

# 03

---

## Políticas de Saúde da Mulher - Histórico e importância do movimento de mulheres

**Fabiana Santos Lucena<sup>1</sup>, Angela Amanda Nunes Rios<sup>2</sup>,  
Carmen Simone Grilo Diniz<sup>3</sup>**

### Apresentação

Esse capítulo tem como objetivo apresentar um panorama histórico da construção das políticas de saúde da mulher, articulando com o momento histórico em que elas foram constituídas, levando em consideração a importância da luta do movimento de mulheres para a sua construção. Ao final, trazemos alguns desafios ainda presentes na implementação das políticas de saúde da mulher, com ênfase no desafio para a redução da mortalidade materna.

### Histórico

A saúde da mulher não pode ser compreendida sem levar em consideração o lugar que esta ocupa na sociedade. As políticas em geral e as políticas de saúde são reflexos de lutas sociais e conquistas e/ou retrocessos a depender do momento histórico. Para compreender as políticas de saúde da mulher é necessário entender os movimentos ocorridos no

<sup>1</sup> Fabiana Santos Lucena (fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br), enfermeira, mestre em Cuidados em Saúde pela EEUSP, doutoranda pelo programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde - SES/SP.

<sup>2</sup> Angela Amanda Nunes Rios (angelarios2@gmail.com), fisioterapeuta, especialista em saúde da mulher, doutora pelo programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP.

<sup>3</sup> Carmen Simone Grilo Diniz (sidiniz@usp.br), Médica, Pós-doutora em Saúde Materno-Infantil pelo Cemcamp e pelo King's College London, Women's Health Division. Professora titular do Departamento de Saúde e Sociedade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

século XX e XXI e as conquistas alcançadas pelas mulheres em direitos políticos e em participação social.

A desigualdade entre homens e mulheres foi constituída historicamente e nesse capítulo nos debruçaremos a alguns fatos históricos brasileiros ocorridos num passado ainda bastante recente.

O Código Civil, estabelecido em 1916, determinava o homem como chefe de família, cabendo a ele determinar o lugar de residência da esposa e dos filhos, bem como administrar o patrimônio familiar, ou seja, era ele o responsável por administrar os bens das mulheres em caso de herança por parte dela. Cabia também ao homem autorizar sua mulher a exercer uma atividade profissional fora do lar (Marques, Melo, 2008).

Foi em 1932, que a mulher passou a ter direito de votar e ser votada, entretanto as mulheres casadas deveriam ter autorização de seu marido, e as solteiras e viúvas necessitavam ter renda própria para usufruir desse direito. Em 1933, dentre as mulheres que se candidataram à Assembleia da Constituinte, apenas Carlota Pereira de Queiroz conseguiu ser eleita como deputada federal pelo Estado de São Paulo (Pereira, 2021).

A partir da Constituinte de 1946, o voto passou a ser obrigatório para brasileiros e brasileiras, entretanto Limongi (2019) destaca que apenas a partir de 1965 o direito pleno à participação foi alcançado, já que antes desse período existiam restrições que impiediam o pleno direito.

O cuidado recebido pelas mulheres a partir das políticas públicas de saúde vai ao encontro do entendimento de seu papel na sociedade, assim como os demais direitos civis. Nas décadas de 1930 a 1970, a visão hegemônica era de que o papel das mulheres estava relacionado exclusivamente ao âmbito privado, cabendo a ela o cuidado com os filhos e demais familiares. Nesse sentido, as políticas de saúde da mulher eram restritas a demandas relativas à gestação e ao parto (Brasil, 2004).

Outra característica desses programas materno-infantis era o seu caráter verticalizado, onde as políticas e ações eram definidas em nível central sem avaliar a especificidade e necessidades de saúde locais, resultando em uma assistência fragmentada com baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (Brasil, 2004).

Esses programas foram duramente criticados pelo movimento feminista da época, por sua perspectiva reducionista da mulher, que ficava

sem assistência à saúde na maior parte de suas vidas. Nesse sentido, o movimento de mulheres teve uma atuação essencial para a transformação das políticas de saúde para mulheres a partir da década de 1980. Esse movimento trouxe a discussão das desigualdades nas relações entre homens e mulheres e das desigualdades sociais, além de levar a discussão relacionada às dificuldades de contracepção, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, sobrecarga de trabalho relacionada ao trabalho doméstico e cuidado dos filhos (Brasil, 2004).

A partir desses argumentos foi proposto que as políticas de saúde da mulher incorporassem essa perspectiva de transformação das relações entre homens e mulheres. Sendo assim, o movimento organizado de mulheres reivindicava acesso a políticas de saúde que levasse em consideração sua condição de sujeito de direito, com necessidades de saúde que estão além do cuidado durante o ciclo gravídico puerperal, garantindo acesso a melhores condições de saúde durante todos os ciclos de sua vida (Brasil, 2004).

Foi nesse contexto que, em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que marcou uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde da mulher vigente. O PAISM incorporou importantes princípios e diretrizes que embasariam, mais tarde, a formulação do SUS, sendo eles: descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e equidade da atenção (Brasil, 2004).

Esse movimento de mulheres brasileiras se deu no bojo de um movimento internacional de mulheres, com o crescimento de consciência destas de seu papel social, historicamente constituídos, adotando o enfoque de gênero, trazendo a discussão sobre o planejamento reprodutivo e sobre o direito ao aborto legal. Uma conquista importante do movimento de mulheres, na formulação do PAISM, refere-se à separação entre a Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente, e a Área Técnica de Saúde da Mulher (Rattner, 2014).

A nova política de saúde da mulher previa ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, incluindo assistência ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, entre outras necessidades a depender do perfil populacional (Brasil, 2004).

Ainda na década de 1980, a Constituição Federal de 1988 foi uma grande conquista social e das mulheres, assegurando direitos como: educação, saúde, alimentação, proteção à maternidade e infância e criação do SUS, resultado da mobilização de profissionais, professores e usuárias e usuários de saúde através do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

A década de 1990 foi marcada pela regulamentação do SUS a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), tendo a NOB 96 um papel importante na municipalização das ações e serviços em todo o país. A municipalização da gestão de saúde teve um importante papel na operacionalização das políticas de saúde, assim como na implementação das políticas de saúde da mulher, apesar dos desafios ainda presentes (Brasil, 2004).

É a partir da NOAS 2001, que ficou estabelecida a responsabilidade do município para a atenção ao pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção de câncer de colo de útero. A NOAS também estabeleceu a garantia de acesso a ações de maior complexidade, através da conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde por meio da organização dos territórios estaduais (Brasil, 2004).

Em 2004, o Ministério da Saúde, a partir da Área Técnica de Saúde da Mulher, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que teve sua raiz ancorada no PAISM. A política de 2004 trouxe alguns avanços preenchendo importantes lacunas ao incluir o diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil, levantando questões de saúde ainda de grande impacto na vida das mulheres, como: mortalidade materna; precariedade da atenção obstétrica; abortamento em condições de risco; precariedade da assistência em anticoncepção; infecções sexualmente transmissíveis; violência doméstica e sexual; saúde das mulheres adolescentes; saúde da mulher no climatério/menopausa; saúde mental e gênero; doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico; saúde das mulheres lésbicas; saúde das mulheres negras; saúde das mulheres indígenas; saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural; saúde da mulher em situação de prisão (Brasil, 2004).

Entre os objetivos gerais da PNAISM temos:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004; p.67).

Essas transformações foram possíveis através da mobilização dos movimentos feministas que reforçaram a necessidade da compreensão da mulher como sujeito de direitos, com necessidades que extrapolam o cuidado na gestação e parto e que demandam ações de melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. O quadro 1 mostra um resumo com as principais características das políticas de saúde da mulher constituídas.

A PNAISM possibilitou que outros programas fossem criados com o intuito de aprimorar a saúde das mulheres. Um importante exemplo foi a criação da Rede Cegonha, em 2011. A Rede Cegonha reafirma importantes princípios como: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna infantil em desenvolvimento nos Estados. Entre os objetivos da Rede Cegonha temos a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; garantia de acesso à rede, com acolhimento e resolutividade; e a redução da mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal (Brasil, 2011).

### Quadro 1. Histórico das políticas de saúde da mulher

Histórico das Políticas de Saúde da Mulher		
1975 - PNSMI	1984 - PAISM	2004- PNAISM
Programa Nacional de Saúde Materno Infantil	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Enfoque biológico	Ruptura do modelo de atenção materno-infantil	Baseada no PAISM - Mais abrangente
Focado no papel social da mulher privado - mãe e responsável pelos cuidados dos filhos e familiares	Importância da mobilização dos movimentos feministas	Diretrizes técnico-políticas que orientassem a assistência à saúde das mulheres
Ações de saúde focadas na gestação e parto	Ações educativas, preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação	Definição de prioridades baseada em um diagnóstico de saúde das mulheres no Brasil, com diferenças inerentes ao contexto em que a mulher está inserida
Falta de integração com outros setores para além do setor saúde	Assistência em todas as fases da vida	Assistência norteada pela perspectiva de gênero, raça/etnia
	Enfoque em questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva: clínica ginecológica, ciclo gravídico-puerperal, climatério, planejamento familiar, DSTs, câncer de colo de útero e de mama	Rompe as barreiras da saúde sexual e reprodutiva para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher

Fonte: Adaptado de aula de Bastos SHP, 2023

Um segundo exemplo importante refere-se à criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, também no ano de 2011. Essa política representa um grande avanço e tem como objetivo promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS, como sistema universal, integral e equitativo. A política reconhece que a discriminação e exclusão incide no

processo saúde-doença dessa população, e propõe medidas concretas a serem adotadas por todas as esferas de governo (Brasil, 2013).

A Portaria Interministerial n.º 210, de 16 de janeiro de 2014, instituiu a Política Nacional de Atenção às Mulheres em situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional - PNAMPE. Essa política tem o objetivo de reformular as práticas do sistema prisional brasileiro, contribuindo para a garantia dos direitos das mulheres (Ministério da Justiça, 2014).

Apesar dos avanços desde a formulação do PAISM, os anos de 2018 a 2022 foram marcados por retrocessos nas políticas em saúde e, também, nas políticas de saúde da mulher. Em maio de 2022, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Materno Infantil (Rami), que representou a reintrodução de uma visão hospitalocêntrica e medicocêntrica no cuidado às mulheres durante o período gravídico-puerperal. A partir da análise da portaria, Zveiter et al. (2022) destacam que ela representava um retrocesso, sendo perceptível a substituição de uma concepção humanizada de assistência às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, por uma concepção pautada no poder médico, possibilitando intervenções desnecessárias mesmo em mulheres saudáveis.

No contexto da aprovação da portaria que instituiu a Rami, houve o lançamento da sexta edição da Caderneta da Gestante, onde fica ainda mais evidente os retrocessos impostos. A caderneta omite informações importantes de procedimentos inadequados ainda presentes na assistência às mulheres durante o parto como a manobra de Kristeller (pressão no fundo do útero para forçar a saída do bebê). A caderneta também tirou informações sobre a presença de doula e estimula a episiotomia (corte no períneo para “facilitar” a saída do bebê), hoje considerada como uma forma de mutilação genital, já que não há evidências científicas que comprovem a eficácia em seu uso de rotina (Ministério da Saúde, 2022).

Em janeiro de 2023, com a mudança de governo, o Ministério da Saúde revogou a portaria que instituía a Rami, retomando a Rede Cegonha. Também foi publicada a 7ª edição da Caderneta de Gestante, retomando informações importantes para as gestantes relacionadas aos seus direitos, cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal, assistência humanizada, baseada em evidências, e autonomia da mulher nas escolhas sobre seu parto (Ministério da Saúde, 2023).

## Desafios

Um estudo de revisão de literatura encontrou muitos desafios relacionados a uma atenção de fato integral à saúde das mulheres, podendo ser mais limitada a depender da ideologia política do local onde as práticas são operacionalizadas. O cuidado em saúde hegemonic é ainda orientado pelo modelo biomédico e centrado na saúde sexual e reprodutiva. Um dos estudos citados demonstrou que as mulheres acima de 50 anos ficam menos assistidas, já que a vinculação assistencial é majoritariamente voltada a demandas materno-infantis. Esse mesmo estudo também apontou que continua sendo um desafio garantir acesso a uma atenção de qualidade às mulheres indígenas, lésbicas, privadas de liberdade, tendo os serviços de saúde dificuldade em se organizar para atender as mulheres em suas diferentes especificidades (Santana et al., 2019).

Rattner (2014) chama atenção para os desafios ainda presentes na assistência à saúde materna. Apesar de sua publicação ter sido realizada em 2014, esses desafios continuam atuais, sendo eles:

- Dificuldade de acesso a métodos contraceptivos em muitas regiões brasileiras.
- Embora tenha acontecido uma ampliação da cobertura pré-natal ainda é necessário aprimorar a sua qualidade, diminuindo a sífilis congênita e a mortalidade materna.
- Mal atendimento às mulheres em situação de abortamento, onde deveria ser garantido um tratamento humanizado.
- Dificuldade de acesso ao aborto legal.
- Assistência ao parto com a presença de intervenções desnecessárias, resultando em insatisfação na assistência ao parto e altos índices de mortalidade materna.
- Não reconhecimento do trabalho das parteiras tradicionais.

Outro importante desafio ainda não superado refere-se à garantia do direito à assistência à saúde das mulheres negras, que continua sendo negligenciada. As mulheres negras são as que possuem pior assistência à saúde e que mais sofrem violências obstétricas, além de terem piores índices de mortalidade materna e menor acesso ao pré-natal adequado. Em relação à percepção do racismo sofrido, há uma percepção das mulheres pretas e pardas quanto à diferença de tempo e qualidade nos atendimentos recebidos, em comparação com as mulheres brancas (Oliveira, Kubiak, 2019).

## O desafio da redução da mortalidade materna

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a mortalidade materna pode ser considerada uma forma de medir o status que a mulher ocupa na sociedade, o seu acesso a cuidados de saúde adequados e a capacidade do sistema de saúde responder às suas necessidades. Informações sobre os níveis e tendências da mortalidade são necessárias, entretanto, não apenas para que se possa conhecer os riscos sobre gestação e parto, mas também sobre a saúde das mulheres em geral e seu status econômico e social (WHO, 1996).

Podemos considerar que a morte de uma mulher, durante o período gravídico puerperal, revela graves falhas do Estado na proteção da vida e saúde e aponta desigualdades entre os gêneros quanto ao custo atribuído à mulher no processo reprodutivo. A vulnerabilidade socialmente produzida pode ser considerada como um determinante da morbimortalidade materna, em especial quando se tem restrições à autonomia reprodutiva, como poder reduzido para se proteger de infecções sexualmente transmissíveis e gestações indesejadas, alto índice de violência sexual, falta de acesso à interrupção de gestação indesejada, entre outros (Ventura, 2008).

Diniz (2009) discute o paradoxo perinatal, chamando atenção para a contradição relacionada à falta de cuidados adequados a quem necessita e o problema do excesso de intervenções desnecessárias, ocasionando também riscos à saúde das mulheres. O artigo é de 2009 e continua atual quando afirma que não há evidências de que a gravidez e parto estão

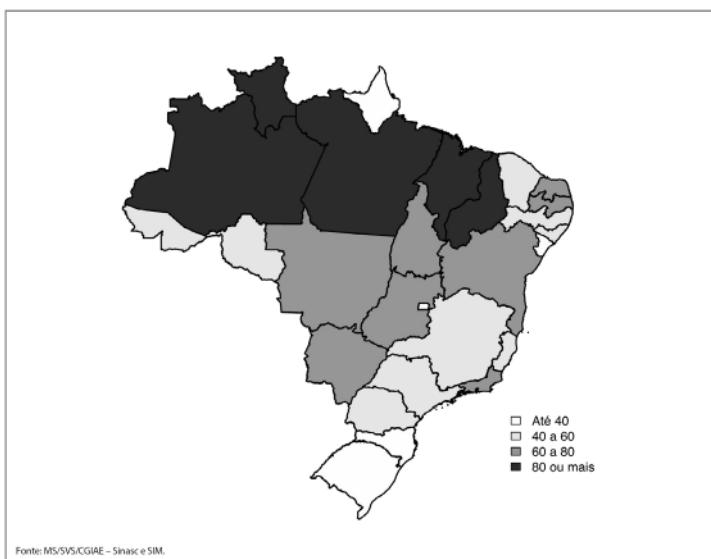
ficando mais seguros no Brasil. Ao longo das últimas décadas pode-se verificar uma melhora de diversos indicadores de saúde materna, como acesso aos serviços de saúde, melhor nutrição, número menor de filhos, com maiores intervalos entre as gestações, maior número de consultas pré-natal, entre outros. Porém, os indicadores de mortalidade materna têm decrescido de forma bastante lenta, tendo declinado de forma mais acentuada entre os anos de 1990 e 2000 e permanecido praticamente estável nos anos subsequentes (Leal et al., 2022), com forte agravamento durante a pandemia de covid-19 (UNFPA, c2023).

Atualmente, o alto número de mortes maternas acontece com mulheres que vivem em regiões pobres e em áreas rurais, sendo que as mais jovens e adolescentes enfrentam maior risco de complicações e morte como resultado da gestação (OPAS, c2023).

Quando são analisadas as causas da mortalidade materna, fica clara a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, tanto entre países em desenvolvimento e países desenvolvidos, quanto dentro de um mesmo país a depender da classe social em que a mulher está inserida. Em 2015, a taxa de mortalidade materna de países em desenvolvimento era de 239/100.000 nascidos vivos, sendo que em países desenvolvidos a taxa era de 12/100.000 nascidos vivos (OPAS, c2023).

O mapa abaixo mostra como a mortalidade materna se apresenta de forma desigual entre as unidades da Federação. Em 2019, as maiores RMM foram observadas no Piauí, Pará, Roraima, Amazonas e Maranhão. As melhores RMM foram encontradas no Distrito Federal, Santa Catarina, Amapá, Sergipe, e Rio Grande do Sul, respectivamente (Ministério da Saúde, 2021).

**Figura 1. Razão de Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos. Unidades da Federação, 2019**



Fonte: Extraído de Ministério da Saúde, 2021.

No Brasil, em 2019, a principal causa de morte materna direta foi a hipertensão, com 20% dos óbitos maternos, seguida de hemorragia (12,4%), infecção puerperal (4,4%) e aborto (2,7%). Entre as causas indiretas, destacam-se as doenças do aparelho circulatório com 8,3% dos óbitos maternos, doenças do aparelho respiratório (4,1%) e doenças infecciosas e parasitárias (2,9%) (Ministério da Saúde, 2021).

Entre os anos de 1990 e 2019 a principal causa de morte no Brasil foi a hipertensão gestacional, com uma notável transição para a mortalidade por causas indiretas, que inclui diversas condições, como diabetes ou doenças infecciosas (Leal et al., 2022)

Segundo o Fundo de População das Nações Unidas Brasil, a razão da mortalidade materna aumentou 94% na pandemia de covid-19, chegado, segundo dados preliminares de 2021, a uma razão de 107,53 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (UNFPA, c2023). No ano de 2020, 459 gestantes e puérperas morreram de covid-19, contabilizando uma média

semanal de 10,6 óbitos. No período de janeiro a julho de 2021 foram contabilizadas 1153 mortes, com uma média semanal de 44,3 óbitos. Nesse período a média semanal de mortes na população também teve um aumento, mas é importante destacar que enquanto o aumento de óbitos da população em geral foi de 60,05%, o grupo de gestantes e puérperas teve um aumento de 151%. Chama atenção também que a principal causa de óbitos maternos foi a falta de acesso adequado ao tratamento do vírus, sendo que 20% das gestantes e puérperas internadas por covid-19 não tiveram acesso à Unidade de Terapia Intensiva e 36% delas não foram intubadas (Michels e Iser, 2022).

A RMM revela também as desigualdades raciais presentes em nosso país. Segundo o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), a morte materna de mulheres negras brasileiras foi de 8 a mais a cada 100 mil nascidos vivos do que as mulheres brancas no período de 2014 a 2019. A pandemia de covid-19 também aprofundou ainda mais as desigualdades de acesso entre mulheres brancas e negras, quando as mulheres pretas e pardas tiveram um índice ainda maior de pré-natal inadequado (IEPS, c2023).

A redução da mortalidade materna é um problema complexo e exige o envolvimento de diferentes sujeitos, de diferentes instituições, além do movimento de mulheres. Ainda que tenham sido constituídas políticas de saúde para o enfrentamento da morte materna evitável, como a vigilância de óbitos e o estabelecimento de Comitês de Mortalidade Materna, essas iniciativas parecem insuficientes para se chegar a uma redução da morte materna.

## **Considerações finais**

A partir deste capítulo pudemos compreender como se deu a construção das políticas de saúde da mulher a partir de um contexto histórico. Apesar dos desafios ainda presentes, podemos verificar muitos avanços no decorrer dos últimos 40 (quarenta) anos, desde a primeira política pública descrita para a saúde da população de mulheres.

Esses avanços foram conquistados através do engajamento e luta do movimento de mulheres, para a inserção de uma concepção de mu-

lher pautada em direitos iguais. Entretanto, não estamos isentas de retrocessos, como vimos através da criação da Rami, em 2022. Com essa análise podemos afirmar a importância da organização e mobilização das mulheres para que os direitos não sejam perdidos e para que avanços sejam alcançados.

## Referências

Diniz CSG. Gênero Saúde Materna e o paradoxo perinatal. Rev. bras. crescimento e desenvolv. hum. 2009; 19 (2):313-326.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados [internet]. c2023 [acesso em 28 fev 2023]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sao-paulo.html>

Leal LF et al. Maternal Mortality in Brazil, 1990 to 2019: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study. 2019. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2022; 55 (Supl. 1); e0279.

Limongi F, Oliveira JS, Schmitt ST. Sufrágio universal, mas... só para homens. O voto feminino no Brasil. Rev. Sociol. Polit. [internet] 2019 [acesso em 31 maio 2023];27 (70). Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/FYkrhym6TpRzRf78q7F7Mmq/>

Marques TCN, Melo, HP. Os direitos civis das mulheres casadas no Brasil entre 1916 e 1962: ou como são feitas as leis. Rev. Estud. Fem. [internet]. 2008 [acesso em 31 maio 2023]; 16(2); 463- 488. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mkBHYrM8HVHMbwHsYTDmzKz/?format=pdf&lang=pt>

Michels BD, Iser BPM. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil: atualizações. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2022; 22 (2): 445-446.

Ministério da Justiça (BR), Secretaria de Políticas para as Mulheres. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação

de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 17 jan. 2014; Seção 1:75.

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes [internet]. Brasília (DF); 2004 [acesso em 31 maio 2023]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [internet]. Brasília (DF); 2013 [acesso em 31 maio 2023]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lebianas\\_gays.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lebianas_gays.pdf)

Ministério da Saúde (BR). Caderneta da Gestante [internet]. 6 ed. Brasília (DF); 2022 [acesso em 10 abr 2023]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_gestante\\_versao\\_eletronica\\_2022.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica_2022.pdf)

Ministério da Saúde (BR). Caderneta da Gestante [internet]. 8 ed. Brasília (DF); 2023. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta\\_gestante\\_8ed.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta_gestante_8ed.pdf)

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [internet]. 2011 [acesso em 10 jan 2022]. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019 [internet]. Brasília (DF); 2021 [acesso em 14 fev 2023]. v. 59. (Boletim Epidemiológico; 29). Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_29.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf)

Oliveira BMC, Kubiak F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde debate*. 2019; 43(122): 939-948.

OPAS - Organização Panamericana de Saúde. Saúde materna [internet]. c2023 [acesso em 24 fev 2023]. Disponível em <https://www.paho.org/pt/node/63100>

Pereira LMB. A mulher do fim do mundo: a evolução dos direitos humanos das mulheres. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação* [internet]. 2023 [acesso em 31 maio 2023]; 7 (9): 81- 91. Disponível em <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/2169/854>

Rattner D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília. 2014; 8 (2): 103-108.

Santana TDB, Silva GR, Nery AA, Martins Filho IE, Vilela ABA. Avanços e desafios da concretização da Política Nacional da Saúde da Mulher: uma revisão de literatura. *Rev. Atenção*. São Caetano do Sul. 2019; 17(61): 135-141.

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas. A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso [internet]. c2023 [acesso em 01 mar 2023]. Disponível em <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu>.

Ventura M. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. *Rev. Bioét*, [internet]. 2008 [acesso em 08 fev 2023];16 (2): 217-228. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/69/72](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/69/72)

WHO - World Health Organization. Revised 1990 estimates of Maternal Mortality. A new approach by WHO and UNICEF [internet]. Geneva: World Health Organization; 1996 [acesso em 09 mar

2023]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63597/WHO\\_FRH MSM\\_96.11.pdf;jsessionid=A8D469AADC1CDB6001BB2D23D8972659?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63597/WHO_FRH MSM_96.11.pdf;jsessionid=A8D469AADC1CDB6001BB2D23D8972659?sequence=1)

Zveiter M, Mouta RJ, Medina ET, Almeida LP, Silva SCS, Martins EL. O fim anunciado da Rede Cegonha: que decisões tomaremos para o nosso futuro? *Rev. enferm. UERJ.* 2022; 30: e66769.