra a COVID-19 promove uma dupla injustiça: a impossibilidade de participarem da vacinação, mesmo diante de um possível benefício, além de deixar a responsabilidade da decisão de tomar ou não a vacina sobre elas e seus médicos, baseada em provas insuficientes, uma vez que a resposta imune à vacinação em mulheres grávidas não pode ser assumida a partir das mulheres não grávidas. Portanto, é interessante uma reavaliação da segurança da vacinação na gravidez, uma vez que, se há perspectiva dos benefícios excederem os riscos, as gestantes devem ser incluídas nos ensaios de vacinação devidamente instituídos (ELIAS et al., 2021, p. 113).

Em relação à vacinação contra COVID-19, no início do processo de vacinação no Brasil as gestantes e puérperas não entraram no grupo prioritário para imunização. Relacionado a isso, a partir de uma pesquisa, em março de 2021 o Ministério da Saúde Brasileiro apresentou na Nota Técnica N° 1/2021 – DAPES/SAPS/MS (BRASIL, 2021b, p.5) os seguintes dados:

Dentre os 27 países e organizações que apresentaram informação sobre gestantes, 12 (44,4%) recomendaram a vacinação para aquelas mulheres que se enquadrem em grupo prioritário, 1 (3,7%) defende que desse ser feita para todas as gestantes, 9 (33,4%) sugerem não vacinar as gestantes, 4 (14,8%) apresentam recomendações contraditórias, contendo tanto referências que defendem a vacinação para gestantes de grupo prioritários quanto que não defendem a vacinação para nenhuma gestante e 1 (3,7%) apresenta referências orientando a vacinação para este grupo, condicionando à discussão com os profissionais de saúde ou não recomendando a aplicação das vacinas.

Após essa análise, e de buscar a opinião de várias sociedades médicas nacionais e internacionais, o Ministério da Saúde recomendou a vacinação para gestantes e puérperas com comorbidades. Contudo, segundo Rodrigues (2021) o Ministério da Saúde voltou atrás quanto a sua orientação, e veio a contraindicar a vacinação para gestantes. Isso aconteceu depois de um episódio no mês de maio em que foi verificado um suspeito caso de reação adversa à vacina, no qual uma gestante foi a óbito após ser vacinada, a mulher sofreu um acidente vascular cerebral.

O Ministério da Saúde considera o risco-benefício da vacinação para este público, e vem reestabelecer as indicações de vacinação. Até então, essa parcela da população não era considerada grupo prioritário, mas depois deste documento, as gestantes e puérperas a partir dos 18 anos foram incluídas.(BRASIL, 2021c).

No dia 16 de junho de 2021, foi realizada uma Audiência Pública, voltada as grávidas, gestantes e lactantes (PL 306/21), com duração de 56:31 min. Audiência Pública organizada através da ALESP, cujo tema foi sobre a vacinação, com iniciativa da Deputada Estadual por São Paulo, Marina Helou, e que contou com vários participantes de São Paulo, entre eles: Nalida Coelho (defensoria publica de SP), Mariana Santana (movimento Lactantes pela vacina), Rossana Pulcineli (Associação de obstetrícia e ginecologia do Estado de SP), Magda Carneiro Sampaio (pediatra e professora da Faculdade de Medicina USP), Mariana Calsa (vereadora), Patricia Gama - via vídeo (Professora USP), entre outros. (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021a)

O objetivo da Audiência Pública foi discutir o Projeto de Lei 306/21 para garantir o direito de grávidas e puérperas para que pudessem ser vacinadas em todos os municípios apenas com o cartão de pré-natal e inclusão das lactantes imediatamente no plano estadual de vacinação comprovando os benefícios da vacinação.

Segunda a palestrante Nalida Coelho, apesar da liberação da vacinação e recomendação para maiores de 18 anos, pedia-se autorização e recomendação médica para liberação de vacinação, criando assim uma barreira para imunização e ferindo a autonomia das mulheres por não haver nenhuma solicitação em outro grupo de vacinação. Para Rossana Pulcineli é preciso aumentar a adesão da vacinação e facilitar a chegada dessas mães aos postos de vacinação com aumento

da divulgação e não dificultar o acesso para a mesma. (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021a)

A vacinação das lactantes também é de extrema importância, pois ao se alimentar deste leite, aumenta a proteção das crianças diante à COVID-19, com resultados de presença de anticorpos após 04 meses de vacinação. A palestrante Magda Carneiro Sampaio ainda refere que a mãe transmite anticorpos durante a gestação através da placenta, principalmente nas últimas semanas de gestação e pelo aleitamento materno. Segundo ela em uma pesquisa com 20 funcionárias lactantes do hospital das clínicas de São Paulo (SP), vacinadas com Coronavac, encontrou níveis significativos de anticorpos com níveis mais altos na 5ª ou 6ª semana após a primeira dose e na 1ª ou 2ª semana após a segunda dose e 5 das 10 mães ainda apresentavam bons níveis de anticorpos após 4 semanas da conclusão da vacinação. São anticorpos da classe IGA produzido na glândula mamária, ação local de pouca absorção, através do aleitamento, e que recebe também anticorpos IGG através da placenta, assim concluindo que a vacinação traz benefícios para as mães e também para os filhos. (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021a).

Mariana Santana, palestrante representando a campanha do Estado de SP no movimento Lactantes pela Vacina, refere que esta mobilização nasceu na Bahia, para a luta pela inclusão das lactantes no grupo de vacinação, sem limites de idade de amamentação, inclusão nas diretrizes estaduais em grupo prioritário e pelo aumento do limite etário (adolescentes) e pela desburocratização de alguns estados a favor da vacinação. (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021a).

Este movimento, de caráter nacional, se articulou com a bancada feminina na Câmara de Deputados, em audiência pública que levou à aprovação do Projeto de Lei 2112/21, em 08 de julho de 2021, que alterou o Plano Nacional de Vacinação priorizando gestantes, puérperas e lactante, contra Covid-19. Como apresenta a figura 4, abaixo:

Figura 4: Foto “Lactantes pela Vida”: deputadas e integrantes da sociedade civil em defesa da proposta.

Pablo Valadares/Câmara dos Deputados



Fonte: Agência Câmara de Notícias, (2021b,s/p)

Neste evento deputadas fizeram a distribuição de camisetas e adesivos em defesa da proposta, onde varias mulheres acompanharam de perto a votação em defesa da vacinação prioritária. “O movimento de mães e lactantes uniu o País pelo direito urgente de se vacinar as mães lactantes, em defesa da vida”, afirmou a Deputada Soraya Santos (PL-RJ). (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021b, s/p)

Nesta nova Nota Técnica Nº 2/2021 – SECOVID/GAB/SECOVID/ MS, do dia 06/07/2021, “trata-se de atualização das recomendações referentes a vacinação contra a covid-19 em gestantes e puérperas até 45 dias pós-parto”(BRASIL,2021c, s/p, online). Assim o MS aderiu à vacinação contra o covid 19, no Brasil em gestantes e puérperas, dia 09/07/2021, como apresenta a figura 5, abaixo:

Figura 5: Recomendação da vacina contra COVID 19 nas Gestantes e Puérperas pelo MS.

PÁTRIA VACINADA

Governo recomenda vacinação contra Covid-19 em gestantes e puérperas sem comorbidades

Com a inclusão no grupo prioritário do Programa Nacional de Imunizações, devem ser vacinadas mais de 2,5 milhões de mulheres

Fonte: MINISTERIO DA SAÚDE, 09/07/2021, s/p.

Já no dia 17 de setembro de 2021, foi transmitida pelo portal Câmara Municipal de São Paulo, uma Audiência pública cujo tema foi vacinação cruzada de Gestantes e Puérperas contra Covid-19 (11ª audiência pública da Comissão Permanente de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher), com duração de 02:20 min, com iniciativa da Vereadora Juliana Cardoso, que contou com vários participantes, entre eles: Jorge Kayano (médico sanitário e pesquisador do instituto Pólis), Érika Sato (Forúm de mulheres da zona oeste), Elizabete Aparecida Silvério (Movimento de mulheres do estado de SP), Luciana Maria de Melo (Coordenadora da casa de mulheres), Carolina Grandó (psicóloga do trabalho), Célia (SindiSaúde), Roselane Gonçalves (docente do curso de obstetrícia da USP) e Luis Artur Vieira (Secretária de Saúde SP), Vereador Alfredinho, Sônia Raquel Coelho (Coordenação Saúde da Mulher da SMS). A audiência pública em primeiro momento tinha objetivo de avaliar o estado geral do grau de vacinação no estado de São Paulo, contudo, diante dos dados o médico sanitário Jorge Kayano, abordou sobre as desigualdades presentes no processo de vacinação do estado de São Paulo. (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021c)

Os dados mostram o padrão clássico centro-periferia seguindo uma tendência contrária ao princípio da equidade social do SUS, onde as áreas periféricas contam com menor índice de vacinação e a área central tem maior vacinação com população de classe média/alta e conta com uma maior qualidade de vida e conseqüentemente um menor número de mortes por COVID-19, ao contrário das zonas periféricas que contam com situações de baixa renda e maior número de

infectados e mortes pelo vírus. Dessa forma, o SUS deveria priorizar a vacinação nos locais mais atingidos, o que não tem acontecido. O palestrante Jorge Kayano cita como exemplo bairro de Paraisópolis em São Paulo, que tinha uma taxa mais baixa de vacinação do estado, uma população predominantemente negra, residindo mais próximas dos seus trabalhos, porém, ficaram com a taxa vacinal mais baixa porque os horários de vacinação não são compatíveis ou não são liberados pelos seus empregadores para vacinar e os mega postos estão localizados apenas em áreas centrais do estado.

Neste contexto refere também que havia exigência do comprovante de casamento das mulheres, quando o documento de residência levado estava em nome do companheiro. No caso a certidão de casamento é cobrada por não haver essa comprovação de residência alegando-se que ela pode residir em outro estado, “o que é um erro, pois uma grande quantidade de mães, gestantes e nutrizes não estão casadas oficialmente” referiu o palestrante Jorge Kayano. (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021c). Além da diferença territorial da desigualdade com que a COVID afeta mais a população pobre e negra e que deveria estar sendo priorizada pela saúde. Como ressaltado também na fala da palestrante Roselane Gonçalves, estudos mostram a questão racial envolvida nas mortes de COVID-19, citando que “as mulheres pretas, pardas, periféricas, pobres” são as mais afetadas, e da dificuldade que o SUS cumpra seus princípios de igualdade, isso associado ao “desgoverno” com a dificuldade de organização e acesso as informações sobre a COVID-19 e com o cerceamento da autonomia dos municípios e estados. (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021c).

A palestrante Érika Sato, doula, traz o dado de que o Brasil é campeão de morte materna no mundo, nos trazendo o questionamento sobre qual tipo de assistência está sendo prestado as gestantes, evidenciando o sucateamento da saúde, onde não tem sido feito acompanhamento efetivo das mortes neonatais, com dificuldades na rede de apoio e a falta de informação às gestantes. (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021c).

Como vemos, nas discussões sobre vacinação volta-se ao destaque às desigualdades raciais interseccionadas com classe social e gênero, sendo que as vacinas, além de serem questionadas para todas as gestantes, quando liberadas, acabam não chegando de maneira igualitária para todas as mulheres. Ficam vulnerabilizadas as mulheres negras, pobres, moradoras de locais periféricos.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (COVID-19, 2021), até o mês de novembro de 2021 foram vacinadas 1.387.948 gestantes no Brasil, e 425.435 puérperas. Os dados também apontam que desde a inclusão das gestantes e mulheres em pós-partos no plano de vacinação, no Brasil, o número de mortes desta população diminuiu drasticamente (FRANCISCO; LACERDA; RODRIGUES, 2021). Este dado é relevantíssimo pensando na mobilização para o enfrentamento da MM por COVID 19.

Após a vacinação das gestantes, um assunto que foi muito colocado em pauta, foi à recomendação de especialistas para que mulheres grávidas não trabalhassem presencialmente, mesmo após a imunização das duas doses.

Sendo que desde o início de 2021 o Ministério Público do Trabalho (BRASIL, 2021d, p.1), através de uma Nota Técnica 01/2021 DO GT NACIONAL COVID-, publicada em janeiro de 2021, já havia dispendo “sobre a proteção à saúde e igualdade de oportunidades no trabalho para trabalhadoras gestantes em face da segunda onda da pandemia do COVID 19”. Um ponto crucial desta nota foi:

GARANTIR que trabalhadoras gestantes sejam dispensadas do comparecimento ao local de trabalho, no caso de não ser compatível a sua realização na modalidade home office, com remuneração assegurada, durante todo o período em que haja acentuado risco de contaminação no convívio social, podendo ser realizado o afastamento pautado em medidas alternativas, como: interrupção do contrato de trabalho; concessão de férias coletivas, integrais ou parciais; suspensão dos contratos de trabalho (lay off), suspensão do contrato de trabalho para fins de qualificação (art. 476-A da CLT), entre outras permitidas pela legislação vigente, aptas a garantir o distanciamento social, tendo em vista a condição de grupo de risco (BRASIL, 2021d, p.4).

Essa nota já vinha com o intuito de proteger as gestantes trabalhadoras, para que estas pudessem trabalhar de modo remoto, sendo garantidos os direitos trabalhistas.

Neste contexto em uma audiência pública extraordinária, transmitida numa live pela comissão extraordinária de enfrentamento a COVID 19, realizada no dia 13 de julho de 2021, a Deputada Carmen Zanotto propõe uma alteração na Lei da Previdência Social para que esteja garantido judicialmente o afastamento das gestantes do trabalho até que a vacinação no Brasil esteja mais avançada. (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021d).

Vários representantes da obstetrícia, da Justiça do Trabalho e do Ministério da Saúde, falaram à Comissão Externa da Câmara dos Deputados de Enfrentamento à Covid-19, e recomendaram que mesmo que as gestantes tenham realizado as duas doses das vacinas contra o COVID 19, as mesmas não retornem ao trabalho presencialmente. Apesar de todas as pressões que os empregadores vêm recebendo, juntamente com as gestantes, para que retomem o trabalho presencial, e recomendaram cautela e cobraram meios de transferir atuais encargos financeiros dos patrões para a Previdência Social, como mostra a figura 6, abaixo (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021d).

Figura 6: Recomendação que gestantes não voltem ao trabalho, mesmo imunizadas.

TRABALHO, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA

Especialistas recomendam que gestantes não voltem ao trabalho presencial, mesmo imunizadas

Deputada vai propor alteração na lei para que Previdência Social faça o pagamento dos afastamentos dessas mulheres

13/07/2021 - 19:11

Fonte : AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS (2021d,s/p).

A palestrante Rosiane Mattar, médica e representante da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), informa que neste atual cenário relacionados à mortalidade materna, a cobertura vacinal no Brasil ainda não é satisfatória, como refere:

Nós consideramos que não há possibilidade de elas voltarem ainda porque os trabalhos em outros países têm mostrado que a doença só fica controlada quando mais de 50% da população está vacinada. Então, enquanto isso não acontecer, ela vai continuar tendo risco da doença e vai continuar tendo a possibilidade de espalhar mais o vírus (AGENCIA CÂMARA DE NOTICIAS, 2021d, s/p).

Segundo a Deputada Carmen Zanotto reafirma nesta mesma audiência, o posicionamento da médica acima:

Precisamos manter o afastamento enquanto não tivermos 50% ou mais da população vacinada com a D-2, ou seja, com uma boa cobertura vacinal. Se, no texto da lei, falhamos imaginando que isso seria complementado na regulamentação, precisamos agora acertar e garantir também a proteção do setor produtivo, com a Previdência Social fazendo o pagamento dos afastamentos dessas mulheres.

De acordo com a Deputada, já esta havendo exigência dos setores serviços e comércio, para com as gestantes domésticas, para a volta ao trabalho presencial assim que fizerem a imunização, por este motivo informa que iria enviar um documento para ao Ministério da Saúde e aos gestores do Plano Nacional de Imunização para que enviem à Câmara de deputados um posicionamento sobre o assunto. (AGENCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2021d, s/p).

Podemos perceber ao decorrer do capítulo, que foram várias as mobilizações tanto no âmbito da Sociedade civil, Estado, instituições participativas para o enfrentamento da redução da mortalidade materna por COVID-19, contudo, o caminho se ateve a diversos obstáculos. Muitas vezes causado pela falta de consenso entre as opiniões médicas e públicas, considerando que as primeiras nem sempre estavam baseadas em evidências científicas e respondem a uma dimensão corporativista da profissão, e que, umas e outras, são afetadas pelo clima “anti-ciência” promovido pelo atual governo federal.

Um tipo de mobilização crescente durante a pandemia foi à realizada através das mídias sociais. Na pesquisa Carneiro et al. (2021), aponta-se que a utilização das mídias sociais teve um impacto forte na divulgação de conhecimentos científicos, “contribuindo significativamente com a qualificação dos trabalhadores e em um efeito rebote na redução da mortalidade materna” (CARNEIRO et al., 2021, p.7).

As redes sociais tiveram um papel primordial na socialização e educação sobre o tema da mortalidade materna, infelizmente em tempos onde ocorrem muitos Fake News, a informação verídica e confiável é fundamental. Inclusive a divulgação de materiais técnico-científicos através do formato online pode ser ressaltada como algo que facilitou o acesso de trabalhadores da saúde a essas discussões.

Pode-se destacar que toda a mobilização em torno de buscar estratégias de enfrentamento à MM por COVID, visibilizou um cenário em que a instabilidade socioeconômica afeta principalmente as populações em situação de vulnerabilidade, com a falta de moradia, infraestrutura, saneamento, emprego e renda. Afeta as condições de vida e o acesso aos serviços de saúde, marcando o país com o aumento das desigualdades sociais, evidenciado na vulneração da população negra devido ao racismo, e conseqüentemente influenciando o aumento dos dados de morbidade e mortalidade nesse grupo. Estas mobilizações apontam algo que já de longa data o movimento negro vem demandando: a necessidade de articular estratégias de prevenção e diminuição da disparidade racial que têm afetado a população negra nas várias ordens da vida, inclusive provocando a morte dessa população.

Vemos esta iminência quando analisamos a mobilização em torno da vacinação das gestantes assim como na garantia do direito de se manter afastada do trabalho. Desigualdades de classe, raça e gênero acirradas nesses acessos e garantias.

Estas mobilizações também apontaram ações concretas de responsabilidade do poder público, desde a garantia de políticas de equidade orientadas às mulheres com a necessidade de diminuição das desigualdades socioeconômicas quanto à moradia adequada, saneamento básico, acesso a internet, geração/manutenção de empregos e melhores rendas. Isto produziria melhores condições estruturais que levam o acesso até o serviço de saúde e inclusive ao pré-natal, para redução na incidência por COVID-19, internações e índices de morbimortalidade (SILVA e SOUZA, 2020). Conjuntamente, as mobilizações demandaram a melhoria estrutural da rede de saúde, com a necessidade do repasse de recursos financeiros para avançar em pesquisas científicas, inovação na prática, bem como na Rede de Atenção Primária a Saúde com investimentos na educação em saúde, orientação familiar e comunitária, melhor acesso a testagem de COVID-19 e assistência de saúde aos casos confirmados, acesso à vacinação.

Foi evidenciada também a importância do Ministério da Saúde quanto à inclusão da informação em saúde estratificada por raça/cor nos formulários de

notificação de casos decorrente do coronavírus, e ao preenchimento e a disponibilização dessa informação. Assim como a necessidade de uma coordenação resolutiva das políticas de saúde que modifiquem a organização dos serviços de saúde e mobilizem medidas concretas que incluam as gestantes e puérperas negras no enfrentamento da mortalidade materna (SANTOS et al., 2020).

Vemos que as mobilizações atuaram acionando a interseccionalidade de gênero, raça e classe para denunciar as injustiças reprodutivas e a produção das mortes maternas por COVID 19, assim como demandar ações do poder público. Esta última questão é permeada pela denúncia de negligência e intencionalidade do atual governo federal frente à ocorrência da disseminação do vírus e as altas taxas de mortalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As gestantes e puérperas brasileiras, principalmente as mulheres pobres e negras, enfrentam dificuldades históricas em ter acesso a assistência à saúde de qualidade em seus pré-natais. E durante a pandemia do Coronavírus, essa situação não se reverteu, na verdade ela foi intensificada. No contexto pandêmico, como vimos neste trabalho, o Brasil destacou-se com seus altos índices de mortes de gestantes e puérperas. Pudemos ver ao decorrer do texto que no princípio estas mulheres não foram consideradas como público de risco. Entretanto, o que a realidade mostrou é que elas estão vulneráveis ao vírus devido a adaptações fisiológicas referentes a gravidez. Cabe destacar também que o que levou essas mulheres à morte foi principalmente referenciado como a dimensão das desigualdades, principalmente as raciais, que impactam nas suas trajetórias quanto no acesso aos serviços de saúde e na qualidade do cuidado prestado.

A falta de assistência à saúde está ligada à precarização dos serviços, como podemos citar, a falta de leitos hospitalares e a dificuldade de acesso ao pré-natal de qualidade. Além desses fatores, muitas das gestantes enfrentam no seu caminho a violência obstétrica e a disparidade racial nas várias ordens da vida. Esta situação, configurou-se como um grande problema de saúde pública e também de violação de direitos dessas mulheres, que morreram de forma prematura na pandemia de COVID-19. Tal contexto, evidência de forma escandalosa falta de qualificação de assistência à saúde de gestantes e puérperas.

Antes mesmo do momento pandêmico já havia instituído em locais estratégicos do país, vários observatórios e centros de pesquisa que se dedicavam exclusivamente a analisar e priorizar os dados da mortalidade materna/infantil. Há o começo do reconhecimento pelo tema e que se torna decisivo para impactar toda a sociedade sobre os problemas maternos, que é de interesse público.

Em tempos de “Fake News”, nunca foi tão poderoso e importante as informações fidedignas, orientações baseadas em dados científicos e que orientem, tanto população, quanto governantes, para decisões assertivas e de eficácia. Ainda no tocante de acesso à informação, mesmo que falhas tenham ocorrido e os números sejam super/subestimados, podemos acreditar que o mais importante já vem sendo realizadas, instituições e entidades da área, mapeando e buscando

alimentar os dados que correspondem às mortes maternas durante a pandemia, mesmo que ainda haja a consciência de que nem todas foram tratadas e retratadas de forma igualitária, que haverá disparidade entre números de mortes de brancas e negras, ricas e pobres.

Através deste estudo pudemos ver que, atualmente no Brasil diversos atores realizaram mobilizações no âmbito da sociedade civil, Estado e instituições participativas para o enfrentamento da MM. Na maioria das vezes, foi através das redes digitais que aconteceram, com foco a buscar soluções e na tentativa de alertar toda população de maneira geral sobre a real situação da Mortalidade Materna por Covid-19. Assim, profissionais de diversas áreas, entidades, associações, e órgãos públicos em geral, buscaram chamar a atenção das mais diversas autoridades na busca de providências de controle, prevenção com vacinas, orientações e tratamento precoce a estas mulheres no enfrentamento à COVID-19, para redução destas mortes.

Foram apontados vários gargalhos, entre eles os que têm a ver com a rede de saúde. Ficou caracterizada a falta de atendimento especializado, o colapso do sistema perante às necessidades maternas, que foram deixadas de lado, mesmo que por força maior. Acredita-se que um dos grandes motivos para tal relapso no que diz à atenção na saúde da gestante, pode ter sido o fato do planejamento da gestação e do pré-natal, terem ficado em segundo plano dentro das prioridades do SUS.

Sabe-se da importância e do papel definitivo das ações de pré-natal para que sejam diagnosticadas eventuais adversidades e possibilidades de surgirem complicações na gestação e no parto, já de início. Trazer à tona esse tema, com essa relevância, nos traz à reflexão de como esses números se tornaram tão expressivos nos últimos dois anos. Será que já havia essa trajetória? Será que piorou depois da pandemia ou será somente um reflexo mais forte de uma situação que já estava ameaçando colapso? Infelizmente por medo de infecção e reinfecção, muitas gestantes deixaram de fazer o acompanhamento pré-natal e até mesmo não compareciam às consultas.

É válido destacar que dentre os casos de morte materna muitos poderiam ter sido evitados, se tivessem sido cumpridos procedimentos médicos adequados tal fatalidade não teria sido efetivada. As mortes evitáveis também podem ser oriundas pela falta da busca de apoio das gestantes e suas famílias no período da gravidez,

mas os estudos destacaram evidências que a maioria das causas são oriundas da negligência dos serviços de saúde.

Em relação à produção de dados epidemiológicos sobre mortalidade materna, estes são um problema no Brasil desde muitos anos, no contexto pandêmico essa questão só se intensificou. O que a análise de conteúdo deste estudo apontou é que os registros de mortalidade materna por COVID-19 no Brasil no início, foram acessados com muitas dificuldades por pesquisadoras, mesmo sendo dados públicos.

Foram identificados dois problemas quanto à coleta destes dados, um deles é o preenchimento de informações de forma incorreta omitindo as verdadeiras causas de óbito e também pela falta de registro de certidão do óbito em cartório.

Ressalta-se aqui a importância de coletar informações claras e precisas para que se tenha dados coesos, para auxiliar na formulação de planos estratégicos e de prevenção a MM. Para auxiliar neste processo de produção de dados epidemiológicos em 2020, foi criado o Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 e a partir daí que se teve dados mais firmes e foi possível apontar o aumento da MM.

O que foi observado foi que mulheres negras foram as gestantes e puérperas que mais chegaram com estado crítico de saúde nos hospitais devido à COVID-19. Os estudos apontaram que as mulheres negras são as que mais sofrem pela disparidade racial, pois possuem maiores índices de vulnerabilidade social e condições que dificultam o acesso a assistência à saúde. Assim, foi visto que determinantes raciais e sociais influenciaram mais que questões biológicas nos altos índices de Morte Materna.

Ao analisar as vozes dos atores que buscam a redução da mortalidade materna, foi realizado um compilado, assim surgindo várias recomendações e estratégias de ação para a prevenção, dentre elas: Aumentar a adesão da vacinação, facilitando a chegada dessas mulheres aos postos de vacinação, aumentar a divulgação e não dificultar o acesso para a mesma; Garantir que SUS cumpra seus princípios de igualdade; Diminuir as desigualdades raciais e territoriais, priorizando aquelas população mais necessitada; Orientar e informar a necessidade das gestantes para irem e continuarem seu pré natal, nas unidades básicas de saúde; Coletar e garantir informações fidedignas com dados dos sistemas de informação como : SIVEP-Gripe e Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19, para auxiliar na formulação de planos estratégicos e de prevenção a MM; Realizar o

preenchimento de informações fidedignas e de forma correta nos registros de certidão de óbitos; Utilizar as redes sociais que tem um papel primordial na socialização, educação e informação; Orientar a necessidade da triagem das gestantes para o diagnóstico da covid-19, com monitoramento e fluxos de encaminhamento ágeis e adequados, junto aos serviços de saúde com leitos de UTI; Seguir as recomendações do MS, manuais, notas técnicas; Orientar uma maior vigilância a gestantes de alto risco; Recomendar as boas práticas de higiene e o uso da máscara para as gestantes e o distanciamento social; Exaltar a necessidade do cuidado no período gestacional e a atenção dos profissionais de saúde a esse público; Observar o grave problema de saúde pública que o Brasil vem apresentando violação aos direitos reprodutivos das mulheres, manifestando desigualdades raciais; Realizar os atendimentos de maneira igualitária, não oferecendo privilégios devido a raça, cor, sexo ou classe social; Realizar mobilizações para buscar soluções e enfrentar o problema da MM e diminuir estes índices; Diminuir os atrasos no reconhecimento das condições modificáveis, atrasos na chegada ou nos encaminhamentos, atrasos no tratamento adequado; Garantir o direito de grávidas e puérperas ser vacinadas em todos os municípios apenas com o cartão de pré-natal e inclusão das lactantes; Qualificar e realizar ações educativas aos profissionais de saúde quanto à assistência ao parto; Informar a importância da adesão ao tratamento quando a doença já está instalada; Garantir que as consultas de pré-natal ocorram em ambiente seguro, e devem continuar e seguir as rotinas habituais até o fim da pandemia; Aumentar os investimentos na área da saúde; Reduzir a precarização dos serviços, a falta de leitos hospitalares e a dificuldade de acesso ao pré-natal em especial na Atenção Básica; Oferecer horários alternativos nas unidades de saúde para atendimentos e vacinação a estas gestantes e puérperas; Diminuir a violência obstétrica e as disparidades raciais e Garantir que gestantes que tenham seus direitos garantidos por lei, ao afastamento ou pautado em medidas alternativas, durante este período onde ocorre acentuado risco de contaminação no convívio social.

Recomendações importantes e necessárias para diminuição da mortalidade materna, estas senão enfrentadas, resolvidas e colocadas em prática só tendem a aumentar.

No entanto, quanto às ações e estratégias em nível nacional, foi analisado que o Ministério da Saúde elaborou diversas notas técnicas e manuais de recomendações, orientando aos profissionais de saúde, gestores e mulheres grávidas e puérperas a melhor forma de prevenir a morte materna durante a pandemia. Contudo, varias recomendações citadas durante o texto não contemplaram as desigualdades sociais, sendo assim, foram insuficientes para evitar a morte materna. Ou seja, na prática não se teve bons resultados, não sendo garantia de ações. O que precisa ser feito, são ações concretas e efetivas de nossos órgãos públicos, não basta somente alarmar, precisam ser realizadas e comprovadas na pratica.

Portanto as mobilizações que analisamos ressaltam a necessidade de (re)politizar a mortalidade materna dentro da garantia dos direitos humanos, do direito à vida das mulheres, ressaltando as interseccionalidades de raça e classe e a necessidade de políticas de equidade para promover efetiva justiça social.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, Audiência Pública virtual: Vacinação de grávidas, puérperas e lactantes, PL306/21 transmitida pela Rede alesp, tempo 56:31min, 2021^a. 16/06/21. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=JqP337sLqeo>. Acesso em: 02 de dez 2021.

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, Deputados destacam mobilização de mães e da bancada feminina por vacinação de lactantes, 2021b. Audiência pública 08/07/2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/783131-deputados-destacam-mobilizacao-de-maes-e-da-bancada-feminina-por-vacinacao-de-lactantes/>. Acesso em: 11 de dez 2021.

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, Audiência Pública virtual: vacinação cruzada de Gestantes e Puérperas contra Covid-19 , da comissão de Saúde, Promoção Social do Trabalho da Mulher. 2021c . Transmitido pela Câmara de São Paulo, Tempo: 02:20, 17/09/2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Lz7gwYdj60g>. Acesso em: 23 de Nov 2021.

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. Audiência Pública extraordinária virtual: Proposta de alteração na Lei da Previdência Social para que esteja garantido judicialmente o afastamento das gestantes do trabalho até que a vacinação no Brasil esteja mais avançada, 2021d. Transmitida pelo portal da Câmara de Deputados, 13 /07/2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/785034-especialistas-recomendam-que-gestantes-nao-voltem-ao-trabalho-presencial-mesmo-imunizadas/>. Acesso em: 08 de dez 2021.

ALMEIDA, Silvio. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

AMORIM, M. Oito em cada dez gestantes e puérperas que morreram de coronavírus no mundo eram brasileiras: Manchete jornal o Estadão, 2020, no dia 14/07/2020, 09h27. Disponível em: <https://emails.estadao.com.br/blogs/ser-mae/oito-em-cada-dez-gestantes-e-puerperas-que-morreram-de-coronavirus-no-mundo-eram-brasileiras/>. Acesso em : 20 de maio de 2021.

AMORIM, M. M. R., TAKEMOTO, M. L. S., FONSECA, E. B. D. 2020. Maternal deaths with coronavirus disease 2019: a different outcome from low- to MIDDLERESOURCE COUNTRIES? AM J OBSTET GYNECOL. 223(2):298-299.

BRASIL. CPI Mortalidade Materna. Brasília: Câmara de Deputados, 2001

BRASIL. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Manual Perspectiva de Equidade na Atenção às Diferenças no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – Atenção às Mulheres Negras. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2005b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 9 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm. Acesso em: 9 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 104 p. : il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020a. 64 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação da Saúde da Mulher. Nota Técnica Nº 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/M. Infecção COVID-19 e os riscos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Abr. 2020b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde.** (2021a). Doença pelo Coronavírus COVID-19. Boletim Epidemiológico Especial 65 – Semana Epidemiológica (SE) 21 (23/5 a 29/5/2021) Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/junho/04/boletim_epidemiologico_covid_65_final4junho.pdf Acesso em: 29/05/2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica Nº 1/2021 – DAPES/SAPS/MS.** BRASÍLIA, DF: Ministério da Saúde. 12 mar. 2021b Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/NT-vacinacao-gestantes-peurperas-e-lactantes.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica Nº 2/2021 – SECOVID/GAB/SECOVID/ MS.** BRASÍLIA, DF: Ministério da Saúde. 6 jul. 2021c. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp->

content/uploads/2021/09/NotaTecnica_vacinacaocovid19gestantespuerperas.pdf.
Acesso em: 21 nov. 2021

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Nota técnica Nº 01/2021 DOGT NACIONAL COVID-19**. BRASÍLIA, DF: Ministério da Saúde. 15 jan.2021d. Disponível em: <https://mpt.mp.br/pgt/noticias/nt-gestante-assinada.pdf> Acesso em: 21 nov. 2021

CARNEIRO, Sueli. Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARNEIRO, José Alberto Lima et al. Uso de mídias sociais na divulgação científica e promoção de eventos para redução da mortalidade materna em âmbito Nacional. **Revista Ciência Plural**, v. 8, n. 1, p. e25556-e25556, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/25556/14882> Acesso em: 21 nov. 2021

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al. **Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis: revista de saúde coletiva**, v. 23, p. 1297-1316, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/cmcY4csz9hjDC48scBWCsVL/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 9 out. 2021.

CECATTI, José Guilherme; CALDERÓN, Iracema de Matos Paranhos. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, p. 357-365, 2005. Disponível : <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/DbwW8F5t6zQX6bX63GLLGfd/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 10 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Alerta às mortes maternas associadas à COVID-19 no Brasil: Nota Oficial da ABENFO, ABEn e COFEN[Internet]. 2020 Disponível em: http://www.cofen.gov.br/nota-tecnica-aponta-medidas-para-conter-mortes-maternas-associadas-a-covid-19_81618.html. Acesso em: 17 de jun 2021.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. Interseccionalidade. Boitempo Editorial, 2021.

CONNELL, Raewyn. **Gênero em termos reais**. São Paulo: nVersos, p. 1, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Pandemia de COVID-19 Orientações gerais ao trabalho dos médicos. 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/nota%20-%20covid-19%20mdicos%2019-3-20.pdf>. Acesso em 14 jan 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE . 28 de maio: data faz alusão à resistência e luta pela saúde das mulheres e à necessidade de redução da mortalidade materna, CNS, Publicado: Sexta, 28 de Maio de 2021, 14h39 Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1760-28-de-maio-data-faz-alusao-a-resistencia-e-luta-pela-saude-das-mulheres-e-a-necessidade-de-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 01/06/2021

COOK, Rebecca. Human Rights and Maternal Health: Exploring the Effectiveness of the Alyne Decision. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, v. 41, n. 1, pp. 103-123, 2013. Traduzido para o português, com a permissão da Sociedade Americana de Direito,

Medicina e Ética, por Maria Elvira Vieira de Mello e Beatriz Galli. Disponível em: https://www.law.utoronto.ca/utfli_file/count/documents/reprohealth/Pub-AlynePortuguese.pdf. Acesso em: 5 jun.2021

COVID-19, vacinação doses aplicadas. *In*: **Ministério da Saúde**. 2021. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html. Acesso em: 21 nov. 2021

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista estudos feministas**, v. 10, p. 171-188, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 6 out. 2021

DAMASCO, Mariana S.; MAIO, Marcos C.; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 1, pp. 133-151, 2012.

DIAS, Adriana et al. Fóruns de Discussão e Matriciamento de Profissionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para o Enfrentamento à Morte Materna e Infantil Durante a Pandemia de COVID-19. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 18, n. 208, 2021. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/BEPA182/article/view/36283/34580> Acesso em: 6 out. 2021

ELIAS, Sarah Machado Salvador et al. **Vacinação contra a Covid-19 em gestantes e lactantes**: um estudo de atualização, p. 1-388–416, cap, 14. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/55090> Acesso em: 21 nov. 2021

FERNANDEZ, M; AMORIM, M. Nota Técnica N. 1: Morte de grávidas e puérperas por Covid-19. *Rede Brasileira de Mulheres Cientistas*, 2021.

FERREIRA, V M. Mãe preta, estudo sobre o índice de violência obstétrica entre as mulheres negras. Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as – ABPN. Congresso Brasileiro de Pesquisadores negros, 2018. Disponível em: https://www.copene2018.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/1532453580_ARQ_UIVO_CopeneMG.pdf 2018. Acesso em 19 de maio 2021.

FERREIRA, Verônica Clemente et al. Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e Educação Médica: Agravos no Contexto de Pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020.

FIOCRUZ, penseSUS, 2021. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acesso em : 23 de dez de 2021.

FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; LACERDA, Lucas; RODRIGUES, Agatha S. **'Obstetric Observatory BRAZIL-COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services'**. 2021. Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/. Acesso em: 21 nov. 2021.

GIL, Antonio Carlos et al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GUERRA, Heloísa Silva et al. Análise das ações da rede cegonha no cenário brasileiro. **Iniciação Científica Cesumar**, v. 18, n. 1, p. 73-80, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/4897/pdf>
Acesso em: 9 out. 2021.

HUNT, Mary. O direito humano à justiça reprodutiva: uma perspectiva feminista teo-ética. **Mandrágora**, v. 13, n. 13, p. 39-44, 2007. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MA/article/view/5552/4538>
Acesso em: 8 out. 2021.

LANSKY, Sônia et al. **Violência obstétrica**: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019.

LAURENTI, R, Mello – Jorge, MHP, Gotlieb, SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev. bras. epidemiol* 2004; 7(4): 449-460.

LEAL, MC. et al A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil *Cad. Saúde Pública* 2017; 33 Sup 1:e00078816

LOPES, F, et al. Impactos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres. Conselho Nacional de Saúde (CNS) 2020, 1Video (02:05 min)transmitido ao vivo em 19/08/20 pelo canal do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=LA-976Oyiq8> Acesso em: 31 05 2021.

LÓPEZ, Laura Cecilia. Mortalidade materna, movimento de mulheres negras e direitos humanos no Brasil: um olhar na interseccionalidade de gênero e raça. **Revista TOMO**, 2016.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis: vozes, 1997.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.

MENEZES, M. O., Takemoto, M. L. S, Nakamura-Pereira, M., Katz, L., Amorim, M. M. R, Salgado, H. O., Melo, A., Diniz, C. S. G., de Sousa, L. A. R., Magalhães C. G., Knobel, R., Andreucci, C. B., Brazilian Group of Studies for COVID-19. 2020. Risk factors for adverse outcomes among pregnant and postpartum women with acute respiratory distress syndrome due to COVID-19 in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 151(3):415-423

MINAYO, MCS. Pesquisa social: Teoria , Métodos e Criatividade. 21º Edição. Editora Vozes , Petropoles , RJ, 2002. ; 37(12):549-51.

MORON et al, Obstetricia UNIFESP, Barueri, SP: Editora; Manoele, 2011.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos et al. COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível. **Femina**, v. 48, n. 8, p. 496-8, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1118623/femina-2020-488-496-498.pdf> Acesso: 10 out. 2021.

PROQUALIS E OBSERVATÓRIO COVI 19 / FIOCRUZ, 2021, Morte por COVID 19 na Gestação e Puerpério , transmitido pelo WEBIMAR Proqualis e Observatório COVI 19 / Fiocruz, Tempo de : 02 hrs e 12 min, no dia 09 de junho de 2021, as 15hrs. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=UeyNvEvT6HU> Acesso em : 10 de jun.2021.

REDE BRASILEIRA DE MULHERES CIENTISTAS. Em defesa da vida das mulheres na pandemia, Carta de lançamento da Rede, 2021. Disponível em: <https://mulherescientistas.org/nossa-carta/>. Acesso em: 07/12/2021

REDE FEMINISTA DE GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS E O COLETIVO ADELAIDES. Nota Técnica sobre a Mortalidade Materna por covid-19 no Brasil e o papel do Governo Bolsonaro, 2021. Disponível em: https://www.facebook.com/103077907717749/posts/533590284666507/?sfnsn=wiws_pwa. Acessado em: 17 de junho de 2021.

RODRIGUES, Ana V.; SIQUEIRA, Arnaldo 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. *Caderno de Saúde Pública*, v.19, n. 1, 2003.

RODRIGUES, Fernanda Odete Souza et al. Desfechos maternos da COVID-19 e atualizações sobre a vacinação em gestantes e puérperas. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 57232-57247, 2021. Disponível em <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/31123/pdf>. Acesso em: 21 nov. 2021

RODRIGUES, Léo. Mortalidade materna por covid-19 é 2,5 vezes maior que taxa nacional. *In: AGÊNCIA BRASIL*. Rio de Janeiro, 1 jun. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-06/mortalidade-materna-por-covid-19-e-25-vezes-maior-que-taxa-nacional> .Acesso em: 21 nov. 2021

SANTOS, DS. Mortalidade materna de mulheres pretas devido à COVID-19. Canal saúde, Fio cruz, 2020, 1 Video (19 min 42 seg) transmitido ao vivo em 21/08/20 pelo canal saúde. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/videoAberto/mortalidade-materna-de-mulheres-pretas-devido-a-covid-19-bcv-0080> Acesso em: 20 de maio 2021.

SANTOS, et al. População negra e Covid-19: **reflexões sobre racismo e saúde**. *Estud. av.* vol.34 no. 99. São Paulo May/Aug. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJFbY9LFH3WMQHv/?lang=pt> Acesso em 22 de maio 2021.

SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 5, p. 47-59, 2001.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Boletim Epidemiológico Mortalidade Materna e Infantil**. 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/11165326-boletim-epidemiologico-mortalidade-materna-e-infantil.pdf> Acesso em: 22 nov. 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO RS. Seminário de enfrentamento á mortalidade materna no RS. **O cenário da COVID 19 no Estado**. Canal da SMS, RS. Tempo 01:48m. Disponível em : <https://www.youtube.com/watch?v=rqkflkzropo&t=1957s>. Acesso em 20 de setembro 2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DO RS. **Boletim Epidemiológico aponta aumento da mortalidade materna e redução da mortalidade infantil**, 2021 Publicado na pagina da Secretaria do Estado do RS, no dia 11/06/2021 às 16h54min. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/boletim-epidemiologico-aponta-aumento-da-mortalidade-materna-e-reducao-da-mortalidade-infantil#.YMPB2Lq4TFA.facebook>. Acesso em: 14 de jun de 2021.

SILVA FV, SOUZA KV. A inaceitável tragédia das mortes maternas associadas à COVID-19: (re)politização da saúde e dos direitos das mulheres e o posicionamento da enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**. 2020;73 (Suppl 4):e73supl04. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.202073supl04>. Acesso em: 16 de Jun 2021.

SILVA, Isabela de Lima et al. Preditores da mortalidade materna por COVID-19: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e435101018888-e435101018888, 2021.

SIQUEIRA,R. **Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 vai mapear mortalidade materna durante pandemia**.2021. Manchete do Jornal da USP do dia 20/05/2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/observatorio-obstetrico-brasileiro-covid-19-vai-mapear-mortalidade-materna-durante-pandemia/>. Acesso em : 05 de junh. 2021.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 253-256, 2021

SOUZA, João Paulo. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015

SUN SUE YASAKI. Morte materna na pandemia de COVID-19. vídeo aula. Realizado no mês de abril de 2021, tempo de 18min:13seg, pelo canal do Youtube PAHO TV, organizado pelo OPAS, SUS e MS. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=yYnU6iQCtME>. Acesso em 14 de junho. 2021.

VIELLAS ,EF et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S85-S100, 2014.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e sociedade**, v. 17, p. 138-151, 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5y44SctJDC9ZMc5bBJbYVZJ/?lang=pt&format=pdf>
Acesso em: 9 out. 2021

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & sociedade**, v. 29, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?lang=pt&format=pdf>
Acesso em: 9 out. 2021.

**APÊNDICE A -
TABELA CARACTERIZAÇÃO DOS MATERIAIS**

Tabela caracterização dos materiais

Tipos de documento/ Quantidade	Instituição	Título / Discussão	Data
Lives/ Videos	1.Conselho Nacional de Saúde . 2. Canal Saúde, Fiocruz; 3.OPAS, SUS e MS. 4. Proqualis e Observatório COVID 19 / Fiocruz	1.Impactos na Política Nacional de Atenção Integral da Mulheres: 2. Mortalidade materna de mulheres pretas devido à COVID-19 3.Morte materna na pandemia de COVID-19. 4. Morte por COVID 19 na Gestaçã o e Puerpério.	1.Agosto de 2020 2.Agosto de 2020 3. Abril de 2021, 4. Junho de 2021;
Jornal/Matérias	1.O Estadão 2. Conselho Nacional de Saúde; 3. Jornal da USP,	1.Oito em cada dez gestantes e puérperas que morreram de coronavírus no mundo eram brasileiras” 2. 28 de maio: data faz alusão à resistência e luta pela saúde das mulheres e à necessidade de redução da mortalidade materna. 3. Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 vai mapear mortalidade materna durante pandemia.	1.Julho de 2020 2. Maio de 2021; 3. Maio de 2021.
Manuais	1.Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção	1.Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de	

	Primária à Saúde. 2. Secretaria de Estado da Saúde	Covid-19 2. 10 passos para a prevenção da mortalidade materna por COVID 19	1.2020. 2. 2021.
Normativas/ Nota Técnica	1.Nº1: Rede Brasileira de Mulheres Cientistas ; 2.Nota técnica e depois Nota Técnica Nº 1/2021 DAPES/SAPS/MS 3. Nota Técnica Nº 2/2021 – SECOVID/GAB/S ECOVID/ MS. 4. Alerta às mortes maternas associadas à COVID-19 no Brasil: Nota Oficial da ABENFO, ABEN e COFEN, 2020. Portal COFEn.	1.Morte de Grávidas e Puérperas por Covid-19. 2.novas recomendações quanto a vacinação contra COVID-19 de gestantes e puérperas 3. trata-se de atualização das recomendações referentes a vacinação contra a covid-19 em gestantes e puérperas até 45 dias pós-parto”	1.Maio, 2021 2.maio 2021 3. 06/07/2021, 4. 05/08/20
Audiências públicas	Câmara de Deputados	1.Audiência Pública virtual: Vacinação de grávidas, puérperas e lactantes, PL306/21 transmitida pela Rede alessp.	1.16/06/21; 2. 08/07/21; 3. 13 /07/21;

		<p>2. - Audiência pública virtual: aprovação do Projeto de Lei 2112/21, que alterou o Plano Nacional de Vacinação priorizando gestantes, puérperas e lactante, contra Covid-19.</p> <p>3. Audiência Pública extraordinária virtual: proposta de alteração na Lei da Previdência Social para que esteja garantido judicialmente o afastamento das gestantes do trabalho até que a vacinação no Brasil esteja mais avançada. Transmitida pelo portal da Câmara de Deputados.</p> <p>4. -Audiência Pública virtual: Comissão de Saúde, Promoção Social do Trabalho da Mulher. Transmitido pela Câmara de São Paulo.</p>	4. 17/09/21.
Boletim Epidemiológicos.	1.Secretaria do Estado do RS;	1.Aumento da mortalidade materna e redução da mortalidade infantil.	1. Junho de 2021