



Artigos originais

Mortalidade materna: como o descaso com a saúde da mulher impede a igualdade de gênero

Maternal mortality: how the neglect with women's health prevents the gender equality

Letícia Magalhães Pereira¹

¹ Licenciada em História pela Universidade de Franca, Pós-Graduada em Comunicação e Jornalismo pelo Centro Universitário de Araraquara, Especialista em Comunicação e Marketing em Mídias Digitais pela PUC Minas.

Resumo: RESUMO

O índice de mortalidade materna, além de ser um importante indicador socioeconômico, demonstra como um país avança na questão da igualdade de gênero. No Brasil tal índice é muito acima do recomendado pela OMS e, analisando dados e casos, fica claro que a maioria das mortes poderia ser evitada. As mulheres são vistas como seres mais frágeis e incapazes em diversas situações de preconceito. No entanto, em um momento de real fragilidade e cuidado com relação à saúde, elas nem sempre são atendidas de maneira adequada.

Palavras-chave: Mortalidade Materna. Indicadores de desenvolvimento. Saúde e Desigualdade. Saúde da mulher.

Abstract: The maternal mortality index, besides being an important social and economic indicator, shows how a country advances in the gender equality subject. In Brazil this index is much higher than the recommended by the WHO and, analyzing data and cases, it gets clear that the majority of deaths could be avoided. Women are seen like more fragile and incapable beings in many prejudice situations. Nevertheless, in a moment of real fragility and care related to health, they are not always treated in an adequate manner.

Keywords: Maternal Mortality. Development indicators. Health and Inequality. Women's Health.

1. Introdução

Em março de 2003, a edição 521 da Revista Época trouxe como reportagem de capa a trajetória de Maria de Lourdes Ribeiro da Silva, primeira esposa do então presidente Luís Inácio "Lula" da Silva. Em 1971, aos 22 anos, ela faleceu depois de dar à luz, aos 7 meses de gestação, um menino que também não resistiu ao parto. Nas páginas seguintes, a reportagem destrincha um problema de saúde pública muitas vezes esquecido: a mortalidade materna. Problema que atinge e abala centenas de famílias anualmente, que impede o avanço do Brasil nos rankings mundiais de desenvolvimento e, principalmente, problema que pode ser facilmente erradicado.

Ancorado e estimulado pela reportagem, este trabalho pretende discutir a gravidade da questão, as consequências individuais e nacionais do alto índice de mortes maternas, propostas simples e eficazes para diminuir os casos e como essa diminuição poderá afetar a todos, não apenas pela melhora da qualidade de vida, mas também pelo avanço do Brasil nos indicadores sociais, colocando-o, finalmente, em posição de destaque em todo o mundo.

2. A Definição E A Gravidade Do Problema

Segundo conceito definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), mortalidade materna é a morte da mulher durante a gestação, o parto ou nos 42 dias que se seguem ao fim da gestação (período chamado de puerpério), podendo este fim ser causado por parto ou aborto. Toda *causa mortis* não-acidental relacionada ou agravada pela gravidez entra nessa estatística. O índice é comumente expresso por mortes a cada 100000 (cem mil) nascidos vivos. A taxa mínima aceitável é de 16 mortes por 100 mil. No Brasil, apesar das informações não serem totalmente confiáveis, ela fica em torno de 75 por 100 mil. Até 98% dos óbitos poderiam ser evitados, configurando tais casos como crimes. Crimes que devem ser julgados. Como o caso que levou o Brasil a responder às acusações de descaso com a saúde da gestante frente ao *Committee on the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* (CEDAW) em 2008.¹

A redução da mortalidade materna é uma das oito metas do milênio firmada por diversos países, entre eles o Brasil. Em nossa nação, a expectativa é reduzir a taxa para 35 falecimentos a cada 100 mil nascimentos. Uma tarefa bastante complicada, visto que a própria estatística tende a ser superior ao dado informado, pois este se baseia em relatórios médicos, que nem sempre são corretamente preenchidos. Muitos atestados de óbito informam a *causa mortis* sem mencionar que a paciente estava grávida quando faleceu.

Muito mais do que um descaso ou falta de informação da paciente, a mortalidade materna é um problema de proporções nacionais e de interesse governamental. As mortes acontecem em todas as regiões, todas as faixas etárias e classes sociais. Pesquisas mostram que 90% das mulheres fazem pré-natal, porém nem todas têm atendimento adequado em uma emergência.

Além de ser um problema de saúde pública, é uma tragédia familiar. Uma família sem mãe perde a unidade, principalmente se a morte da matriarca vem em um momento de chegada ou preparação para a vinda de um recém-nascido. Quando o bebê sobrevive à morte materna, ele passa a ter risco de 3 a 10 vezes maior de falecer antes de completar dois anos de idade, engrossando a estatística da mortalidade infantil.² Tendo de sustentar financeiramente e criar os filhos sobreviventes, os pais e avós se desdobram e têm ainda de suprir a falta afetiva da mãe. Muitas vezes os filhos acabam sob a guarda de parentes não muito próximos, havendo muitos casos de irmãos separados após a morte da mãe.

Mesmo quando o pior é evitado, algumas sequelas abomináveis permanecem. Estima-se que para cada morte materna outras 16 mulheres sofram as consequências do atendimento precário, ficando estéreis ou adquirindo trombose, que pode levar, em último caso, à amputação das pernas.

3. Análise Da Mortalidade Materna Como Indicador Socioeconômico E Métodos De Medição

Na década de 1980 o número de óbitos de mulheres durante a gravidez, parto ou logo após dar à luz começou a ser contabilizado e padronizado para que servisse como indicador das condições de saúde de uma nação. Mais do que isso, hoje podemos afirmar que tal índice é também indicador da condição da mulher em uma determinada sociedade.

Durante boa parte da história da humanidade, a morte materna foi bastante comum. A tecnologia que permite diagnosticar problemas e doenças que podem ser fatais para mulheres grávidas é recente e ainda não está acessível a todas. Assim, não era possível sequer observar a quantidade de fetos ou a posição destes para o nascimento.

¹ **Case of maternal morbidity in Brazil goes before the CEDAW committee.** Disponível em: <http://www.thefreelibrary.com/Case+of+maternal+morbidity+in+Brazil+goes+before+the+CEDAW+committee.-a0198415431> <Acesso em: 10 ago. 2011>

² **Encarte Cunhary Informa.** N. 56. Abril / Junho de 2004. Disponível em: <http://www.redemulher.org.br/encarte56.html> <Acesso em: 22 ago. 2011>

A prática da operação cesariana também é moderna. Durante muitos séculos ela só foi executada após a morte da parturiente, com o intuito de salvar a vida do bebê. A primeira cesariana em que mãe e filho sobreviveram ocorreu em 1500.³ No entanto, ela só se tornaria operação de rotina a partir do século XX, salvando muitas vidas quando bem feita.

Várias são as formas de se obter o índice de mortalidade materna. A mais utilizada, mesmo que cheia de falhas, é a coleta de dados no registro civil. Por causa do sub-registro e do preenchimento pouco minucioso dos atestados de óbito, algumas formas alternativas de mensuração foram propostas e aplicadas com relativo sucesso.

Uma delas é o chamado "método das irmãs". Ele consiste na entrevista de pessoas maiores de 15 anos que deverão apontar quantas irmãs morreram em idade fértil e, destas, quantas faleceram em decorrência de gravidez ou parto.⁴ Uma grande vantagem desse método é a necessidade de uma pequena amostra para realizar a estimativa. A grande desvantagem, segundo a UNICEF, é obter um registro do passado, por usar dados de, no mínimo, 10 anos antes da entrevista. (WHO / UNICEF, 1996).

Outra proposta, esta mais eficiente, é o inquérito de mortalidade, também conhecido como RAMOS (*Reproductive Age Mortality Survey*, ou Pesquisa de Mortalidade em Idade Reprodutiva). As mortes são pesquisadas no registro civil, em hospitais, cemitérios e entre a população. De posse dessas informações, seguem-se entrevistas com médicos e familiares das vítimas para conhecer melhor o caso e descobrir se ele pode ser enquadrado na definição de mortalidade materna.⁵ Apesar de ser mais completo e confiável tal método é de execução demorada e dificilmente poderia ser aplicado em um país de dimensões continentais como o Brasil.

Desde 1995, o Ministério da Saúde incluiu uma opção na Declaração de Óbito: para as mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos), o médico deve assinalar se ela estava grávida no momento da morte ou se esteve grávida nos doze meses que antecederam a morte, dando, assim, um dado mais preciso para calcular a mortalidade materna. Apesar disso, a opção "ignorado" é assinalada em mais de 80% dos casos. Observe abaixo um exemplo do quadro a ser preenchido.

Quadro 1. Modelo de questionário de atestados de óbito criado pelo Ministério da Saúde em 1995

Óbitos em Mulheres

43 A morte ocorreu durante a gravidez, o parto ou aborto?

1-SIM

2-NÃO

3-IGNORADO

44 A morte ocorreu durante o puerpério?

1-SIM até 42 dias

2-SIM de 43 dias a 1 ano

³ REZENDE, Joffre M. de. **A primeira operação cesariana**. Disponível em: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/cesariana.htm> Acesso em: <13 jul. 2011>

⁴ GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. JORGE, Maria Helena Prado de Melo. LAURENTI, Ruy. **Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1561.pdf> <Acesso em: 28 jul. 2011>

⁵ GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. JORGE, Maria Helena Prado de Melo. LAURENTI, Ruy. **Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1561.pdf> <Acesso em: 28 jul. 2011>

3-NÃO

4-IGNORADO

4. O Caso Alyne E O Brasil No Banco Dos Réus

Entre as várias mortes maternas anuais no Brasil, uma despertou atenção internacional. Foi o caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira. Aos 28 anos, a jovem afrodescendente estava com 6 meses de sua segunda gestação. Sentindo-se mal, no dia 13 de novembro de 2002 procurou atendimento em uma clínica, onde descobriu que seu bebê estava morto. O parto foi induzido. Não bastasse a dor psicológica de perder sua filha, Alyne continuou sentindo dores físicas. Sofria de uma grave hemorragia digestiva que os médicos não conseguiam controlar. Ela teve de ser transferida. Iniciou-se uma odisseia em busca de uma vaga em hospital, onde pudesse receber atendimento adequado. Quando finalmente seu marido conseguiu um leito, era tarde demais.⁶

Em 2007 o caso foi mandado para análise e julgamento no Comitê da ONU para Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (CEDAW). Após quatro anos de trâmites, no dia 17 de agosto de 2011 saiu a decisão: o Brasil terá de pagar uma indenização à família de Alyne.⁷ Mesmo assim, qualquer valor será pouco frente à desestruturação causada por essa perda.

5. Brasil: Um Panorama

Mesmo com dados pouco confiáveis que mostram uma realidade mais positiva do que realmente observado, o Brasil ainda se encontra, pelos dados oficiais, na categoria de taxa de mortalidade materna alta (entre 50 e 149).

As principais causas são bastante típicas de regiões menos desenvolvidas, pois são relativamente simples de se controlar. São elas: doenças infecciosas, hipertensivas e hemorrágicas. Nos países mais desenvolvidos, onde a taxa é baixa (menor que 20), as causas principais são mais complexas. Pesquisa realizada em 2007 mostra que a eclâmpsia, hipertensão durante a gravidez, é responsável por 23% das mortes. Em seguida vem a septicemia, infecção generalizada, causa de 10% dos óbitos, perto dos 8% que têm como causa a hemorragia.⁸ Ambas são controláveis quando a gestante tem atendimento adequado.

Ao contrário do que se pode supor, o pré-natal é realidade para a maioria das mulheres grávidas brasileiras. Cerca de 90% delas submetem-se às consultas mensais e porcentagem semelhante têm o parto assistido por equipe obstétrica. No entanto, mais uma vez o descaso faz vítimas. Muitos médicos apenas diagnosticam e anotam doenças que podem agravar um parto difícil. Outras vezes, é complicado encaminhar a gestante a um médico especialista (um cardiologista em caso de hipertensão, por exemplo), principalmente se a paciente é de baixa renda. Outro fantasma que assombra as mulheres de baixa renda é não saber onde vão dar à luz. Como nem sempre têm condições de agendar ou pagar uma cesariana, o que é bastante comum nas classes mais abastadas, a mulher deixa para procurar atendimento quando as contrações já estão fortes e constantes. Às vezes, passam por vários hospitais até conseguirem uma vaga, quando conseguem. Finalmente, não há a possibilidade da equipe que realizou o pré-

⁶ BRUM, Eliane. Bodas de Chumbo. SEGATTO, Cristiane. A falta que ela faz. **Revista Época**. Rio de Janeiro, n. 521, p. 10 de mar. 2003. Disponível em: http://epoca.globo.com/edic/524/mortalidade_materna.pdf <Acesso em: 30 jun. 2011>

⁷ **Comitê da ONU para Eliminação da Discriminação contra Mulheres (CEDAW) condena o Brasil por violar direitos humanos de grávidas**. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/comite-da-onu-para-eliminacao-da-discriminacao-contra-mulheres-cedaw-condena-o-brasil-por-violar-direitos-humanos-de-gravidas/> <Acesso em: 01 set. 2011>

⁸ TANAKA, Ana Cristina D'Andreatta. **Dossiê Mortalidade Materna**. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EA%20Mortalidade%20Materna.pdf> <Acesso em: 20 ago. 2011>

natal passar as informações para a equipe que fará o parto, de modo que as doenças pré-existentes e as gestações de risco não terão atenção especial se não forem informadas.

Quadro 2- Razão de mortalidade materna no Brasil e regiões, ano de 2003.

Região	Óbitos maternos*	Nascidos vivos**	RMM***
Brasil	1.572	3.038.251	51,7
Norte	177	311.335	56,9
Nordeste	584	930.145	62,8
Sudeste	492	1.181.131	41,7
Sul	200	389.675	51,3
Centro-oeste	119	225.965	52,7

* Desde que possível a informação de gravidez, no momento da morte ou até 42 dias antes do óbito.

**Exceto os ignorados.

*** Dados tabulados pelo SIM/Sinasc no mês de julho de 2005.

Fonte: SIM e Sinasc/SVS/MS. Sem fator correção.

Observando os dados regionais, fica claro o peso econômico. A região Nordeste, bastante povoada e marcada pelas desigualdades sociais, apresenta o maior índice. Outra região notável pela discrepância do nível social de seus habitantes, surpreendentemente, não apresenta índice tão alto. De fato, apesar das dificuldades de acesso ao atendimento médico na região Norte, deve-se lembrar de que se trata da região menos populosa. Mais uma vez, recordemo-nos que existe grande deficiência nos próprios registros de partos e óbitos nessa região bastante desassistida pelo sistema de saúde.

Uma razão de extrema importância para a mortalidade materna é o aborto. Segundo as leis brasileiras, a interrupção da gravidez só é permitida em casos de violência sexual ou riscos à saúde da mulher (Artigo 128, I e II do Código Penal). Entretanto, milhares de abortos são praticados anualmente em condições insalubres. Muitas adolescentes de baixa renda procuram clínicas clandestinas ou decidem elas mesmas colocar fim a uma gestação não planejada. A estimativa é que morrem 250 mulheres anualmente por complicações do processo abortivo. Das que sobrevivem, até 1/3 tem complicações que as levam à internação. Mais uma vez, pode haver subinformação: poucas mulheres admitem que a complicação foi causada por um aborto mal-feito.⁹

O que normalmente é visto como uma boa solução para as classes média e alta pode ser fator de risco para gestações futuras: a cesariana. Como citado anteriormente, o surgimento da operação foi de fundamental importância para diminuir os índices de mortalidade materna, sendo utilíssima em casos que realmente necessitam da cirurgia, diminuindo o sofrimento da mãe e do bebê. Em nosso país, infelizmente, não temos nenhuma pesquisa que relacione a via de parto com a mortalidade materna. Algumas pesquisas feitas por amostragem revelam que o risco de óbito é de 2 a 3 vezes maior nas mulheres que se submetem a uma cesariana. Vale ressaltar que as que optam por esse tipo de parto normalmente já tiveram outro(s) filho(s) por esse meio, tornando-se mais suscetíveis a hemorragias, ou já têm saúde frágil que impede um parto normal.¹⁰ É necessário lembrar-se também de que se trata de um procedimento hospitalar, e nem todos os hospitais têm equipe médica ou higiene adequadas, resultando em complicações e mortes

6. Retratos Do Subdesenvolvimento

⁹ Instituto de Medicina Social. **Magnitude do Aborto: uma análise dos resultados de pesquisa.** Disponível em: http://www.ccr.org.br/uploads/eventos/mag_aborto.pdf Acesso em: 02 set. 2011

¹⁰ TANAKA, Ana Cristina D'Andreatta. **Dossiê Mortalidade Materna.** Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAAs/Dossi%EA%20Mortalidade%20Materna.pdf> Acesso em: 20 ago. 2011

Apesar de estar entre as 10 maiores economias do planeta, o Brasil ainda perde para outras potências nos indicadores socioeconômicos. Estes revelam as profundas disparidades de classes e gêneros em nosso país, aproximando-o de outras nações economicamente mais fracas.

Ainda prevalecem diferenças salariais entre homens e mulheres, além de pequena participação delas nos altos cargos empresariais e políticos, mesmo sendo uma mulher a presidente da nação. Outros pontos negativos são a falta de uma legislação eficiente capaz de coibir e punir a violência contra as mulheres e o acesso à saúde, onde entra o elevado índice de mortalidade materna. A única área em que a situação da mulher é mais favorável é a educação, uma vez que as taxas de alfabetização são maiores entre mulheres e há mais indivíduos do sexo feminino matriculados em cursos de ensino superior.

Em pesquisa divulgada no ano de 2009 pelo Fórum Econômico Mundial sobre desigualdade global de gênero, o Brasil ocupava a 82ª posição num *ranking* de 134 países. No topo da lista encontram-se países nórdicos: Islândia, Finlândia e Noruega respectivamente em primeiro, segundo e terceiro lugares. A situação passa a ser preocupante quando observamos que o Brasil está muito atrás de outros países da América Latina com economia mais frágil, como Trinidad e Tobago (19º), Barbados (21º), Equador (23º) e Paraguai (66º), que estava na centésima posição no ano anterior. Até mesmo alguns países africanos ficaram à frente do Brasil, a exemplo de Tanzânia (73º) e Gana (81º).

Mais uma vez a mortalidade materna pesa para puxar-nos de volta para o subdesenvolvimento. Não é apenas nessa pesquisa que o índice alto prejudica o país. Ele também entra nos fatores qualitativos de medição do IDH, por exemplo. Apesar de ter ocorrido uma queda de 58% no índice de mortalidade materna brasileiro, ainda há muito que ser feito.

7. Programas E Políticas Públicas De Prevenção E Combate À Mortalidade Materna

Desde 1987, com a Conferência Internacional sobre Maternidade Segura realizada no Quênia, a questão da diminuição da mortalidade materna vem sendo pensada em escala mundial. A pressão sobre o tema cresceu com outras convenções e atingiu o ápice com o estabelecimento dos objetivos do milênio em 2000. Diminuir os índices de mortalidade materna pela metade até 2015 é uma meta implícita no quinto objetivo.

Em maio de 1998 o Ministério da Saúde lançou uma portaria que visava diminuir a porcentagem de cesarianas no total de partos realizados, visando também a queda das complicações causadas por essa via de parto. Em 2007, o pré-natal e o parto passaram a ser obrigatoriamente vinculados em um mesmo ambiente. No ano de 2009, ficou decidido que os óbitos maternos devem ser informados e investigados pelo serviço de saúde mais rapidamente que as outras mortes.

Uma boa iniciativa que vem mostrando resultado é a Rede Cegonha, programa que atende a mulher desde o início da gestação até os dois anos de idade do filho, auxiliando, inclusive, no transporte e mobilidade da gestante nas consultas e na hora do parto. Ele foi lançado oficialmente em 28 de março de 2011 e, mesmo abrangendo todo o território, o foco será as regiões de índices de mortalidade mais alta, o Nordeste e a Amazônia.¹¹ Cabe a cada município aderir à rede. Entre os serviços oferecidos, estão testes rápidos para diagnosticar sífilis, AIDS e confirmar a gravidez; consultas odontológicas; venda de kits para parteiras profissionais; programas de promoção do aleitamento e planejamento familiar e consultas com especialistas para gestantes de alto risco.

Na escala estadual, há outras propostas em andamento. No estado do Rio de Janeiro, existe o programa Cegonha Carioca que, além de oferecer assistência semelhante à Rede Cegonha, ainda fornece um enxoval para cada bebê. De forma semelhante funciona também o programa Mães de Minas, lançado recentemente, que pretende investir 24 milhões de reais até o fim do ano na construção de leitos hospitalares e centros de apoio, batizados de Centros Viva

¹¹ **Saiba tudo sobre a Rede Cegonha.** Disponível em: <http://www.blogdasaude.com.br/saude-social/2011/03/28/saiba-tudo-sobre-a-rede-cegonha/> Acesso em: 01 set. 2011

Vida.¹² O Ceará, por sua vez, foi um dos estados de maior queda no índice de mortalidade materna, graças ao projeto Casa da Gestante, de acompanhamento em tempo integral, e ao atendimento adequado em hospitais e maternidades especializados em casos de alto risco.¹³

Com relação à preparação de equipe médica capacitada, as mudanças devem ocorrer dentro do ensino superior. As faculdades de medicina e enfermagem devem treinar fortemente os estudantes da área de obstetrícia para agirem em situações de emergência. Os hospitais devem estar sempre preparados: além da equipe médica, bancos de sangue são imprescindíveis para evitar óbitos por hemorragia.

Outra proposta é rever as leis referentes ao aborto. O caráter altamente punitivo dessas leis faz com que muitas mulheres optem por métodos ilegais e insalubres, resultando em sequelas graves e a própria desinformação de casos de mortalidade materna.

São soluções cuja implantação necessita de altos investimentos. Investimento que trará melhoras em diversas áreas. Na saúde, obviamente, a mulher terá seus direitos assegurados com o atendimento de qualidade. Nas estatísticas a melhora do índice de mortalidade materna fará o Brasil avançar em *rankings* mundiais, melhorando a imagem do país no exterior. Na sociedade, teremos menos famílias disfuncionais e mais crianças recebendo a atenção e o carinho das mães, melhorando, inclusive, o nível educacional. A igualdade de gênero finalmente poderá ser pensada e buscada. É um problema de todos que, quando resolvido, trará benefícios para toda a sociedade.

8. Resultados

A mortalidade materna continua sendo um pesadelo para o Brasil, apesar dos diversos esforços de ONGs que buscam dar assistência à gestante e mãe de recém-nascido. O índice de mortalidade materna pode ser considerado alto, embora não seja confiável, pois a subinformação nos registros de óbitos impede que apontemos uma estatística precisa. Vez ou outra um caso pontual ganha destaque na mídia nacional e internacional, lembrando as desigualdades de acesso a cuidados especiais em caso de emergência, parto ou aborto.

As medições e estatísticas são o ponto fundamental para mensurar e compreender o problema, com todas as nuances que aparecem de acordo com a região estudada. Apenas considerando-as com seriedade, na coleta e análise dos dados, podem ser implementadas as políticas para diminuir a mortalidade materna e a desigualdade de gênero, ainda muito alta para um país em franco desenvolvimento.

¹² Varginha Online. Disponível **Programa Mães de Minas acompanha cotidiano de gestantes para reduzir mortalidade infantil e materna.** em: http://www.varginhaonline.com.br/noticias/exibe_noticia.asp?ID=167772 Acesso em: 31 ago. 2011

¹³ Jangadeiro Online. **Projetos nos hospitais ajudam a reduzir a mortalidade materna.** Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=BRuXpt8Wlj4&feature=related> Acesso em: 10 set. 2011

9. Referências Bibliográficas

1. Agência Senado. **Mortalidade materna é violação grave dos direitos Humanos, diz Ângela Portela.** Disponível em: <http://correiodobrasil.com.br/mortalidade-materna-e-violacao-grave-dos-direitos-humanos-diz-angela-portela%C2%A0/247038/> <Acesso em: 19 jul. 2011>
2. BOYACIYAN, Krikor. **A mortalidade materna no Brasil.** Disponível em: <http://latina.obgyn.net/portugues/default.asp?page=/portugues/articles/mortalidad> <Acesso em: 04 ago. 2011>
3. BRUM, Eliane. Bodas de Chumbo. SEGATTO, Cristiane. **A falta que ela faz.** Revista Época. Rio de Janeiro, n. 521, p. 10 de mar. 2003. Disponível em: http://epoca.globo.com/edic/524/mortalidade_materna.pdf <Acesso em: 30 jun. 2011>
4. BRUM, Eliane. SEGATTO, Cristiane. **Elas morreram de parto.** Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI4930-15280,00-ELAS%2BMORRERAM%2BDE%2BPARTO.html> < Acesso em: 25 jun. 2011>
5. **Case of maternal morbidity in Brazil goes before the CEDAW committee.** Disponível em: <http://www.thefreelibrary.com/Case+of+maternal+morbidity+in+Brazil+goes+before+the+CEDAW+committee.-a0198415431> <Acesso em: 10 ago. 2011>
6. **Comitê da ONU para Eliminação da Discriminação contra Mulheres (CEDAW) condena o Brasil por violar direitos humanos de grávidas.** Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/comite-da-onu-para-eliminacao-da-discriminacao-contra-mulheres-cedaw-condena-o-brasil-por-violar-direitos-humanos-de-gravidas/> <Acesso em: 01 set. 2011>
7. **DISTRITO FEDERAL. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.** Manual dos Comitês de Mortalidade Infantil. Brasília, 2007, 104p.
8. **Encarte Cunhary Informa.** N. 56. Abril / Junho de 2004. Disponível em: <http://www.redemulher.org.br/encarte56.html> <Acesso em: 22 ago. 2011>
9. GLOCK, Clarinha. **Ela lutava pelos direitos das mulheres.** Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI5017-15254,00-ELA+LUTAVA+PELOS+DIREITOS+DAS+MULHERES.html> <Acesso em: 07 jul. 2011>
10. GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. JORGE, Maria Helena Prado de Melo. LAURENTI, Ruy. **A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste.** Revista Brasileira de epidemiologia. São Paulo, v. 7, n.4, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v7n4/08.pdf> < Acesso em: 18 jul.
11. GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. JORGE, Maria Helena Prado de Melo. LAURENTI, Ruy. **Mortes maternas no Brasil: análise do preenchimento de variável da declaração de óbito. Informe Epidemiológico do SUS.** Brasília, v. 9, n. 1, mar. 2000. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732000000100004&lng=es&nrm=iss&tlng=pt <Acesso em: 11 ago. 2011>
12. GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. JORGE, Maria Helena Prado de Melo. LAURENTI, Ruy. **Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1561.pdf> <Acesso em: 28 jul. 2011>
13. Instituto de Medicina Social. **Magnitude do Aborto: uma análise dos resultados de pesquisa.** Disponível em: http://www.ccr.org.br/uploads/eventos/mag_aborto.pdf <Acesso em: 02 set. 2011>
14. Jangadeiro Online. **Projetos nos hospitais ajudam a reduzir a mortalidade materna.** Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=BRuXpt8Wlj4&feature=related> <Acesso em: 10 set. 2011>
15. Jornal Futura. **Entrevista com Albilene do Nascimento.** 27/07/2011. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=RnOdrqD8SL0&feature=related> <Acesso em: 31 jul. 2011>
16. Jornal Futura. **VT Mortalidade Materna – Larissa Werneck.** Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=rPOhtBcur4Q> <Acesso em: 12 ago. 2011>
17. LAURENTI, Ruy. **Mortalidade materna nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.** Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo, v. 48, n.1, jan / mar 2002. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302002000100008&script=sci_arttext <Acesso em: 09 jul. 2011>

18. MAGGI, Leticia. **Aborto mata 250 mulheres por ano no Brasil.** Disponível em: <http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/aborto+mata+250+mulheres+por+ano+no+brasil/n1237620888275.html> <Acesso em: 29 ago. 2011>

19. REZENDE, Joffre M. de. **A primeira operação cesariana.** Disponível em: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/cesariana.htm> <Acesso em: 13 jul. 2011>

20. **Saiba tudo sobre a Rede Cegonha.** Disponível em: <http://www.blogdasaude.com.br/saude-social/2011/03/28/saiba-tudo-sobre-a-rede-cegonha/> <Acesso em: 01 set. 2011>

21. TANAKA, Ana Cristina D'Andreatta. **Dossiê Mortalidade Materna.** Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAAs/Dossi%EA%20Mortalidade%20Materna.pdf> <Acesso em: 20 ago. 2011>

22. Varginha Online. **Programa Mães de Minas acompanha cotidiano de gestantes para reduzir mortalidade infantil e materna.** Disponível em: http://www.varginhaonline.com.br/noticias/exibe_noticia.asp?ID=167772 <Acesso em: 31 ago. 2011>

23. ZAMPIERI, Maria de Fátima Motta. **Prevenção da mortalidade Materna: um desafio para todos.** Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/cemma/prodcient/art2/default.htm <Acesso em: 09 jul. 2011>

Artigo Recebido: 2014.09.30

Aprovado para publicação: 2015.09.22

Leticia Magalhães Pereira

PUC Minas Poços de Caldas

Av. Padre Francis Cletus Cox, 1661 - Country Club, Poços de Caldas - MG,

CEP 37701-355 Tel. (35)37299200

Email: le_mag_pereira@yahoo.com.br
