

## As características e impactos das políticas públicas de atenção à saúde materna no Brasil nos últimos 20 anos

Isabelle de Almeida Teles<sup>1</sup>

### Resumo

A formulação de políticas públicas para a saúde da mulher cresceu principalmente a partir do século XX, quando foram desenvolvidas inúmeras estratégias para a redução da mortalidade materna que subsidiaram a abertura de uma agenda de políticas para a saúde da mulher no Brasil. A taxa de mortalidade materna é um dos principais indicativos da condição socioeconômica precária de uma população, uma vez que é diretamente influenciada por fatores como a escolaridade, a raça, o estado civil e o padrão socioeconômico das mulheres. Entretanto, empecilhos como a subnotificação e o subregistro dos óbitos maternos dificultam a formulação de estratégias eficientes para a melhoria do indicador. Este estudo busca analisar se políticas públicas brasileiras como o Programa Nacional de Humanização do Pré Natal e Nascimento, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a Rede Cegonha impactaram positivamente no acesso à atenção pré natal e na redução da taxa de mortalidade materna nas últimas duas décadas.

**Palavras-chave:** Políticas públicas de saúde; Mortalidade materna; Assistência pré-natal; Saúde reprodutiva

### Abstract

The formulation of public policies for women's health grew mainly from the 20th century, when numerous strategies that subsidized the opening of a policy agenda for women's health in Brazil were developed. The maternal mortality rate is one of the main indicators of the precarious socioeconomic condition of a population, since it is directly influenced by factors such as education, race, marital status and the women's socioeconomic standard. However, obstacles such as under-report and under-record of maternal deaths make it difficult to

---

<sup>1</sup> Universidade Federal do ABC - [isabelle.t@aluno.ufabc.edu.br](mailto:isabelle.t@aluno.ufabc.edu.br).

formulate efficient strategies to improve the indicator. This study seeks to analyze whether Brazilian public policies such as the National Program for the Humanization of Prenatal and Birth, the National Policy for Integral Attention to Women's Health, the National Pact for the Reduction of Maternal and Neonatal Mortality and the Stork Network had a positive impact on access to prenatal care and the reduction of the maternal mortality rate in the last two decades.

**Key Words:** Public health policies; Maternal mortality; Prenatal care; Reproductive health

## **Introdução**

Em 2020, a taxa de mortalidade materna no Brasil sofreu aumento de mais de 10 pontos percentuais em relação ao ano anterior, após observada uma queda desde o início da década (ALVES et al, 2022). A pandemia do Covid-19, doença na qual estão entre o grupo de risco 1 as gestantes e puérperas (mulheres que estão no puerpério, período que dura cerca de 42 dias após o parto), foi a principal causadora do aumento significativo deste número (DALLARA, 2022). A mortalidade materna, indicador compreendido pela razão entre o número de óbitos maternos e o número de nascidos vivos, é um dos principais indicativos da condição socioeconômica precária e da dificuldade de acesso aos serviços de saúde em determinada população. Portanto, especialmente a partir do século XX, diversas políticas que visam a redução do número de óbitos maternos foram implementadas em todo o mundo (VIANA et al, 2011).

Até os anos 80, o modelo de atenção à saúde da mulher, assim como as políticas que o regulamenta, era direcionado predominantemente para a reprodução, sendo caracterizado pelo excesso da medicalização sobre o corpo feminino nos processos de gestar e parir. A partir desse contexto, em 1983 foi formulado o Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que buscava um olhar mais amplo sobre a saúde da mulher além do processo de reprodução. Esse programa abriu caminho para que novas e mais detalhadas políticas para a saúde da população feminina fossem implementadas nos anos seguintes, principalmente após a Constituição Federal de 1988 (NETO et al, 2008).

Ademais, o significativo aumento do número de mulheres em idade fértil (na faixa de 10 a 49 anos) nos últimos anos no Brasil (JORGE et al, 2015), reitera a necessidade de implementar e aprimorar políticas públicas que garantam que todas as gestantes e puérperas encontrem atendimento médico de qualidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

De modo a compreender as deliberações e os resultados desses esforços pela redução da Mortalidade Materna no Brasil, principalmente nos últimos 20 anos, este artigo intui elencar

algumas das principais políticas públicas de atenção à saúde materna implementadas, suas características e impactos nos indicadores de monitoramento. Para isso, buscou-se avaliar, por meio de pesquisa bibliográfica, se as políticas públicas analisadas foram capazes de atender um maior número de gestantes e puérperas, assim como verificar se houve redução da taxa de mortalidade desse grupo com verificada correlação com as ações executadas.

## **A mortalidade materna**

A razão de mortalidade materna é um indicador essencial para a formulação de políticas públicas em qualquer instância. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a morte materna é 2 definida como “a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.” (OMS apud LAURENT et al, 2008, p. 2).

A importância desse indicador se dá pela sua capacidade de ser não apenas um ótimo informador da saúde feminina (LAURENTI et al, 2000), mas um dos principais indicativos da condição socioeconômica e da qualidade e acesso à saúde pela população em geral, havendo relação entre o indicador e fatores econômicos e sociais de determinada população. Essa relação se confirma no fato de que 99% das mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento e 90% poderiam ser evitadas (VIANA et al, 2011).

Na América Latina, a maior parte dos óbitos ocorre por causas obstétricas diretas durante a gestação, parto ou puerpério. Causas obstétricas diretas são definidas por complicações relacionadas a intervenções ou tratamentos incorretos, omissões no atendimento ou qualquer evento derivado destas causas (VIANA et al, 2011). Essas mortes são, portanto, evitáveis a partir da viabilização universal do atendimento médico gratuito e de qualidade.

Apesar de já terem sido iniciados na Europa do século XIX, a criação de programas visando a melhoria da saúde da mulher ganhou força a partir da Primeira Guerra Mundial, sendo difundidas, a partir de então, ações a nível global (VIANA et al, 2011). Em 1990 foi aprovado pelos países americanos o Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna da Organização Panamericana da Saúde (OPS), que intuía “melhorar as condições de saúde da mulher da Região, por meio do aumento da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, com a finalidade de reduzir as taxas atuais de mortalidade materna” (OPS/OMS apud LAURENTI et al, 2000, p. 24). A partir da aprovação do plano regional, a maior parte dos países da América Latina deram início às atividades propostas para reduzir os valores do indicador de mortalidade materna (LAURENTI et al, 2000).

Já na Cúpula do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU) ocorrida em 2000, uma das Metas de Desenvolvimento foi a redução da mortalidade materna em 75% até 2015, sendo necessária uma redução global de 5,5% ao ano desse indicador para atingir a meta (MORSE et al, 2011). Essas iniciativas, entre muitas outras ocorridas no decorrer do século XX, 3 delimitaram os planos e metas para a redução da mortalidade materna que subsidiaram a abertura de uma agenda de políticas para a saúde da mulher no Brasil.

## **As políticas de atenção à Saúde materna no Brasil**

Na década de 1960, durante o período da ditadura militar, o modelo de atenção à saúde no Brasil passa a ter um viés privatista. Como característica principal, há a ascendência de um modelo de produção burocrático centrado no conhecimento científico e tecnológico, tendo como princípio a mercantilização da assistência médica (NETO et al, 2009).

Como consequência, nos anos seguintes, os programas voltados para a saúde da mulher tinham como prioridade o processo de reprodução e a saúde materno-infantil, sendo marcadas por uma excessiva medicalização do corpo feminino, principalmente no uso abusivo das cesarianas e da esterilização como forma de contracepção (ALMEIDA apud. NETO et al, 2009, p. 109). Esses programas “traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.” (BRASIL, 2004, p. 15).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a construção do SUS, resultado da luta de movimentos sociais pela Reforma Sanitária Brasileira, houve melhoria nas condições de saúde da população (LEAL et al, 2018) e, conseqüentemente, a ampliação e aprimoramento das políticas criadas. A partir de então, as políticas para a saúde da mulher deixam de priorizar apenas os processos de gestação e parto e passam a privilegiar a saúde integral da mulher em todas as fases da vida, compreendendo o conceito da mulher independente e livre para expressar sua sexualidade sem a obrigação de vivenciar a maternidade (JORGE et al, 2015).

No ano 2000, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do pré natal e da assistência ao parto e puerpério oferecidos pela saúde pública brasileira. O programa visa também a redução das taxas de morbidade e mortalidade materna registradas no Brasil. Foram previstos, em seu escopo, incentivos financeiros para estados e municípios realizarem o correto cadastramento e registro do pré-natal das gestantes atendidas 4 (BRASIL, 2002), além de capacitações direcionadas para profissionais da saúde por uma assistência mais humanizada (JORGE et al, 2015). A princípio, muitos municípios em todo país aderiram ao programa visando cumprir as metas propostas, porém após cerca de 10 anos de sua

implantação havia baixo cumprimento do total de metas, com variações de adesão entre as regiões do Brasil (ANDREUCCI, CECATTI, 2011).

Revela-se, a partir dos dados de implementação do programa, que a adesão ao PHPN, pelas organizações públicas de saúde, foi feita a partir de estruturas burocráticas ainda muito centralizadas, evidenciando a imaturidade da gestão e causando conflitos entre os três níveis de governo: municipal, estadual e federal. Além disso, o esforço para implementar o programa expôs as fragilidades dos municípios em distribuir recursos e promover a atenção à gestação e ao parto (SERRUYA et al, 2004).

Já em 2004, reforçando a agenda de políticas para a saúde da mulher, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), sucessora do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983. Foram propostos pela política os princípios e diretrizes para um atendimento humanizado e de qualidade à saúde da mulher, considerando as especificidades de raça, idade, orientação sexual, deficiência, entre outras. A PNAISM foi elaborada com o objetivo de nortear as ações do Sistema Único de Saúde pela promoção da saúde da população feminina, visando melhorar as condições de vida das mulheres, reduzir a morbidade e mortalidade feminina e ampliar, qualificar e humanizar a atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2004).

Foram verificadas, entretanto, algumas inconsistências entre a proposta de integralização do atendimento à saúde da mulher e desafios que são identificados em estudos feitos até pouco mais de uma década da implementação da política. Entre eles, há a desigualdade de classe e de gênero no atendimento médico, a postura autoritária dos profissionais de saúde, o enfoque na assistência à mulheres gestantes ou puérperas em detrimento de mulheres que não estão em idade fértil e a discrepância regional no atendimento, sendo as mulheres nordestinas mais atingidas (SANTANA et al, 2019).

Também em 2004 foi estabelecido o Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, consolidando a prioridade de medidas governamentais pela melhoria desses 5 indicadores. Foram determinadas e descritas no documento 29 ações estratégicas, dentre elas a expansão da oferta de exames laboratoriais no pré-natal, a vigilância ao óbito materno e infantil e a garantia de acolhimento de mulheres e recém nascidos nos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Visando incorporar as ações pela saúde da mulher empregadas nos anos anteriores, foi instituída em 2011 a rede de atenção materna, neonatal e infantil denominada como Rede Cegonha (LEAL et al, 2018). A Rede Cegonha foi lançada como estratégia do Sistema Único de Saúde para reduzir a morbidade e mortalidade materna, operacionalizando políticas já existentes em

uma rede de cuidados integrais à saúde da mulher e do recém nascido. Para atingir os objetivos estabelecidos, a Rede atua de modo a garantir um pré natal de qualidade, buscando acolher as gestantes e puérperas em uma unidade de saúde, promover um atendimento individualizado e eficaz e oferecer atenção à saúde da criança até os 24 meses de vida (GUERRA et al, 2016).

Desse modo, com a implementação do programa, houve a possibilidade de fortalecer o vínculo com as mulheres atendidas pela Atenção Básica de saúde, além de fornecê-las melhor educação em saúde, melhorando a qualidade do pré-natal (GUERRA et al, 2016).

## **Impactos e desafios das políticas nas últimas duas décadas**

Após a implementação de políticas como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher na década de 80 e o Programa Nacional de Humanização do Pré Natal e Nascimento no ano 2000, a razão de mortalidade teve queda de 141 para 80 óbitos por cem mil nascidos vivos entre 1990 e 2001, havendo possível influência das políticas na variação do indicador. Nesse sentido, as reduções foram observadas nas mulheres de 30 a 49 anos, não havendo diminuição da mortalidade materna em mulheres mais jovens (MOTTA, MOREIRA, 2021). Há também indícios de que, após a adesão do PHPN nas redes municipais de saúde, estas demonstraram melhora na atenção obstétrica em detrimento das instituições de saúde privadas (ANDREUCCI, CECATTI, 2011).

Apesar da melhora no acesso à atenção pré-natal na maior parte do país decorrente das 6 políticas implementadas nos anos anteriores, observa-se que na década seguinte, entre 2000 e 2009, houve aumento no número absoluto de mortes maternas no Brasil. A região nordeste teve o maior crescimento neste período (18,53%), enquanto a região sul apresentou redução de 15,76% (FERRAZ, BORDIGNON, 2012). A partir de 2010, a razão de mortes maternas apresentou, novamente, pequena queda, alcançando o valor de 59,7 óbitos para cada cem mil nascidos vivos em 2015 (LEAL et al, 2018).

Segundo Nunes et al (2017) a implantação do Programa Nacional de Humanização do Pré Natal e Nascimento, e da Rede Cegonha em 2011, impactaram nos indicadores de acesso à atenção pré-natal no Brasil. Por conseguinte, “Indicadores de cobertura de planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, atenção qualificada ao parto atingem altos patamares, com reduções importantes nas desigualdades sociais e regionais.” (LEAL et al, 2018, p. 1925).

Entretanto, apesar da adesão dos estados à Rede Cegonha, a razão de mortalidade materna permaneceu constante entre 2011 e 2014, tendo como possível razão a imaturidade do programa neste período, uma vez que são previstos no seu escopo ações educativas que requerem tempo para se refletirem em resultados objetivos (GUERRA ET AL, 2016). Nos anos

seguintes, o avanço e o monitoramento destas políticas foi dificultado devido à ruptura política gerada pelo impeachment da presidente Dilma Rousseff. Nesse contexto de mudança de governo e de projeto de país, que passou a ser norteado pela lógica neoliberal, houve um severo desmonte de políticas públicas, sendo as políticas para mulheres um dos principais alvos com a extinção do Ministério das Mulheres (RANGEL, DUTRA, 2019).

Avançando para o ano 2020, marcado pelo início da pandemia causada pelo COVID-19, houve aumento considerável na mortalidade materna, com a taxa de 67,9 óbitos por cem mil nascidos vivos. No ano seguinte, ainda em contexto de pandemia, houve crescimento semanal de 233,8% de óbitos em gestantes e puérperas (ALVES et al, 2022). De modo a se obter um parâmetro, são considerados aceitáveis até 15 óbitos por cem mil nascidos vivos em países desenvolvidos. Para países subdesenvolvidos, como no Brasil, os valores “normais” podem chegar a 100 óbitos por cem mil nascidos vivos (LAURENTI et al, 2000).

A discrepância entre os valores base para a razão de mortalidade materna em países desenvolvidos e subdesenvolvidos se deve ao caráter social da ocorrência desses óbitos, uma vez que fatores como a escolaridade, raça, estado civil e padrão sócio-econômico refletem nos 7 valores apresentados pelo indicador (VIANA et al, 2011). Desse modo, a partir da revisão dos dados de mortalidade materna em todo o mundo, há evidências de que a mortalidade entre mulheres negras (pardas e pretas) é substancialmente maior do que entre mulheres brancas. A taxa de mortalidade materna registrada em estudo realizado em 2001 foi cerca de 7 vezes maior em mulheres negras do que em mulheres brancas (MARTINS, 2006).

Apesar da existência de estudos que evidenciem a grave diferença nas taxas de mortalidade materna de acordo com a raça declarada:

A falta de entendimento das diferenças e diferenciais raciais/étnicos, da opressão de gênero e do racismo na manutenção, recuperação e perda da saúde em uma sociedade classista provoca “espanto” quando se menciona a saúde da mulher negra. Apesar dos diferentes referenciais, os dados evidenciam que as mulheres negras vivem em piores condições de vida e saúde. Vários autores afirmam que as mulheres negras têm os piores níveis de renda e escolaridade no Brasil. (MARTINS, 2006, p. 2474)

Nesse sentido, a PNAISM determina como um de seus objetivos a promoção da saúde à mulher negra (BRASIL, 2015), não havendo, até o momento, dados oficiais que mostrem o impacto das ações da Política na população feminina negra. Por outro lado, além da resistência em considerar os grupos raciais nas pesquisas à respeito da mortalidade materna no Brasil, dificultando a correta análise do indicador (MARTINS, 2006), é possível relacionar à persistência dos números elevados no indicador de mortalidade materna, a:



falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político; ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude; e à deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém nascido. (BRASIL, 2004, P. 3)

Ademais, é enfrentado, não apenas no Brasil, um grave problema de subnotificação e de má qualidade de registro de mortes maternas pelos profissionais da saúde. Esse fato se torna um empecilho tanto para a correta identificação dos eventos que culminaram nos óbitos, quanto para a análise da real dimensão do problema (VIANA et al, 2011), dificultando a criação de estratégias efetivas para solucioná-lo.

### **Considerações finais**

No Brasil, foram implantadas nas últimas duas décadas, diversas estratégias para a melhorar o acesso à assistência médica, humanizar o atendimento e diminuir a mortalidade de gestantes e puérperas no Sistema Único de Saúde. Estas ações apresentaram resultados positivos quando analisados os dados sobre o acesso e a qualidade do pré-natal na rede pública. Entretanto, apesar de terem sido registradas pequenas melhoras na última década, a taxa de mortalidade materna no Brasil segue elevada e muito distante daquela observada em países desenvolvidos, principalmente após a pandemia do COVID-19. Persiste, portanto, a necessidade de analisar esta problemática considerando os fatores sociais e políticos que a envolvem, buscando diminuir as desigualdades no acesso à saúde e melhorar as condições de vida das mulheres brasileiras.



## Referências bibliográficas

- ALVES, Rafaela Pereira et al. Mortalidade materna em tempos de pandemia de COVID-19: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 4, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26942>>. Acesso em: 14 de maio de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- FERRAZ, Lucimare; BORDIGNON, Maiara. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.36, n.2, p.527-538 abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n2/a3253.pdf>>. Acesso em: 03 de abril de 2022.
- 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: 13 de maio de 2022.
- JORGE, Herla; HIPÓLITO, Maiza; MASSON, Valéria; SILVA, Raimunda. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v.28, n.1, p.140-148, jan./mar., 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40842428019>>. Acesso em: 03 de abril de 2022.
- LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena P.; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Mortes maternas e mortes por causas maternas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 17, n. 4, p. 283-292, 2008. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742008000400005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742008000400005&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em 14 de maio de 2022.
- LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena P.; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 23-30, 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/wbkh9DyZ3MJ5FcNdnGTHkcn/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 5 de maio de 2022.
- LEAL, Maria do Carmo et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018, v. 23, n.6, pp. 1915-1928. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>>. Acesso em 28 de abril de 2022.
- MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/sW5LM59346pcKJ9XqZXL6R/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 de maio de 2022.
- MORSE, Marcia Lait et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 4, p. 623-638, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/R4VnMBKz9d4f5Jp9bF6Pxzr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 de maio de 2022.

NETO, Edson; ALVES, Kelly; ZORZAL, Martha; LIMA, Rita. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde e Sociedade*, v.17, n.2, p.107-119, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hHYL5zwfpBRd88Bcd6bzsTp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 de abril de 2022.

NUNES, Aryelly Dayane da Silva et al. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 30, n. 3, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158>>. Acesso em: 14 de maio de 2022.

SANTANA, Tamiles Daiane Borges et al. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: reflexão teórica. *Revista de Atenção à Saúde*, v. 17, n. 61, 2019. Disponível em: <[https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/6012](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6012)>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

VIANA, Rosane da Costa; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos. Mortalidade Materna: uma abordagem atualizada. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v. 22, sup. 1, p. 141-152, 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/136938>>. Acesso em 13 de abril de 2022.