

**COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA**

**RELATÓRIO ANUAL**

**COMITÊ DE MORTALIDADE MATERNA DE PORTO ALEGRE**

**2019**

**Agosto**

**2020**

## **Elaboração e informações**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DE PORTO ALEGRE

Secretário Municipal de Saúde

**Pablo Stürmer**

ASSEPLA – Assessoria, Planejamento,  
Monitoramento e Avaliação

Avenida João Pessoa, 325

Centro Histórico, Porto Alegre – RS,  
90040-000

**Email:** [areamulher@sms.prefpoa.com.br](mailto:areamulher@sms.prefpoa.com.br)

**Contato:** (51) 3289 – 2779

## **Elaboração Técnica**

**Luciana Silveira Campos**

ASSEPLA – Assessoria, Planejamento,  
Monitoramento e Avaliação – Secretaria  
Municipal da Saúde

**Patricia Conzatti Vieira**

CGVS – Coordenadoria Geral de Vigilância em  
Saúde – Secretaria Municipal de Saúde

## **Componentes do Comitê de Mortalidade Materna**

**Aline Vieira Medeiros** – Gerência Distrital  
Centro

**Andréia Polanczyk Welter** – Gerência Distrital  
da Glória/ Cruzeiro/ Cristal;

**Ana Paula Menezes Oliveira** – Hospital  
Materno Infantil Presidente Vargas – HMIPV

**Camila da Silva Campos** – Gerência Distrital  
Partenon/ Lomba do Pinheiro

**Daniele Lima Alberton** – Gerência Distrital  
Sul/ Centro Sul

**Denise Loureiro Pedroso** – Gerência Distrital  
Centro

**Elaine Oliveira Soares** – Ações Específicas da  
Saúde da População Negra – Secretaria  
Municipal de Saúde

**Fabiane Dubina** – Gerência Distrital Norte/  
Eixo Baltazar

**Fernanda Uratani** – Gerência Distrital  
Partenon/ Lomba do Pinheiro

**Helena Beatriz Scheeren** – Gerência Distrital  
Restinga/ Extremo Sul

**Janete Vettorazzi** – Hospital de Clínicas de  
Porto Alegre

**Janine Cavagnolli** – Gerência Distrital Sul/  
Centro Sul

**José Antonio Perroni** – Hospital São Lucas da  
PUC

**Luciane da Silva** – COREN-RS

**Magali Queiroz Duarte Torres** – Hospital  
Materno Infantil Presidente Vargas e Hospital  
Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

**Marcia Ruschel Meine** – Gerência Distrital  
Leste/ Nordeste

**Marcos Wengrover Rosa** – Hospital Moinhos  
de Vento

**Maria Lúcia da Rocha Opperman** – Hospital  
Mãe de Deus

**Marla Spilki** – Gerência Distrital Norte/ Eixo  
Baltazar

**Mauria Rosana Gehlen** – Gerência Distrital  
Restinga/ Extremo Sul

**Rosane C. A. Teixeira** – Hospital Nossa Senhora  
da Conceição – GHC

**Silvana Aline Cordeiro Antonioli** – Gerência  
Distrital da Glória/ Cruzeiro/ Cristal

*Silvia Casagrande* – Gerência Distrital  
Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas

## INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é reconhecida mundialmente como uma questão que merece atenção e destaque na saúde pública. Desde os anos 80 o mundo tem se mobilizado para combater as mortes na gravidez, parto ou puerpério. Durante este período, milhares de mulheres perderam a vida por causas relacionadas à gestação. As principais condições biomédicas identificadas foram: hemorragia pós-parto, doenças hipertensivas, eclampsia e complicações do aborto, todas causas evitáveis.

Na intensificação dos esforços para desenvolver estratégias capazes de reduzir a mortalidade materna, incluindo as ações de prevenção, detecção precoce e o enfrentamento das complicações obstétricas, os determinantes sociais da saúde passaram a ser considerados. Educação, renda, local de nascimento, aspectos culturais das relações de gênero e do papel da mulher na sociedade estão refletidos nos indicadores de mortalidade materna. Assim, elevados índices são indicativos de condições socioeconômicas precárias, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldade de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

A partir desse entendimento, a mortalidade materna passou a ser vista para além das condições de saúde e da qualidade da assistência, passando a ser compreendida como um indicador de desenvolvimento social. Assim, a redução da mortalidade materna foi incluída entre os Objetivos do Milênio (ODM), uma iniciativa global promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) subscrita por governos de mais de 180 países, visando o desenvolvimento social e a erradicação da extrema pobreza, por meio de um conjunto de metas a serem atingidas entre os anos de 2000 a 2015.

Estima-se que entre os anos 2000 e 2015 mais de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas em todo o mundo. O Relatório Saúde nas Américas + 2017, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), indicou que a região obteve importantes conquistas em matéria de saúde, inclusive o alcance de várias metas incluídas entre os ODM. Contudo, não foram alcançadas as metas associadas ao ODM 5, que propunha uma redução de 75% nos índices de morte materna.

A nova proposta da ONU, *Transformando o Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*, mantém o combate à mortalidade materna entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e propõe que a taxa de mortalidade materna mundial deve ser reduzida para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (ODS 3.1).

Segundo o Ministério da Saúde, a mortalidade materna no Brasil caiu de 143 para 60 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, o que representa uma diminuição de 58% entre 1990 e 2015. Para que se atinja o ODS 3.1 até 2030 é necessária uma redução da mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, considerando a razão oficial de mortalidade materna no Brasil no ano de 2010. Segundo a OMS, o coeficiente de mortalidade materna ideal é de 10 mortes por 100.000 nascidos vivos, sendo aceitável até 20 mortes 100.000 nascidos vivos.

Para isso, o Ministério da Saúde lançou em 2011 a Rede de Cuidados Materno Infantil denominada Rede Cegonha (RC), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna no país, propondo cuidados que assegurem às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Propõe para as crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. As diretrizes da RC visam a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco; ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência, transporte seguro e boas práticas na atenção ao parto e nascimento.

Acrescendo as ações da RC, o Ministério da Saúde apresentou em 2017 o Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (APICE ON), que propôs a qualificação da atenção obstétrica e neonatal em 95 hospitais de ensino e hospitais universitários, que atuam como unidades auxiliares de ensino da RC. A iniciativa preconizou a realização de ações de qualificação nas áreas de atenção ao parto, nascimento e abortamento; saúde sexual e reprodutiva e atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual. O projeto foi encerrado no primeiro semestre de 2020.

Em Porto Alegre, cerca de 70% da população feminina utiliza os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso equivale a um total de 528.894 mulheres, sendo que destas aproximadamente 310.965 estão em idade fértil (10 – 49 anos), conforme o IBGE 2010. Por meio do Porto Alegre Cuidando da Mãe e do Bebê, que define a regionalização do parto e do nascimento, as gestantes são informadas de qual hospital será realizado seu parto e onde serão atendidas se houver indicação de pré-natal de alto-risco ou nas intercorrências do ciclo gravídico puerperal. A gestante também pode conhecer a maternidade, através de visita programada e tem o direito garantido da presença de acompanhante no período de periparto (Lei 11.108/2005). Após o parto, as consultas de revisão na Unidade de Saúde para a mãe e para o bebê estão garantidas através da marcação direta realizada pelo hospital.

A política da saúde da mulher do município atende a determinação da Portaria n° 1.399/1999 do Ministério da Saúde que estabelecendo o Comitê de Estudos e Prevenção da

Mortalidade Materna, que analisa e monitora todos os óbitos maternos ocorridos no município, definindo medidas preventivas. É um organismo interinstitucional, de atuação sigilosa e caráter educativo e epidemiológico, composto por membros da Secretaria da Saúde (ASSEPLA e Vigilância em Saúde), maternidades de referência, serviços de saúde, conselhos de categorias profissionais e organizações não governamentais, entre outros. É um instrumento de gestão que permite avaliar a qualidade da assistência à saúde, utilizado para subsidiar as políticas públicas e ações de intervenção, sendo um agente fundamental na redução dos óbitos maternos.

Considerando, portanto, a redução da mortalidade materna um compromisso assumido por este município, tornam-se públicas as investigações referentes ao ano de 2019.

## CONCEITOS BÁSICOS

O Ministério da Saúde define os seguintes conceitos:

**Morte Materna** – é a morte de uma mulher durante a gestação, parto, ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez. Não é considerada morte materna a que é provocada por causas acidentais ou incidentais.

**Morte Materna Obstétrica Direta** – é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

**Morte Materna Obstétrica Indireta** – é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante este período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas por efeitos fisiológicos da gestação.

**Mortalidade Materna Não Obstétrica** – é a resultante de causas acidentais ou incidentais, não relacionadas à gravidez e seu manejo.

**Morte Materna Tardia** – é a morte de uma mulher em um período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez devido a causas obstétricas diretas ou indiretas.

**Morte Materna Declarada** – é quando as informações registradas na Declaração de Óbito (DO) permitem classificar o óbito materno.

**Mulher em Idade Fértil** – no Brasil considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 e 49 anos.

A base de cálculo para as informações prestadas também pode ser averiguada através das seguintes fórmulas:

**Cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM)** - Número de óbitos maternos (diretos e indiretos até 42 dias) sobre o número de nascidos vivos x 100.000

*As mortes maternas tardias e as externas não são contabilizadas neste cálculo.*



## **METODOLOGIA**

O Comitê de Mortalidade Materna de Porto Alegre (CMM-POA) é constituído de forma multiprofissional, intersetorial e interinstitucional, contando com a participação de representantes da Secretaria Municipal de Saúde, hospitais-maternidade, gerências de saúde, controle social e representantes dos conselhos profissionais estaduais. O CMM-POA é um espaço educativo de construção e revisão de processos de trabalho, atuando de maneira técnica, sigilosa e não-punitiva. O comitê é responsável pela investigação dos casos de mortalidade materna, bem como sua classificação, elaboração de propostas e intervenções junto aos demais integrantes e equipamentos de saúde envolvidos.

Com base no Portaria N° 1.119, de 5 de junho de 2008, que regulamenta a vigilância de óbitos maternos no âmbito federal, o município de Porto Alegre investiga todos os casos de óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada. Os óbitos são examinados pela Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) e em caso de suspeita de morte materna, os registros são encaminhados para investigação pelo CMM.

As Declarações de Óbito (DO) são recolhidas dos Cartórios de Registro Civil do município de Porto Alegre e encaminhados para a CGVS. A equipe de Eventos Vitais, Doenças e Agravos Não-Transmissíveis analisa as DO, e de acordo com o preenchimento dos campos referentes à “Óbito de mulheres em idade fértil” (campo 37) e as causas da morte (campo 40) classificam essas declarações como suspeitas de óbito materno. Além disso, as informações são cruzadas com outras bases de dados como SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), SIHO (Sistema de Informação Hospitalares), SINAN (Sistemas de Agravos de Notificação) e E-SUS.

Em caso de suspeita ou confirmação de morte materna, uma cópia da DO é encaminhada para o CMM que envia os formulários de investigação para a gerências e unidades de saúde onde a mulher foi atendida e para o serviço hospitalar onde ocorreu o óbito, a fim de coletar dados referentes a assistência ao parto, pré-natal e demais informações que possam auxiliar na investigação.

Os dados coletados pelos diversos níveis de atenção são discutidos nas reuniões mensais do CMM, seguindo os passos dessas mulheres dentro da rede assistencial, classificando os casos de acordo com as informações reunidas (Morte Materna Direta, Indireta, Tardia, Externa e Indeterminada), identificando “se” e “quais” processos poderiam ter sido realizados para evitar o desfecho e quais as medidas a serem tomadas para prevenção de casos semelhantes.

O resultado das investigações do CMM é apresentada em um relatório anual, contendo a análise epidemiológica e proposta de ações acerca do panorama de mortalidade materna do município de Porto Alegre. O relatório foi construído a partir das diretrizes do Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (MS, 2009), utilizando como indicadores a razão de mortalidade materna (RMM) geral e específica.

#### **Cálculo para razão de mortalidade materna geral:**

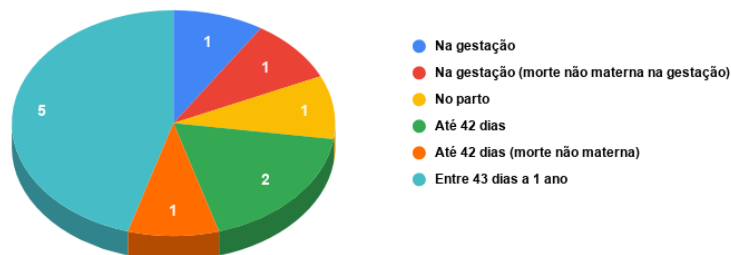
$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos (diretos e indiretos)}}{\text{N.º de nascidos vivos}} \times 100.000$$

#### **Cálculo para razão de mortalidade materna específica:**

$$\frac{\text{N.º de óbitos maternos variável específica}}{\text{N.º de nascidos vivos}} \times 100.000$$

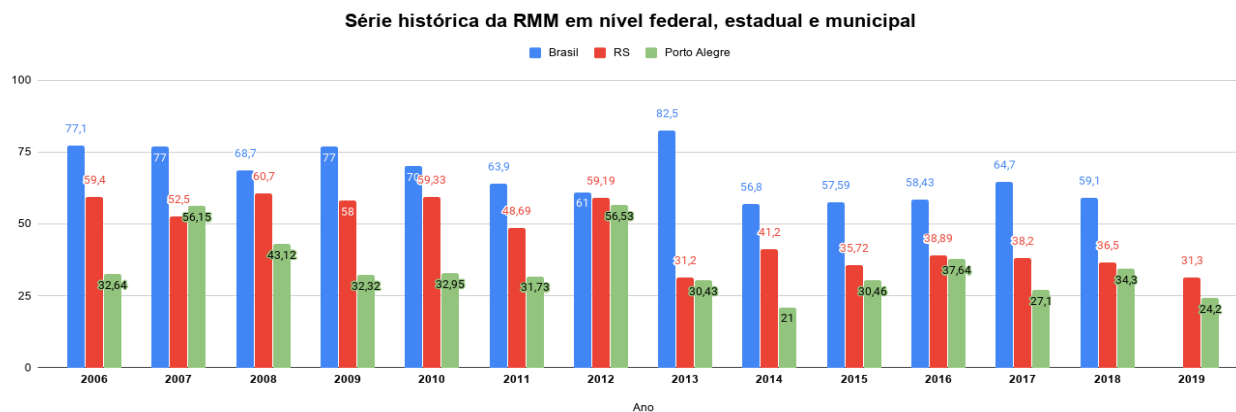
## RESULTADOS

Através do Sistema de Informações de Mortalidade possível obter o número de óbitos maternos no ano de 2019, apresentado na figura 1.



**Figura 1-** Número de óbitos classificados quanto ao tipo de morte materna em 2019 em Porto Alegre  
**Fonte:** PMPA / SMS / CGVS / EVEV, 2020.

A SMS vem atuando na qualificação da assistência às gestantes, empreendendo ações para melhorar a qualidade do cuidado obstétrico, entre elas: regionalização dos serviços de saúde por maternidade; implantação da Rede Cegonha, pactuação e monitoramento de indicadores e metas; implantação de protocolos assistenciais nas maternidades e serviços de saúde; agilização no agendamento do Pré-Natal de Alto Risco e a qualificação das investigações dos óbitos maternos. O impacto destas ações se expressa nos resultados da RMM do município, que tem reduzido gradualmente. A série histórica em nível federal, estadual e municipal está descrita na Figura 2.



**Figura 2-** Série histórica da RMM em nível federal, estadual e em Porto Alegre (2004-2019)  
**Fonte:** CMM - POA, 2020 /VITAIS, 2020/SIM,2020 /SINASC, 2020 / IBGE, 2020.

A classificação quanto ao tipo de tipo de óbito materno pela CMM está descrita na Tabela 1. O coeficiente de mortalidade materna nacional de 2019 ainda não está disponível.

**Tabela 1 -** Óbitos maternos classificados quanto ao tipo de causa obstétrica no ano de 2019.

Causa obstétrica	N (%)
Direta	2 (18,18%)
Indireta	2 (18,18%)
Tardia	5 (45,45%)
Externa	2 (18,18%)
Total	11

Fonte: CMM-POA, 2020

No cálculo da RMM são considerados apenas os óbitos maternos diretos e indiretos (quatro). Dois óbitos foram causados por doenças e/ou complicações obstétricas. Os outros dois foram causados por neoplasia avançada, fenômeno raro na gestação. Eventos tardios, ocorridos entre 43 dias e um ano após o fim da gestação foram causa do óbito de cinco mulheres. As causas externas foram responsáveis pelos óbitos. No ano de 2019 a RMM foi de 24,24. A tabela 2 apresenta as causas de óbito e a classificação de acordo com a Classificação Internacional de Doenças. CID-10.

**Tabela 2 – Patologia principal e classificação final pelo CID-10 das causas obstétricas de óbito em 2019**

Classificação CID-10	N
<b>Colangiocarcinoma - CID O99.8</b>	1
<b>Coagulação Intravascular Disseminada - O46.0</b>	1
<b>Neoplasia Pulmonar - O99.8</b>	1
<b>Embolia pulmonar - O882</b>	1

Fonte: CMM-POA, 2020

O Comitê classifica as causas de morte de acordo com o capítulo XV da CID 10 – complicações da gravidez, parto e puerpério - avaliando a evitabilidade dos casos. O objetivo é identificar todos o conjunto dos determinantes biológicos, sociais, econômicos e de prestação de serviços. O óbito por coagulação intravascular disseminada foi considerado como evitável. A tabela 3 apresenta faixa etária, escolaridade e raça dessas mulheres.

**Tabela 3.** Faixa etária, raça e escolaridade das mulheres que foram a óbito por causa óbito classificados quanto ao tipo de causa obstétrica em 2019.

Classificação CID-10	Faixa etária	Raça	Escolaridade
<b>Colangiocarcinoma (CID O99.8)</b>	20 a 35 anos	Branca	Ignorada
<b>CIVD<sup>1</sup> (O460)</b>	> 35 anos	Preta	Ensino fundamental II
<b>Neoplasia pulmonar (O99.8)</b>	> 35 anos	Branca	Ensino médio completo
<b>Embolia pulmonar (O88.2)</b>	> 35 anos	Branca	Ensino fundamental I

Fonte: CMM-POA, 2020/ SINASC, 2020

\*Coagulação Intravascular Disseminada

Ao contrário dos anos anteriores, não houve nenhuma morte materna abaixo de 20 anos, onde a literatura descreve um maior risco de morte. O pequeno número de óbitos em Porto Alegre torna as RMM específicas para faixa etária e escolaridade muito variáveis de um ano para o outro, acrescentando pouco significado à análise global, tendo utilidade maior na compreensão qualitativa da cadeia de fenômenos que desencadearam cada óbito. Ao contrário de 2018, em 2019 a RMM de mulheres brancas foi maior (25,93) que a de mulheres negras ou pardas (20,48).

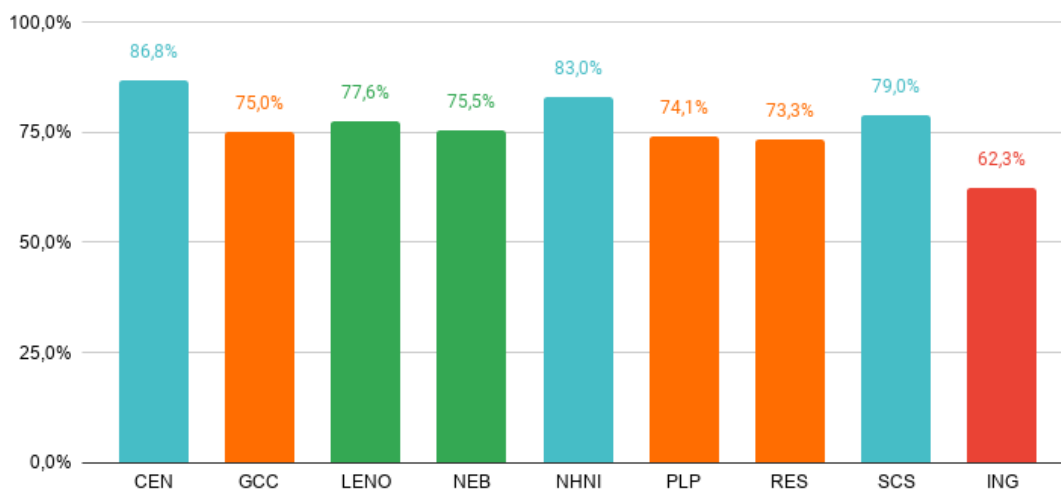
A tabela 4 apresenta o número de óbitos e número de nascidos vivos por Gerência Distrital em 2019.

Tabela 4. Número de óbitos e número de nascidos vivos nas Gerências Distritais em 2019

Gerência	N	NV
Centro	0	2.144
Gloria/ Cruzeiro/ Cristal (GCC)	1	1.640
Leste/ Nordeste (LENO)	1	2.023
Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas (NHNI)	0	1.895
Partenon/ Lomba do Pinheiro (PLP)	0	2.215
Norte/ Eixo Baltazar (NEB)	1	2.318
Restinga/ Extremo Sul (RES)	1	1.353
Sul/ Centro Sul (SCS)	0	2.108
Ignorado	0	815

Fonte: CMM-POA, 2020/ SINASC, 220.

Na figura 3 é apresentado o percentual de gestantes que fez 7 ou mais consultas de pré-natal por Gerência Distrital.



Fonte: SINASC, 2020.

**Figura 3** Percentual de gestantes que fez 7 ou mais consultas de pré-natal em 2019

Fonte: CMM-POA,2020/ SINASC, 2020

A OMS recomenda a realização de sete ou mais consultas entre pré-natal e puerpério, uma vez que as evidências científicas apontam que o maior número de consultas diminui a probabilidade de natimortos e mortalidade materna, ampliando as oportunidades de detecção de potenciais intercorrências. Alegre tem como meta abranger 75% de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal. As gerências Centro Partenon/ Lomba do Pinheiro (PLP) e Restinga/ Extremo Sul (RES) ficaram abaixo da meta.

A tabela 5 apresenta as discrepâncias no acesso ao pré-natal entre brancas e pretas/pardas

Tabela 5. Percentual de consultas de pré-natal de brancas, pretas e pardas em 2019.

<b>Número de consultas</b>	<b>Branças</b>	<b>Pretas e/ou Pardas</b>
Nenhuma consulta ou ignorado	149 (1,29%)	65 (1,33%)
0 a 3	457 (3,95%)	397 (8,13%)
4 a 6	1.637 (14,15%)	515 (18,52%)
7 ou mais	9328 (80,62%)	1975 (74,79%)
Total	11.571	4.882

Considerando a esfera de atendimentos prestados nos hospitais públicos, privados e suplementares/mistos (privados que também são contratualizados pela rede SUS), em 2019 ocorreram dois óbitos no Hospital Nossa Senhora da Conceição, um óbito no Hospital Divina Providência e o quarto óbito ocorreu no Hospital da Restinga.

Houve dois óbitos por causas externas, ambos causados por homicídio por arma de fogo. Um deles de uma gestante e outro ocorreu trinta dias após o parto. Dois mil e dezenove contrariou a tendência dos anos anteriores de aumento dos óbitos por causas externas. Apenas em 2018, foram contabilizados nove óbitos.

## CONSIDERAÇÕES

A OMS considera como adequado uma RMM de 10 óbitos para cada 100.00 nascidos vivos e como aceitável uma RMM de até 20 óbitos para cada 100.00 nascidos vivos. Porto Alegre registra uma RMM de 24,24 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos. Este indicador analisa a probabilidade cumulativa do óbito como resultado de uma gravidez ao longo do período reprodutivo da vida da mulher. Calcula-se multiplicando a taxa de mortalidade materna pelos anos do período reprodutivo. Ou seja, 39 anos-mulheres, que equivale à idade dos 10 aos 49 anos.

Considerando os fatores de risco para morte materna, verificou-se que o perfil traçado nos últimos anos se modificou. A maior parte das mulheres tinha idade superior a 35 anos. O aumento da escolaridade da população conseqüentemente levou a uma diminuição no número de filhos e a postergação da primeira gestação, fazendo com que muitas mulheres cheguem perto dos quarenta anos sem ter completado sua prole.

Os números também demonstram que Porto Alegre não conseguiu superar a cultura da desigualdade racial, que dificulta o acesso igualitário aos bens e serviços públicos e que se estende para toda a população parda e negra, em todos os ciclos da vida. O número de mulheres negras que não realizou pré-natal ou que realizou um número insuficiente de consultas é maior que o da população branca, ilustrando as dificuldades de acesso.

Destaca-se ainda o alto índice de mortes maternas por causas externas, fenômeno que se repete nos países desenvolvidos, onde os números de morte materna violenta têm aumentado. Isso indica que a conformação da violência na sociedade tem grandes implicações à saúde das mulheres, expressando-se nos altos coeficientes de mortalidade, no aumento das internações hospitalares e nos custos diretos e indiretos. Embora a violência seja um fenômeno que transcenda às questões de saúde, alguns programas vinculados à assistência à saúde tem demonstrado sucesso nos Estados Unidos.

A morte materna é determinada por uma série de fatores sociais, que vão desde a dificuldade de acesso à educação, aos serviços de saúde e a bens de consumo, abrangendo questões étnico-raciais e falhas nos processos de atendimento. Portanto, faz-



se necessária a continuidade de esforços intersetoriais e interinstitucionais para eliminar as mortes maternas evitáveis e buscar um patamar de saúde cada vez mais elevado.

## REFERÊNCIAS

BATISTA, Luís Eduardo et al. *Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 689-702, 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300689&lng=en&nr m=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300689&lng=en&nr m=iso)>. Acesso em: Jun/2018.

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). Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidem\\_obito\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf)>. Acesso em Jun/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Portaria Nº1.119, de 5 de Junho de 2008. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119\\_05\\_06\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html)>. Acesso em: Jun2018.

LÓPEZ, Laura C. *Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça*. Sergipe: UFS. TOMO. N. 28 JAN/JUN. 2016. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/5424>> Acesso em: Jun/2018.

MORSE, Marcia Lait et al. *Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.623-638, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/02.pdf>>. Acesso em: Jun/2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Saúde nas Américas+, Edição de 2017. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil*. OMS, 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. *Eventos Vitais*. Porto Alegre: PMPA/ SMS/ CGVS/ EVEV, 2017. Disponível em: <<https://public.tableau.com/profile/eugenio.lisboa5167#!/>> Acesso em: Jun/2018.