



**CADERNOS DE
ESTUDOS SOCIAIS**
v. 37, n. 1, 2022
e-ISSN: 2595-4091

Entrevistada: **Sandra Valongueiro**
ORCID: 0000-0001-8532-5346
Filiação: CEEMM-PE/ Programa de
Pós-graduação em Saúde Coletiva
Sandra.alves@ufpe.br

ENTREVISTA SOBRE A MORTALIDADE MATERNA, PANDEMIA DE COVID-19 E PÓS- PANDEMIA, NA PERSPECTIVA DO COMITÊ ESTADUAL DE MORTALIDADE MATERNA DE PERNAMBUCO – CEEMM-PE

Introdução

Eu sempre tenho dúvidas ao falar sobre a pandemia de Covid-19 e seus efeitos devastadores. Por onde começar? Qual o sentimento a animar a conversa? Foram e continuam sendo muitas imagens, escutas, experiências, perdas, acolhimentos, casos e descasos. Falar na primeira ou na terceira pessoa? Isso certamente ajuda a definir a medida do quanto me distancio e do quanto me aproximo dos acontecimentos.

Surtem as memórias do que foi lidar com mais uma doença infecciosa desconhecida, da tristeza em prever quem mais se contaminaria, quem teria sua doença mais agravada, quem morreria mais. Reascende a angústia do que foi conviver com um governo (eleito) sem empatia e do que esse foi capaz de fazer a uma população exausta de tanto bater cabeça para acordar no dia seguinte, muitas vezes crente só em messias, pois a política se colocava como um exercício constante de faraway so close (Tão longe tão perto - tradução da autora). Lembra que a pura ignorância, desprovida de ética e compaixão, propagou o descaso, assumiu o negacionismo como política pública e naturalizou o sofrimento do outro como se fosse destino.

Ao mesmo tempo, a necessidade falar da resiliência de profissionais de saúde, da resistência de pesquisadores/as no enfrentamento às mentiras e omissões governamentais, da energia dos povos organizados, da articulação de governadores e políticos não terraplanistas, da CPI da Covid-19 e do papel das mídias, inclusive as tradicionais, no acompanhamento e monitoramento dos dados de morbimortalidade. Parte dessas estratégias de reação se aproxima do que Simone Diniz chamou de Epidemiologia de guerrilha: o papel de grupos organizados na visibilização dos agravos da covid-19 na gravidez no Brasil, apresentado no Seminário “Muito além do vírus: efeitos da covid-19 na saúde sexual e reprodutiva no Brasil”, em fevereiro de 2023. Na perspectiva de epidemiologia de guerrilha, ressalto a contribuição do Observatório Obstétrico para o campo da saúde e mortalidade materna e Covid-19.

Então, é com esse sentimento de medo e esperança que inundou nossas vidas que seguirei conversando.

¹ Composição do CEEMM-PE Secretaria estadual de saúde de Pernambuco, Secretaria municipal de saúde do Recife, Comitês regionais e municipais de mortalidade materna, Sociedade de ginecologia e obstetrícia de Pernambuco, Conselho regional de medicina, Conselho regional de enfermagem/ABENFO, Organização de mulheres da sociedade civil, Universidade de Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco, Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE.

Brasil não alcançou as metas referente à mortalidade materna dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODS). Como o país está caminhando com vista aos objetivos do ODS?

Em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM (1990-2015), o Brasil vinha desenvolvendo estratégias de naturezas distintas para monitorar e alcançar as metas pactuadas. Neste sentido, em meados dos anos 2000, foi criado um movimento nacional de qualificação de informações^{2,3,4}, para estimar uma linha de base que permitisse avaliar o comportamento da mortalidade materna, fenômeno que além de raro, é subnotificado.

Paralelamente, foram desencadeadas e reforçadas iniciativas com vistas a impactar os indicadores de saúde materna e neonatal, como leis, políticas, pactos, programas, incentivo a avaliações e pesquisas, criando um marco legal e normativo nesse campo.^{5,6}

O Brasil, porém, não atingiu os ODM (redução de $\frac{3}{4}$ da RMM entre 1990 e 2015). 35 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos era um patamar ainda distante, mesmo para um sistema de saúde público e com acesso universal. Sabemos que reduzir indicadores mais elevados é mais fácil que os reduzir quando estão em processo de queda, pois nesse cenário, questões estruturais precisam ser enfrentadas sob a forma de políticas públicas contínuas.

O modelo de atenção obstétrica, mesmo com elevada cobertura de pré-natal e parto quase que exclusivamente hospitalar, segue desequilibrado sobre quem tem a acesso a tecnologias adequadas e a equipes qualificadas; mantém-se focado na hipermedicalização (taxas de cesarianas acima de 50%), violento e racista. Persistem desafios concretos na integralidade e equanimidade na atenção à saúde das mulheres, o que impacta na ocorrência dessas mortes.

² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos); Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida. Brasília: MS; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Szwarcwald CL. Strategies for improving the monitoring of vital events in Brazil. *Int J Epidemiol* 2008; 37(4):738-744; Barros FC, Matijasevich A, Requejo JH, Giugliani E, Maranhão AG, Monteiro CA, Barros AJ, Bustreo F, Meriardi M, Victora CG. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward Millennium Development Goals 4 and 5. *Am J Public Health* 2010; 100(10):1877-1889.

³ Cunha CC da, Vasconcelos AMN, Souza M de FM de, França E. Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no estado da Bahia, Brasil, em 2010. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2019May;24(5):1831-44. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.14852017>.

⁴ Brasil. Ministério da saúde. Rede Cegonha. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

⁵ Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal Ano V, maio/junho de 2004 ISSN 1806-1192. <https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/pactopsfinfo22.pdf>

⁶ Leal, M. do C., & Gama, S. G. N. da. (2014). *Nascer no Brasil*. Cadernos De Saúde Pública, 30, S5–S5.

Some-se a isso, barreiras ao planejamento reprodutivo e criminalização do aborto. O aborto persiste como uma das cinco causas de morte materna e interfere diretamente no cuidado a mulheres em situação de abortamento, sejam esses espontâneos ou provocadas.⁷

Diante desse quadro, e antes da Pandemia, projeções já acenavam que, mantidas as condições vigentes em 2018, o Brasil não alcançaria as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS – agenda 2030).⁸ A forma irresponsável como o governo brasileiro lidou com a pandemia de Covid-19, reduz, portanto, drasticamente a chance de que esses objetivos sejam atingidos, principalmente porque a Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um indicador de resultado, tendo sua queda condicionada a muitos elementos do cuidado, alguns, inclusive, descritos acima.

Quais as implicações da pandemia por covid-19 na saúde das mulheres no período gravídico puerperal e suas implicações na mortalidade materna? Como o poder público atuou na gestão da crise da saúde diante da emergência sanitária relacionada à Covid-19 e quais as suas implicações na saúde reprodutiva das mulheres?

As emergências sanitárias têm afetado diferentemente mulheres e homens, exacerbando disparidades entre grupos em situação de vulnerabilidade, tais como crianças e adolescentes, pessoas com deficiência e aquelas em extrema pobreza⁹. Em tempos de pandemia, as mulheres acabam se tornando um dos grupos de maior risco, pois além de acumularem essas camadas de vulnerabilidades, elas constituem 70% da força de trabalho de saúde e serviços sociais no mundo (muitas vezes na linha de frente de cuidados).¹⁰ A isso, se acrescenta o cuidar doméstico e familiar o que traz à tona as desigualdades de gênero e as interseccionalidades sexo/gênero, raça e classe.

Portanto, em tempos de crises sanitárias, essas mulheres cuidadoras do mundo, precisariam ser olhadas e principalmente cuidadas, tendo o direito à saúde sexual e reprodutiva como elemento central durante períodos de crises. Engravidar e parir durante uma pandemia pode potencializar situações de desamparo e pobreza, sem contar os efeitos diretos

⁷Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde. Volume 53 | N.º 47 | Dez. 2022

⁸MOTTA, C.T.; MOREIRA, M.R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(10):4397-4409, 2021; Jarbas Barbosa, Walter Ramalho. Possíveis cenários epidemiológicos para o Brasil em 2040. Fundação Oswaldo Cruz, 2021. 48 p.

⁹ Melo APL, Araújo TVB, Abagaro CP, Valongueiro S. Desigualdades de gênero na pandemia: a atuação de mulheres na linha de frente e em casa. In *Riscos e desafios para profissionais de saúde na pandemia de COVID-19* <no prelo>.

¹⁰ Simba, H Ngcobo S. Are Pandemics Gender Neutral? Women's Health and COVID-19? PERSPECTIVE article. *Front. Glob. Womens Health*, 19 October 2020. Sec. Women's Mental Health. Volume 1 - 2020

dessas doenças sobre a condição de gravidez, parto e puerpério e os impactos sobre seus recém-nascidos.

No início de 2020, estimativas já mostravam que países de média renda como o Brasil poderiam ter um crescimento dos níveis de mortalidade materna entre 8,3% a 38,6%,^{11,12} considerando os impactos indiretos de interrupção de serviços e dificuldade de acesso à sobrevivência. Essas projeções não incorporavam os efeitos diretos do Sars-Cov-2 sobre as mudanças fisiológicas ocorridas durante o período gravídico puerperal, mas tinham como foco a sobrecarga e interrupção dos serviços de saúde.

No Brasil, a pandemia de Covid-19 chegou como a gota d'água que fez explodir crises política, econômica e sanitária que vinham ameaçando o país desde 2015/2016. Neste ambiente caótico, e sob um regime retrocesso nas políticas de saúde sexual e reprodutiva, alertas de pesquisadores e profissionais de saúde, agências internacionais e organizações não governamentais que projetavam uma morbimortalidade materna crescente, não foram reconhecidas pelo governo federal. Indiferente, este manteve uma postura descuidada e arrogante, com medidas lentas, injustas e desfocadas das verdadeiras necessidades das pessoas gestantes e puérperas.^{13,14, 15}

Esses alertas e orientações focavam na necessidade de garantir acesso à contracepção, não interrupção do atendimento ao aborto legal e da atenção pré-natal e uma atenção ao parto e pós-parto com “menor risco possível”. Para os países de baixa e média renda, as inquietações focavam em como garantir avanços recentes na proteção a mulheres e recém-nascidos nos tempos difíceis que se avizinhavam.¹⁶

No Brasil, o grande desafio era: como proceder diante de maternidades superlotas, sob o cuidado de profissionais que circulavam entre estupefatos/as e exaustos/as, com

¹¹ Robertson T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(07): e901–e908. Doi: 10.1016/S2214-109X (20)30229-1.

¹² Potential maternal and infant outcomes from Coronavirus 2019-nCoV (SARS-CoV-2) infecting pregnant women: lessons from SARS, MERS, and other human Coronavirus infections. *Viruses*, 12 (2) (2020), p. 194. 2020, Vol 12, Page 194.

¹³ 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, 2020. <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/manual-instrutivo-para-a-assistencia-a-gestante-e-puerpera-frente-a-pandemia-da-covid-19/view>.

¹⁴ Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro Portaria GM/MS Nº 715, de 4 de abril de 2022 que cria a Rede de Atenção Materna e Infantil – RAMI. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>.

¹⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

¹⁶ Graham, Wendy Jane et al. Protecting hard-won gains for mothers and newborns in low-income and middle-income countries in the face of COVID-19: call for a service safety net. *BMJ Global Health* JCR, v. 5, p. e002754-5, 2020

dificuldades no uso de protocolos, sendo bombardeados com orientações/tratamentos errados por muitos profissionais de saúde e escassez de unidade de terapia intensiva? E ainda como manter as chamadas “boas práticas”, ainda incipientes, na atenção ao parto e nascimento?

Enquanto a Pandemia seguia desgovernada, mortes maternas eram notificadas e denunciadas em todas as regiões do país. Cresciam os números, as histórias, as indignações. Entre as gestantes e suas famílias, crescia medo do parto/nascimento, de ficar isolada em um hospital de Covid-19, de se contaminar, de adoecer e de morrer sozinha, ela e seu/sua bebê. Esse medo pode, em certa medida, ter adiado a busca pelo cuidado diante de uma intercorrência obstétrica ou sinais/sintomas gripais.

Um dos casos de morte materna por Covid-19 discutidos pelo CEEMM-PE revelou como o medo de se contaminar e morrer podia ser maior do que o medo de ser transferida e cuidada em uma maternidade de referência em Covid-19: uma gestante de risco internada em uma maternidade foi diagnosticada com Covid-19. Ao ser informada que seria transferida para um hospital-maternidade de referência, se evadiu. Voltou poucos dias depois em estado grave e foi a óbito. Embora não sejamos capazes de afirmar que ela não morreria se houvesse sido transferida naquele momento, isso revela o tamanho do desespero frente à Pandemia.

O tempo corria e a vacinação, que já era anunciada no país, se mantinha indisponível para esse grupo populacional. O governo federal operava uma verdadeira lambança, com erros grosseiros de informação e de manejo da imunização, criando ainda mais confusão entre os profissionais de saúde e insegurança entre as famílias já destroçadas pelo cotidiano pandêmico. Ou seja, o receio ia além de se internar num hospital de Covid-19, mas de ser vacinada, de ter reações graves e morrer na gravidez ou no pós-parto.

Como os vírus não são contidos por forças milagrosas e a ciência não foi considerada, as piores estimativas foram extrapoladas e o país se tornou o palco de uma tragédia anunciada, retrocedendo trintas anos nos indicadores de mortalidade materna. E mais que isso, revelava o desrespeito à maternidade tão reificada por técnicos e políticos conservadores, numa violação sem precedentes do direito à vida das mulheres e seus bebês.

Aqueles estados e regiões que reagiram e enfrentaram os desmandos governamentais, inclusive, com recursos próprios (financeiros, técnicos ou de inteligência), conseguiram frear o crescimento da morbimortalidade, demonstrando que esta não foi uniformemente distribuída entre a população e o território brasileiro.

A mortalidade materna no período da Pandemia, em particular, foi distribuída uniformemente no mundo? E no Brasil? E pode ser atribuída apenas a crise sanitária?

Embora em todos os estados e regiões brasileiras tenha se observado aumento da mortalidade materna esta se deu de forma diferenciada no espaço e no tempo: tempo aqui se refere a 2020 e 2021.

Em 2020, já se configurava um excesso de morte maternas em torno de 40%, mesmo considerando que uma sobremortalidade de mortalidade entre as mulheres em idade fértil.^{17, 18, 19,20, 21} Como a maioria das mortes maternas por Covid-19 (direta ou indiretamente relacionadas) ocorreram no terceiro trimestre da gravidez e no puerpério, as perdas de oportunidades de prevenção foram se superpondo, entre as ainda não grávidas e entre aquelas cujas gravidezes foram se instalando no período. Em 2020, muitas mulheres, inclusive aquelas com comorbidades, aumentaram suas dificuldades em obter contracepção, receberam poucas informações sobre os riscos de engravidar e sobre a manutenção dos serviços ao aborto legal. E ao seguir com a gestação, muitas se depararam com mais dificuldades, agora, de acesso adequado e oportuno ao cuidado e, sem vacinação, adoeceram gravemente e tantas outras morreram.

Em 2021, na presença da variante Ômicron e ainda sem vacinação, a situação se agravou e a mortalidade materna atingiu níveis alarmantes, chegando aproximadamente 200% acima do período anterior. Em 2021, as mortes maternas por Covid-19 representaram 59,8% do total de mortes maternas, ou seja, além de aumentar o volume de óbitos maternos, a Covid-19 interferiu na distribuição das causas de morte, mudando abruptamente os níveis e estrutura da mortalidade materna brasileira (Gráfico 1)²². A RMM de 110 mortes de mulheres a cada 100 mil nascidos vivos, reporta a níveis de 1998.

¹⁷ Guimarães RM. *COVID-19 challenges Brazil to comply with agenda 2030 to reduce maternal Mortality*. The Lancet Regional Health – Americas 2023;21: 100491

¹⁸ Nakamura-Pereira M, Amorim MMR, Pacagnella R de C, Takemoto MLS, Penso FCC, Rezende-Filho J de, et al. COVID-19 and Maternal Death in Brazil: An Invisible Tragedy. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020 Aug; 42(08):445–7. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1715138> PMID: 32898910

¹⁹ Ministério da Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível: <https://svs.aids.gov.br/daent/ acesso-a-informacao/acoes-e-programas/busca-ativa/indicadores-de-saude/mortalidade/>.

²⁰ Orellana J, Jacques N, Leventhal DGP, Marrero L, Morón-Duarte LS. Excess maternal mortality in Brazil: Regional inequalities and trajectories during the COVID-19 epidemic. PLoS One. 2022 Oct 20;17(10):e0275333. doi: 10.1371/journal.pone.0275333. PMID: 36264994; PMCID: PMC9584504.

²¹ Orellana J, Jacques N, Leventhal Dgp, Marrero L, Moro N-Duarte Ls (2022) Excess maternal mortality in Brazil: Regional inequalities and trajectories during the COVID-19 epidemic. PLoS ONE 17(10): e0275333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275333>.

²² <https://observatorioobstetricobr.org/>

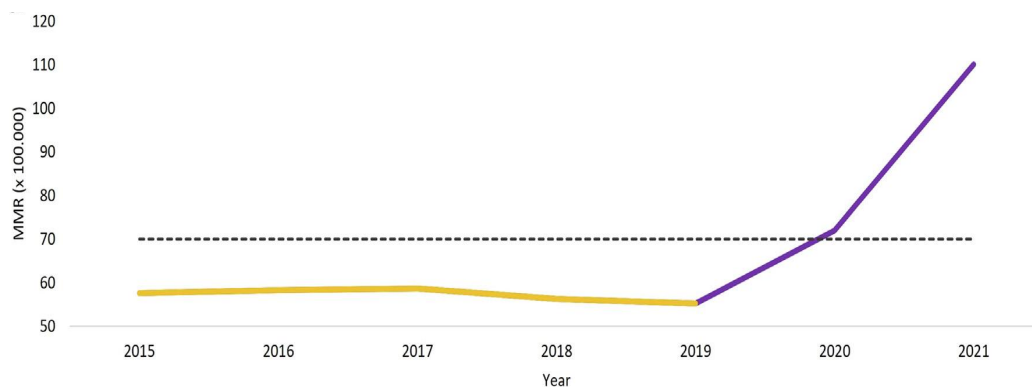


Gráfico 1 - Série temporal de mortalidade materna, Brasil 2015-2021.

Fonte: Guimarães RM. COVID-19 challenges Brazil to comply with agenda 2030 to reduce maternal Mortality. *The Lancet Regional Health – Americas* 2023;21: 100491

Dados recentes consolidados pelo Ministério da Saúde²³ mostram que as diferenças nas RMM entre as regiões brasileiras (Figura 2). Para 2021, todas as regiões apresentaram RMM acima de 100 /100.000 nascidos vivos, sendo as regiões Norte e Centro-Oeste as mais elevadas. Mas, ao se comparar o ano de 2021 com a média de dos anos 2017, 2018 e 2019, a Região Centro Oeste e a Região Sul tiveram os maiores incrementos de aproximadamente, 133% e 192%, respectivamente. Valores inimagináveis principalmente para a Sul, que mantinha patamares abaixo de 40/100.000 nascidos vivos.

Ao se olhar os estados, apenas dez tiveram RMM abaixo de 100/100.000 nascidos vivos em 2021. Roraima atingiu a mais elevada RMM (309/100.000 nascidos vivos) e Pernambuco a mais baixa (73,7/100.000 nascidos vivos).

Esse quadro assombroso exige uma reflexão sobre o que de fato interferiu nessa performasse tão inesperada, pois estudos têm demonstrado que as mortes maternas durante a Pandemia ocorreram entre mulheres negras, de baixa escolaridade, residentes em municípios pequenos e que precisaram se deslocar em busca de cuidado.^{24,25} Quais seriam os fatores que estiveram associados a indicadores tão elevados em cidades/territórios que historicamente tem

²³ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Indicadores de mortalidade que utilizam a metodologia do Busca Ativa. <https://svs.aids.gov.br/daent/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/busca-ativa/indicadores-de-saude/mortalidade/>

²⁴ Takemoto MLS, Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Amorim MMR, Katz L, Knobel R. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020 Oct;151(1):154-156. doi: 10.1002/ijgo.13300. Epub 2020 Jul 29. PMID: 32644220; PMCID: PMC9087660. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13300>

²⁵ Orellana J, Jacques N, Leventhal DGP, Marrero L, Moro'n-Duarte LS (2022) Excess maternal mortality in Brazil: Regional inequalities and trajectories during the COVID-19 epidemic. *PLoS ONE* 17(10): e0275333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275333>

melhor IDH, melhor escolaridade, fecundidade mais baixa e, teoricamente, melhor acesso a serviços de saúde?

Neste sentido, vale insistir no papel da condução da Pandemia sobre as diferenças regionais de mortalidade materna, diferenças nunca vistas. As regiões Sul e Sudeste, com estados sob governança de políticas mais conservadoras e negacionistas, que iam da oferta do kit cloroquina ao (des)manejo da vacinação, podem ter influenciado nesses resultados? Como o estado de Santa Catarina, que detinha tinha a RMM mais baixa do país (em torno de 35/100.000 nascidos vivos) chegou a 98/100.000 nascidos vivos em 2021?

Essas são situações muito distintas de estados da região Norte, entre esses, Roraima, que além da complexa organização, social fruto das disputas de garimpeiros pelos territórios dos povos indígenas, área de fronteira com grande imigração e seu reconhecido vazio assistencial, foi abandonada governo brasileiro nos últimos anos, culminando na crise humanitária dos Yanomami.²⁶

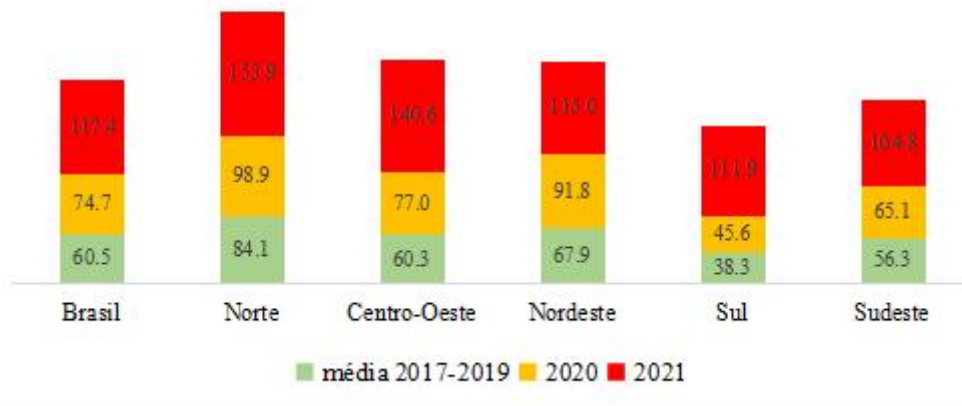
Vale ressaltar, por sua vez, que embora entre os estados do Nordeste, apenas dois (Pernambuco com 76,3/100.000 nascidos vivos e Sergipe com 83,3/100.000 nascido vivos), tiveram RMM estimadas abaixo de 100/000 nascidos vivos, foram esses, juntamente com o Estado de São Paulo (83,3/100.000 nascido vivos), que apresentaram as RMM estimadas mais baixas para 2021. Como explicar o esperado e o inesperado desses indicadores que parecem ter extrapolado nossa capacidade de previsibilidade? Pesquisas mais aprofundadas e locais precisam ser conduzidas para que possamos compreender esses fatores mediadores que podem ter atuado amortecendo ou intensificando a força com a qual a Pandemia se abateu sobre a vida das mulheres.

Em 2022, dados preliminares mostram que os assombrosos números não se mantêm, mas, sem previsão se os mesmos voltarão ao patamar anterior, ao se considerar a média dos anos 2017-2019. Vale lembrar que a Pandemia também impactou no número de nascidos vivos,²⁷ influenciando o cálculo da razão de mortalidade materna (RMM).

²⁶ <https://agenciabrasil.abc.com.br/radioagencia-nacional/direitos-humanos/audio/2023-02/yanomami-crise-humanitaria-no-coracao-da-amazonia>

²⁷ Marteleto, Leticia Junqueira et al. Fertility trends during successive novel infectious disease outbreaks: Zika and COVID-19 in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2022, v. 38, n. 4.

Razões de Mortalidade Materna Brasil e Regiões 2017-2019, 2020 e 2021



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, 2023.²⁸

O comitê de mortalidade materna tem um papel fundamental para redução da mortalidade materna e melhoria da assistência à saúde das mulheres.

Como você avalia a atuação do comitê durante a pandemia pela covid-19 e as contribuições para as ações futuras.

Como a sociedade civil e em particular o movimento de mulheres contribuiu para dar visibilidade à precária assistência à saúde reprodutiva no período crítico da pandemia pela Covid-19?

O Comitê Estadual de Mortalidade Materna (CEEMM-PE) tem buscado ao longo de trinta anos de atuação contribuir para a redução da mortalidade materna, de forma persistente e digamos, criativa. Criado oficialmente em 1995, por meio da Portaria Estadual 087/1995²⁹, foi estruturado numa parceria entre as faculdades de medicina das universidades federal e estadual, a epidemiologia da Secretaria Estadual de Saúde e o movimento de mulheres, sob a vibração do recém-nascido Sistema Único de Saúde (SUS). Naquele momento, foi pactuado que a notificação e investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (OMIF) e maternos seria responsabilidade da vigilância do óbito materno, ainda em estruturação, e o recente Comitê seria um espaço de discussão da política sobre a saúde das mulheres no estado de

²⁸ <https://svs.aids.gov.br/daent/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/busca-ativa/indicadores-de-saude/mortalidade/>

²⁹ Pernambuco. Diário Oficial. Secretaria de Saúde. Portaria 087, 26 de setembro de 1995.

Pernambuco. Desde então, tem mantido essa linha de atuação sobre os direitos sexuais e reprodutivos.

Dessa forma, conduziu, junto com a coordenação de Saúde da Mulher e Adolescente da SES-PE, em 1997, a formação e acompanhamento de equipes por regionais de saúde, estruturando o que viria a ser a atual vigilância de óbito materno estadual. Em 1999³⁰, foi apresentado e discutido o primeiro relatório de óbitos maternos por regionais de saúde, atingindo 37% de investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF).

Em 2002, após as denúncias de cinco mortes maternas no período de dois meses em um hospital municipal a 100 km do Recife, se estabeleceu uma missão local da Plataforma DHESCA (caso Barreiros)³¹ e criou-se o Grupo Técnico do CEEMM-PE em conjunto com o Sistema de Vigilância do Óbito Materno. Inicialmente para discutir aqueles óbitos, se mantendo até os dias atuais.

Nesse cenário, uma feminista assumiu pela primeira vez a coordenação do CEEMM-PE na busca de fortalecer o controle social, o que provocou tensões na relação com a então gestão estadual. A presença feminista persistiu e tem se configurado em um aprendizado técnico e político, uma parceria baseada em confiança e tendo como propósito a melhoria da condição de vidas de mulheres e adolescentes do estado.

A partir de 2010, começou a ser desenhada uma nova estratégia política de avaliação *in loco* da atenção ao parto, que se mantinha centralizada, desorganizada e sob o domínio do poder médico, tanto na atenção às mulheres como na gestão dos serviços hospitalares, caracterizando-se como abusos maus tratos ou violência obstétrica. Assim, surgiram as “visitas surpresas”. Essas eram e continuam sendo realizadas pelo chamado *Grupo de Controle Social do CEEMM-PE* e tiveram como ponto de partida, hospitais de Vitória de Santo Antão, que culminou com o fechamento de leitos obstétricos em um hospital privado conveniado e reabertura da maternidade do Hospital João Murilo de Oliveira, embora para nosso pesar, sob gestão de uma Organização Social (OS).

Até 2020 (início da pandemia de Covid-19), visitas surpresas foram realizadas em maternidades do Recife e Região Metropolitana, seguidas de relatórios encaminhados aos gestores locais e estadual/municipais, Ministério Público, dentre outros. A partir de outubro de 2021 foram retomadas, sendo estendidas até o interior do estado, inclusive, no sertão do

³⁰ Pernambuco. Secretaria de Saúde. Relatório de Vigilância de Óbitos Maternas. Julho de 1999.

³¹ Plataforma DHESCA Brasil.
https://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/session13/BR/PDB_UPR_BRA_S13_2012_PlataformaDhescaBrasil_E.pdf

São Francisco e do Araripe³². O quadro 1 resume as mais importantes ações desenvolvidas pelo CEEMM-PE e a vigilância do óbito materno de Pernambuco até 2022. Para 2023, ações estão sendo pactuadas com a nova gestão estadual, considerando o planejamento realizado no início do ano.

Quadro do tempo das principais atividades/ações desenvolvidas pelo CEEMM-PE e pela Vigilância do OMIF. Pernambuco 1991 - 2023

Estruturação do CEEMM-PE (UFPE, UPE, SES-PE, SOS-CORPO, Grupo Curumim, Cais do Parto)	1991
Criação do Comitê de Mortalidade Materna do Recife	1994
Criação da Vigilância do Óbito Materno, incluindo formalmente o CEEMM-PE (Portaria 087/setembro 1995)	1995
Consolidação da decisão sobre papéis do CEEMM- PE (controle social) e da VOM (investigação dos OMIF)	1996
Capacitação de equipes das GESRES na Vigilância do Óbito Materno (conceitos, fluxos e instrumentos) – exercício de investigação dos OMIF	1997
Início do processo de descentralização dos Comitês de Mortalidade Materna	1998
Apresentação primeiro relatório de mortes maternas do estado (37% de OMIF investigados)	1999
Feminista assume a coordenação do CEEMM	2000
Caso Barreiros – Plataforma DHESCA	2002
Criação oficial do GT do CEEMM-PE	2002
Seminário sobre mortalidade materna e direitos humanos e estabelecimento de parceria de atuação conjunta com MP-PE	2003
Estabelecimento de coordenação colegiada do CEEMM-PE	2005
Fortalecimento da parceria coordenação CEEMM-PE e VOM estadual com regularidade das reuniões dos GT	2003...
Criação do Mãe Coruja sob críticas do CEEMM-PE (programa materno-infantil no campo da saúde)	2007
Início das vistas surpresas em Vitória de Santo Antão com ação de rua <i>Mulheres Curiosas</i> , que culminou na reabertura do Hospital João Murilo de Oliveira (OS) que estava praticamente fechado.	2010
Rede Cegonha – fortalecimento das boas práticas	2011
Realização de vistas surpresas em maternidades do Recife, região metropolitana	2013...
Estabelecimento de um grupo de controle social do Comitê do CEEMM-PE, formado pelas representações da sociedade civil	2014
Atualização de Portaria Estadual 456/2017 que regulamenta a vigilância dos óbitos maternos em âmbito estadual. ³³	2017
Pandemia	
Interrupção das discussões dos óbitos pelos GT de morte materna	02/2020
Elaboração de documentos, alertas ³⁴ , webinários sobre a urgência de priorizar as MIF, no que dizia respeito à contracepção, pré-natal atenção ao parto/peregrinação, atenção puerperal, necessidade de vacinas.	2020/2021
Retomada das discussões dos óbitos pelos GT de morte materna on-line	08/2020
Mantidas algumas reuniões do CEEMM-PE on-line em 2020 e retomada de reuniões ordinárias em 2021	2020-2021
Articulação política e produção de material informativo sobre os riscos da interrupção da contracepção, pré-natal, centralização da atenção ao parto, urgência de vacinas e escandaloso volume de óbitos maternos.	2020-2021
Retomada das vistas surpresas, incluindo visitas ao interior do estado, inclusive sertão. Foco: boas práticas	2021-2022
Audiência com a nova Secretária de Saúde	Abril 2023

³² Tais vistas serão objeto de artigo específico, em futuro próximo.

³³ Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria N°. 456 de 04 de outubro de 2017. Dispõe sobre a vigilância dos óbitos maternos no âmbito do estado de Pernambuco. Publicado no Diário Oficial do Estado de 05 de outubro de 2017. [Acesso em 30 de Mar de 2018]. f

³⁴ ..\CEMM\2021\Atualização do Alerta Público Vacinação e MM (1).pdf

Após esse sobrevoo pelas ações do CEEMM-PE para melhorar a saúde reprodutiva e reduzir as mortes maternas, nós, de braços dados com o mundo, tivemos que conviver com uma pandemia na qual nossas estratégias se dissolviam a cada notícia, apagavam-se a cada imagem, desmontavam-se a cada resposta inesperada... em um sentimento crescente de impotência, em que as políticas de enfrentamento à emergência sanitária eram decididas com a arrogância dos ignorantes e a perversidade dos insanos.³⁵

Velhos problemas de desorganização da rede de atenção obstétrica foram exacerbados. Falta de insumos e equipes profissionais por licença/adoecimento e mesmo por redistribuição desses para serviços de urgência/emergência, potencializaram fragilidades da atenção básica, o que pode ter levado à interrupção ou espaçamento de consultas de pré-natal e puerpério. Em Pernambuco, foi evidente a priorização da atenção hospitalar (hospitais de campanha) em relação à atenção básica, o que pode ter levado a interrupção ou espaçamento de consultas de pré-natal e puerpério. Aumentou a centralização da atenção ao parto, em especial para mulheres com SRAG/Covid-19 confirmadas ou suspeitas, sendo o IMIP e o Hospital da Mulher do Recife (Recife) e o Hospital Dom Malam (Petrolina) foram no primeiro ano da Pandemia as referências estaduais para gestantes com SRAG/Covid-19.

Neste sentido, buscamos ficar o mais próximo possível das demandas em relação à saúde sexual e reprodutiva, com um olho monitorando os dados, o outro, as ações e a mente cobrando junto aos gestores (estadual e municipais) para que esses assumissem o cuidado com a vida das mulheres.

As respostas do CEEMM-PE foram direcionadas para a garantia do planejamento reprodutivo, com informação, autonomia e disponibilidade de métodos e manutenção do serviço de aborto legal; focaram no debate sobre a organização da rede de atenção obstétrica e protocolos para Covid-19, incidindo diretamente sobre a gestão ou sobre a forma de card – Alertas à população. O CEEMM-PE participou das discussões dos óbitos maternos nos GT estadual e municipais, quando as mesmas foram retomadas; realizou discussões com o Programa Estadual de Imunizações sobre as estratégias e coberturas esperadas de vacinação entre para gestantes e puérperas. E estabeleceu parcerias com as Juntas Co-deputadas que culminou na Audiência Pública Nº 03 da Comissão de Cidadania, Direitos Humanos e Participação Popular em maio de 2021.

³⁵ Flores RAR, Abagaro CP, Valongueiro S, Boy M, Muñoz CC, Marmolejo J. Impactos del COVID-19 en América Latina: políticas sanitarias disímiles, resultados dispares. La situación de Argentina, Brasil, Chile y México Pag 29-65). In *La pandemia social de COVID-19 en América Latina*. Editora Teseo, 2021 Buenos Aires, Argentina, 2021.

Em relação ao contexto nacional de dismantelamento das políticas de saúde sexual e reprodutiva, rechaçou as Portaria GM/MS Nº 715, de abril de 2022 que criava a Rede de Atenção Materna e Infantil – RAMI em substituição à rede Cegonha e nova caderneta da gestante; e se manteve atento à Portaria SCTIE/MS Nº 13, de abril de 2021, e aquelas do MS de Nº 2.282 e Nº 2.561, de agosto e setembro de 2020, respectivamente, que violavam o direito de mulheres e meninas ao aborto legal de forma vergonhosa.³⁶

Como um coletivo que se debruça sobre a saúde de todas as mulheres, nós do CEEMM-PE aprendemos muito: sobre a doença e seus efeitos, sobre a fragilidade institucional diante de crises, sobre como o poder político vacila entre seus próprios interesses e o interesse público e sobre a importância da organização da sociedade civil, mas, principalmente reconhecendo que não foram apenas *SRAG, pneumonias, sepses, embolias ou doenças cardiovasculares* que contribuíram para o excesso de mortes maternas, mas sim, as desigualdades de gênero, a pobreza e o racismo que atravessam a vida dessas pessoas. Nossa capacidade de avançar nessa perspectiva de interseccionalidade definirá se estamos ou não preparadas para outras epidemias ou pandemias, mesmo diante de avanços no campo da tecnologia em saúde e estratégias de gestão. Por entanto, o CEEMM-PE segue fazendo seu “dever de casa”, que é trazer esses elementos para campo do debate político, cobrando compromisso dos formuladores de política com a justiça reprodutiva, exigindo fortalecimento do SUS e trabalhando com o movimento de mulheres.

Que intervenções poderiam contribuir para o alcance de uma redução consistente na morbidade e mortalidade materna e quais deveriam ser prioritárias? 8 - Quais intervenções devem ser priorizadas para que retomemos a tendência de queda dos níveis de mortalidade materna, agora com maior velocidade e mais intensidade do que antes da Pandemia?

Passados os anos críticos de 2020 e 2021, a mortalidade materna no país tem apresentado números mais reduzidos. Dados sujeitos à revisão e não corrigidos do Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna para abril de 2023, mostram 1.252 óbitos maternos declarados.³⁷

³⁶ Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2020/09/28/portaria-sobre-aborto-viola-padroes-internacionais-denuncia-carta-da-onu.htm>

³⁷ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>

Como já descrito acima, a natureza multicausal da mortalidade materna é atravessada pela intersecção entre gênero, raça e classe, portanto, diretamente relacionada à justiça reprodutiva e aos princípios de cidadania e democracia, ou seja, às condições concretas de vidas das pessoas. Isto é distinto de região para região, mas sua redução é intrínseca a políticas públicas adequadas.³⁸

Ao retomar às RMM observadas durante a Pandemia, é evidente que, além de iniciativas que atinjam todas as mulheres/pessoas que engravidam e adolescentes, urge políticas locais e específicas. Para isso, é fundamental a participação da sociedade civil, aqui representada pelo movimento de mulheres (negras, indígenas, com deficiência, cis, trans, etc.).

Estimativas de mortalidade materna entre os estados brasileiros nas três últimas décadas, mostram que foi Pernambuco que apresentou maior redução no período -74.6³⁹. Esse comportamento foi observado também em relação ao segundo ano da Covid-19, ano 2021, quando o estado deteve a RMM mais baixa do país 73/100.000 nascidos vivos).⁴⁰

Diante desses resultados, vale duas reflexões: mesmo que não exclusivamente, a redução das mortes materna no estado acompanha as ações do CEEMM-PE e seus desdobramentos, como o Comitê Municipal do Recife, de Olinda e de outros municípios e regionais de saúde. Aqueles que tem garantido a participação do movimento de mulheres e assumido atitude de controle social, conseguem mais sustentabilidade. Muitos comitês não conseguem e se tornam organismos cartoriais e/ou extensões dos grupos técnicos (GT) de discussão dos óbitos. Outros, devido às alternâncias de poder locais, sequer sobrevivem.

Por sua vez, a RMM calculada para o estado segue aquém de todos os indicadores pactuados e representa muito pouco no acesso aos direitos sexuais e reprodutivos e garantia de vida das mulheres e adolescentes pernambucanas.

Estamos com governos novos, na esfera federal e estadual. Nossas expectativas no nível nacional são grandes. Algumas já vêm sendo atendidas, como a revogação das portarias que violam os direitos sexuais e reprodutivos, além de iniciativas específicas como “Dez Passos do cuidado obstétrico para redução da morbidade e da mortalidade materna”⁴¹.

³⁸ Tavares, H. dos P., Tavares, J.M. and Tavares, S.B.M.P. (2023) Maternal Mortality: A Matter of Public Health Policies. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 13, 1038-1046.

³⁹ Leal, L et al. Maternal mortality in Brazil, 1990 to 2019: a systematic analysis of the GBD study 2019. *Revista Da Sociedade Brasileira De Medicina Tropical*, 55, e0279–2021.

⁴⁰ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis <https://svs.aids.gov.br/daent/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/busca-ativa/indicadores-de-saude/mortalidade/>

⁴¹ Instituto Fernando Figueira – IFF/Fiocruz-RJ. Portal de Boas Práticas. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/10-passos-do-cuidado-obstetrico-mm/>

Precisamos, no entanto, ir além e reafirmar a laicidade do Estado; retomar políticas e programas interrompidos e repaginar estratégias de intersetorialidade, na busca da interseccionalidade. Sozinho, o Ministério da Saúde não vai romper com o ciclo dessas desigualdades e reduzir mortalidade materna. Temos que aproveitar a oportunidade e trazer para junto, os Ministérios da Mulher, da Igualdade Racial, de Direitos Humanos, dos Povos Originários, do Meio Ambiente. Precisamos fortalecer o SUS, insistir na pauta da violência de gênero, pobreza, criminalização do aborto e racismo ambiental, entre outras questões, se quisermos, de fato, romper as bases nas quais as mortes maternas vêm sendo construídas, do centro à periferia do país.

Hoje é o último dia da 17ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Amanhã vai ser outro dia”⁴², trazendo demandas reprimidas dos tempos sombrios. Esperemos que o relatório final confirme o que disse Nísia Trindade na plenária hoje: “o amanhã já é agora”.

Algumas palavras finais sobre nossas expectativas em relação ao governo estadual. Nós, como CEEMM-PE, em audiência com a recém-empossada secretária de saúde de Pernambuco, demos as boas-vindas, falamos um pouco de nossa atuação, de uma parceria estabelecida com a Secretaria de Saúde e de nossos desafios. Entre esses, não se contentar com os atuais níveis de mortalidade materna no estado, mas avançar no acesso e qualificação do cuidado. Apresentamos nossas prioridades que queremos pactuar com a nova gestão e monitorar como sociedade civil. São essas: a garantia do planejamento reprodutivo, em todas as suas dimensões e as *boas práticas* na atenção obstétrica, aqui incluídas, o atendimento ao parto, ao aborto incompleto e legal.

Seguimos atentas e sem perder de vista o nosso papel de controle social.

⁴² Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/programacao>