

MORTALIDADE MATERNA RELACIONADA À DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (DHEG) EM UMA MATERNIDADE NO PARÁ

MATERNAL MORTALITY RELATED TO PREGNANCY-INDUCED HYPERTENSION (PIH) IN A MATERNITY IN PARÁ

MORTALIDAD MATERNA RELACIONADA A LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO (EHE) EN UNA MATERNIDAD EN PARÁ

Diana Damasceno Guerreiro¹
William Dias Borges²
Heliana Helena de Moura Nunes³
Silvia Cristina da Silva⁴
Juliana de Paula Maciel⁵

Doi: 10.5902/2179769213159

RESUMO: Objetivo: investigar a prevalência de mortalidade materna decorrentes da DHEG em mulheres internadas em uma maternidade do Estado do Pará, no período de 2009 a 2012. **Método:** pesquisa do tipo documental, descritiva e retrospectiva, com abordagem quantitativa cuja análise estatística foi feita por meio do programa *Bioestat 5.0*. **Resultados:** Dos 122 óbitos maternos, 27% foram por DHEG, o maior percentual das gestantes que evoluíram a óbito por DHEG tinham entre 20 a 29 anos (48,5%), possuíam união estável (48,5%), eram pardas (60,6%), do lar (39,4%), o óbito ocorreu no puerpério (81,8%). **Conclusão:** Recomenda-se mais atenção às gestantes com DHEG ou potencial para desenvolvê-la, a partir de acompanhamento sistemático e o adequado compartilhamento na Rede de Atenção. Assim como, aponta-se a necessidade da melhoria dos determinantes socioeconômicos, revelando, assim, a importância de intervenções amplas, sociais e clínico-assistenciais, para melhorar estes indicadores que fazem parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Descritores: Mortalidade materna; Eclampsia; Fatores de risco.

ABSTRACT: Objective: to investigate the prevalence of maternal mortality resulted by PIH in women hospitalized in a maternity ward of the state of Pará, in the period 2009-2012. **Method:** documentary, descriptive and retrospective research, with a quantitative approach in which the statistical analysis was done using the software *BioStat 5.0*. **Results:** Out of 122 maternal deaths, 27% were by PIH, most women (48.5%) were between 20 to 29 years old, had incomplete primary education (39.4%), were in a stable union (48.5%), brown-skinned (60.6%), housewives (39.4%), and the death occurred in the puerperium (81.8%). **Conclusion:** It is recommended more attention to pregnant women

¹Enfermeira, Especialista em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. E-mail: ddg22_@hotmail.com

²Enfermeiro, Especialista em Saúde Pública, Professor da Universidade da Amazônia/ Universidade do Estado do Pará/ Escola Superior Madre Celeste. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela Universidade Federal do Pará/ Universidade Federal do Amazonas/ Fundação Oswaldo Cruz. Belém, Pará, Brasil. E-mail: williamdborges@hotmail.com

³Enfermeira, Professora Adjunta da Universidade do Estado do Pará, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Belém, Pará, Brasil. E-mail: hmouranunes@gmail.com

⁴Enfermeira, Especialista em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. E-mail: silvinha_cristina_34@hotmail.com

⁵Enfermeira, Especialista em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém, Pará, Brasil. E-mail: jpmenf@yahoo.com.br

with preeclampsia or potential to develop it, through more systematic monitoring and appropriate sharing in the Care Network. Moreover, it is pointed out the necessity of improving the socioeconomic determinants, revealing, thus, the importance of broad social and clinical-care interventions to improve these indicators as part of the Millennium Development Goals.

Descriptors: Maternal mortality; Eclampsia; Risk factors.

RESUMEN: Objetivo: investigar la prevalencia de mortalidad materna por EHE en mujeres internadas en una maternidad en Pará (Brasil), entre 2009-2012. **Metodo:** investigación documental, cuantitativa, descriptiva y retrospectiva, con análisis estadístico utilizando el software BioStat 5.0. **Resultados:** De los 122 óbitos maternos, el 27% fue por EHE, la mayoría (48,5%) de entre 20 a 29 años, con educación primaria incompleta (39,4%) relación afectiva estable (48,5 %), clasificación étnica parda (60,6 %), amas de casa (39,4%), y con muerte en el puerperio (81,8%). **Conclusión:** Se recomienda una mayor atención a las mujeres embarazadas con EHE o potencial para su desarrollo, desde monitoreo sistemático a apropiado reparto en la Red de Atención. Igualmente, se señala la necesidad de mejorar los determinantes socioeconómicos, lo que revela la importancia de las intervenciones amplias, de atención clínica y social, para mejorar estos indicadores incluidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Descriptores: Mortalidad materna; Eclampsia; Factores de riesgo.

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de 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.¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS), referendada pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), conceitua mortalidade materna sendo a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término desta, independentemente da duração ou da localização da gravidez, por qualquer causa relacionada com ou agravada por esta, ou por medidas tomadas em relação a ela, excluindo-se fatores acidentais ou incidentais.²

A OMS em 2009 divulgou o relatório de tendência da mortalidade materna, o qual aponta que o número de mulheres que morrem em consequência de complicações durante a gravidez e o parto caiu de 34% em todo o mundo, passando de uma estimativa de 546 mortes por 100.000 nascidos vivos (NV) em 1990 e em 2008 para 358 mortes por 100.000 NV. Países como Canadá e Estados Unidos que possuem 9 mortes para cada 100.000 NV, enquanto Guiana e Haiti com 270 e 300 mortes para cada 100.000 NV em 2008, respectivamente, refletindo um grande contraste. No Brasil, em 2011 a razão de mortalidade materna foi de 64,8 mortes por 100.000 NV, sendo considerada alta.³

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. Existem vários fatores que aumentam a chance de uma gestante ter hipertensão arterial como: primiparidade, diabetes mellitus, gestação gemelar, história familiar de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia sobreposta em gestação prévia, hidropsia fetal (não imune), gestação molar, nova paternidade etc.⁴

O assunto em questão é de extrema importância para a área de Atenção a Saúde da Mulher e da Criança, uma vez que a redução da mortalidade materna foi eleita como a

quinta meta do Projeto “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” do qual o país é signatário desde 2000.⁵

A Razão da Mortalidade Materna é utilizada como indicador de avaliação de pobreza, iniquidade social, da cobertura e qualidade da atenção médico-sanitária da população. No período de 1990-2011, o Ministério da Saúde registrou relevante redução das mortes maternas (55,3%). A meta estipulada aceitável para o Brasil seria de até 35 mortes para cada 100.000 NV até o ano de 2015, sendo necessária uma redução de 16%. Portanto, permanecem os desafios para alcançar os objetivos do milênio, com os quais o Brasil comprometeu-se.³

No Pará, para cada 10 mil crianças nascidas, 53 mães morrem. O levantamento divulgado pelo Ministério da Saúde mostra ainda um comparativo entre o número de mortes de mulheres grávidas no Estado: 82 em 2009; 78 em 2010 e novamente 78 em 2011. Já nos quatro primeiros meses de 2012, esse quantitativo chegou a 18. A maioria dessas mortes maternas poderia ser evitada com uma assistência de pré-natal de qualidade. Dentre as principais causas predominaram as obstétricas diretas, com destaque para: a hipertensão (29,5% dos casos), a hemorragia (9%) e a infecção (5,1%).⁶

Neste sentido, objetivou-se, neste trabalho, investigar a prevalência de mortalidade materna decorrentes da DHEG em mulheres internadas em uma maternidade do Estado do Pará, no período de 2009 a 2012.

MÉTODO

A pesquisa é do tipo documental, descritiva e retrospectiva, com abordagem quantitativa. Foram utilizados prontuários de pacientes com diagnóstico de DHEG que evoluíram a óbito em uma maternidade de grande porte no Estado do Pará. Para fins amostrais foram considerado os anos de 2009 a 2012.

A maternidade em questão é um órgão da administração indireta, vinculado a Secretaria de Saúde Pública. Atua há 362 anos e tem como finalidades essenciais: à assistência, o ensino e a pesquisa em consonância com o perfil assistencial na atenção a saúde da criança, da mulher e do adulto, prestando serviços ambulatoriais e de internação.⁷

A instituição possui 371 leitos e cinco ambulatórios (Ambulatório do Prematuro, Ambulatório da Mulher, Ambulatório de Pediatria, Ambulatório de Especialidades Cirúrgicas, Ambulatório de Especialidades Clínicas), para os quais as consultas são realizadas via referência e contra-referência.⁸

É um hospital que atende 100% SUS, sendo referência regional em banco de leite humano, Estadual na atenção a gestante de alto risco e ao recém-nascido, com média anual de 585 partos. Atende às usuárias em regime de urgência e emergência de forma ininterrupta através da sua Triagem Obstétrica, que é a porta de entrada para o atendimento.⁹

A pesquisa teve como critério de inclusão os dados dos prontuários de pacientes que evoluíram a óbito na maternidade no período de 2009 a 2012 com diagnóstico de DHEG. Foram excluídos da coleta de dados os prontuários de pacientes que não evoluíram a óbito, ou que evoluíram a óbito na maternidade, no mesmo período, mas com diagnóstico diferente de DHEG ou que não estivesse descrita a patologia causadora da morte materna. A partir disso, obteve-se 33 prontuários de pacientes com diagnósticos de DHEG que evoluíram a óbito no referido período, o que constituiu a população do estudo desta investigação.

Os dados foram obtidos por meio de um roteiro elaborado com questões referentes à idade, cor, escolaridade, estado civil, profissão, renda familiar, procedência,

pré-natal (Início e número de consultas) e o momento da ocorrência do óbito. A coleta ocorreu nos meses de setembro a dezembro de 2013 no setor de Arquivo da maternidade.

Foi realizada uma análise quantitativa dos dados obtidos por meio do programa Microsoft Office Excel 2010 para armazenamento dos dados e formulação de gráficos e/ou tabelas com porcentagens, e por meio do programa Bioestat 5.0 para a aplicação dos Testes Estatísticos: Teste Qui-quadrado para uma amostra e Teste G para uma amostra (ambos os testes possuem os mesmos objetivos, sendo preferível o teste G em amostras com valores observados menores que 5%).

A pesquisa seguiu os preceitos éticos e teve aprovação do comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) em 07 de julho de 2013, sob o parecer de número 14097513.1.0000.5171.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Entre 2009 e 2012 ocorreram 23.891 partos na maternidade, sendo 12.032 normais e 11.859 cesáreas, que resultaram em 23.384 nascidos vivos. Houve 2.970 pacientes internadas com diagnóstico de DHEG. Durante o mesmo período, obteve-se uma população de 122 prontuários de pacientes que evoluíram a óbito, dessas 33 tiveram diagnósticos de DHEG, o que constituiu a amostra do estudo desta investigação. Segue a apresentação e discussão dos resultados encontrados quanto à caracterização das pacientes na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil socioepidemiológico das pacientes com DHEG que evoluíram a óbito na maternidade, 2009-2012. Belém, PA, 2013. (n= 33)

Perfil socioepidemiológico		N	%
Faixa etária (em anos)			
	15 – 19	7	21,2
	20 – 29	16	48,5
	30 – 39	7	21,2
	40 – 42	3	9,1
Cor			
	Parda	20	60,6
	Negra	7	21,2
	Branca	4	12,1
	Não informado	2	6,1
Escolaridade			
	Não escolarizada	3	9,1
	Fundamental incompleto	13	39,4
	Fundamental completo	3	9,1
	Médio incompleto	5	15,1
	Médio completo	6	18,2
	Superior incompleto	2	6,1
	Superior completo	1	3
Estado civil			
	União estável	16	48,5
	Solteira	11	33,3
	Casada	6	18,2

Obteve-se uma média de 1,08% no índice de letalidade por DHEG e uma prevalência de 27% de mortes por DHEG entre os 122 óbitos maternos encontrados no período estudado. Estes dados evidenciam a magnitude da DHEG como causa de mortalidade materna.

A idade materna variou entre 15 e 42 anos, com média de 26,11 e desvio padrão de 7,73, maior frequência 48,5% na faixa etária 20 a 29 anos, assim como foi observado em estudo referente à mortalidade materna no Pará¹⁰ e sobre os fatores de risco para mortalidade materna.¹¹ Este resultado é explicado por ser esta a idade reprodutiva em que as mulheres mais engravidam, devido à maior fertilidade.¹²

Em relação a variável cor, a pesquisa identificou que o maior percentual 60,6% (n=20) era de mulheres pardas. Diferente dos dados encontrados em pesquisa sobre DHEG em hospital público de São Paulo¹³ e sobre perfil sócio-demográfico da mortalidade materna,¹⁴ que evidenciaram maior percentual em pacientes brancas, porém, semelhante aos dados encontrados por outras pesquisas.^{10,15-16} Apesar de os óbitos predominarem em mulheres de cor parda, é impreciso traçar a cor que apresenta maior risco, em decorrência do Brasil ser um país caracterizado por intensa miscigenação racial.

Outro aspecto a ser destacado nesta pesquisa é o nível de escolaridade, o qual demonstrou que 39,4% (n=13) das gestantes possuíam o ensino fundamental incompleto. Dados próximos ao encontrado por outros estudos.^{11,16-17} O nível de escolaridade é um fator que está relacionado ao comportamento ligado aos cuidados de saúde. A união de menor escolaridade e condição de vida desfavorável pode dificultar o acesso à informação e aos cuidados de saúde necessários ao desenvolvimento de uma gravidez saudável.

O estado civil das gestantes pesquisadas mostrou que 48,5% dos óbitos ocorreram em pacientes com união estável. Esse resultado confronta com pesquisa referente à mortalidade materna no Rio de Janeiro¹⁸ onde a maioria das gestantes era solteira. Contudo apresenta semelhança com outro estudo que encontrou uma maior proporção de mulheres com união estável.¹¹

Embora nos achados deste estudo, o número de gestantes com união estável tenha sido maior, sabe-se que o fato da mulher encontrar-se com um companheiro não significa que dispõe do apoio familiar. Porém, este quesito é considerado imprescindível para a uma boa evolução da gestação, pois o esperado é que quando a mulher engravida toda a família se prepare para as mudanças.

Também convém enfatizar que a ausência de uma rede de apoio social, da qual o companheiro participe, representa um importante fator de risco relacionado a desfechos desfavoráveis, dentre eles o adoecimento e o óbito. Nos estratos mais pobres da população, essa rede composta por familiares, amigos e parceiros pode representar a única possibilidade de suporte da mulher em condições diversas de vulnerabilidade.^{11, p.1982}

A seguir, a Tabela 2 apresenta as características socioeconômicas das pacientes com DHEG que evoluíram a morte na maternidade.

Tabela 2 - Características socioeconômicas das pacientes com DHEG que evoluíram a óbito na maternidade, 2009-2012. Belém, PA, 2013. (n= 33)

Características socioeconômicas		N	%
Profissão	Do lar	13	39,4
	Estudante	7	21,2
	Lavadora	3	9,1
	Doméstica	2	6,1
	Não informado	2	6,1
	Professora	2	6,1
	Artesã	1	3
	Autônoma	1	3
	Diarista	1	3
	Pescadora	1	3
	Renda familiar (em Salário Mínimo)	1 SM	5
2 SM		1	3
3 SM		1	3
Não informado		26	78,8
Procedência	Nordeste Paraense	18	54,5
	Metropolitana de Belém	9	27,3
	Marajó	3	9,1
	Sudeste Paraense	2	6,1
	Baixo Amazonas	1	3

Ao analisar a distribuição dos óbitos maternos em relação à profissão/ocupação, foi observado que 39,4% das gestantes eram do lar. Em um estudo sobre mortalidade materna realizado na cidade de Porto Alegre¹⁴ também se identificou resultado semelhante. É importante ressaltar que a ocupação dona de casa, muitas vezes é menosprezada por não ser um trabalho remunerado, sendo esta responsável por desgaste e grande esforço físico, mesmo durante a gravidez, podendo acarretar risco para o óbito, tanto da mãe quanto do bebê.

Do total de registros sobre a renda familiar, em 78,8% prontuários o dado não havia sido informado e em 15,2% dos pacientes tinham renda de até um salário mínimo. A renda mensal obtida as coloca em um nível socioeconômico desfavorecido, que pode determinar piores condições de alimentação, moradia acarretando maiores dificuldades de deslocamento até o serviço de saúde.

Embora os estudos apontem que o fator econômico está diretamente relacionado à mortalidade materna, países como Chile e Cuba, com padrão econômico no nível da América Latina, apresentam razão de mortalidade materna comparável à observada nos países desenvolvidos. Este fato sugere que políticas públicas envolvidas com o processo de desenvolvimento do sistema de saúde poderiam melhorar as estatísticas do óbito materno.¹⁹

Quanto à procedência, foi observado que a maioria das pacientes - 54,5% (18) - provinha do Nordeste Paraense. Resultado diferente da pesquisa referente à morte materna no Estado do Pará¹⁰ que constatou maior percentual (63,71%) de gestantes provenientes do Arquipélago do Marajó.

Quanto à realização do pré-natal pelas pacientes que evoluíram a óbito na maternidade, em relação ao início e número de consultas realizadas e antecedentes obstétricos são descritos na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3 - Distribuição dos óbitos maternos por DHEG, segundo pré-natal (início e número de consultas), 2009-2012. Belém, Pará, 2013. (n= 33)

Pré-natal (Início e número de consultas)	N	%
Início do Pré-natal		
< 13 semanas	6	18,2
14 – 26 semanas	8	24,2
> 26 semanas	1	3,0
Não informado	14	42,4
Não realizou	4	12,1
Número de consultas pré-natal		
< 6	9	27,3
6 ou mais	8	24,2
Não realizou	1	3,0
Não informou	15	4,5
Antecedentes obstétricos		
G1	18	54,5
G2	5	15,2
G3	2	6,1
G > 3	6	18,2
Não informado	2	6,1

Na presente pesquisa evidenciou-se que em 42,4% (14) não havia informação no prontuário referente à realização do pré-natal, 24,2% (8) iniciaram o pré-natal entre 14 e 26 semanas. Sendo que em 45,5% (15) não havia informação desse dado e 27,3% (9) fizeram menos de 6 consultas. Os antecedentes obstétricos observados na pesquisa mostraram que a maior parte das gestantes eram primigestas 54,5% (18).

Os achados demonstrados na Tabela 3 em relação à realização de pré-natal e número de consultas diferem do encontrado em pesquisa sobre mortalidade materna por pré-eclampsia no Sul do Brasil²⁰ que registrou maior percentual no início do pré-natal entre menores de 13 semanas (51,8%) e com mais de seis consultas (57,1%).

Uma revisão de literatura²¹ deixou clara a importância da realização de pré-natal para identificação de riscos potenciais, garantia de um suporte nutricional à gestante, tratamento de doenças e estabelecimento de programa de imunização materna, objetivando diminuir o risco obstétrico.

A primeira visita ao pré-natal é recomendada até 16^a semana de gestação, onde deverá ser avaliado o risco obstétrico. Para que o pré-natal seja considerado efetivo, a recomendação é que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas, por um profissional habilitado.⁴

Um estudo referente à internação em unidade de terapia intensiva por causas obstétricas²² mostrou que dos 35 prontuários estudados 45,7% das pacientes internadas eram primigestas e as principais causas da internação foram devido às síndromes hipertensivas, hemorragias e causas infecciosas.

A seguir, a Tabela 4 apresenta a distribuição dos óbitos maternos em relação ao momento da ocorrência das mortes de pacientes com DHEG.

Tabela 4 - Distribuição dos óbitos maternos por DHEG, segundo o momento da ocorrência, 2009 - 2012. Belém, Pará, 2013. (n= 33)

Momento da ocorrência	N	%	p
Gravidez	2	6,1	
Puerpério até 42 dias	27	81,8	0,0001
≥ 42º Puerpério	4	12,1	

Fonte: Protocolo da pesquisa, 2013.

Teste Qui-quadrado de aderência ($\alpha = 5\%$).

Conforme observa-se na Tabela 4, evidenciou-se que 27 óbitos aconteceram no puerpério até 42 dias, o que representou 81,8%. Em uma investigação²³ apontou-se que 56% das mortes ocorreram no puerpério, resultado aproximado ao de outro estudo em uma maternidade escola²⁴ no qual se encontrou 53% de óbitos no período puerperal. Esses dados reforçam a necessidade de uma assistência contínua a mulher, não apenas no momento do parto, mas também, ao retorno da mãe para consulta puerperal.

Nota-se que, no que se refere à morte materna no Brasil, as síndromes hipertensivas constituem a sua principal causa. Ela, juntamente com as hemorragias, as infecções puerperais, doenças do aparelho circulatório e complicações do aborto foram responsáveis por 51% das mortes maternas em nosso país em 2011.²⁵

CONCLUSÃO

Obteve-se uma média de 1,08% no índice de letalidade por DHEG e uma prevalência de 27% de mortes por DHEG. Prevaleceu mortes maternas na faixa etária entre 20 a 29 anos. A cor, que era um dado suprimido na maior parte dos registros, é um fator importante, principalmente associada à condição socioeconômica do país que coincide com que foi encontrado no estudo, mais mortes maternas entre mulheres pardas e de baixa de renda, com nível fundamental incompleto, ainda que com união estável e sendo do lar. A maioria destas provinham do nordeste paraense, iniciaram o pré-natal entre 14 e 26 semanas, tiveram menos de seis consultas, eram primigestas e o óbito ocorreu, em sua maioria, no puerpério.

Observou-se a ausência de registros fundamentais e/ou preenchimento insuficiente de diversos dados do prontuário, o que pode refletir diretamente na qualidade da assistência prestada, sendo este fato uma constante observada durante toda a coleta, isso se pode observar através da leitura das tabelas, o que dificulta a realização de pesquisas para a caracterização da população estudada.

Aponta-se como fundamental a participação dos Comitês de Mortalidade Materna do Pará (CMM) para uma melhor estratégia de vigilância epidemiológica com vistas a diminuir as taxas de mortalidade materna, em especial por DHEG articulando a rede de assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Reforça-se para a importância da realização de pré-natal para identificação de riscos potenciais, garantia de um suporte nutricional à gestante, tratamento de doenças e estabelecimento de programa de imunização materna, objetivando diminuir o risco obstétrico e neonatal. Ao enfermeiro e equipe recomenda-se uma abordagem com mais atenção às gestantes com DHEG ou potencial para desenvolvê-la, realizando um acompanhamento mais sistemático e o adequado compartilhamento destes casos na Rede de Atenção à Saúde.

Por fim, considera-se que, além das questões clínicas e assistenciais, não se pode perder de vista a necessidade da melhoria dos determinantes socioeconômicos que se

mostraram vulneráveis e mais relacionados à prevalência da mortalidade materna por DHEG, revelando assim a importância de intervenções amplas, sociais e clínico-assistenciais, para melhorar estes indicadores que fazem parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: MS, 2010. p.9.
2. Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia Fundamental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. Mortalidade materna e perinatal; p.702.
3. Governo do Estado do Ceará. Informe Epidemiológico Mortalidade Materna. Ceará; 2013. [acesso em 2014 set. 29]. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: MS, 2012;179-180.
5. Leal MC. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(8):1724-1725.
6. Azevedo G. Hipertensão lidera causa de mortalidade materna. Diário do Pará, Belém, 26 maio 2012, cad. A, p.3.
7. Costa AP. O Hospital e sua evolução histórica. Belém: FSCMP, 2011. p.90-98.
8. Silva RSA. Relatório de gestão da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Capricho; 2010.
9. Freitas OL. A História da Santa Casa de Misericórdia do Pará: um retrato estrutural. Pará: Moderna; 2009.
10. Botelho NM, Silva IFMM, Tavares JR, Lima LO. Morte materna no estado do Pará: Aspectos Epidemiológicos. Rev Par Medicina. 2013;27(1):11-19.
11. Leite RMB, Araújo TVB, Albuquerque RM, Andrade ARS, Neto PJD. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2011;27(10):1977-85.
12. Berquó E, Garcia S, Lima L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. Rev Saúde Pública. 2012;46(4):685-93.
13. Goncalves R, Fernandes RAQ, Sobral DH. Prevalência da doença hipertensiva específica da gestação em hospital público de São Paulo. Rev Bras Enf. 2005;58(1):61-4.
14. Riquinho DL, Correia SG. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. Rev Bras Enferm. 2006;59(3):303-7.
15. Marinho ACN, Paes NA. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(3):732-8.
16. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. Rev Saúde Publica 2007; 41(2): 181-89.
17. Souza KV, Almeida MRCB, Soares VMN. Perfil da mortalidade materna por aborto no Paraná: 2003-2005. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008;12(4):741-9.



18. Melo ECP, Knupp VMAO. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro: magnitude e distribuição. Esc. Anna Nery Rev Enferm. 2008;12(4):773-9.
19. Cruz EC. Evolución de La mortalidad materna em Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2006;32(1):1-9.
20. Soares VMN, Souza KV, Freygang TC, Correia V, Saito MR. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(11):566-73.
21. Calderon IMP, Cecatti JG, Veja CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade Materna. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28:310-15.
22. Tonin KA, Oliveira JLC, Fernandes LM, Sanches MM. Internação em Unidade de Terapia Intensiva por causas obstétricas: Estudo em hospital público de ensino. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2013 [acesso em 2014 abril 18] 3(3):518-527. Disponível em:<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/riew/9157/pdf>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasília: MS. 2012. 01-07.
24. Andrade ATL, Guerra MO, Andrade, GN, Araújo DAC, Souza JP. Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma Maternidade Escola. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(7):380-7.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade materna no Brasil. São Paulo; 2013. [acesso em 2014 set. 29]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br>

Data de recebimento: 14/03/2014

Data de aceite: 24/11/2014

Contato com autor responsável: Diana Damasceno Guerreiro

Endereço postal: Tv. 14 de Março, 1661, Cremação, CEP: 66.045-350. Belém, Pará.

E-mail: ddg22@hotmail.com