Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Área: Políticas, planejamento, gestão e avaliação em saúde

ATENDIMENTOS DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO EM DOIS HOSPITAIS DE PORTO ALEGRE, 2018-2021

ANDRESSA KLEMBERG

Porto Alegre, 2023

ANDRESSA KLEMBERG

ATENDIMENTOS DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO EM DOIS HOSPITAIS DE PORTO ALEGRE, 2018-2021

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial à obtenção do título Mestre em Saúde Coletiva (mestrado acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Área de Concentração: Saúde Coletiva
Linha de Pesquisa: Políticas, planejamento, gestão e avaliação em saúde

Porto Alegre, 2023

CIP - Catalogação na Publicação

KLEMBERG, ANDRESSA
ATENDIMENTOS DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO EM DOIS HOSPITAIS DE PORTO ALEGRE, 2018-2021 / ANDRESSA KLEMBERG. -- 2023.
51 f.
Orientador: Ronaldo Bordin.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Gestação de Alto Risco. 2. Pandemia. I. Bordin, Ronaldo, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Concluir essa etapa, vivenciada durante a pandemia, foi um momento difícil que só atravessei com o apoio dos meus pais, marido e amigos. Minha gratidão a vocês e ao Universo por me proporcionar tantas oportunidades.

Agradeço especialmente aos professores, que desde o início das nossas vidas nos inspiram a ir além. A jornada é longa e todos os passos foram importantes: ensino fundamental, médio, técnico, bacharelado, pós-graduações, cursos livres, seminários, palestras, rodas de conversa, muitos livros e, agora, o mestrado.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde nasci, estagiei e fui servidora pública, por ter sido minha segunda casa por cinco anos nos quais aprendi intensamente com as vivências do setor materno-infantil e nos diversos setores em que pessoas tão generosas me acolheram.

À Santa Casa de Porto Alegre, por onde circulei e aprendi durante a primeira turma da graduação em Gestão em Saúde na UFCSPA.

Dizem que não lembraremos das palavras, mas sim das ações, e é verdade, os sorrisos sempre levarei comigo.

lavar as mãos
no sentido literal
mas sem lavá-las
no sentido figurado
que expressa desistência
não assistência
negligência
encarar os nãos
saber que uma mudança
tão radical
de profunda adversidade
pode também ser uma oportunidade
de parar e aprender

(poema de minha autoria, maio de 2020)

RESUMO

Introdução: A gestação, parto e nascimento são fenômenos fisiológicos que envolvem mudanças físicas, sociais e emocionais. Riscos maternos, fetais e neonatais envolvem o período e a pandemia do covid-19 se soma aos fatores de vulnerabilidade em saúde já conhecidos.

Objetivo: Comparar os atendimentos realizados de gestantes de alto risco nos períodos pré (2018-2019) e durante (2020-2021) a pandemia nos dois maiores hospitais referência para Covid-19 no estado do Rio Grande do Sul.

Métodos: Foram comparados os atendimentos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Hospital Santa Clara (HSC), da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA), sendo empregados dados secundários presentes nos sistemas de informação de nascimentos (SINASC), mortalidade (SIM/SUS) e internações hospitalares (SIH/SUS), biênios 2018-2019 e 2020-2021. As variáveis coletadas foram: frequência anual e tipos de parto, dados sobre as parturientes (idade, escolaridade) e valor pago pelo Sistema Único de Saúde pelo procedimento realizado.

Resultados: Ambos os hospitais registraram um decréscimo no número total de partos, acréscimo de partos de alto risco ($p<0,001$), sendo este mais evidente no HCPA, onde tais partos passaram a representar 57,4% dos realizados em 2021, praticamente dobrando percentualmente o verificado em 2018 (28,3%).

Conclusões: No período da pandemia houve aumento significativo na prevalência de cesáreas e diminuição dos totais gerais de parto nos dois estabelecimentos hospitalares em estudo, acompanhando a tendência brasileira de redução da natalidade. A relevância e atualidade do tema são interdisciplinares e dialogam a partir do campo da saúde coletiva.

Descritores: Saúde Coletiva, Políticas, Planejamento e Administração em Saúde, Gestação de Alto Risco, Políticas de Saúde, Parto

ABSTRACT

HIGH-RISK PREGNANCY SERVICES IN TWO HOSPITALS IN PORTO ALEGRE, 2018-2021

Introduction: Pregnancy, labor and birth are physiological phenomena that involve physical, social and emotional changes. Maternal, fetal and neonatal risks involve the period and the covid-19 pandemic adds to the already known health vulnerability factors.

Objective: To compare the care provided to high-risk pregnant women in the periods before (2018-2019) and during (2020-2021) pandemic in the two largest reference hospitals for Covid-19 in the state of Rio Grande do Sul.

Methods: The consultations performed at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and at the Hospital Santa Clara (HSC) of the Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA) were compared, using secondary data present in the birth (SINASC), mortality (SIM/SUS) and hospital admissions (SIH/SUS) information systems, biennia 2018-2019 and 2020-2021. The variables collected were: annual frequency and types of delivery, data on the parturients (age, education) and amount paid by the Brazilian Public Health System for the procedure performed.

Results: Both hospitals recorded an increase in high-risk deliveries ($p<0.001$), which was more evident in the HCPA, where such deliveries now represent 57.4% of those performed in 2021, practically doubling the percentage seen in 2018 (28 .3%).

Conclusions: During the pandemic period, there was a significant increase in the prevalence of cesarean sections and a decrease in the overall number of deliveries in the two hospitals under study, following the Brazilian trend of reducing birth rates. The current relevance of the interdisciplinary topic are discussed from the public health point.

Key words: Public health, Health Policy, Planning and Management, High-Risk Pregnancy, Parturition

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar
CGBP - Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPMI - Coordenação de Proteção Materno-Infantil
DNCr - Departamento Nacional da Criança
GAR - Gestantes de Alto Risco
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HSC - Hospital Santa Clara
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC - Hospital Amigo da Criança
ISCMPA - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
MEC - Ministério da Educação
MES - Ministério da Educação e Saúde
MS - Ministério da Saúde
NCOVIP - Grupo Nordestino de Estudo de COVID-19 e Gravidez
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PAISC - Política de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM - Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAISMC - Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento
RS - Rio Grande do Sul
SAMU - Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Medicamentos, Procedimentos e Órteses, Próteses e Materiais do SUS
SIH - Sistema de Internações Hospitalares
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Linha do tempo dos programas de saúde materno-infantil, 1940-1984. 5

Figura 2: Projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para a Taxa de Crescimento do Brasil e do Rio Grande do Sul, de 2010 a 2060 7

Figura 3: Projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o Brasil e o Rio Grande do Sul, de 2010 a 2060 8

Gráfico 1 - Quantidade de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) aprovadas de procedimentos do tipo parto, município de Porto Alegre (RS), 2018 a 2021 25

Gráfico 2 - Quantidade de AIHs aprovadas de procedimentos do tipo parto, Brasil, 2018 a 2021 38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Quantidade de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) aprovadas de procedimentos do tipo parto, em Porto Alegre no período de 2018 a 2021 29

Tabela 2 – Características sociodemográficas das parturientes - Partos realizados em hospitais de Porto Alegre, 2018-2020 31

Tabela 3 - Óbitos maternos em estabelecimentos do tipo Hospital por ano do óbito e categoria da CID-10, em Porto Alegre 32

Tabela 4 – Número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) aprovadas referente aos procedimentos do tipo parto no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), período de 2018 a 2021 34

Tabela 5 - Valor total das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) por tipo parto no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), período de 2018 a 2021 35

Tabela 6 – Valor médio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) por tipo de parto no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), período de 2018 a 2021 36

Tabela 7 – Número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) aprovadas referente aos procedimentos do tipo parto por ano de atendimento no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre no período de 2018 a 2021 37

Tabela 8 - Valor total das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) por tipo parto no Hospital Santa Clara, Porto Alegre, período de 2018 a 2021 38

Tabela 9 – Valor médio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) por tipo de parto no Hospital Santa Clara, período de 2018 a 2021 38

Tabela 10: Número total de partos e de partos de alto risco, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e Hospital Santa Clara (HSC), 2018 a 2021 39

Tabela 11 - Número de partos, por tipo, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), período pré (2018-2019) e durante a pandemia (2020-2021). 40

Tabela 12 - Número de partos, por tipo, no Hospital Santa Clara (HSC), período pré (2018-2019) e durante a pandemia (2020-2021) 41

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **12**
2. CONTEXTO DO ESTUDO **14**
2.1 Breve história das políticas de atenção materno-infantil 14
2.2 Políticas para a atenção obstétrica 15
2.3 Gestação de Alto Risco e Mortalidade Materno-Infantil 21
2.4 Gestação de Alto Risco e Pandemia 24
3 OBJETIVOS **27**
3.1 Objetivo geral 27
3.2 Objetivos específicos 27
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS **28**
4.1 Busca de referências 28
4.2 Coleta e Manejo de dados 28
4.3 Caracterização dos estabelecimentos hospitalares. 29
4.4 Questões Éticas 31
4.5 Limitações do estudo 31
5. RESULTADOS **32**
5.1 Dados de partos na cidade de Porto Alegre 32
5.2 Dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) 36
5.4 Dados comparativos entre os dois hospitais 41
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS **44**
REFERÊNCIAS **46**
REFERÊNCIAS CONSULTADAS **54**
ANEXOS **56**

1. INTRODUÇÃO

A gestação, parto e nascimento são fenômenos fisiológicos que envolvem "mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional" (BRASIL, 2013a). Existem riscos maternos, fetais e neonatais que envolvem o período gravídico-puerperal e a captação precoce, aliada à classificação de risco e vulnerabilidade das gestantes, é preconizada por lei para o correto acolhimento e encaminhamento das usuárias da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013a).

A partir do início de 2020, a pandemia do covid-19 se somou aos fatores de vulnerabilidade em saúde já conhecidos. Estudos recentes apontam que ser gestante durante a pandemia trouxe um novo contexto gerador de comorbidades e ansiedade:

> "vivenciar a pandemia da Covid-19 e estar gestante, considerando não existir consenso entre os estudos acerca da associação de gravidade da doença a esse período da vida, se relaciona a sentimentos de medos e incertezas" (ESTRELA, 2020).

Estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina apontou queda na realização de pré-natal de 2019 para 2020 de 13,5%. Além do medo de irem aos estabelecimentos de saúde durante a pandemia, o remanejo dos serviços com foco na pandemia foi descrito como um fator limitante de acesso ao pré-natal, visto que os recursos dos estabelecimentos de saúde foram repensados para atender a demanda de testagem, acompanhamentos e internações relacionadas ao coronavírus (NEITZKE, 2022).

Em alerta epidemiológico, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) orientou para a testagem e intensificação do cuidado com as pessoas grávidas, utilizando-se da atenção pré-natal e do fortalecimento da comunicação para evitar os casos graves da doença que gestantes possuem maior risco de desenvolver (OPAS, 2020). Além da infecção por coronavírus, gestantes apresentam maior risco para outras doenças devido às mudanças em seu sistema imunológico. Em um estudo brasileiro, gestantes com dengue tiveram maior risco de óbito do que mulheres em idade fértil não gestantes, sendo ainda mais evidente no terceiro trimestre da

gestação (NASCIMENTO et al., 2017). As gestantes também são mais suscetíveis às pneumonias virais, conforme observado durante as pandemias de H1N1, Sars-CoV e Mers-CoV (SOUZA; AMORIM, 2021; FIOCRUZ, 2021).

Conforme estudo realizado pela OPAS (2022), das gestantes que morreram em decorrência da Covid-19 em países latinos, a complicação que mais ocorreu foi o parto prematuro (76,9% dos casos), sendo que 35% não tiveram acesso a leito de terapia intensiva, evoluindo para o óbito, em média, sete dias após o parto.

Neste contexto, é objetivo deste estudo comparar os atendimentos realizados de gestantes de alto risco nos períodos pré (2018-2019) e durante (2020-2021) a pandemia nos dois maiores hospitais referência para Covid-19 no estado do Rio Grande do Sul (RS): o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e o Hospital Santa Clara (HSC), da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA).

2. CONTEXTO DO ESTUDO

2.1 Breve história das políticas de atenção materno-infantil

Durante o Estado Novo, entre 1937 e 1945, foi desenvolvido um programa de proteção à maternidade, infância e adolescência através do Ministério da Educação e Saúde (MES). Em 1940, o então presidente Getúlio Vargas delegou as atividades do programa para o Departamento Nacional da Criança (DNCr), ampliando sua divulgação, promoção e fiscalização, de modo a incluir os âmbitos alimentar, educativo, de imunização e de formação pessoal, para a dupla mãe-filho, com o objetivo de combater a mortalidade infantil.

Em 1953, após desmembramento do MES, o Ministério da Saúde (MS) foi instituído em meio ao processo de redemocratização brasileira e ao otimismo sanitário difundido pelos avanços obtidos na época, como o uso da penicilina e a elaboração de vacinas (HAMILTON; FONSECA, 2003).

O DNCr coordenou o programa até 1969, quando foi extinto, passando a ser competência da Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), que modificou sua atuação baseada no Decreto 66.623 de 1970. Em 1974 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil.

Apenas em 1984 passa a existir uma política focada exclusivamente na mulher, quando a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) se separou em Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Política de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) – Figura 1.

Figura 1 - Linha do tempo dos programas de saúde materno-infantil, 1940-1984.

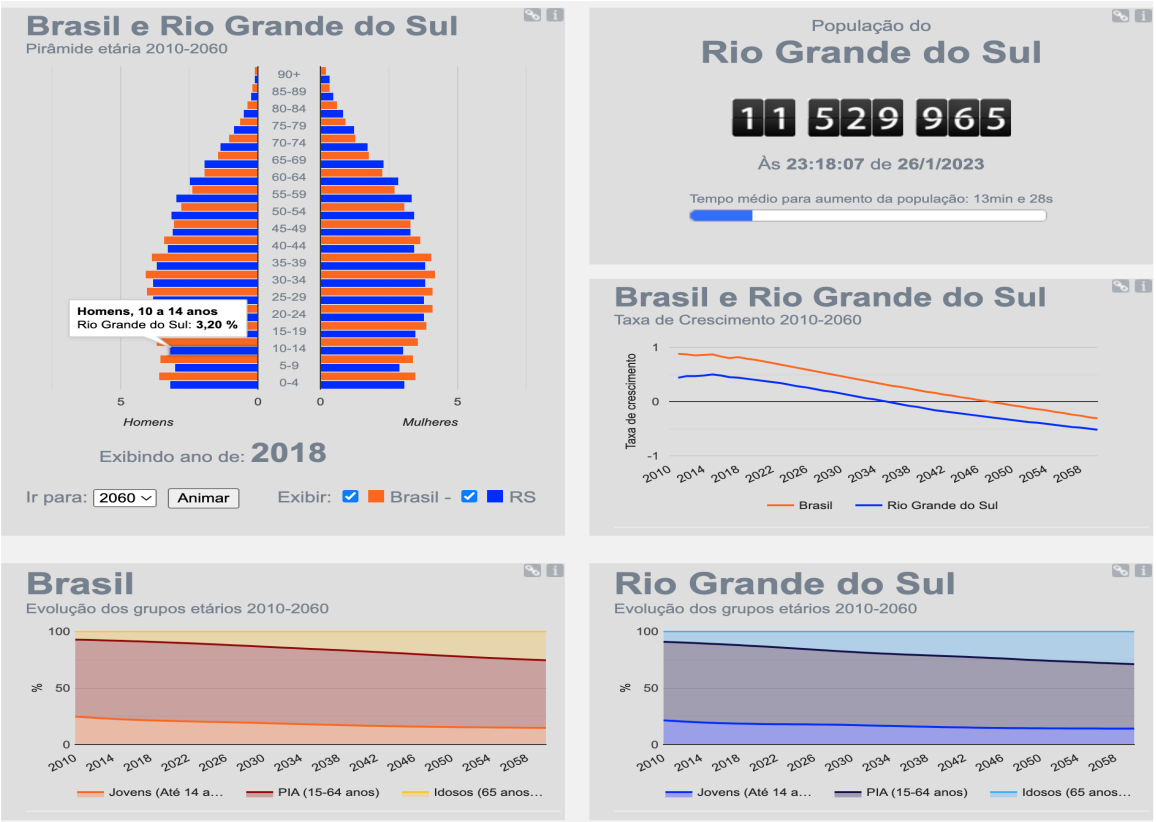
Fonte: Adaptado de BRASIL (2011a).

Segundo Osis (1998), o PAISM representou um marco na luta pelos direitos reprodutivos da mulher e é considerado pioneiro mundial em sua proposição como programa e não mais ações isoladas. Carvalho e Brito (2005) evidenciam que o PAISM buscava controle da natalidade e contava com o movimento das mulheres em defesa de seus direitos reprodutivos.

2.2 Políticas para a atenção obstétrica

O Brasil vem apresentando redução na taxa de crescimento, conforme dados da projeção populacional do IBGE (2023) para o período compreendido entre 2010 a 2060 (Figura 2). A partir do ano de 2034 a taxa de crescimento no estado do Rio Grande do Sul poderá ser negativa, o mesmo ocorrendo para o Brasil em 2046.

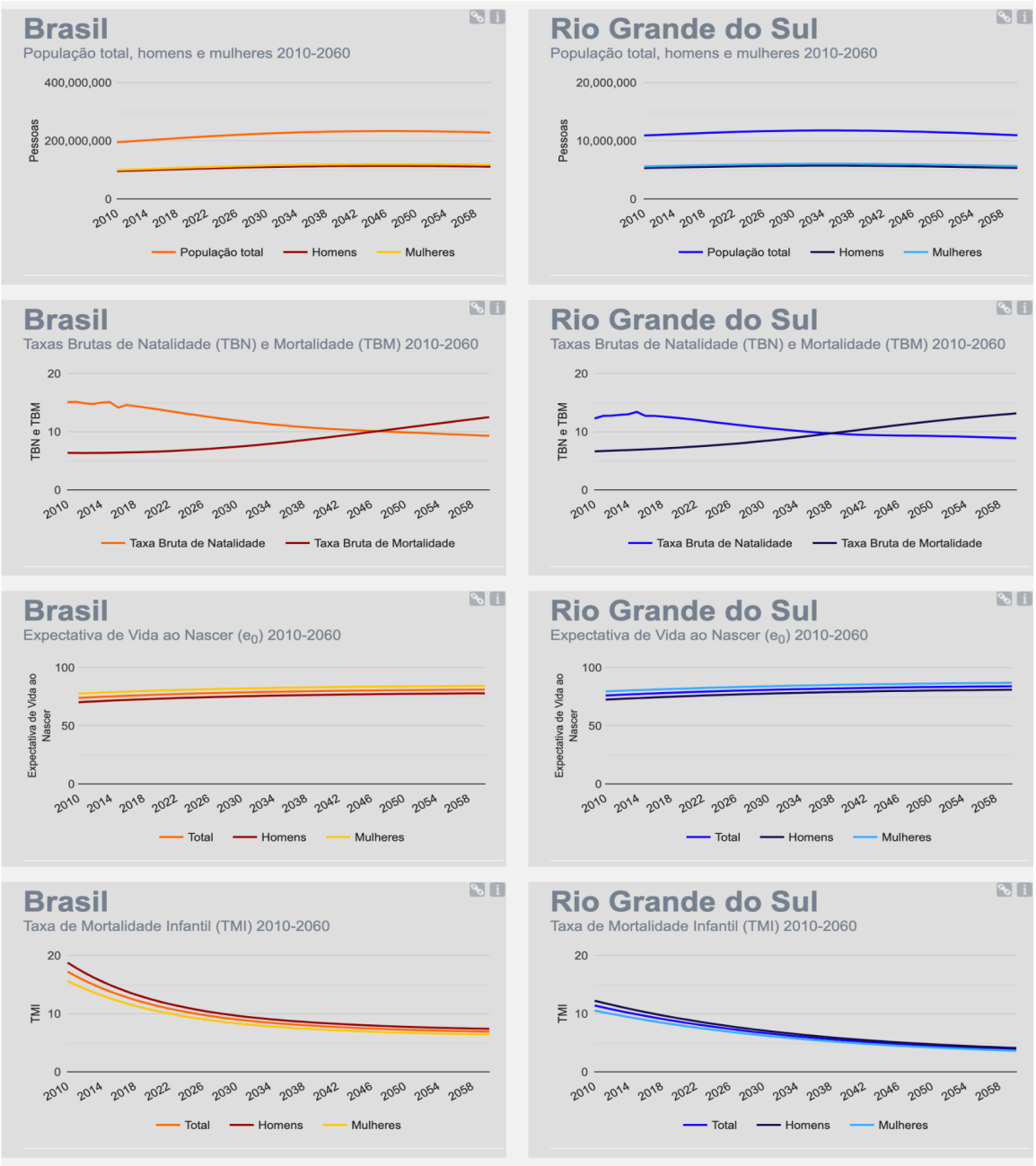
Figura 2 - Projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para a Taxa de Crescimento do Brasil e do Rio Grande do Sul, de 2010 a 2060



Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2023)

Os dados do IBGE ainda apontam inversão das taxas brutas de mortalidade frente às taxas de natalidade, sendo que no Rio Grande do Sul a projeção da inversão é no ano de 2038 e no Brasil em 2046. No Brasil, a taxa de mortalidade infantil apresenta declínio no período de 2022 a 2026, cerca de 5 anos após o RS.

Figura 3 - Projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o Brasil e o Rio Grande do Sul, de 2010 a 2060



Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2023)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi elaborada pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde em 2004, tendo como premissa “o direito à saúde e o respeito às diretrizes do SUS” e se baseou nas seguintes questões para a sua elaboração (BRASIL, 2015, p.12):

> • Conceituar as ações de saúde da mulher como política e não mais como programa, por entender que, conceitualmente, o termo política é mais abrangente que o termo programa, para ressaltar a resposta governamental a determinados problemas de saúde de certos grupos específicos, neste caso as mulheres;
>
> • Introduzir e visibilizar novas "necessidades" de saúde das mulheres, até então ausentes das políticas públicas;
>
> • Introduzir ações para segmentos da população feminina, todavia sem visibilidade social;
>
> • Definir fontes de recursos e responsabilidades nos diversos níveis do sistema, de acordo com as diretrizes do SUS e os instrumentos de gestão adotados pelo Ministério da Saúde;
>
> • Introduzir nas políticas a transversalidade de gênero, o recorte racial-étnico e as especificidades das mulheres que fazem sexo com mulheres.

Assim, eram objetivos gerais da PNAISM (BRASIL, 2015):

> • 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 e assistência e recuperação da saúde em todo o 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.

A Portaria 1.067 de 2005 instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que define em seu parágrafo único que (BRASIL, 2005):

> Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal será executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal é focada no período gravídico-puerperal. Anteriormente, as políticas para as mulheres se concentravam somente neste ponto da vida da mulher, vista apenas em seu papel social de cuidadora, sem se atentar para a sua integralidade (BRASIL, 2004). Por isso, fez-se necessária uma política com visão sistêmica, da mulher em todo seu ciclo de vida e, também, políticas específicas para as gestantes e os recém-nascidos.

De 1990 para 2015 a taxa de mortalidade infantil caiu de 47,1 para 13,5 a cada mil nascidos vivos e a razão de mortalidade materna, no mesmo período, foi de 143,2 para 59,7 (LEAL et al., 2016).

Entre os princípios e diretrizes listados para estruturar a Política de Atenção Obstétrica e Neonatal se encontravam o direito da gestante "ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério"; "ao acompanhamento pré-natal adequado"; e, "de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto" (BRASIL, 2005).

Em particular, que a assistência ao parto e ao puerpério da gestante e a assistência neonatal ao recém-nascido seja realizada de forma humanizada e segura. Sendo direito de ambos, em situação de intercorrência obstétrica e neonatal, o atendimento segundo princípios gerais e condições estabelecidas no anexo da Portaria. E a introdução de que "toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato", de acordo com a Lei nº 11.108/05.

O direito à presença de acompanhante durante o parto, no SUS, é previsto pela Lei 11.108 de 2005, mas Silva e Siqueira (2020) apontam que ainda há controvérsias no cumprimento deste direito da gestante e que o crescimento dos movimentos sociais nos últimos 30 anos vem possibilitando o exercício da cidadania, cobrando, principalmente, os direitos das mulheres e dos grupos contra-hegemônicos.

Criado em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) teve o objetivo de reduzir as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal que eram altas no país, porém verificaram-se diversas dificuldades em seu alcance, com falta de acesso, leitos e recursos (BRASIL, 2000). Assim, foi lançada a Rede Cegonha que implementou um novo modelo de atenção trazendo resolutividade aos problemas de saúde materno-infantil, através da Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011. Trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde, no âmbito do SUS, que visa:

> "implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando esse processo respeitando o critério epidemiológico, a taxa de

mortalidade materna e a densidade populacional" (BRASIL. 2015)

São objetivos da Rede Cegonha (BRASIL, 2011b):

> I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança 1

Estruturada em quatro componentes, a Rede Cegonha abrange (a) o pré-natal; (b) o parto e o nascimento; (c) o puerpério e a atenção integral à saúde da criança; e, (d) o sistema logístico (BRASIL, 2011b). O último componente, o sistema logístico, envolve:

> a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
>
> b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
>
> c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

Assim, inclui o transporte sanitário, a regulação e sua cobertura, desde a confirmação da gestação até os dois anos da criança. São preconizados o acolhimento, a classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência, o bom atendimento e o acesso ao planejamento familiar (BRASIL, 2013b).

A Portaria 1020 de 2013 institui as diretrizes que organizam a Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e os serviços de referência. Consta das definições presentes na mesma:

> II - gestação, parto e puerpério de risco: situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis;

A portaria dispõe da organização, da infraestrutura e procedimentos que devem estar à disposição da gestante de alto risco, com acesso à equipe multiprofissional, Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI), Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) em situação de risco e todo suporte necessário para que seja assegurado o cuidado integral durante o período gravídico-puerperal (BRASIL, 2013a).

Em seu Capítulo III - dos serviços hospitalares de referência à gestação de alto risco -, a Portaria nº 1.459/GM/MS lista 20 atribuições dos serviços hospitalares de referência à Atenção à Gestação de Alto Risco e os classifica em dois tipos, segundo a capacidade tecnológica e o perfil de recursos humanos, não envolvendo hierarquia entre ambos.

2.3 Gestação de Alto Risco e Mortalidade Materno-Infantil

A estratificação de risco gestacional ocorre visando otimizar a utilização de recursos na busca por equidade, para "que cada gestante receba o cuidado necessário às suas demandas, por equipes com nível de especialização e de qualificação apropriados" (MS, 2022).

Gestantes de Alto Risco (GAR) são aquelas "gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe" (BRASIL, 2010).

Segundo o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (MS), as morbimortalidades materna e perinatal continuam muito elevadas e incompatíveis com o nível de desenvolvimento econômico e social do Brasil (BRASIL, 2010). Para o diretor-executivo do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2017), Babatunde Osotimehin, "assegurar o acesso universal ao planejamento reprodutivo voluntário significa colocar as mulheres e meninas mais pobres, marginalizadas e excluídas em primeiro plano". O diretor também ressalta que:

> “mulheres e meninas que podem fazer escolhas e controlar suas vidas reprodutivas são mais propensas a conseguir melhor educação, trabalhos decentes e tomar decisões com liberdade e informação em todos os âmbitos de suas vidas” (UNFPA, 2017).

A definição do risco é fundamentada pelo fato de que “nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer” (BRASIL, 2010). A vulnerabilidade é condição intrínseca do ser humano, havendo aqueles que estão mais suscetíveis devido a “desvantagens para a mobilidade social, não alcançando patamares mais elevados de qualidade de vida em sociedade em função de sua cidadania fragilizada” (CARMO, 2018).

Segundo Alves et al. (2021), a morte materna pode ser definida como aquela que se realiza:

> “no decorrer da gestação ou até 42 dias após o parto sendo caracterizada por causas diretas aquelas vinculadas a gestação, parto ou puerpério e indiretas desencadeada de patologias que se agravou, pregressas a gravidez ou aquelas que surgiram durante a gestação.”

Em estudo realizado no município de Montes Claros, em Minas Gerais (RUAS, 2020), foi observado o predomínio da mortalidade materna em mulheres jovens, pardas, solteiras e com baixa escolaridade. Achados consistentes com o fato de que: “a mortalidade materna tem estreita relação com a discriminação e com os determinantes biológicos e socioculturais das mulheres brasileiras, em especial com as desigualdades de gênero, baixa escolaridade e raça” (RUAS, 2020). Além disso, 60% das mulheres que foram a óbito não realizou o número mínimo de mais de seis consultas de pré-natal, 58,1% delas foram classificadas como alto risco e 54,8% não receberam atendimento no pré-natal de alto risco; e 74,2% das mortes foram classificadas como provavelmente evitáveis, sendo salientada a necessidade de uma atenção em saúde com “respeito aos direitos de cidadania das mulheres e humanização no atendimento com captação precoce da gestante no pré-natal, encaminhamento ao pré-natal de alto risco, valorização das queixas das mulheres e busca ativa” (RUAS, 2020).

Conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), 92% dos casos de mortes maternas são evitáveis e países cujas Razões de Mortalidade Materna são elevadas indicam condições socioeconômicas

precárias, baixo desenvolvimento, informação, escolaridade e acesso a serviços de saúde.

Importante ressaltar que a realização de um pré-natal adequado, o comparecimento ao número mínimo de consultas e o acompanhamento com adequada classificação de risco das gestantes pelos serviços de saúde se reflete em melhores índices de desfechos gestacionais (DIAS, 2014).

Para Simões et al. (2022), de 2010 para 2020, no Brasil, houve um declínio do parto vaginal em detrimento do parto cesáreo, que não se justifica devido à diminuição dos riscos materno-fetais. Os autores demonstram que as parturientes mais jovens optam mais comumente pelo parto vaginal (até os 24 anos), razão que se inverte na faixa etária dos 25 aos 64 anos, tornando o parto cesáreo prevalente em 55,5% de todos os partos realizados no período analisado.

O estudo de Faúndes e Cecatti (1991) identificou a prática recorrente de cesáreas após uma primeira cesárea e de forma eletiva, pela conveniência, mesmo que a cirurgia tenha maiores riscos de mortalidade materna, recuperação lenta e menor taxa e duração do aleitamento materno. Conveniência também por parte do profissional médico, devido a possibilidade de agendamento e pelo parto cesáreo ser realizado em menos tempo, além de haver mais cesarianas desnecessárias nas pacientes de classes mais altas (MORAIS et al., 2022).

A análise de Belarmino et al. (2022) encontrou uma prevalência de 49% em cesáreas no período de 2000 a 2019 no Brasil. Nesse período, o Rio Grande do Sul apresentou a maior prevalência de cesáreas em relação aos demais estados do país (15,1%) e a maior prevalência de nascimentos com menos de 37 semanas de gestação (10%).

Sass e Hwang (2009) observam que a proporção de partos cesáreos no Brasil, de 1994 a 2006, passou de 39% para 45%; na Região Sul, de 41,7% para 51,2%. Entringer et al. (2018a) demonstram que em 2014, no Brasil, as cesáreas representaram 57% dos nascimentos do país, tendo um crescimento de 67% de 2001 para 2014, mas a taxa de referência, ajustada para a população brasileira, seria entre 25% e 30%.

Os dados reforçam a necessidade de conscientização de gestantes do Sul, Sudeste e Centro-oeste do país, devido ao padrão observado de maior ocorrência

de cesáreas nessas áreas mais desenvolvidas, cujas condições socioeconômicas e o acesso à saúde são melhores (BELARMINO et al., 2022).

Segundo Faúndes e Cecatti (1991), a diferença de custo estimado, no Hospital da UNICAMP, entre parto normal assistido e a cirurgia cesariana foi de 50%, visto que há, em geral, uma estadia prolongada, maior uso de medicamentos, insumos e equipe assistencial.

Entringer et al. (2018b), em um estudo de custo-efetividade em três maternidades públicas brasileiras, comparou o parto vaginal espontâneo e a cesariana eletiva para gestantes de risco habitual e evidenciou a maior eficiência do parto vaginal para gestantes primíparas, com um custo adicional de 536,28 reais na realização da cesariana.

2.4 Gestação de Alto Risco e Pandemia

Segundo o Boletim do Observatório da Fundação Oswaldo Cruz, houve um total de 544 óbitos em gestantes e puérperas por Covid-19 em 2020, com média semanal de 12,1 óbitos. Já em 2021, até a 20ª semana epidemiológica, foram 911 óbitos e média semanal de 47,9 óbitos. O risco é maior no segundo e terceiro trimestres da gravidez (FIOCRUZ, 2021) e a adesão à vacinação ainda precisava ser incentivada para que as gestantes estivessem protegidas (OPAS, 2022).

A necessidade de maiores informações para as gestantes é uma preocupação desde o início da pandemia no Brasil (MASCARENHAS, 2020). Segundo Gonçalves (2020), era determinante e urgente pesquisar a possibilidade de, caso a gestante estivesse com Covid-19 no momento do parto, ser necessária a separação da mãe e seu recém-nascido, além de saber se poderia amamentar e pensar no cuidado das profissionais da saúde grávidas. A autora também aponta que “as gestantes foram mais propensas a desenvolver complicações do que as mulheres não grávidas” (GONÇALVES, 2020) na pandemia do H1N1 e na epidemia de Ebola. Sabe-se, também, que a assistência de pacientes com covid-19 possui “discrepância de tratamentos e protocolos” (BARBOSA et al., 2021).

A coleta placentária adequada, com protocolos de conservação e integridade para as análises, pode fornecer informações importantes sobre as infecções virais na placenta. Durante a epidemia do vírus Zika o protocolo já havia sido aplicado, demonstrando a pertinência e utilidade do método para estudos futuros (NÓBREGA et al., 2021).

As gestantes que participaram de um círculo de cultura virtual, no estudo de Rossetto et al. (2021), relataram que a pandemia trouxe angústias, inseguranças, dificuldades de acessar os serviços de saúde e solidão diante do isolamento e afastamento do trabalho, mas notaram “maior valorização do tempo e ampliação dos laços familiares”.

A solidão também é tema de um artigo reflexivo que relata sobre o processo gravídico-puerperal ser solitário para as mulheres e que essa situação só se agrava com a pandemia (PAIXÃO et al., 2021). As autoras relatam que “a construção da maternidade” ocorre como um ritual e “perpassa pelo compartilhamento de saberes, sobretudo a partir de relatos das vivências de mulheres que já experienciaram esse processo” (PAIXÃO et al., 2021).

No contexto do isolamento social, os atendimentos eletivos foram restringidos, porém o “pré-natal e assistência ao trabalho de parto e o parto não podem ser reduzidos” (AMORIM et al., 2021). Sendo um serviço essencial, o pré-natal teve que ser repensado, incluindo consultas não presenciais em alguns casos.

Além disso, a restrição de acompanhante durante as consultas e a impossibilidade de revezar durante a internação prejudicam a paternagem e o sentimento de segurança da gestante (PAIXÃO et al., 2021). O uso dos equipamentos de proteção individual também dificulta a interação entre a gestante, seu acompanhante e a equipe, visto que “causam estranheza (...) dificultam o olhar nos olhos, a percepção do sorriso, bem como outras manifestações que tranquilizam as mulheres no momento do parto” (PAIXÃO et al, 2021). As estratégias de humanização do atendimento por parte dos profissionais, levando em consideração aspectos mais amplos, se tornam ainda mais pertinentes em momentos de crise.

A revisão de escopo de Mascarenhas et al. (2020) apontou possíveis desfechos negativos para os casos de COVID-19 na gestação, como “aborto espontâneo; ruptura prematura de membranas; restrição de crescimento intrauterino;

sofrimento fetal e, trabalho de parto/parto prematuro", que reforçam a necessidade de um acompanhamento intensificado em casos de COVID-19 durante a gravidez.

Com relação às gestantes internadas com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo, o estudo de Cavalcante et al. (2021) demonstrou que o uso da posição prona, em que a paciente é colocada deitada de bruços, teve resultado positivo e seguro, sendo utilizada também em demais pacientes com síndromes respiratórias, principalmente para alívio pulmonar.

O Grupo Nordestino de Estudo de COVID-19 e Gravidez (NCOVIP) apontou, no estudo de Souza et al. (2021), que diversos estudos observacionais foram utilizados devido a urgência da pandemia para considerar o uso de medicações, mas "para uso dessas drogas em gestantes, existe ainda a necessidade da observância da segurança fetal, havendo necessidade de pesquisas clínicas específicas em grávidas".

Silva e Siqueira (2021), por sua vez, revelou a maior suscetibilidade das gestantes às infecções virais e complicações gestacionais pela covid-19, tais como "pré-eclâmpsia, prematuridade, ruptura precoce de membrana e morte perinatal".

Franco et al. (2022) relatou o caso de uma gestação gemelar em que, na 31ª semana de gestação, com quadro agudo de covid-19, foi necessária cesárea devido à insuficiência respiratória da paciente. Na sequência, um dos recém-nascidos apresentou resultado positivo para Covid-19 na segunda coleta. Há casos de recém-nascidos assintomáticos e outros com comprometimento respiratório e sistêmico (BARBOSA et al., 2021).

Por fim, o período de pandemia da covid-19 evidenciou a necessidade de gestantes conhecerem as políticas públicas que estabelecem e amparam seus direitos de acompanhamento, humanização e cuidado em todo o período gravídico.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Comparar os quantitativos de atendimentos prestados a gestantes de alto risco nos períodos pré (2018-2019) e durante (2020-2021) a pandemia nos dois maiores hospitais referência para Covid19 no estado do Rio Grande do Sul (RS): o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e o Hospital Santa Clara (HSC), da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA).

3.2 Objetivos específicos

a) Descrever os quantitativos de atendimentos prestados às gestantes de alto risco nos hospitais do estudo nos períodos pré (2018-2019) e durante (2020-2021) a pandemia do Covid-19.

b) Sistematizar os atendimentos realizados segundo as variáveis tipo de parto, ano, escolaridade, estado civil e tipo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Busca de referências

A revisão bibliográfica da dissertação se deu através dos 116 artigos que retornaram nas bases SciELO (n=60) e LILACS (n=56) com os seguintes descritores ("High-Risk Pregnancy" OR "Gravidez de alto risco" OR "Embarazo de Alto Riesgo") AND (Hospital* OR "Hospital care"), com os filtros: tempo de até 20 anos e publicações referentes ao Brasil. Tratando-se de um estudo ecológico, utilizando-se de bases distintas de informações.

A redação do contexto do estudo se deu a partir de busca na base de referências SciELO em 17 de março de 2022, com os descritores “Gestação” AND “Coronavírus”, sem filtro por período. Retornaram sete artigos, sendo dois deles de 2020 e cinco de 2021, nos idiomas português e inglês. A pesquisa no Portal de Periódicos CAPES no mesmo dia retornou 39 artigos para os mesmos descritores com acesso aberto e mais oito com acesso via UFRGS, totalizando 47, quatro deles de 2022, 32 de 2021 e 11 de 2020, nos idiomas português e inglês. Eliminadas a duplicidade de quatro artigos com a base SciELO, 43 artigos foram incorporados na revisão.

4.2 Coleta e Manejo de dados

Foram empregados dados secundários obtidos no Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), integrante do sistema TABNET DATASUS (Ministério da Saúde), utilizando as variáveis abaixo listadas referentes às gestações:

a) Quantidades mensal e total anual, por estabelecimento de saúde (HCPA e HSC);

b) Tipos de partos realizados;

c) Tipos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH);

d) Dados sobre as parturientes – instrução (anos de estudo), idade, estado civil;

e) Valor pago pelo SUS pelo atendimento realizado.

O período em estudo foram os biênios 2018-2019 (pré-pandemia) e 2020-2021 (durante a pandemia). Foram considerados os partos realizados no quadriênio, tabulados como ocorridos no município de Porto Alegre, independente do local de residência da gestante/parturiente.

Ressalta-se que os números obtidos possuem divergências entre um banco de dados e outro. Os dados de tipos de parto, que incluem a classificação de alto risco, somente estão disponíveis no SIH/SUS, enquanto no SINASC são apenas classificados como vaginal ou cesáreo. Por outro lado, os dados relacionados às parturientes estão mais detalhados no SINASC.

Para apresentação dos resultados foram empregadas estatísticas descritivas (frequência e média) e medidas de associação, para um $p<0,05$.

4.3 Caracterização dos estabelecimentos hospitalares.

Os hospitais escolhidos para este estudo fazem parte da Rede Cegonha e incentivam o Método Canguru, sendo também Hospitais Amigos da Criança.

O Método Canguru é uma norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (BRASIL, 2017), com abrangência nacional e caráter de política pública, além disso a experiência brasileira é reconhecida internacionalmente. O Método objetiva diminuir a separação mãe/pai-filho, facilitar o vínculo, a confiança e o entendimento dos pais, estimular a amamentação, o desenvolvimento do bebê e a participação dos pais. A equipe multidisciplinar capacitada deve acolher, apoiar e oferecer suporte à família (BRASIL, 2017).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi criada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em parceria com a OMS em 1991, em 2008 já possuía 20 mil hospitais credenciados em mais de 156 países (BRASIL, 2008). O objetivo da iniciativa é fortalecer a amamentação exclusiva até os seis meses de idade e a introdução alimentar aliada ao leite materno até os dois anos ou mais, incentivando hospitais para maior adesão e orientação às pacientes, além de

garantir os direitos das lactantes trabalhadoras com empenho no fortalecimento da legislação em cada país.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) número 2237601, está vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sendo um hospital universitário, empresa pública de direito privado, com filiação ao Ministério da Educação (MEC). Em 2020, realizou 27.875 internações, 367.787 consultas ambulatoriais, 199 transplantes e 31.699 procedimentos cirúrgicos. Possui 10 leitos de Centro Obstétrico, 7 de Sala de Recuperação, 38 de Alojamento Conjunto para o pós-parto, em que mãe e bebê ficam juntos, 6 para Gestantes de Alto Risco, 20 de UTI Neonatal, 20 de UCI Neonatal e 10 leitos Canguru.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA) é uma instituição filantrópica, inscrita no CNES número 2237253. É o hospital mais antigo do estado, realizando cerca de seis milhões de atendimentos por ano e tem 69% de seu atendimento via SUS (SANTA CASA, 2018). O Hospital Santa Clara (HSC), foco do estudo, é o hospital geral de adultos e materno-infantil da ISCMPA, prestando assistência médica com 28 especialidades e 120 consultórios ambulatoriais. A estrutura do hospital conta com 328 leitos, tendo realizado 17.558 internações e 275.794 atendimentos ambulatoriais em 2020. Possui 11 leitos de Centro Obstétrico, 4 de Sala de Recuperação, 15 de Alojamento Conjunto, 6 para Gestantes de Alto Risco, 15 de UTI Neonatal, 10 de UCI Neonatal e 1 leito Canguru.

A dissertação de Koch (2022) é um dos poucos estudos encontrados, e o mais recente deles, a comparar os dois hospitais de Porto Alegre abordados nesta pesquisa, no âmbito da contratualização e da mudança do perfil assistencial durante a pandemia. Koch (2022) aponta que o HCPA possui uma predominância de 92,67% leitos SUS, enquanto a ISCMPA possui 55,38% leitos SUS; com relação aos leitos obstétricos, o HCPA possui 96% leitos SUS e a ISCMPA, 61,76%, sendo 50 leitos ao todo no HCPA e 34 na ISCMPA.

4.4 Questões Éticas

A pesquisa, por se utilizar de dados secundários presentes em sistemas de informações de acesso público, não demandou encaminhamento ao Comitê de Ética.

4.5 Limitações do estudo

O estudo apresentou limitações devido a sua realização durante a pandemia, havendo potenciais divergências nos registros dos bancos de dados e, além disso, não foi encontrado estudo semelhante para comparar resultados e ampliar a discussão.

A falta de comunicabilidade das bases de dados SINASC e SIH/SUS trazem possíveis divergência de dados e dificuldade de analisar e comparar as variáveis que estão disponíveis apenas em uma das bases, tais como escolaridade e estado civil.

5. RESULTADOS

5.1 Dados de partos na cidade de Porto Alegre

Os dados sobre instrução, idade e estado civil estão disponíveis somente de forma geral - Porto Alegre - no TABNET, sem poder filtrar por estabelecimento, dificultando comparativos entre os hospitais e tipos de parto.

Na Tabela 1 se encontram as frequências totais e percentuais de partos atendidos em Porto Alegre no período de 2018 a 2021. Destaca-se que os partos realizados nos dois hospitais estudados não são apenas de moradoras da cidade de Porto Alegre, visto que parturientes residentes em outros municípios, principalmente da região metropolitana, buscam esses hospitais devido ao reconhecimento que suas maternidades possuem, principalmente para gestações de alto risco.

Tabela 1 - Quantidade de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) aprovadas de procedimentos do tipo parto, em Porto Alegre no período de 2018 a 2021.

Procedimento	2018	2019	2020	2021	Total
Parto Normal	8.572 (53,06%)	7.660 (48,68%)	6.890 (45,36%)	5.590 (42,47%)	29.033 (47,68%)
Parto Normal em Gestação de Alto Risco	1.513 (9,36%)	2.018 (12,82%)	2.276 (14,98%)	2.328 (17,68%)	8.199 (13,46%)
Parto Cesariano	2.736 (16,93%)	2.641 (16,78%)	2.568 (16,90%)	2.048 (15,56%)	10.105 (16,59%)
Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	3.125 (19,34%)	3.164 (20,10%)	3.268 (21,51%)	3.044 (23,13%)	12.762 (20,95%)
Parto Cesariano com Laqueadura	207 (1,28%)	252 (1,60%)	186 (1,22%)	141 (1,07%)	791 (1,29%)
Total	16.153	15.735	15.188	13.160	60.890

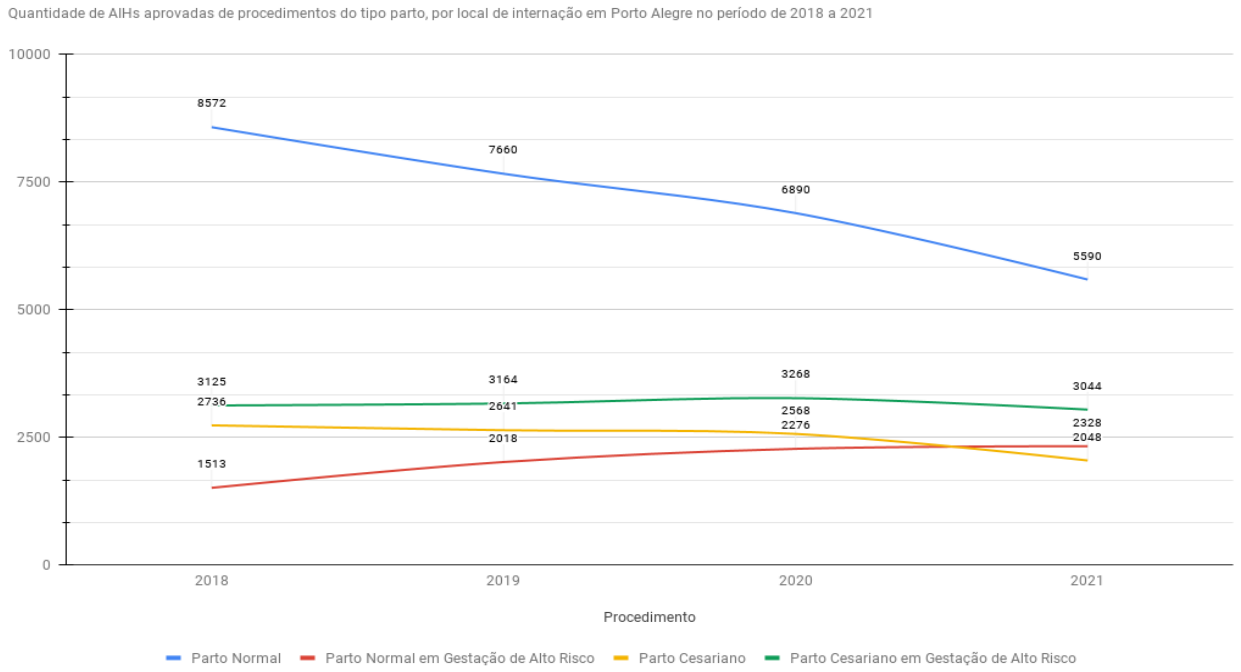
Fonte: Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS), 2022

Conforme os dados da Tabela 1, em Porto Alegre o total de partos no quadriênio 2018 a 2021 passou de 16.153 (em 2018) para 13.160 (em 2021) - uma redução de 18,5%. No mesmo período, os partos normais passaram de 8.572 para 5.590, uma redução de 34,8%. Houve diferença estatisticamente significativa na

comparação entre os quantitativos verificados nos anos 2018 e 2021 para partos normais versus partos normais em gestação de alto risco (GAR) e entre parto cesariano versus partos cesarianos em GAR. Em ambos os casos ocorreu aumento proporcional das gestações de alto risco (p <0,0001).

No gráfico 1 pode ser visualizado o decréscimo do total de partos realizados, notadamente do número de partos normais. Apenas parto normal com GAR apresentou crescimento contínuo no período.

Gráfico 1 - Quantidade de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) aprovadas de procedimentos do tipo parto, município de Porto Alegre (RS), 2018 a 2021



Fonte: Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS), 2022.

No período de 2018 a 2020, os partos realizados em hospitais porto-alegrenses foram em sua maioria de mulheres solteiras (49,6%), entre 20 e 39 anos (85,9%), com escolaridade entre oito e onze anos de estudo (51,9%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Características sociodemográficas das parturientes - Partos realizados em hospitais de Porto Alegre, 2018-2020

Variáveis	n	%
Estado Civil		
solteira	39.884	49,6
casada + união estável	39.005	48,5
Idade		
14-19	6.777	8,4
20-39	69.118	85,9
40+	4.276	5,3
Escolaridade		
até 7 anos	9.937	12,3
8 a 11 anos	41.779	51,9
12+	28.699	35,7

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC/SUS), 2022

Segundo dados do IBGE, de 2019 para 2020 o número de casamentos caiu 25%, o que se deve à pandemia, visto que desde 2002 só apresentava crescimento (JANONE, 2022). No período de 2006 a 2019, as uniões estáveis registradas em cartório cresceram 464% (BRASIL, 2021a).

Em Porto Alegre, dos 20 aos 39 anos se concentram 85,9% dos totais de partos de 2018 a 2020, sendo que a faixa etária dos 30 aos 34 anos é a com maior ocorrência de partos (24,7%). Os nascimentos de mães de 10 a 19 anos caíram de 9,2% em 2018 para 8,0% em 2020.

Levando em consideração o modelo do ensino fundamental até a oitava série, 51,9% das parturientes completaram o ensino fundamental e podem ou não ter concluído o ensino médio. Destaca-se o baixo percentual (0,06%) de informação ignorada com relação à instrução materna.

O preenchimento das notificações da Prefeitura Municipal de Porto Alegre considera o modelo de anos de estudo para fins de banco de dados, visto que se trata de padronização nacional. Porém, tal método pode gerar erros de preenchimento e não está atualizado com o ensino fundamental até o nono ano. Na Declaração de Nascidos Vivos, documento preenchido no hospital no momento do

nascimento e utilizado para a realização posterior da Certidão de Nascimento, a informação da escolaridade materna se dá através do último ano escolar concluído, que gera um dado mais assertivo e permitiria compreender a escolaridade de forma clara e eficiente, caso fosse inserido no banco de dados de tal forma.

Tabela 3 - Óbitos maternos em estabelecimentos do tipo Hospital por ano do óbito e categoria da CID-10, em Porto Alegre

Categoria CID-10	2018	2019	2020	Total
O02 Outros produtos anormais da concepção	1	-	-	1
O10 Hipertensão pré-existente complicando gravidez, parto ou puerpério	-	-	1	1
O15 Eclâmpsia	-	-	1	1
O26 Assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez	1	-	-	1
O46 Hemorragia anteparto não classificada em outra parte	-	1	-	1
O88 Embolia de origem obstétrica	1	1	-	2
O98 Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério	1	-	-	1
O99 Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério	1	2	3	6
O96 Morte por qualquer causa obstétrica - mais de 42 dias e menos de um ano do parto	3	3	2	8
Total	5	4	5	14

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2022.

Os óbitos maternos mantiveram números baixos nos três anos, mostrando maior prevalência em gestantes com doenças prévias que complicaram a gravidez, parto e puerpério, conforme recorrência do CID O99. Há também os casos em que a mortalidade materna ocorre em até um ano após o parto (CID O96), que não estão incluídas no cálculo da taxa de mortalidade. São mais difíceis de rastrear e acompanhar os motivos dos óbitos nessas circunstâncias, a mortalidade materna tardia pode ocorrer por diversas causas e muitas vezes é subnotificada, além disso, há maiores riscos de mortalidade em mulheres muito jovens ou mais velhas e que sejam multíparas (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

Conforme informações do SIM (2022), do total de óbitos (n=14) do triênio 2018-2020, sete foram de puérperas brancas, cinco pretas e duas pardas. Quanto à

escolaridade, sete estudaram entre oito e onze anos, três entre quatro e sete anos, duas estudaram 12 anos ou mais, uma delas não tinha escolaridade e outra consta informação ignorada. O estado civil de nove delas era de solteira. A faixa etária de 20 a 29 teve seis óbitos, outras seis tinham 30 a 39 anos e duas tinham 40 a 49 anos de idade.

Em estudo realizado no município de Montes Claros, em Minas Gerais (RUAS, 2020), foi observado o predomínio da mortalidade materna em mulheres jovens, pardas, solteiras e com baixa escolaridade. Semelhante ao encontrado neste estudo.

5.2 Dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Os dados na tabela 4 contemplam os partos ocorridos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de 2018 a 2021, segundo tipo de procedimento. Com relação aos partos normais, houve um aumento na frequência de partos normais com gestação de alto risco (GAR), estatisticamente significativa ($p < 0,0000001$). Já para os partos cesarianos, ambos diminuíram o total de AIHs aprovadas no período, sem diferença significativa.

Na tabela 5 se encontra o valor total das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) por tipo parto no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no período de 2018 a 2021. Considerando-se apenas o valor total no quadriênio em estudo, os anos pré-pandemia foram responsáveis por 52,4% do faturamento por estes procedimentos. Ou seja, ainda que o número de AIHs autorizadas tenha reduzido, o valor total pago pelo Sistema Único de Saúde se manteve muito próximo em ambos os biênios.

Tabela 4 – Número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) aprovadas referente aos procedimentos do tipo parto no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), período de 2018 a 2021

Procedimento	2018	2019	2020	2021	Total	%
Parto normal	2552	1978	1374	1075	6979	44,39
Parto normal em gestação de alto risco	124	536	941	980	2581	16,41
Parto cesariano	534	506	521	446	2007	12,76
Parto cesariano em gestação de alto risco	1122	1006	1063	837	4028	25,62
Parto cesariano c/ laqueadura tubária	75	43	6	3	127	0,008
Total autorizado	4407	4069	3905	3341	15722	100,0

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2022

Tabela 5 - Valor total das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) por tipo parto no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), período de 2018 a 2021.

Procedimento (em R$ 1,00)	2018	2019	2020	2021	Total
Parto normal	1.209.331,18	947.348,44	667.029,90	509.043,76	3.332.753,28
Parto normal em GAR	76.767,63	341.189,71	610.641,56	636.066,05	1.664.664,95
Parto cesariano	295.507,16	279.254,01	288.539,02	244.440,55	1.107.740,74
Parto cesariano em GAR	1.002.215,97	908.920,77	972.550,50	766.480,77	3.650.168,01
Parto cesariano c/ laqueadura tubária	51.775,50	28.997,01	3.552,66	1.776,33	86.101,50
Total	2.635.597,44	2.505.709,94	2.542.313,64	2.157.807,46	9.841.428,48

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2022

O aumento da ocorrência de partos vaginais e cesarianos de alto risco faz com que a diminuição de nascimentos não seja notada tão facilmente em termos de

financiamento. O fechamento de maternidades, como a do Hospital São Lucas em Porto Alegre, se deve ao custo fixo alto na manutenção das unidades e a diminuição dos partos realizados (GZH, 2020).

É um movimento que ocorre também em outros hospitais pelo país que, diante de déficits financeiros, têm optado pelo fechamento de suas maternidades como primeira alternativa, caso dos hospitais paulistas Stella Mari (G1, 2014) e Santa Catarina (R7, 2014). Também estiveram em iminência de fechamento as maternidades da Santa Casa de Rio Grande (RIO GRANDE, 2022) e do Hospital Pompéia de Caxias do Sul (GZH, 2022).

O valor pago no período de competência 01/2023 para o procedimento de parto, conforme a tabela unificada do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Medicamentos, Procedimentos e OPM do SUS (SIGTAP), se encontra na tabela 6, assim como o valor médio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) por tipo de parto no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), período de 2018 a 2021.

Tabela 6 – Valor médio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) por tipo de parto no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), período de 2018 a 2021

Valor médio (R$ 1,00)	2018	2019	2020	2021	Média Total	Valor da SIGTAP
Parto normal	473,88	478,94	485,47	473,53	477,54	443,40
Parto normal em gestação de alto risco	619,09	636,55	648,93	649,05	644,97	617,19
Parto cesariano	553,38	551,89	553,82	548,07	551,94	545,73
Parto cesariano em gestação de alto risco	893,24	903,50	914,91	915,75	906,20	890,94
Parto cesariano c/ laqueadura tubária	690,34	674,35	592,11	592,11	677,96	545,73
Média Total	598,05	615,80	651,04	645,86	625,97	-

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2022

Percebe-se que os valores médios pagos pelo SUS se mantiveram muito próximos no quadriênio, ainda que o montante pago pelos partos em gestação de alto risco tenha sido em torno de 35% superior nos partos normais e de 64% nos

partos cesarianos. O valor médio total sempre foi superior ao valor presente na tabela da SIGTAP.

A diferença do valor médio pago na realização de parto cesariano para o parto normal foi de 14,4% a menos para o parto normal. Já com relação aos partos em gestação de alto risco, a diferença foi de 30,7%, seguindo a tendência de Faúndes e Cecatti (1991), que apontam uma diferença de custo de 50% entre um parto normal e um cesariano.

5.3 Dados do Hospital Santa Clara (HSC)

Os dados da tabela 7 contemplam o número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) aprovadas referente aos procedimentos do tipo parto por ano de atendimento no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre no período de 2018 a 2021.

Tabela 7 – Número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) aprovadas referente aos procedimentos do tipo parto por ano de atendimento no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre no período de 2018 a 2021

Procedimento	2018	2019	2020	2021	Total
Parto normal	1.090	1.062	840	750	3742
Parto normal em gestação de alto risco	391	428	233	271	1323
Parto cesariano	501	414	362	193	1470
Parto cesariano em gestação de alto risco	509	536	488	654	2187
Parto cesariano c/ laqueadura tubária	-	-	-	1	1
Total Autorizado	2491	2440	1923	1869	8723

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2022

Pode-se observar que, na relação entre parto normal e parto normal em GAR, ocorreu uma redução do número total de ambos os procedimentos do biênio 2028-19 para 2020-21, de forma significativa ($p<0,002$), com maior redução na gestação de alto risco. Já quanto ao parto cesariano, houve uma redução do parto

por cesárea e um incremento do parto cesariano em GAR, notadamente em 2021 (p <0,0000001).

Na tabela 8, se encontra o valor total das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) por tipo parto no Hospital Santa Clara, período de 2018 a 2021. Considerando-se apenas o valor total no quadriênio em estudo, os anos pré-pandemia foram responsáveis por 55,6% do faturamento por estes procedimentos. Ou seja, ainda que o número de AIHs autorizadas tenha reduzido, o valor total pago pelo Sistema Único de Saúde não seguiu a mesma magnitude de decréscimo em ambos os biênios.

Tabela 8 - Valor total das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) por tipo parto no Hospital Santa Clara, Porto Alegre, período de 2018 a 2021.

Procedimento (em R$ 1,00)	2018	2019	2020	2021	Total
Parto normal	572.167,41	537.783,86	458.957,97	389.474,71	1.958.383,95
Parto normal em gestação de alto risco	258.071,99	276.296,14	154.084,43	176.008,39	864.460,95
Parto cesariano	315.737,99	255.322,23	224.827,24	114.377,04	910.264,50
Parto cesariano em gestação de alto risco	506.524,55	510.839,75	469.245,43	598.595,43	2.085.205,16
Parto cesariano c/ laqueadura tubária	-	-	-	592,11	592,11
Total autorizado	1.652.501,94	1.580.241,98	1.307.115,07	1.278.455,58	5.818.906,67

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2022.

A tabela 9 apresenta o valor médio pago das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) para os procedimentos realizados no HSC, no período de 2018 a 2021.

Tabela 9 – Valor médio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) por tipo de parto no Hospital Santa Clara, período de 2018 a 2021.

Valor médio (R$ 1,00) por Procedimento	2018	2019	2020	2021	Total
Parto normal	524,92	506,39	546,38	519,30	523,35
Parto normal em gestação de alto risco	660,03	645,55	661,31	649,48	653,41
Parto cesariano	630,22	616,72	621,07	592,63	619,23
Parto cesariano em gestação de alto risco	995,14	953,06	961,57	915,28	953,45
Parto cesariano c/ laqueadura tubária	-	-	-	592,11	592,11
Média Total	663,39	430,43	679,73	684,03	-

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2022

Os valores médios pagos pelo SUS se mantiveram muito próximos no quadriênio, ainda que o montante pago pelos partos em gestação de alto risco tenha sido em torno de 25% superior nos partos normais e de 54% nos partos cesarianos. Valores inferiores aos percentuais identificados para o HCPA, na casa dos 35% e 64%, respectivamente. Fato potencialmente explicável pelo HCPA ser a referência de maior complexidade para as gestantes de alto risco.

5.4 Dados comparativos entre os dois hospitais

Na tabela 10 se encontra o número total de partos e de partos de alto risco, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e Hospital Santa Clara (HSC), 2018 a 2021.

Tabela 10 - Número total de partos e de partos de alto risco, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e Hospital Santa Clara (HSC), 2018 a 2021.

Ano	2018	2019	2020	2021	Total
HCPA					
Total de partos	4407	4069	3905	3341	15722
Total de partos alto risco	1246 (28,3%)	1542 (37,9%)	2004 (51,3%)	1917 (57,4%)	6709 (42,7%)
HSC					
Total de partos	2491	2440	1923	1869	8723
Total de partos alto risco	900 (36,1%)	964 (39,5%)	721 (37,5%)	925 (49,5%)	3510 (40,2%)

Fonte: Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS), 2022

Os dados apresentados na Tabela 10 mostram que ambos os hospitais registraram um acréscimo de partos de alto risco, sendo este mais evidente no HCPA, onde os partos em GAR passaram a representar 57,37% dos partos realizados em 2021, praticamente dobrando percentualmente o verificado em 2018 (28,3%).

Em ambos os casos, houve um aumento estatisticamente significativo ($p<0,0001$) dos partos em gestação em alto risco (GAR), seja em parto normal ou cesariano. Dados que estão alinhados com o aumento de partos de alto risco registrados em Porto Alegre no período. O número de partos, por tipo, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), período pré (2018-2019) e durante a pandemia (2020-2021), se encontra na tabela 11.

Tabela 11 - Número de partos, por tipo, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), período pré (2018-2019) e durante a pandemia (2020-2021).

Procedimento / biênio	2018 - 2019	2020 - 2021	Total
Parto normal	4530	2449	6979
Parto normal em gestação de alto risco	660	1921	2581
Parto cesariano	1040	967	2007
Parto cesariano em gestação de alto risco	2128	1900	4028
Parto cesariano c/ laqueadura tubária	118	9	127
Total autorizado	8476	7246	15722

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2022

A sistematização por biênio dos quantitativos de partos normais e em GAR evidencia a redução do total dos primeiros e o incremento expressivo (praticamente triplicou) dos segundos (p,0,000001). Já quanto aos partos cesarianos, com ou sem GAR, houve uma redução em ambos, muito inferior em amplitude, mas também significativo (p,0,000001).

Na tabela 12, que discrimina o número de partos, por tipo, no Hospital Santa Clara (HSC), se identifica comportamento distinto do observado para o HCPA no período pré (2018-2019) e durante a pandemia (2020-2021). Houve redução do parto normal em gestação de alto risco (p<0,003), frente ao incremento verificado no HCPA, e redução mais importante no parto por cesárea, sem alto risco (p<0,00001).

Tabela 12 - Número de partos, por tipo, no Hospital Santa Clara (HSC), período pré (2018-2019) e durante a pandemia (2020-2021).

Procedimento / biênio	2018 - 2019	2020 - 2021	Total
Parto normal	2152	1590	3742
Parto normal em gestação de alto risco	819	504	1323
Parto cesariano	915	555	1470
Parto cesariano em gestação de alto risco	1045	1142	2187
Parto cesariano c/ laqueadura tubária	0	1	1
Total autorizado	4931	3792	8723

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2022

Os dados podem indiretamente apontar dificuldades de acesso ao serviço pela pandemia, mas também apontam para a manutenção da tendência de redução da natalidade observada nas últimas décadas. Segundo Carvalho e Brito (2005), durantes os anos 1960 já se observava queda nos níveis de fecundidade nas regiões brasileiras mais desenvolvidas. Segundo dados do IBGE (2023), há uma diminuição na taxa de crescimento brasileira, que deve seguir se intensificando até 2060.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos biênios 2018-2019 e 2020-2021 nos dois maiores hospitais de referência para Covid19 no estado do Rio Grande do Sul permite observações acerca do período da pandemia como um aumento na prevalência de cesáreas e diminuição dos totais gerais de parto nos dois estabelecimentos hospitalares em estudo, acompanhando a tendência brasileira de redução da natalidade.

No período, houve um aumento significativo de partos em gestação de alto risco nos hospitais estudados e na cidade de Porto Alegre. Os dados encontrados referendam a afirmação de Silva e Siqueira (2021), de que a pandemia trouxe um aumento de risco no ciclo gravídico-puerperal, tanto para a parturiente quanto para o recém-nascido. A prevalência acentuada de cesáreas, não só nos hospitais estudados, que são referência para gestações de alto risco, mas também nos dados populacionais brasileiros, indica necessidade de revisão das informações compartilhadas com as gestantes durante o pré-natal, além de uma maior conscientização para toda a população a respeito dos riscos da cirurgia cesariana em detrimento do parto vaginal natural.

REFERÊNCIAS

ADAMOLI, A. N., RITTMANN, I., PREVIDELLI, J. F. A., et al. **O uso de álcool e outras drogas em tempos de pandemia**. Porto Alegre: PUCRS, 2020.

ALVES, Thaynara O. et al. Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura / High risk pregnancy: epidemiology and care, a literature review. **Brazilian Journal of Health Review**. 2021. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/32690/pdf

AMORIM, Melania Maria Ramos et al. COVID-19 and Pregnancy. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 21, Suppl 2. p. 337-353, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S200002>. Acesso em: 18 Junho 2022.

BARBOSA, A. C. S.; COSTA, C. M.; SANTOS, D. T S. .; et al. Repercussions in newborns infected by the new coronavirus during pregnancy: Integrative review. **Research**, Society and Development, *[S. l.]*, v. 10, n. 8, p. e31510817364, 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17364. Acesso em: 23 março 2022.

BELARMINO, V.; CARLOTTO, K.; MADUELL, M. C. P. .; GONÇALVES, C. V. . Spatial distribution of cesarean sections in Brazil from 2000 to 2019. **Research, Society and Development**, *[S. l.]*, v. 11, n. 4, p. e43211427657, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.27657.

BRASIL, Ministério da cidadania. Conhecendo os efeitos do uso de drogas na gestação e as consequências para o bebê. 1ª edição – 2021. Disponível em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/ministerio-da-cidadania-lanca-cartilha-sobre-efeitos-e-consequencias-do-uso-de-drogas-na-gestacao/30042021_cartilha_gestantes.pdf. Acesso em: 15 Junho 2022.

BRASIL, Secretaria de Políticas para as Mulheres. Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM), Novembro de 2015. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf . Acesso em: 16 jan. 2023.

BRASIL, Ministério da Mulher, da Familia e dos Direitos Humanos. **Fatos e Números**, [*s. l.*], 12 ago. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/FatoseNmerosCasamento.pdf. Acesso em: 13 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Diário Oficial da União,

Brasília, DF, 31 maio 2013. Disponível em: <Disponível em: http://bit.ly/2w4PwsU >. Acesso em: 10 Junho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Conheça a Rede Cegonha. Brasília/DF – Jan./2013 – Editora MS/CGDI/SAA – OS 2013/01. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf >. Acesso em: 07 Junho 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2000 [citado 2012 fev. 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União, Brasília, 6 de julho de 2005. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=193664

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília; 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Portaria nº 1.459*, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011b. Seção 1. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080 para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: <Disponível em: http://bit.ly/2T39CM2 >. Acesso em: 10 jul. 2022.

CARMO, Michelly Eustáquia do e Guizardi, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, e00101417, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>.

CARVALHO, J. A. M.; BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 22, n. 2, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-30982005000200011>.

CAVALCANTE FML, Fernandes CS, Rocha LS, Galindo-Neto NM, Caetano Já, Barros LM. Use of the prone position in pregnant women with COVID-19 or other helth conditions. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v. 29, e3494, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5181.3494>.

DIAS, Ricardo Aubin. A importância do pré-natal na atenção básica. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Teófilo Otoni, 2014. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/A_importancia_do_Pre_natal_na_atencao_basica/462. Acesso em: 24 nov. 2022.

ENTRINGER, Aline Piovezan; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes; COSTA, Ana Carolina Carioca da; PINTO, Márcia. Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil, Rev Panam Salud Publica, v. 42, p. 1-7, 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/49456. Acesso em: 13 jan. 2023.

ENTRINGER, Aline Piovezan; PINTO, Márcia; DIAS, Marcos Augusto Bastos; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 5, p. 34-39, 10 maio 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/wgG4GmtsBnLd5DdPBD7YRXs/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 13 jan. 2023.

ESTRELA, Fernanda Matheus et al. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, e300215, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300215>.

FAÚNDES, ANÍBAL E CECATTI, JOSÉ GUILHERME. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 1991, v. 7, n. 2 [Acessado 13 Janeiro 2023], pp. 150-173. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200003>.

FIOCRUZ. Boletim Observatório Covid-19: Semanas epidemiológicas 20 e 21. **Informação para ação**, [*s. l.*], 30 maio 2021. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_2021-semanas_20-21-red.pdf. Acesso em: 3 maio 2022.

FRANCO, Cristielly Guimarães et al. Infecção por Coronavírus (SARS-COV-2) em recém-nascido em uma maternidade municipal em Goiânia-GO. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 26, p. 102034, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Mar. 2022.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA; Organização Mundial da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1 - histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Fecundidade e dinâmica da população brasileira. **UNFPA Brasil**, [*S. l.*], p. 1, 1 dez. 2018. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/fecundidade-e-dinamica-da-populacao-brasileira-folder?page=3%2C0%2C4. Acesso em: 1 jun. 2022.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado : módulo 1 : histórico e implementação / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/12/7.-FUNDO-DAS-NA%C3%87%C3%95ES-UNIDAS-PARA-A-INF%C3%82NCIA.-m%C3%B3dulo-1.pdf> Acesso em: 21 maio 2022.

G1. Maternidade Do Hospital Stella-Maris Fecha as Portas em Guarulhos. [*S. l.*], 18 jun. 2015. Disponível em: https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/sp2/video/maternidade-do-hospital-stella-maris-fecha-as-portas-em-guarulhos-3536975.ghtml. Acesso em: 12 nov. 2022.

GOES, Emanuelle Freitas et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 36, n. Suppl 1, e00189618. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>.

GONÇALVES, Ana Katherine. The Real Impact of the Coronavirus Disease 2019 (covid-19) on the Pregnancy Outcome. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 42, n. 5, p. 303-304, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712942>.

HAMILTON, Wanda e Fonseca, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, n. 3, p. 791-825, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000300002>. Epub 22 Abr 2004.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Coranavírus. **Dados da covid-19 no HCPA**, [*s. l.*], 2022. Disponível em: https://sites.google.com/hcpa.edu.br/hcpacovid/p%C3%A1gina-inicial/dados-hcpa. Acesso em: 3 fev. 2022.

JANONE, Lucas. Primeiro ano da pandemia no Brasil tem menor número de casamentos desde 2002: Dados do IBGE destacam que 757 mil casórios foram realizados no país em 2020. **CNN BRASIL**, [*S. l.*], p. 1, 18 fev. 2022. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/primeiro-ano-da-pandemia-no-brasil-tem-menor-numero-de-casamentos-desde-2002/. Acesso em: 13 dez. 2022.

KOCH, Janice Maria. **Contratualização e pandemia de covid-19:**: Mudança do Perfil Assistencial em Dois Hospitais de Referência. 2022. 192 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós- graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande, [*S. l.*], 2022. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/247979. Acesso em: 20 dez. 2022.

MATERNIDADE da PUCRS: Fechamento de setor materno-infantil do Hospital São Lucas é apenas uma das possibilidades, diz diretor-técnico . **Zero Hora**, [*S. l.*], p. 1, 9 mar. 2020. Disponível em: https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2020/03/fechamento-de-setor-materno-infantil-do-hospital-sao-lucas-e-apenas-uma-das-possibilidades-diz-diretor-tecnico-ck7kk0skt02ms01pqh5xt8o1k.html. Acesso em: 8 nov. 2022.

MASCARENHAS, Victor Hugo Alves et al. COVID-19 and the production of knowledge regarding recommendations during pregnancy: a scoping review* * This article refers to the call “COVID-19 in the Global Health Context”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3348, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4523.3348>. Acesso em: 18 Junho 2022.

MORAIS, M. K. L. .; CASTRO, V. M. R.; COSTA NETO, A. M. et al. Cesarean childbirth in Brazil: prevalence, indications and risks entailed for the mother and child binomial. **Research, Society and Development**, *[S. l.]*, v. 11, n. 10, p. e191111032466, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i10.32466. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32466. Acesso em: 13 jan. 2023.

NASCIMENTO, Laura Branquinho et al. Dengue em gestantes: caracterização dos casos no Brasil, 2007-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 433-442, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300433&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Mar. 2021.

NEITZKE, Fabrizio. Consultas e exames pré-natal diminuem 13,5% durante a pandemia de Covid-19: Acompanhamento especializado pode prevenir partos prematuros, cesáreas desnecessárias, hipertensão e transmissão de doenças para a

mãe e o bebê. **CNN Saúde**, [*S. l.*], p. 1, 27 jan. 2022. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/saude/consultas-e-exames-pre-natal-diminuem-135-durante-pandemia-de-covid-19/. Acesso em: 17 fev. 2022.

NOBREGA, Guilherme de Moraes et al . Placental Sampling for Understanding Viral Infections - A Simplified Protocol for the COVID-19 Pandemic. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 377-383, 2021. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032021000500377&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Junho 2022.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 1998, v. 14, suppl 1 [Acessado 13 Janeiro 2023], pp. S25-S32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>.

OLIVEIRA, Adelaide Alves de et al. Fatores associados ao nascimento pré-termo: da regressão logística à modelagem com equações estruturais. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2019, v. 35, n. 1, e00211917. Epub 21 Jan 2019. ISSN 1678-4464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00211917>. Acesso em: 27 Março 2021

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Estudo da OPAS sobre mortalidade materna e COVID-19 mostra barreiras no acesso de gestantes a cuidados intensivos. **OPAS**, [*S. l.*], p. 1, 17 maio 2022. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/12-5-2022-estudo-da-opas-sobre-mortalidade-materna-e-covid-19-mostra-barreiras-no-acesso. Acessado em: 1 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS pede aos países que garantam controle pré-natal a gestantes devido ao risco de COVID-19 grave. **OPAS**, [*S. l.*], p. 1, 21 ago. 2020. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/21-8-2020-opas-pede-aos-paises-que-garantam-controle-pre-natal-gestantes-devido-ao-risco. Acesso em: 23 mar. 2022.

OSOTIMEHIN, Babatunde. Acesso universal à saúde sexual e reprodutiva: a chave para a igualdade de gênero, por Dr. Babatunde Osotimehin: Declaração do Diretor Executivo do UNFPA, Dr. Babatunde Osotimehin, para o Dia Internacional da Mulher. **UNFPA Brasil**, [*S. l.*], p. 1, 7 mar. 2017. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/acesso-universal-%C3%A0-sa%C3%BAde-sexual-e-reprodutiva-chave-para-igualdade-de-g%C3%AAnero-por-dr-babatunde. Acesso em: 17 mar. 2022.

PAIXÃO, G. P. DO N. et al.. Maternal solitude before the new guidelines in SARS-COV-2 times: a Brazilian cutting. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200165. Acesso em: 24 de Janeiro de 2023.

PREFEITURA DO RIO GRANDE. Secretária de Saúde fala sobre o possível fechamento da maternidade da Santa Casa. **Site municipal**, [*S. l.*], p. 1, 28 abr. 2022. Disponível em:

https://www.riogrande.rs.gov.br/pagina/secretaria-de-saude-fala-sobre-o-possivel-fechamento-da-maternidade-da-santa-casa/. Acesso em: 8 dez. 2022.

PROCEMPA, Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Procempa-BI PMPA. Nascidos Vivos em Porto Alegre 2021 - 2022. Disponível em: https://pentaho-pmpa.procempa.com.br/pentaho/api/repos/%3Apublic%3ASMS%3AIndicadores%3AEventos%20Vitais%3Anascidos%20vivos.wcdf/generatedContent?ts=1583865946734. Acesso em: 01 de Março de 2022.

R7. Hospital Santa Catarina vai desativar maternidade: Serviços serão mantidos até 31 de outubro, período superior ao exigido pela legislação. **R7**, [*S. l.*], p. 1, 24 jul. 2014. Disponível em: https://noticias.r7.com/saude/hospital-santa-catarina-vai-desativar-maternidade-2906 2022. Acesso em: 19 dez. 2022.

RIQUINHO, Deise Lisboa e Correia, Sandra Gomes. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2006, v. 59, n. 3 [Acessado 12 Janeiro 2023], pp. 303-307. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000300010>. Epub 14 Abr 2008.

ROSSETTO, Maíra et al. Flores e espinhos na gestação: experiências durante a pandemia de COVID-19. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 42, e20200468, 2021. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000100484&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Junho 2022.

RUAS, Carla Alaíde Machado et al. Perfil e distribuição espacial da mortalidade materna. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 20, n. 2, p. 385-396, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000200385&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 mar. 2021.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA (Porto Alegre). Sobre a Santa Casa. **Santa Casa**, [*S. l.*], p. 1, 21 ago. 2018. Disponível em: https://www.santacasa.org.br/pagina/sobre-a-santa-casa. Acessado em: 22 mar. 2022.

SASS, N.; HWANG, S. M. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Diagn. Tratamento**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 133-137, 2009. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n4/a133-137.pdf. Acesso em 13 jan.. 2023.

SILVA, Ana Verônica Rodrigues, SIQUEIRA, Arnaldo Augusto Franco. Nascimento e cidadania: entre a norma e a política. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 29, n. 1, e190875. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190875>. Acesso em: 18 Junho 2022.

SIMÕES, A. D.; CARVALHO, B. C. U.; SILVA JÚNIOR, C. A. et al.. Epidemiological profile of types of delivery performed in Brazil: temporal, regional and factorial

analysis. **Research, Society and Development**, *[S. l.]*, v. 11, n. 7, p. e0211729678, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.29678. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29678. Acesso em: 13 jan. 2023.

SOUZA, Alex Sandro Rolland e Amorim, Melania Maria Ramos. Maternal mortality by COVID-19 in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. Suppl 1, p. 253-256, 2021.Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100014>. Acesso 16 Março 2022.

SOUZA, Alex Sandro Rolland et al. General aspects of the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. Suppl 1, p. 29-45, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100003>. Acesso em: 8 Junho 2022.

TOMÉ, Bruno. Prefeitura de Caxias e Hospital Pompéia entram em acordo e não há mais prazo para fechamento de maternidade. **Pioneiro GeraL**, [*S. l.*], p. 1, 22 ago. 2022. Disponível em: https://gauchazh.clicrbs.com.br/pioneiro/geral/noticia/2022/08/prefeitura-de-caxias-e-hospital-pompeia-entram-em-acordo-e-nao-ha-mais-prazo-para-fechamento-de-maternidade-cl756pwah001a017rfb6sdubv.html. Acesso em: 14 dez. 2022.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Junho 2020.

WAGNER, A.; SOARES, A. S.; RIBEIRO, E. A. W.; FRIESTINO, J. K. O.; LOVATTO, M. V. P.; FARIA, R. M.; WEISSHEIMER, W. A. Vulnerabilidades para gestantes e puérperas durante a pandemia da covid-19 no estado de Santa Catarina, Brasil . **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, *[S. l.]*, p. 398-406, 2020. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54630. Acesso em: 02 jun. 2022.

XAVIER, Rozania Bicego et al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Mar. 2021.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ADAMOLI, Angélica Nickel *et al*. **O uso de álcool e outras drogas em tempos de pandemia**. Porto Alegre: PUC-RS, 2020. Disponível em: https://www.pucrs.br/coronavirus/wp-content/uploads/sites/270/2020/08/2020_08_24-coronavirus-cartilhas-psicovida-o_uso_de_alcool_e_outras_drogas_em_tempos_de_pandemia.pdf. Acessado em 13 de Dezembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Gestação de Alto Risco** [recurso eletrônico]. – *versão preliminar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/

CESTARI, Virna Ribeiro et al. Vulnerabilidade em saúde, educação e liberdade: reflexão à luz de Hannah Arendt. Escola Anna Nery [online]. 2022, v. 26, e20210207. Epub 24 Set 2021. ISSN 2177-9465. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0207>. Acessado em 15 Dezembro 2021

FURLAN, Mara Cristina Ribeiro et al . Gravidez e infecção por Coronavírus: desfechos maternos, fetais e neonatais – Revisão sistemática. **Rev Cuid**, Bucaramanga, v. 11, n. 2, e1211, Agosto. 2020. Epub Nov 04, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000200407&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 18 June 2022. .

KROEFF, Locimara Ramos et al. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. Revista de Saúde Pública [online]. 2004, v. 38, n. 2, pp. 261-267.Epub 26 Abr 2004. ISSN 1518-8787. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000200016>. Acessado em: 15 Dezembro 2021.

MARIA, Ana. Mulheres ainda enfrentam desigualdade no acesso a empregos e educação. **Agência Envolverde Jornalismo**, [*S. l.*], p. 1, 9 mar. 2017. Disponível em: https://envolverde.com.br/mulheres-ainda-enfrentam-desigualdade-no-acesso-empregos-e-educacao/. Acesso em: 1 jun. 2022.

MUNIZ, Vânia. Mortalidade e letalidade materna por Covid-19 no Brasil. CEBES |Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, [*S. l.*], p. 1, 29 out. 2021. Disponível em: https://cebes.org.br/mortalidade-e-letalidade-materna-covid-19-brasil/26419/#:~:text=A%20RMM%20em%202020%20poderia,%2F2.916337*100%20mil). Acesso em: 4 maio 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Orientações para a aplicação de medidas de saúde pública não farmacológicas a grupos populacionais em situação de vulnerabilidade no contexto da COVID-19. Organização Pan-Americana da Saúde. , [*S. l.*], p. 1-60, 14 jan. 2021. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/phr-53194. Acesso em: 12 maio 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Um terço das mulheres grávidas com COVID-19 não consegue acessar cuidados intensivos que salvam vidas a tempo. **OPAS**, [*S. l.*], p. 1, 2 mar. 2022. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-um-terco-das-mulheres-gravidas-com-covid-19-nao-consegue-acessar-cuidados. Acesso em: 5 abr. 2022.

PARRA-GRANADOS, Lina María; MONDRAGON-DUARTE, Sergio Luis. La interrupción voluntaria del embarazo como derecho de acceso restringido en el marco de la COVID-19. **Opin. jurid.**, Medellín , v. 19, n. spe40, p. 49-66, Dez. 2020. Epub Sep 15, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-25302020000300049&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Junho 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Saúde lança página de monitoramento das emergências da Capital. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, [*S. l.*], p. 1, 19 ago. 2017. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=999192158&SAUDE+LANCA+PAGINA+DE+MONITORAMENTO+DAS+EMERGENCIAS+DA+CAPITAL. Acesso em: 1 jun. 2022.

RAMOS, Donatela Dourado e Lima, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100004>. Acessado 18 Junho 2022

ANEXOS

Tabela 9 - Total de nascimentos por local de ocorrência (Porto Alegre) em estabelecimentos hospitalares, segundo estado civil da mãe e ano, 2018-2020

Estado civil da mãe	2018	2019	2020	Total
Solteira	13756	13376	12752	39884 (49,6%)
Casada	8683	8230	7592	24505 (30,5%)
Viúva	29	36	26	91 (0,1%)
Separada judicialmente	469	436	401	1306 (1,6%)
União consensual	5054	4864	4582	14500 (18,0%)
Ignorado	37	35	57	129 (0,2%)
Total	28028	26977	25410	80415

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC/SUS), 2022

Tabela 10 - Total de nascimentos por local de ocorrência (Porto Alegre) em estabelecimentos hospitalares, segundo idade da mãe e ano, 2018-2020

Idade da Mãe	2018	2019	2020	Total
10 a 14 anos	95	76	73	244 (0,30%)
15 a 19 anos	2510	2286	1981	6777 (8,43%)
20 a 24 anos	5485	5211	5191	15887 (19,76%)
25 a 29 anos	5996	5911	5692	17599 (21,89%)
30 a 34 anos	6991	6711	6177	19879 (24,72%)
35 a 39 anos	5532	5330	4891	15753 (19,59%)
40 a 44 anos	1329	1353	1336	4018 (5,00%)
45 a 49 anos	81	92	65	238 (0,30%)
50 a 54 anos	6	6	4	16 (0,02%)
55 a 59 anos	3	1	-	4 (0,0%)
Total	28028	26977	25410	80415

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC/SUS), 2022

Tabela 11 - Nascimentos por local de ocorrência (Porto Alegre) em estabelecimentos do tipo Hospital por Ano do nascimento segundo Instrução da mãe

Anos de estudo	2018	2019	2020	Total
Nenhuma	33	27	19	79 (0,10%)
1 a 3 anos	222	169	138	529 (0,66%)
4 a 7 anos	3541	3130	2658	9329 (11,60%)
8 a 11 anos	14380	13898	13501	41779 (51,95%)
12 anos e mais	9840	9737	9072	28649 (35,63%)
Ignorado	12	16	22	50 (0,06%)
Total	28028	26977	25410	80415

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC/SUS), 2022