

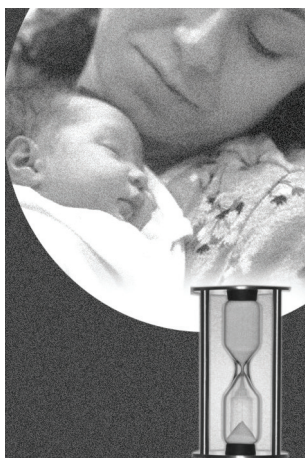
Morte materna: uma expressão da “questão social”*

Maternal death: an expression of the “social issue”

*Luzia Magalhães Cardoso***

*Mirian Moura Costantin Félix de Souza****

*Roberto Ubirajara Cavalcante Guimarães*****



Resumo: Este trabalho é resultado do estudo acerca dos determinantes sociais, econômicos e culturais da morte materna, realizado no período de julho de 2007 a dezembro de 2008. A metodologia utilizada foi a pesquisa-ação, por meio de análise documental, em prontuários da unidade de saúde, e de entrevista estruturada, com os familiares de mulheres que foram a óbito. Para a análise dos dados, utilizou-se a associação dos métodos quantitativo e qualitativo, e como método geral, a dialética. O resultado aponta para a relação da morte materna com as condições materiais de existência, resultantes de múltiplos fatores, entre os quais estão a falta de acesso ao SUS, o misticismo, a prática do aborto e o isolamento social.

Palavras-chave: Mulher. Maternidade. Morte materna. “Questão social.”

* Trata-se da análise dos determinantes da morte materna, parte do estudo acerca dos determinantes sociais, econômicos e culturais presentes nos casos de morte materna e morbidade obstétrica aguda grave (Moag) atendidos na unidade de saúde, local do estudo, no período de julho de 2007 a dezembro de 2008. O projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, sendo este o relatório parcial encaminhado ao mesmo. (Cardoso et al., 2008a, 2008b). Os dados que possibilitariam a identificação da instituição foram omitidos a fim de se preservar a identidade das mulheres e familiares envolvidos.

** Assistente Social do HGB/MS, mestre em Serviço Social pela PUC-RJ, professora do curso de Serviço Social do Centro Universitário Augusto Motta — Unisuam — Rio de Janeiro/RJ, Brasil. *E-mail:* luziamag@unisuam.edu.br.

*** Assistente social do HGB/MS — Rio de Janeiro/RJ, Brasil. *E-mail:* mmpinto2002@yahoo.com.br.

**** Médico obstetra, assistente da Divisão Médico Assistencial — DMA — HGB/MS, mestrando no curso de Saúde da Mulher e da Criança pela Fiocruz/IFF — Rio de Janeiro/RJ, Brasil. *E-mail:* rucguimaraes@yahoo.com.br.

Abstract: This article is the result of the study about the social, economic and cultural aspects related to maternal death, conducted from July 2007 to December 2008. The methodology used was action-research, through analysis of documents, records of the health unit, and a structured interview with relatives of the women who have died. For the analysis of the data, the association of quantitative and qualitative methods was used, and as a general method, dialectics was employed. The result points to the relationship between maternal death and the material conditions of existence, the result of several factors, among which are lack of access to SUS, mysticism, the practice of abortion and social isolation.

Keywords: Women. Motherhood. Maternal death. "Social issue."

1. Introdução

O interesse pelo estudo da morte materna (MM) surgiu a partir do trabalho de profissionais de saúde, em equipe interdisciplinar, no Serviço de Obstetrícia, em uma unidade pública de saúde situada no estado do Rio de Janeiro e inserida no SUS para atendimento de nível terciário e quaternário, referência no atendimento à maternidade de alto risco.

Trata-se da análise de quinze casos de óbitos maternos ocorridos na referida unidade de saúde, *locus* da pesquisa, durante o processo de hospitalização das mulheres, no período de julho de 2007 a dezembro de 2008.

No ano de 2007, houve dez casos de morte materna, dos quais todos os ocorridos no segundo semestre, início da pesquisa, foram incluídos no estudo. No ano de 2008, o número de morte materna na unidade foi de doze. Considerando-se todos os casos ocorridos na unidade, somam-se 22 mortes maternas, constatadas nos dois anos. Durante o período da pesquisa foram registrados quinze óbitos, ou seja, 68,2% do total de mortes maternas ocorridas na unidade.

Para a coleta de dados foram também levantadas informações nos prontuários do hospital, fontes documentais primárias, de forma a possibilitar a análise de 100% das mortes maternas ocorridas no período de julho de 2007 a dezembro de 2008. No recorte temporal da pesquisa do total de quinze óbitos registrados, os familiares de dois não se disponibilizaram para a entrevista.

Os dados foram tratados a partir da associação do método qualitativo e quantitativo, à luz do materialismo dialético, visando à compreensão do objeto a partir da relação e da conexão de seus múltiplos fatores (Gil, 1994).

O estudo da morte materna, apesar de ser fundamental, é ainda bastante difícil, visto tratar-se de situações que envolvem o grupo familiar e social, deixando-os

muito sensíveis, além do fato de informações acerca dos fatores de risco e das circunstâncias do processo de agravamento de morbidades se perderem com a morte daquela que seria a melhor informante. A entrevista com os familiares é bastante delicada, visto o sentimento de perda e a vivência do luto, levando muitas vezes à perda de informações, devido à forte emoção dos respondentes.

Trata-se de uma pesquisa-ação, visto que o processo de atendimento aos familiares das mulheres que evoluem para óbito, quando no período gravídico-puerperal, faz parte da rotina interprofissional do Serviço de Obstetrícia da unidade. Este trabalho visa entender os determinantes do óbito, avaliar a presença de situação de risco, reforçar a rede de socioproteção do núcleo familiar, propiciar apoio aos familiares e viabilizar a manutenção da criança que sobrevive em sua família de origem, encaminhando a oficialização da guarda. Ao mesmo tempo, os atendimentos fornecem embasamentos para a análise da morte materna, classificando-a como evitável ou não evitável e para a elaboração de relatório do Comitê de Morte Materna¹ da unidade de saúde, encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde.

Este artigo é parte da análise dos dados obtidos em pesquisa em equipe interdisciplinar realizada na instituição, que em sua totalidade objetiva a análise comparativa entre os fatores presentes nas morbidades obstétricas agudas graves e os das mortes maternas.²

Para esta apresentação, apresentamos primeiro o conceito de morte materna, em seguida fazemos uma breve análise acerca dos vocábulos mãe/pai e maternidade/paternidade, conforme os significados de três dicionaristas; por fim, apresentamos os resultados do estudo dos indicadores sociais, econômicos e culturais presentes na realidade das quinze mulheres atendidas na referida unidade de saúde e cujos óbitos foram classificados como morte materna.

2. A morte materna

Conforme o Ministério da Saúde (MS), a morte materna é definida como a morte de uma mulher durante o período gravídico-puerperal, compreendido a par-

1. Fazem parte do Comitê de Morte Materna da unidade um representante das seguintes categorias profissionais: médico obstetra, assistente social, psicólogo, enfermeiro, além da chefe de Serviço da Obstetrícia e da Coordenação do Setor.

2. O projeto de pesquisa e os relatórios estão arquivados no Centro de Estudos do Hospital.

tir da gestação até 42 dias após o nascimento do bebê, ou da interrupção da gestação. A morte materna não se relaciona ao tempo de duração da gestação e tampouco à localização do feto no útero durante a gravidez (Ministério da Saúde, 2002).

A morte materna pode ocorrer por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez. Pode ter como consequência algumas condutas tomadas em relação a ela, como a tentativa de provocar o aborto. Exclui-se da definição de morte materna aquelas provocadas por fatores acidentais ou incidentais (Ministério da Saúde, 2002).

Estudos sobre a morte materna apontam para a gravidade do problema ao revelarem os altos índices de mortalidade de mulheres no período gravídico-puerperal, principalmente em países periféricos³ como o Brasil (Ministério da Saúde, 2000, 2002, 2006 e 2007).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 1990, cerca de 585 mil mulheres morreram, em todo o mundo, por complicações relacionadas ao período gravídico-puerperal,⁴ sendo que destas somente 5% residiam nos países centrais.

Comparando os dados acerca da morte materna nos países do continente americano, essa disparidade entre os índices apresentados pelos países centrais e os dos países periféricos fica ainda mais acentuada quando analisados os seus determinantes. O Canadá e os Estados Unidos apresentaram valores inferiores a nove óbitos maternos para 100 mil nascidos vivos, ao mesmo tempo, países como Bolívia, Peru e Haiti chegam a apresentar duzentos óbitos maternos para 100 mil nascidos vivos. Verifica-se ainda que em toda América Latina ocorrem cerca de 28 mil mortes maternas por ano, sendo que, deste total, estima-se que 98% poderiam ter sido evitadas, caso as condições de vida e, conseqüentemente, de saúde fossem melhores (Ministério da Saúde, 2000).

Evidencia-se, a partir das informações anteriores, a relação da saúde com as condições materiais de vida e, portanto, a pertinência da definição de saúde presen-

3. Segundo Fernandes (2005, p. 261), a classificação das nações como países centrais e hegemônicos, ou como periféricos e heteronômicos, se faz conforme o seu papel no processo de “irradiação e difusão do capitalismo no mundo moderno”.

4. Deve-se adotar, para efeito deste estudo, a classificação do Ministério de Saúde, que define o ciclo gravídico-puerperal como o período compreendido entre o início da gestação até 42 dias após a sua finalização, que pode ser devido ao parto (a termo ou prematuro), ou devido à interrupção espontânea ou provocada da gestação.

te na Lei n. 8.080, de 1990. É nesse sentido que se entende que a maior parte das mortes maternas é evitável, tendo como critérios de evitabilidade os determinantes socioeconômicos e, portanto, o acesso a informação, bens e serviços. Contudo, esses determinantes ainda não foram suficientemente estudados, além da forte tendência das análises existentes, que priorizam indicadores econômicos e de nível de escolaridade. Determinantes relacionados ao acesso a serviços, à estrutura da comunidade, forma de vida, cultura e à visão de mundo da mulher são ainda pouco explorados nos estudos epidemiológicos sobre o assunto.

2.1 Morte materna e “questão social”⁵

Existem diferentes definições para o conceito “questão social”, e dependendo do referencial teórico utilizado, ele será entendido como sinônimo de “problemas sociais”, “disfunções sociais” e, quando definido à luz da teoria crítica marxista, poderá ser definido como a relação entre aqueles que vivem da venda da força de trabalho e aqueles que a compram, tratando-se da disputa pelo valor e pelo tempo do trabalho.

Não é por acaso, portanto, a época em que o conceito começa a ser utilizado, pois segundo Netto (2001, p. 42): “A expressão surge para dar conta do fenômeno mais evidente da história da Europa ocidental que experimentava os impactos da primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra no último quartel do século XVIII: trata-se do fenômeno do pauperismo.”

No século XIX, com as primeiras ondas de manifestação dos trabalhadores, resultando posteriormente em sua maior organização e disposição de luta, a “questão social” passou a ser vista como uma ameaça aos donos dos meios de produção, sendo tratada como caso de polícia e com instrumentos de coerção pelo Estado.

Somente no século XX é que a “questão social” se tornou objeto de um novo tratamento político, passando a exigir novas estratégias dos governantes e dos setores economicamente dominantes. As políticas sociais foram colocadas em prática, sendo, portanto, também resultantes desse embate. Nesse sentido, em algumas sociedades, e em determinados momentos históricos, as políticas sociais se tornaram

5. Segundo Netto (2001), existem diversas e diferentes compreensões e atribuições para a expressão “questão social” e, por esse motivo, como o autor, adotaremos as aspas por tratarmos aqui de apenas uma das formas de defini-la.

mais abrangentes, materializando-se por meio de um sistema de proteção social que objetivava atender às necessidades da população; já em outras sociedades, em diferente momento histórico e com outra conjuntura, foi construído um frágil sistema de proteção social, retirando do Estado o ônus e a responsabilidade pela sua estruturação e manutenção.

Apesar das mudanças ocorridas no mundo do trabalho, principalmente a partir de meados da década de 1970 e apesar das discussões acerca de haver uma “nova questão social” na atualidade, assim como Netto (2001) e Pastorini (2004), entendemos que a “questão social” permanece a mesma do início do processo de industrialização, existindo apenas novas expressões do mesmo e velho embate entre os principais atores do processo de produção capitalista. Surgem diferentes e novas expressões da velha “questão social”, agudizam-se antigas, contudo, mantém-se como seu principal determinante a concentração das riquezas socialmente produzidas, contribuindo para a desvalorização do trabalho e para a conseqüente não democratização de bens e serviços que poderiam assegurar uma melhor proteção social aos indivíduos e suas famílias.

Com relação à morte materna, nosso objeto de estudo, na atual conjuntura brasileira, se ela não vem sendo determinada pela “questão social”, podemos entender que está sendo agravada por essa velha tensão, visto a diferença dos índices de mortalidade materna entre os periféricos e os centrais, da mesma forma em que há diferenças entre o valor do trabalho e o acesso à rede de serviços, quando feita análise comparativa entre esses mesmos países. Também por esse motivo, entende-se que a mortalidade materna se apresenta como uma expressão da “questão social”, e seus índices são indicadores das condições materiais de existência de um país, bem como da qualidade de vida de sua população.

3. Mulher, mãe e maternidade: significados apresentados por alguns dicionaristas brasileiros⁶

A preocupação com os altos índices de morte materna é recente, mobilizando órgãos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e

6. As reflexões acerca dos vocábulos dos dicionaristas já se faziam presentes no primeiro relatório parcial da pesquisa, entregue ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em maio de 2008.

seus braços dirigidos à política de saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), apontando diretrizes e prazos para a sua redução aos países filiados, como o Brasil.

A fim de contribuir para o debate acerca dos motivos para a mobilização de organismos internacionais e nacionais para diminuir os índices de morte materna no mundo, bem como para compreender o papel da mulher na sociedade, elencamos alguns significados de três dicionaristas brasileiros acerca das palavras norteadoras dessa categoria analítica: mulher, mãe e maternidade. Para possibilitar uma melhor compreensão, apresentamos, em contraposição, os significados relacionados à outra parte indispensável ao momento da concepção: homem, pai e paternidade.

Os dicionários reúnem um conjunto de vocábulos e expressões de uso corrente na sociedade, apresentando tanto seu significado popular quanto erudito. Assim, as palavras e as expressões não têm um sentido único, mas uma variedade de aplicações e significados, muitas vezes contraditórios ao de sua origem.

Em seu estudo a respeito do preconceito contra a mulher, Azerêdo (2007), citando Vigotski (1999), informa a importância da palavra e de seus múltiplos significados, que podem adquirir diversas conotações, conforme a sua apropriação por diferentes grupos sociais e culturais. Assim, os significados de palavras muitas vezes diferem daqueles onde elas foram criadas. As palavras “mulher”, “mãe” e “maternidade”, bem como “homem”, “pai” e “paternidade” não fogem a essa tendência, razão pela qual se faz necessária a análise dos vocábulos apresentados por renomados dicionaristas brasileiros.

Elegemos três importantes dicionaristas da língua portuguesa: Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, Antônio Houaiss e Dermival Ribeiro Rios e, por meio de estudo comparativo, buscou-se compreender os significados divulgados dos vocábulos apresentados.

Segundo Ferreira (1979),

Mulher: do latim *muliere*. Pessoa do sexo feminino, após a puberdade. (p. 952. Grifos nossos)

Homem. Do latim *homine*. Qualquer indivíduo pertencente à espécie animal que apresenta maior grau de complexidade na escala evolutiva; o ser humano; a espécie humana; a humanidade; adolescente que atingiu a virilidade; marido ou amante. (p. 73; grifos nossos)

O significado de “mulher” se mantém na versão em miniatura mais recente, contudo, em Ferreira (2006) ocorrem mudanças na apresentação da palavra “homem”:

Homem. Qualquer indivíduo de uma espécie animal de mamíferos bípedes, simiiformes, mas com grande desenvolvimento cerebral, capacidade de fala e raciocínio; ser humano. A espécie humana; a humanidade. Ser humano do sexo masculino; varão. O homem sexualmente maduro, ou na idade adulta. (p. 454-455)

Em ambos os documentos do dicionarista, “mulher” é compreendida a partir da puberdade, da menstruação ou, ainda, a partir da autorização social e judicial para o ato sexual. Nesse sentido, bebês e crianças do sexo feminino não são percebidos como mulheres. É interessante notar a forma diferente como o mesmo dicionarista, na versão atualizada do dicionário, apresenta o significado da palavra “homem”: a partir de sua virilidade ou de sua capacidade para o ato sexual.

Como aponta Azerêdo (2007), a palavra é criada e adquire sua conotação inicial a partir da compreensão de seu criador. Considerando o processo sócio-histórico da formação da sociedade brasileira, compreende-se, num recorte de gênero, que a percepção do ser masculino pode estar também ligada a sua história de dominação.

Na compreensão de ambos os documentos de Ferreira (1979; 2006) e Rios (2001), “mulher” é compreendida como singular e “homem” como plural, ou seja, quando iniciado com letra maiúscula, “Homem” denota também a própria humanidade.

Ao analisarmos os mesmos vocábulos no dicionário organizado por Rios (2001), temos:

Mulher. (Não existe esse vocábulo no documento analisado.)

Homem. Animal racional pertencente à ordem dos mamíferos, dotado de inteligência e de linguagem articulada; a espécie humana, a humanidade; o ser humano; *aquela que tem coragem, valor, firmeza de ânimo, inteligência, prudência no agir*; o marido ou o amante. (p. 315; grifos nossos)

O documento consultado de Rios (2001) é classificado como um minidicionário, e por seu tamanho, tem maior facilidade de manuseio, possibilitando o seu transporte e a sua consulta por um grande número de pessoas, entre elas os estudantes. Apesar do fato, ao selecionar os vocábulos para a versão em miniatura, o

dicionarista descartou a palavra “mulher”, mas apresentou o significado da palavra “homem”. Nesse sentido, as pessoas que consultarem o dicionário, como por exemplo crianças e adolescentes, poderão contrapor a sua percepção de “homem” aos conceitos ali relacionados, mas a compreensão de “mulher” ficará determinada pela visão dominante de seu grupo social.

Com relação às palavras “mãe” e “pai”, “materno” e “paterno”, encontramos os significados elencados abaixo:

Em Ferreira (1979),

Mãe. Do latim *mater*. Mulher ou qualquer fêmea, que deu à luz a um ou mais filhos; pessoa muito boa, dedicada, desvelada; fonte, origem, berço; muito grande, *forte, intenso* (*Tomou um pileque mãe*). (p. 865; grifos nossos)

Pai. Do latim *pater*. Homem que deu ser a outro; homem que tem um ou mais filhos; genitor, progenitor, criador, fundador, instituidor, benfeitor, protetor. (p. 1017)

Materno. Do latim *maternu*. Relativo a, ou próprio de mãe; maternal; amor materno. (p. 898)

Paterno. (Não consta. Contudo há *paternal*.) De, ou próprio de pai; benévolo, benigno, complacente. (p. 1045)

Maternidade. (de materno + i + dade). Qualidade ou condição de mãe; laço de parentesco que une a mãe ao filho; estabelecimento de assistência para mulheres no último período de gravidez. (p. 898)

Paternidade. Do latim *paternitate*. Qualidade ou condição de pai; relação de parentesco que vincula o pai a seu(s) filho(s); tratamento que se dava a religiosos.

Na versão em miniatura não há alterações significativas nos vocábulos “mãe”, “materno” e “maternidade”, contudo, verificam-se algumas diferenças às apresentadas para “paterno”: “*Paterno.* Paternal. Relativo ao pai, ou ao país; pátrio” (Ferreira, 2006, p. 614).

Em Rios (2001),

Mãe. Mulher ou qualquer fêmea que deu à luz um ou dois filhos; causa, fonte, origem; mulher generosa, que dispensa (a outros) cuidados maternos. (p. 363)

Pai. (Não consta.)

Materno. Da mãe; próprio de mãe; diz-se de parentesco do lado da mãe; terno, afetuosos, carinho. (p. 372)

Paterno. (Não encontramos, mas *paternal.*) Próprio de pai; que age como pai. (p. 415)

Maternidade. Qualidade ou estado de mãe; estabelecimento hospitalar destinado a mulheres prestes a dar à luz. (p. 372)

Paternidade. Qualidade ou condição de pai; título que se dava aos religiosos; criação, autoria. (p. 415).

Há exceção no significado dos vocábulos em Houaiss e Franco (2004), pois não apresentam, no documento, apenas a compreensão dominante, incorporada pelas classes populares, mas apontam outras conotações, talvez incorporando também algumas próprias às reivindicações do movimento feminista e de segmentos sociais que visam estabelecer uma igualdade de direitos entre gêneros. Para esses dicionaristas,

Mulher. Ser humano do sexo feminino; esse ser na idade adulta; companheira conjugal; esposa. (p. 508)

Homem. Mamífero primata dotado de inteligência e de linguagem articulada; a humanidade; ser humano do sexo masculino, esse ser na idade adulta; indivíduo corajoso, viril; pessoa da confiança de alguém; marido, amante. (p. 391)

Mãe. Mulher ou fêmea que deu à luz a um ser; mulher ou fêmea que cria ou criou outro ser; o que dá origem a; fonte. (p. 469)

Pai. Homem que gerou outra pessoa; genitor; aquele que trata alguém com a dedicação de um genitor; [...] autor, criador; genealogia, linhagem. (p. 542)

Maternidade. Estado ou qualidade de mãe; hospital ou setor hospitalar destinado ao atendimento obstétrico. (p. 484)

Paternidade. Condição de pai; autoria intelectual de uma obra. (p. 554)

Materno. Próprio de mãe; por parte da mãe (parentesco); que foi aprendido na infância, no país em que nasceu. (p. 484)

Paterno. Relativo ao pai ou próprio dele; relativo ao país ou à pátria; pátrio. (p. 554)

Paternal. De ou próprio de pai; que demonstra bondade e compreensão. (p. 554; grifos nossos)

Apesar da exceção, os significados apresentados aos vocábulos “mãe” e “pai”, bem como aos seus derivados, apontam para uma compreensão que parece se relacionar ao juízo de valor, de forma que os vocábulos “mãe”, “materno” e “maternidade” estão relacionados ao amor, ao cuidado, à dedicação e à generosidade. Por outro lado, “pai”, “paterno” e “paternidade” é apresentado como aquele que cria,

que realiza algo, denotando também complacência e bondade para com aqueles que lhes estão subordinados.

Ao mesmo tempo, encontramos a palavra “mãe” associada à origem, à fonte, ao berço, ou seja, à criação como algo da natureza, independentemente da vontade, intenção ou da capacidade da mulher.

À palavra “pai” se atribui também a capacidade de criação, autoria e ao ato de fundar cidades e povoados. Percebe-se aqui que a ação criadora do homem é apresentada como aquela determinada pela sua intenção e consciência, realizada por meio de seu trabalho intelectual, além do uso de esforço físico. Percebe-se ainda, nos significados apresentados pelos dicionaristas, a relação de “homem” e “paternidade” com o ato de desbravar e de dominar. Assim, ao significado do vocábulo “mãe” imprimi-se a passividade e ao do “homem”, a atividade.

A análise dos documentos dos dicionaristas citados acerca dos vocábulos “mulher/homem”, “mãe/pai”, “maternidade/paternidade” aponta para a presença de uma marca histórica da sociedade brasileira que é a supremacia da visão masculina de mundo e que, talvez, esteja também influenciando o direcionamento da política de saúde da mulher e a percepção do corpo feminino.

Nesse sentido, a ação dos organismos nacionais e internacionais na prevenção da morte materna pode também estar norteada por essa concepção de “mãe”, “mulher” e “maternidade”, entendida como “fonte” e “berço” natural da humanidade, devendo, por isso, ser preservada.

4. Determinantes sociais, econômicos e culturais presentes em situações de morte materna ocorridas em uma unidade pública do estado do Rio de Janeiro

Analisou-se, por meio dos prontuários e de entrevistas com familiares, a morte de quinze mulheres que se encontravam no período gravídico-puerperal e que, nos meses de julho de 2007 a dezembro de 2008, foram atendidas pelos profissionais de saúde na unidade em que foi realizada a pesquisa. O estudo das situações de morte materna considerou os seguintes indicadores:

- *Indicadores sociais*: etnia, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, história de prostituição, uso de drogas, número de abortos anteriores.

- *Indicadores econômicos*: inserção no trabalho, renda familiar, local de residência, rede de apoio, origem de classe.⁷
- *Indicadores culturais*: tipo de família, história de violência intrafamiliar, contato com o mundo subterrâneo (prostituição, narcotráfico), vivência nas ruas, rede de apoio.

Dentre o total de óbitos do período, observou-se a prevalência das causas por septicemia (infecção generalizada) — 60% —, sendo que em 20% foi confirmada a provocação do abortamento pela própria mulher. Há possibilidade de o percentual de óbitos por aborto provocados ser ainda maior, visto a dificuldade de levantar essa informação por ser o aborto considerado crime em nosso país. Contudo, observa-se que as situações de abortamento contribuem tanto para os quadros de septicemia quanto para os de hemorragia, que são as duas principais causas de morte materna. Os demais 40% dos óbitos analisados tiveram como causas hemorragias, hipertensão e outras causas, com aproximadamente 13,3% cada um.

4.1 Perfil das mulheres analisadas

Prevaleram mortes maternas em mulheres com idade acima de 22 anos, totalizando 60% dos casos estudados, apesar de também ser importante o número de mortes maternas na faixa etária de 18 a 21 anos — 27%. Esse dado aponta para o fato de a morte materna ocorrer na fase adulta da mulher, bem como no período produtivo para o trabalho.

Com relação à cor,⁸ se somarmos o número informado de mulheres negras ao número das classificadas como mulatas, temos uma prevalência de, aproximadamente, 66,7% de mulheres afrodescendentes, 26,7% de brancas, e cerca de 6,6% sem informação.⁹

7. Para efeito de classificação, consideraremos como pobre e em situação de indigência a renda familiar *per capita* conforme os padrões delimitados pela Política Nacional de Assistência Social (MDS/SNAS, 2005).

8. Nas entrevistas feitas com os familiares, o quesito cor foi determinado pelos respondentes. Nos dados coletados nos prontuários, nem sempre essa informação se fazia presente, e quando havia, não há certeza acerca de se a cor da mulher internada foi determinada por ela própria, por seu acompanhante ou pelo profissional da instituição.

9. Nem sempre o dado cor é coletado no ato da internação hospitalar e, dependendo do nível de emoção dos familiares durante a entrevista, algumas informações ficaram prejudicadas.

Confirmou-se o perfil étnico e de classe para a incidência de morte materna, conforme as análises de Martins (2004), reafirmadas nas do Ministério da Saúde (2007, p. 22) sobre o “recorte étnico-racial [...] e a exclusão da população afrodescendente”.

O local de moradia das mulheres se relaciona ao fato de a unidade de saúde estar situada nas proximidades de três grandes rodovias de ligação intermunicipal da unidade da federação, fazendo com que seja uma unidade bastante requisitada nas situações de acidentes e de emergências, além do fato de ser uma referência no atendimento à gestação e ao parto de alto risco. Nesse sentido, explica-se o fato de 40% de mulheres que evoluíram para óbito terem vindo de outros municípios, embora da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro.

QUADRO 1 Municípios de origem

Municípios de origem	Rio de Janeiro	São João do Meriti	Duque de Caxias	Nova Iguaçu	Seropédica	Total
Morte materna	60%	20%	6,7%	6,7%	6,6%	100%

Morar em local sem os recursos necessários, como a existência de unidade de saúde nas proximidades da residência, leva a população a procurar, de porta em porta, por atendimento em alguma instituição que receba as mulheres em situação de gravidez de risco ou mesmo na iminência do parto.

Além da insuficiência de equipamentos e de sua má distribuição no estado, há uma grande inadequação no fluxo do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que, quando a mulher chega a uma unidade de saúde que não tem a estrutura necessária para o atendimento à gestação de risco, parece haver certa dificuldade no processo de referência, contrarreferência, transferência e viabilização de transporte (ambulância, UTI móvel) para a unidade de saúde com maternidade de alta complexidade. Toda essa fragilidade do SUS também se apresenta como um importante determinante para a morte materna.

Por outro lado, 60% das mulheres que evoluíram para óbito residiam no município do Rio de Janeiro, sendo que 33,33% nos bairros próximos ao hospital, situados na mesma área programática.

Residir nas proximidades de uma unidade de saúde que é referência em gestação e parto de alto risco certamente aumenta a possibilidade de assistência médi-

ca, quando necessária. Contudo outros determinantes contribuíram para a assistência médico-hospitalar tardia nos casos analisados, ou mesmo para o não acesso aos serviços de saúde. Entre os principais determinantes encontrados destaca-se a superlotação das instituições.

O nosso universo de estudo se restringiu às mulheres que tiveram acesso à assistência médico-hospitalar, tardiamente ou não. Nesse sentido, chama a atenção o fato de as mulheres que foram a óbito ser residentes em bairros próximos à unidade de saúde.

Além da fragilidade na estrutura e na distribuição de recursos do SUS, outros determinantes foram percebidos no processo de morte materna:

a) Em duas das mortes maternas houve a interrupção da gestação, provocada por práticas populares.¹⁰

b) Em uma das mortes maternas, foi-nos informado por meio da entrevista aos familiares, que as convulsões, o delírio e a alteração de comportamento da mulher foram entendidos como influência espiritual, sendo utilizados de banhos de ervas e rezas, antes de procurarem atendimento médico-hospitalar.

c) Nos outros três, embora não se tenha confirmado a utilização das práticas acima informadas, havia traços comuns entre as mulheres, como a gravidez não planejada, a frágil ou a falta de amparo familiar e o isolamento social.

Nota-se que o traço místico da população brasileira também se apresenta como determinante da morte materna, pois muitas vezes o misticismo leva a confundir delírios e convulsões, presentes também em quadros infecciosos graves, com casos de obsessão ou possessão espiritual, fazendo com que familiares e vizinhos recorram primeiro a orações e rezas para resolver a situação.

O medo de um possível julgamento e o receio de maus-tratos pelos profissionais de saúde, associados ao fato de o aborto ser considerado crime, concorrem também para a busca de soluções dentro da própria família e da comunidade, procurando-se, muitas vezes tardiamente, a assistência médico-hospitalar.

A presença de tais indicadores aponta para o pressuposto de a morte materna estar também relacionada à procura tardia de atendimento profissional, que pode ser resultante do desejo de tornar irreversível a interrupção da gestação.

10. Uso do medicamento Citotec por iniciativa própria ou indicada por conhecidos. Abortamento provocado por ação de pessoas curiosas.

4.2. Atividade laborativa

O quadro abaixo apresenta a inserção das mulheres analisadas em atividades laborativas, observando que um terço do total exercia algum tipo de trabalho remunerado, sendo que apenas duas mulheres tinham emprego no mercado oficial, e portanto, com direitos previdenciários garantidos, como a licença-maternidade.

QUADRO 2 Atividade laborativa

Atividade laborativa	Ativa	Não exercia	Sem informação	Total
Morte materna	33,33%	60%	6,67%	100%

Há que considerar o fato de haver uma migrante de outra unidade da federação, que estava no Rio de Janeiro havia pouco mais de três meses antes do óbito. Em sua cidade de origem, ela trabalhava como empregada doméstica, sem vínculo empregatício formalizado. Havia ainda uma outra mulher que vivia em situação de rua, provavelmente mendigando para sobreviver.

Das mulheres estudadas, uma foi adotada, ainda bebê, por uma família de classe média, com quem vivia até o momento da internação. Todavia sua origem era das camadas populares, sua mãe era empregada doméstica, residia na periferia, além do comprometimento da adicção. Talvez sua história de vida ajude a explicar o fato de essa mulher adolescente ter ficado exposta à situação de rua e prostituição, situação essa que, direta ou indiretamente, também contribuiu para o seu óbito.

Dentre o grupo analisado havia uma mulher, portadora de deficiência física, inserida no mercado oficial de trabalho como trocadora de uma empresa de transporte de passageiros, com direito à Previdência Social e à licença-maternidade. Sua gestação foi planejada, mas morava sozinha, com relação instável com o pai da criança. Assim, ela era a única responsável pelo próprio sustento. Provavelmente por esse motivo postergou a licença-maternidade, mantendo-se em atividade profissional no longo e cansativo trajeto diário do transporte coletivo onde trabalhava, além do longo percurso de casa para o trabalho. Residia em um município com características de zona rural, pertencente à região metropolitana do Rio de Janeiro e trabalhava no centro da capital do estado. Além da intensa jornada de trabalho, ao fato de ser portadora de deficiência física que causava uma deformação em sua coluna, de estar grávida e trabalhar sentada na mesma posição, verificou-se também

que essa mulher residia em um local com infraestrutura insuficiente para o atendimento às suas necessidades de saúde.

A inserção em atividades laborativas, remuneradas ou não, por parte da “classe-que-vive-do-trabalho”,¹¹ bem como a exposição à situação de rua podem também contribuir para a procura tardia de assistência médico-hospitalar ou ainda para certa tendência a negligenciar a própria saúde, visto que a luta pela sobrevivência muitas vezes leva à negação ou à naturalização das necessidades do corpo.

A jornada de trabalho, por vezes dupla, longa e exaustiva, associada com frequência à distância do trajeto entre o local do emprego e o de moradia são fatores presentes no processo de esgotamento físico e mental, bem como na prática da automedicação.

Nesse sentido, os cuidados preventivos, antes de ser um traço cultural, parecem estar relacionados tanto às condições de trabalho e ao acesso aos serviços de saúde quanto à possibilidade e à disponibilidade de tempo para a sua procura.

Segundo Dejours (1992), a falta ao trabalho por parte do empregado é muitas vezes associada à vagabundagem. Assim, a necessidade de tratar do corpo leva também ao receio de perder o emprego, de perder o dia de trabalho, fonte de renda da família, além da possibilidade da redução do valor do salário no período de afastamento por licença médica.

Com relação à renda, observa-se que metade das famílias analisadas vive em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda *per capita* inferior a um quarto do salário-mínimo.

Todos esses fatores analisados remetem à discussão acerca da “questão social” ou da disputa pelo valor e pelo tempo do trabalho, presente desde as origens do processo de organização da classe trabalhadora. Essa disputa, que na corrente teórica crítica, de influência marxista, constrói a definição do conceito “questão social”, determina também as condições materiais de vida dos diferentes segmentos que compõem a sociedade. Dessa forma, à medida que se diminui o poder aquisitivo daqueles que vivem do trabalho e aumenta o tempo do labor, fragiliza-se a rede de proteção social de uma grande parcela da população. Concomitantemente, novas

11. Antunes (2000) define como “classe-que-vive-do-trabalho” o conjunto de pessoas que depende do uso e da venda de sua força de trabalho para garantir a sobrevivência, seja no mercado oficial de trabalho, de forma autônoma, precarizada, subcontratada, quanto no mercado da clandestinidade.

expressões dessa “questão social” ameaçam a qualidade de vida, de saúde e de segurança de toda sociedade.

4.3 Rede de proteção social

A discussão acerca de rede de socioproteção tem tomado vulto com a estruturação do Sistema Único de Assistência Social (Suas). A expressão rede de proteção é também uma metáfora, pois remete à rede usada para conter acidentes, amparar quedas e, conseqüentemente, salvar vidas.

Apesar de o discurso governamental apontar a família como a principal instituição na estruturação e manutenção da rede de proteção social dos sujeitos, essa instituição — família — tem sofrido inúmeras mudanças durante o processo histórico, tanto no número de componentes e de gerações, quanto na inserção no mundo do trabalho dos principais provedores. Nesse sentido, a família está fragilizada e muitas vezes desamparada. Desta forma, sozinha não tem condições de garantir a sua reprodução e manutenção, tampouco a segurança de seus membros.

A fim de compreender a estrutura da rede de proteção social do grupo estudado e sua relação com a morte materna, considerou-se como pilares dessa rede a família, a comunidade, as relações sociais e as instituições.

4.3.1 Rede de proteção sociofamiliar

O estudo revelou a fragilidade dos relacionamentos conjugais das mulheres que foram a óbito. Umas com famílias desfeitas, em outras a mulher era a única provedora. Verificaram-se famílias reconstituídas, nem sempre configuradas no modelo da família nuclear burguesa (pai, mãe e filhos), mas determinadas também por laços de solidariedade.

Ao somarmos o número de mulheres casadas oficialmente com aquelas que residiam maritalmente, observou-se que 60% delas tinham vida conjugal.

QUADRO 3 Situação conjugal

Situação conjugal	Casada	Solteira	Convivência conjugal	Sem informação	Total
Morte materna	13,33%	46,67%	26,67%	13,33%	100%

Das classificadas como solteiras, uma residia sozinha e, de um relacionamento sexual fortuito, engravidou; outra vivia um relacionamento tenso com seu namorado, se drogando e fugindo da casa dos pais adotivos para a casa do namorado, quando também se prostituía; outra separou-se de um antigo companheiro, com quem residia maritalmente, ficando sozinha com os filhos, engravidou de um novo namorado, com relacionamento bastante tenso; outra tinha um namoro estável e morava com a mãe, sem a presença do pai; uma outra, migrante nordestina, veio para o Rio de Janeiro com três meses de gestação, deixando lá o ex-companheiro e seus outros filhos; outra vivia em situação de rua, mas chegou a residir com um companheiro com quem teve um filho; uma delas teve um relacionamento conjugal, com filho, mas o companheiro foi a óbito, vivia na casa da sogra e engravidou de outro rapaz com quem namorava.

Das mulheres classificadas como casadas, uma residia com o marido, com comprometimento de adicção (etilismo), com padrão de relacionamento muito tenso; uma outra vivia com o companheiro e filhos; e outra, casada, sem filhos, com a presença da família de origem (família extensa) que a acolheu durante o período próximo ao parto, devido à proximidade da residência ao hospital.

Verificaram-se ainda uniões não oficiais em 20% das mulheres, sendo que uma delas viveu maritalmente com o mesmo companheiro por sete anos.

Nota-se que em comum as mulheres tinham a frágil e tensa relação com o cônjuge, namorado ou companheiro.

4.3.1.1 História de violência

A violência intrafamiliar, seja ela na forma de agressão física perpetrada pelo atual ou antigo companheiro, namorado, por algum familiar, ou ainda na forma de abandono se fez presente nas situações analisadas.

QUADRO 4 Exposição à violência

Exposição à violência	Com história de exposição à violência	Sem história de exposição à violência	Sem informação	Total
Morte materna	40%	46,67%	13,33%	100%

Consideraram-se todos os episódios de situação de violência relatados no momento da entrevista e que tenham sido vivenciados pela mulher. Como a violên-

cia se manifesta de forma diferente, considerou-se também a violência psicológica e suas variações, como o abandono, a rejeição, além da violência na modalidade física e sexual. Em 20% dos casos das mortes analisadas houve o abandono do homem após a constatação da gravidez.

Na concepção ampliada de violência aqui adotada, 40% das mulheres vítimas de morte materna passaram por situação de violência, tanto intergênero, perpetrada pelo atual ou por um ex-companheiro ou namorado, quanto nas ruas. Do grupo de mulheres que estiveram em situação de violência, nossos dados apontam a prevalência na relação entre gênero, ocorrendo no núcleo familiar.

QUADRO 5 Relação da mulher com o suposto agressor

Relação do suposto agressor com a mulher	Ex-namorado ou ex-companheiro	Marido, companheiro ou namorado	Pais ou outros familiares	Estranhos (nas ruas)	Total
Morte materna	26,7%	6,7%	0	6,6%	40%

Em todos os casos, observou-se que as mulheres encontravam-se em situação de isolamento social, isto é, sem a referência de uma pessoa para prestar-lhe socorro ou com quem pudessem contar, pois, mesmo nos casos das que eram casadas e que viviam com filhos e marido, os informantes relataram que desconheciam contatos com amigos, bem como a presença de rede social, apontando ainda a falta de convivência com familiares.

4.3.2 Rede de proteção socioinstitucional

O estudo demonstrou a fragilidade da rede socioinstitucional dos núcleos familiares investigados. Apesar de se tratar de famílias das classes populares, do grupo entrevistado apenas uma mulher encontrava-se inserida em serviços e programas da política de assistência social. A baixa prevalência de inserção no Sistema Único de Assistência Social (Suas), no universo estudado, confirma o traço ainda excludente dessa Política Social, que pode indicar tanto a falta de conhecimento acerca dos programas e serviços ofertados quanto o predomínio de critérios pautados nos índices de indigência e de extrema pobreza, mantendo o viés histórico no

tratamento da pobreza no Brasil: de forma residual, focal e emergencial (Sposati et al., 1992; Yazbek, 1993; Sposati, 2004).

Ao mesmo tempo, apenas 23,07% das mulheres tiveram acesso à proteção social da Previdência Social, apesar do número de mulheres em exercício em atividades laborativas remuneradas. O trabalho precarizado, parcial, temporário, bem como aquele exercido no mercado informal, tem por natureza a não oficialização da relação trabalhista, possibilitando ao empregador a omissão da inscrição do trabalhador no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), além do não pagamento de outros tributos.

A expansão do trabalho precário, informal e subterrâneo¹² fragiliza ainda mais a proteção social da classe que vive do trabalho, principalmente após a reforma da Previdência Social, que mudou o critério de acesso: antes era por tempo de trabalho; atualmente é por tempo de contribuição. Os serviços e benefícios oferecidos pela Política de Previdência Social inserem apenas aqueles considerados contribuintes, segurados, ou seja, é uma proteção social na modalidade do seguro, dependendo de contribuição para o acesso.

Tendo em vista os direitos constitucionais presentes na Carta de 1988, em especial com referência à Seguridade Social, percebe-se, no universo analisado, que apesar de a falta de recursos da política de saúde levar ao que Mendes (1993) classificou como universalização excludente,¹³ a demanda e o precário acesso aos serviços oferecidos por essa política é bem superior às outras duas. No total de informantes, 62,23% estavam em acompanhamento médico em alguma unidade de saúde.

Se por um lado o fato de o estudo ter se realizado junto aos usuários do SUS explicar a prevalência dessa política social em relação à Previdência e à Assistência Social, não justifica o baixo percentual de inserção nestas duas últimas.

Conclusão

No grupo analisado, predominou a mulher afrodescendente, pobre, explorada em trabalho precarizado, em atividades subterrâneas (ilegais) e expostas a situações de violência.

12. Segundo Antunes (2000), trata-se do trabalho em atividades clandestinas e ilegais.

13. Mendes (1993) denominou de “universalização excludente” o processo histórico da estruturação do sistema de saúde brasileiro que, apesar de ter incorporado gradativamente todos os segmentos da população, ao não viabilizar equipamentos que atendessem à nova demanda, contribuiu para o processo de exclusão.

Verifica-se que sozinha e responsável pelo sustento da prole, a mulher afro-descendente, das camadas populares, não tem tempo nem possibilidade para se preocupar com o autocuidado, pois parece entender que seu corpo só tem sentido em atividade.

No cotidiano de trabalho e vida dessas mulheres, dores de cabeça, cólicas e outras queixas tendem a ser tratadas com automedicação, com chás, banhos de ervas e rezas, assim como a gravidez indesejada. Quando os métodos do local não provocam o aborto, procura-se uma curiosa ou um atendimento clandestino. Somente se o corpo tiver em risco de morte é que há a procura do hospital.

Observou-se que, empurrada para as periferias dos grandes centros urbanos ou para municípios distantes destes e sem infraestrutura, as mulheres aqui analisadas, que evoluíram para óbito, não tiveram uma assistência integral à saúde, devido tanto à inadequada e insuficiente distribuição dos recursos no Brasil, em particular no estado do Rio de Janeiro, quanto ao deficiente fluxo no sistema de referência e contrarreferência do SUS.

A procura tardia por assistência médico-hospitalar também se apresentou como um importante determinante da morte materna. Nesse sentido, a prevenção da morte materna ultrapassa a política de planejamento familiar e os programas de educação em saúde e de pré-natal.

A morte materna no Brasil é mais que uma questão de saúde. Trata também de uma expressão da “questão social”, que necessita ser resolvida no âmbito de outras políticas sociais, como a política de trabalho, renda, habitação, transporte, assistência social, previdência social entre outras, além das políticas de saúde e educação. Há a necessidade de inter-relação entre as políticas sociais, a fim de garantir o acesso da população aos bens e serviços socialmente produzidos, pois trata-se de uma questão de justiça social.

Trabalho, salário, cultura, religião, rede de proteção socioinstitucional, acesso à transporte, apoio familiar, bom padrão de relacionamento conjugal etc. são fatores que, quando presentes e acessíveis, contribuem para diminuir a ocorrência da morte materna. Contudo, a sua escassez e fragilidade, quando correlacionadas, podem aumentar a sua probabilidade.

Nesse sentido, a redução dos índices de morte materna necessita de uma abordagem que transcenda a percepção dominante de “homem”, “mulher” e “materno”, “paterno”, pois há necessidade de mudanças estruturais que possibilitem um redirecionamento das políticas sociais, visto que a saúde da população é a ex-

pressão das suas condições materiais de existência. Portanto, a prevenção da morte materna deve ser iniciada antes mesmo de a mulher engravidar.

Devido ao atual quadro e aos ainda altos índices de morte materna no Brasil, é preciso intervenção urgente por parte dos governantes nos determinantes da morte materna, bem como de maior consciência por parte de toda a sociedade.

Considerando as análises apresentadas, apontamos algumas sugestões consideradas aqui imprescindíveis a curto prazo para a redução dos índices de morte materna no Brasil:

1. melhor distribuição e equipação das unidades primárias de saúde;
2. maior eficácia e agilidade na referência e contrarreferência na relação entre as unidades de saúde de menor complexidade para as de maior complexidade;
3. disponibilidade de transporte para a transferência de uma unidade de saúde para a outra;
4. intensificação de campanhas sobre os riscos da automedicação e de práticas de abortos inseguros;
5. divulgação, junto às classes trabalhadoras e populares, dos quadros clínicos próprios às infecções agudas, alertando para a necessidade de assistência hospitalar urgente;
6. estudos aprofundados sobre os determinantes de gestações, partos prematuros e abortos em menores de dezoito anos;
7. promoção de campanhas sobre a responsabilidade do homem na concepção, durante a gestação, no sustento e na criação da prole;
8. universalização do acesso ao salário-maternidade, no valor que garanta as necessidades de alimentação, transporte, moradia etc. às mulheres que não estão cobertas pela Previdência Social, de forma a garantir a renda por todo o período de gestação até seis meses após o parto;
9. reavaliação do tempo de carência para as mulheres contribuintes da Previdência Social, a fim de garantir o acesso à licença-maternidade a todas as trabalhadoras até seis meses após o parto.

Há ainda a necessidade de revisão das legislações brasileiras no sentido de garantir a proteção da mulher no período de gestação, responsabilizando também o homem, seja ele o companheiro ou apenas aquele que contribuiu na concepção, na garantia de recursos necessários à proteção da mulher durante o período graví-

dico-puerperal. É preciso também buscar maior responsabilidade tanto da sociedade, do patronato, quanto do Estado, no processo de garantia de condições necessárias ao atendimento das necessidades da mulher no período de gravidez e puerpério.

Conclui-se que tanto os casos aqui analisados quanto aqueles presentes nas estatísticas oficiais apontam que no Brasil a morte materna se relaciona à etnia, à classe social e à estrutura da rede de proteção social.

A população afrodescendente ainda prevalece nos grupos sociais de menor poder econômico, naqueles que residem nas periferias e, portanto, com infraestrutura insuficiente, e que engrossam o grupo de pessoas que vivem do trabalho, mas que laboram em atividades informais e/ou em trabalho precário. Todos esses fatores contribuem para a fragilização da rede de proteção social, bem como para as dificuldades no acesso aos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, a morte materna se apresenta, na atualidade, como mais uma expressão da “questão social”. Assim, para ocorrer uma diminuição nos índices de morte materna parece haver a necessidade de mudanças na estrutura social e econômica do país, como também da intervenção em outros determinantes, além daqueles que se relacionam ao planejamento familiar e à eficácia dos recursos humanos e técnicos das unidades de saúde.

Artigo recebido em nov./2009 ■ Aprovado em mar./2010

Referências bibliográficas

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 7. ed. verificada e ampliada. São Paulo: Cortez; Campinas: Unicamp, 2000.

AZERÊDO, S. *Preconceito contra a “mulher”*: diferenças, poemas e corpos. São Paulo: Cortez, 2007.

CARDOSO, L. et al. *Projeto de pesquisa: determinantes sociais, econômicos e culturais da morbidade obstétrica aguda grave e da morte materna*. Rio de Janeiro, 2008a. (Mimeo.)

CARDOSO, L. et al. *Relatório parcial I: morte materna (análise dos óbitos ocorridos em 2007)*. Rio de Janeiro, maio 2008b. (Mimeo.)

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. ampl. Tradução de A. I. Paraguay e L. L. Ferreira. São Paulo: Cortez/Oboré, 1992.

FERNANDES, F. *A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. 5. ed. São Paulo: Globo, 2005.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1979.

_____. *Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa*. 6. ed. rev. e atual. Curitiba: Positivo, 2006.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

HOUAISS, M. S. V.; FRANCO, F. M. M. *Minidicionário Houaiss*. 2. ed. rev. e aument. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

MARTINS, A. L. *Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil* (trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu, MG, de 20 a 24 de setembro de 2004). Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_424.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2009.

MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei orgânica de saúde. Lei n. 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. *Manual de gestão de alto risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. *Comitês de mortalidade materna*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. *Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final*. Série C. Programas, projetos e relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Série C. Programas, Projetos e Relatórios. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

MDAS/SNAS. *Política Nacional de Assistência Social e Norma Operacional Básica NOB/SUAS*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da questão social. *Temporalis*, Brasília, n. 3, p. 41-50, 2001.

PASTORINI, A. *A categoria “questão social” em debate*. São Paulo: Cortez, 2004. (Questões de nossa época, v. 109.)

SPOSATI, A. et al. *Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. (Org.). *Proteção social de cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal*. São Paulo: Cortez, 2004.

RIOS, D. R. *Minidicionário escolar da língua portuguesa*. São Paulo: DCL, 2001.

YAZBEK, M. C. *Classes subalternas e assistência social*. São Paulo: Cortez, 1993.