

MORTALIDADE MATERNA: ESTUDO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM UMA MATERNIDADE ESCOLA

MATERNAL MORTALITY: STUDY OF THE EPIDEMIC PROFILE IN A SCHOOL MATERNITY

LA MORTALIDAD MATERNA: EL ESTUDIO DEL PERFIL EPIDÉMICO EN UNA MATERNIDAD ESCUELA

MARIA IVONEIDE VERÍSSIMO DE OLIVEIRA¹

SARAH MARIA FRAXE PESSOA²

ROSILÉA ALVES DE SOUSA³

MARIA ROSIMAR DE JESUS BARBOSA⁴

As autoras analisaram, retrospectivamente, os 12 casos de morte materna ocorridas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Universidade Federal do Ceará após a implantação do Comitê de Mortalidade Materna em outubro de 1999 até o ano de 2000. Entre os óbitos, predominou a faixa etária de 30 a 38 anos (41,6%), múltiparas com 02 ou mais filhos (66,6%) e a segunda metade da gestação foi a idade gestacional de maior predominância do óbito (41%). Em relação à assistência pré-natal, 58,3% havia realizado 5 a 7 consultas, dentre as quais, 41,6% apresentavam risco materno e necessitavam de acompanhamento hospitalar. Dos 12 casos investigados, 25% das mulheres foram transferidas de outros hospitais, chegando na instituição em estado grave. A eclâmpsia foi a causa mais comum dos óbitos (33,3%) seguida da pré-eclâmpsia e do trabalho de parto prematuro com (16%). Quanto aos fatores determinantes do óbito, o acidente vascular cerebral e o distúrbio de coagulação contribuíram com 25% e a Síndrome de Hellp com 16%. Os resultados apontaram a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) como causa principal dos óbitos apresentados, cuja ocorrência frequente leva-nos a refletir sobre a assistência prestada e a necessidade de adoção de medidas específicas para esta patologia.

UNITERMOS: Hipertensão, Gravidez, Mortalidade materna, Complicações na gravidez.

The authors analyzed 12 cases of maternal death that happened at the School Maternity Assis Chateaubriand – Federal University of Ceará after implantation of the Committee of maternal mortality implanted in October of 1999 to the year 2000. The age group prevailed from 30 to 38 years (41,6%), pregnant with 02 or more children (66,6%) and the second half of the gestation was the age of pregnancy of occurrence of the death (41%). in relation to prenatal attendance, most had done 5 to 7 consultations (58,3%), presenting (41,6%), of maternal risk, needing attendance. Of the 12 investigated cases, 25% of the women were transferred from other hospitals arriving in the institution in serious state. The eclâmpsia was the cause more common of the deaths (33,3%) following by the pré-eclâmpsia and premature labor with (16%). as for the decisive factors of the death, the cerebral vascular accident and the coagulation disturbance contributed with (25%) and the Syndrome of Hellp with (16%). The direct obstetric causes were responsible for (80%) of the deaths. The results pointed the disease specific hipertensiva of the gestation (DHEG) as main cause of the presented deaths, whose frequent occurrence takes us to render about the attendance and the need of adoption of specific measures for this pathology.

KEY WORDS: Hypertension, Pregnancy, Maternal mortality, Pregnancy, Complications.

Las autoras analizaron de forma retrospectiva, los 12 casos de muerte materna ocurridos en la Maternidad Escuela Assis Chateaubriand – Universidad Federal de Ceará – después de la creación del Comité de Mortalidad en octubre de 1999 y hasta el año 2000. Entre las muertes, predominó la faja etaria de 30 a 38 años (41%), múltiparas con 02 o más hijos (66,6%) y la segunda mitad de gestación fue la que más predominó en los óbitos (41%). Con relación a la asistencia prenatal, el 58,3% habían realizado 5 a 7 consultas, entre las que el 41,6% presentaban riesgo materno y por lo tanto, necesitaban de acompañamiento hospitalar. De los 12 casos pesquisados, el 25% de las mujeres llegaron transferidas de otros hospitales y en estado grave. La eclâmpsia fue la causa más común de las muertes ocurridas (33,3%) seguida de la pre eclâmpsia y del trabajo de parto prematuro con 16%. Sobre el factor determinante de óbitos, el accidente vascular cerebral y el distúrbio de coagulación, contribuyeron con un 25% y la Síndrome de Hellp con un 16%. Los resultados indicaron la enfermedad hipertensiva específica de la gestación (DHEG) como causa principal de las muertes y esto nos lleva a reflexionar sobre la asistencia dada y la necesidad de adoptar medidas específicas para esta patología.

PALABRAS CLAVES: hipertensión, embarazo, mortalidad maternal, complicaciones del embarazo.

¹ Mestre, Membro do Comitê de Mortalidade Materna e Diretora de Enfermagem da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

² Mestre. Preceptora da Residência de Enfermagem na Escola de Saúde Pública do Ceará, Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. e-mail cisne@secrel.com.br.

³ Doutora. Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Email – rose_alves@hotmail.com.

⁴ Mestre, Professora substituta da UFC, Enfermeira da Clínica Obstétrica da MEAC-UFC e Hospital Maternidade N. S. Conceição.

INTRODUÇÃO

Define-se como óbito materno aquele ocorrido durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independente da duração ou localização da gravidez, desde que sua causa seja relacionada ou agravada por esta ou, ainda, por medidas tomadas em relação a ela e cujo óbito não ocorra por causas acidentais ou incidentais (Brasil, 2002).

Morte materna é, portanto, aquela ocorrida em uma mulher durante a gravidez, trabalho de parto ou puerpério (Ziegel, 1986). Sua incidência varia de país para país e ainda em um mesmo país, de região para região, como é o caso do Brasil, podendo se observar que as maiores taxas de mortalidade materna existem em locais onde o desenvolvimento é inferior.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2002) cerca de 98% dos óbitos maternos ocorridos no mundo seriam evitáveis se fossem asseguradas condições dignas de vida e de saúde à população, acrescentando-se que a morte materna pode ser um indicador da determinação política de garantir a saúde dessa população.

Em países em desenvolvimento como o Brasil, a mortalidade materna é subenumerada pelas mais diversas causas como: a existência de cemitérios clandestinos, a dificuldade de acesso aos cartórios, a ocorrência ainda freqüente de partos domiciliares em áreas rurais, o desconhecimento da população quanto à importância do atestado de óbito como instrumento de cidadania, assim como o preenchimento inadequado das declarações de óbitos (Brasil, 2002).

Verificando os dados estatísticos, em 1998, a razão de morte materna no país foi na ordem de 64,84 % por 100.000 nascidos vivos. Relacionando este índice por regiões, temos para a região Nordeste, 56,13 % de óbitos, o Norte com 57,07 %; o Sul com 76,25 % e o Sudeste com 70,08% dos óbitos registrados para o ano em epígrafe, perfazendo um total de 2.039 óbitos maternos (Brasil, 2002).

Em relação à causa, os óbitos maternos podem ser classificados em: obstétricos diretos, indiretos e não obstétricos. Considera-se como morte obstétrica direta, aquela resultante de complicações obstétricas durante a gravidez, o parto e o puerpério, intervenções, omissões ou tratamentos incorretos. Já a morte obstétrica indireta é conseqüente de enfermidades preexistentes ou surgidas durante o ciclo gravídico-puerperal e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. As causas não obstétricas são as re-

sultantes de causas acidentais não relacionadas à gravidez (Valadares Neto *et al.*, 1995).

Este trabalho tem a finalidade de identificar a incidência, os aspectos epidemiológicos e as principais causas dos óbitos ocorridos e registrados a partir da implantação do Comitê de Mortalidade Materna da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Universidade Federal do Ceará (MEAC – UFC), de outubro de 1999 a dezembro de 2000.

METODOLOGIA

Estudo documental realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Universidade Federal do Ceará (MEAC – UFC), no período outubro de 1999 a dezembro de 2000.

A classificação da patologia responsável pelo óbito foi feita a partir das informações clínicas, laboratoriais, laudo de necropsia e atestados de óbitos encontrados nos registros do Comitê de Mortalidade Materna desta instituição, tendo como base o Código Internacional de Doenças (CID10).

A fim de permitir uma análise de cada óbito, os dados foram coletados a partir do protocolo do Ministério da Saúde, onde são solicitadas informações sobre o óbito, sendo possível conhecer os dados pessoais, antecedentes pessoais e obstétricos, aspectos relacionados ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, bem como, as causas do óbito.

A análise dos dados foi retrospectiva sobre o total de 12 óbitos ocorridos no referido período, tendo como variáveis: faixa etária, paridade, realização do pré-natal, idade gestacional, complicações ocorridas e causas do óbito. Em seguida, os dados foram distribuídos em tabelas para melhor visualização e análise.

Quanto aos aspectos éticos, obedecemos às normas da Resolução 196/96, de maneira que o consentimento livre e esclarecido foi respeitado, à medida que, após a exposição dos objetivos da pesquisa, recebemos da Direção da MEAC/UFC autorização para a realização deste estudo.

A garantia do anonimato dos sujeitos da pesquisa foi respeitada a partir do momento que não utilizamos nomes ou números de prontuários das pacientes que foram vitimadas pelo óbito materno.

No que se refere à relação risco benefício, consideramos que a divulgação dos resultados deste estudo pode contribuir para a melhoria da assistência prestada à clientela de alto risco.

RESULTADOS

Os dados coletados foram significativos e a primeira análise que vale ser evidenciada é o fato de que 25% das mulheres vitimadas pelo óbito materno foram transferidas de outros hospitais, chegando na instituição já em estado grave. Este dado retrata a realidade do estado, uma vez que esta maternidade é hospital de referência para todos os municípios. Inferimos que esta situação poderia ser evitada, se nas unidades de saúde de origem fosse oferecida uma cobertura pré-natal de qualidade, complementada por uma eficaz propedêutica de emergência, nos casos de gestação e parto de risco.

Uma análise mais profunda no que se refere ao perfil epidemiológico das mulheres vitimadas pelo óbito materno pode ser feita através da distribuição em tabelas, conforme vemos a seguir:

TABELA 1
IDADE DAS MULHERES VITIMADAS PELO ÓBITO MATERNO – MEAC-
UFC – OUT 1999-DEZ 2000

Idade (anos)	Número	Percentual
15 — 19	02	16,6
20 — 24	03	25,0
25 — 29	06	50,0
30 — 34	—	—
34 — 38	01	8,4
Total	12	100,0

Analisando a Tabela 1, referente à idade materna em que ocorreram os 12 óbitos, observamos que a faixa etária de 20 a 29 anos foi a de maior incidência, com um percentual de 75,00%. É importante ressaltar que a mulher, nesse período, se encontra no auge de sua vida reprodutiva. Não podemos deixar de relatar que no período da adolescência, ocorreram dois óbitos, sendo um aos 15 e outro aos 16 anos. Este fato é preocupante, visto que interrompe vidas no início de sua etapa produtiva e reprodutiva. No intervalo de 34 a 38 anos ocorreu um óbito. Sabemos que acima de 35 anos, a gravidez já é considerada de risco e este fato poderia nos levar a justificar esta fatalidade, porém lembramos que, em geral esta mulher possui uma prole que precisa ser cuidada e que depende da presença materna.

TABELA 2
NÚMERO DE PARTOS DAS MULHERES VITIMADAS PELO ÓBITO
MATERNO – MEAC-UFC – OUT.1999-DEZ.2000

Número de partos	Frequência	Percentual
1	4	33,33
2	4	33,33
3	2	16,66
4	1	8,34
9	1	8,34
Total	12	100,00

A tabela 2 referente à paridade, evidencia que as mulheres múltiparas constituíram o grupo de maior percentual de óbito materno (66,67%). Este fato nos leva a inferir um dado preocupante: um maior número de filhos órfãos representa uma dificuldade maior para encontrar o equilíbrio familiar, uma vez que será necessária maior disponibilidade dos demais membros da família para cuidar desta prole. A informação acima nos revela que uma das mulheres teve 09 partos anteriores à sua morte, deixando provavelmente 09 filhos a mercê do cuidado de outros membros da família.

Um percentual importante é também o que nos mostra a relação do óbito na primeira gestação que foi de 04 (33,33%). Esta situação evidencia um fato triste, quando a mulher não teve a oportunidade de exercer o papel de mãe, após vivenciar o período gestacional com todas as emoções e todas as expectativas decorrentes da gravidez e de estar se sentindo grávida pela primeira vez.

Nossos dados coincidem com o estudo de Aguiar *et al.* (1991) realizado na Universidade Federal de Minas Gerais, quando os autores analisaram 18 óbitos maternos ocorridos na clínica obstétrica do hospital, encontrando uma maior incidência de óbitos em múltiparas, na faixa etária de 29 a 36 anos (38,9%).

TABELA 3
IDADE GESTACIONAL DAS MULHERES VITIMADAS PELO ÓBITO
MATERNO – MEAC-UFC – OUT 1999-DEZ. 2000

Idade Gestacional	Frequência	Percentual
26 — 36	03	25,0
37 — 41	05	41,7
Ignorado	04	33,3
Total	12	100,0

Na tabela 3, analisamos os óbitos ocorridos, relacionando-os à idade gestacional em que ocorreu. Encontramos 05 (41,7%) na segunda metade da gestação, no intervalo de 37 a 41 semanas, 03 (25%) encontravam-se entre 26 a 36 semanas do período gestacional e 04 (33,3%) não foi possível identificar devido à falha no preenchimento dos dados.

Inferimos que o maior percentual dos óbitos pode estar relacionado com a síndrome que mais ameaça a mulher no período gravídico puerperal, que seria a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), uma vez que a sua ocorrência é característica do último trimestre da gravidez.

TABELA 4

NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL DAS MULHERES VITIMADAS PELO ÓBITO MATERNO – MEAC-UFC – OUT 1999-DEZ 2000

Número de consultas	Frequência	Percentual
0	02	16,7
03	01	8,3
05	03	25,0
06	03	25,0
07	01	8,3
Ignorado	02	16,7
Total	12	100,0

Na Tabela 4, a análise do número de consultas mostra que 33,3% das mulheres haviam realizado de 06 a 07 consultas, percentual considerado baixo e preocupante, visto que todas as gestantes deveriam ter este número de consultas em um acompanhamento pré-natal de baixo risco, de acordo com as normas do Ministério da Saúde, que considera que toda mulher deveria realizar no mínimo 06 consultas e, nos casos de gravidez de risco, ter um acompanhamento rigoroso e uma periodicidade que deverá ser, se necessária, até semanal.

No estudo de Tanaka *et al.* (1992) sobre a situação da mortalidade materna no Brasil, questionava-se que mais de 80% das gestantes freqüentavam o pré-natal. Diante destes resultados, questionamo-nos o porque desta alta taxa de doença hipertensiva específica da gestação e inferimos assim como Sass (1995), que a mortalidade materna por hipertensão indica a falência da assistência pré-natal. Corroboramos ainda com este autor à medida que acredita-

mos que apenas a quantidade de consultas preconizada pelo Ministério da Saúde não representa o único parâmetro de qualidade do pré-natal.

TABELA 5

RISCO OBSTÉTRICO DAS MULHERES VITIMADAS PELO ÓBITO MATERNO – MEAC-UFC – OUT 1999-DEZ 2000

Risco Obstétrico	Frequência	Percentual
Sim	05	41,7
Não	03	25,0
Ignorado	04	33,3
Total	12	100,0

Analisando a existência de risco obstétrico, de acordo com a tabela 5, 05 mulheres (41,7%) apresentavam algum tipo de risco clínico ou obstétrico que justificava a necessidade de um acompanhamento mais rigoroso e freqüente no pré-natal, com posterior encaminhamento para assistência hospitalar. Nesse contexto, apenas 03 gestantes (25%) puderam ser classificadas como gravidez de baixo risco e 04 (33,3%) sem referência desse dado, isto é, ignorado por deficiência nas notificações.

Caracterizando o risco obstétrico, as informações contidas nos relatórios e prontuários só permitiram a classificação de três dos óbitos: 01 óbito ocorrido em mulher que apresentava como risco obstétrico a presença de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez e os 02 outros em mulheres que apresentavam Cardiopatia e Diabetes.

Quanto ao acompanhamento pré-natal, a baixa notificação dos dados referentes a este período nos leva a refletir sobre o descaso no preenchimento do cartão do pré-natal, documento importante que deveria trazer anotações referentes à situação clínico-obstétrica da mulher e subsidiar as condutas no momento do trabalho de parto.

TABELA 6

COMPLICAÇÕES EM GESTAÇÃO ANTERIOR DAS MULHERES VITIMADAS PELO ÓBITO MATERNO – MEAC-UFC – OUT 1999-DEZ 2000

Complicação em gestação anterior	Frequência	Percentual
Sim	02	16,7
Não	03	25,0
Ignorado	07	58,3
Total	12	100,0

Completando os achados da tabela 05, encontramos na tabela 06, que 02 mulheres (16,7%) apresentaram complicações em gestações anteriores. Esse fato merece destaque, à medida que deveria representar um motivo importante para justificar a investigação de fatores de risco presentes nesta gestação e o estudo rigoroso para a identificação desta como gravidez de risco, exigindo um acompanhamento mais freqüente. Vale ressaltar que o índice dos dados ignorados (58,3%) é o mais alto nesta tabela. Este fato é lamentável e preocupante, uma vez que mostra a falta de acompanhamento e de orientação das mulheres ou, o que nos parece mais sério, demonstra a ineficiência do nosso pré-natal, além de prejudicar nossa análise e limitar as informações que pudéssem subsidiar pesquisas posteriores.

TABELA 7
 PATOLOGIAS RESPONSÁVEIS PELO ÓBITO MATERNO DE ACORDO
 COM O DIAGNÓSTICO INICIAL E FINAL – MEAC-UFC –
 OUT 1999-DEZ 2000

Diagnóstico inicial X Diagnóstico final	Freqüência	%
Eclâmpsia X Distúrbio de coagulação	01	8,33
Pré-eclâmpsia X Dist. de coagulação+Hellp	01	8,33
Eclâmpsia X Acidente vascular cerebral	01	8,33
Trabalho de parto X Síndrome de Hellp	01	8,33
Eclâmpsia X Edema cerebral	01	8,33
Amiorrexe prematura X Acidente vascular cerebral	01	8,33
Abortamento provocado X Septicemia pós aborto	01	8,33
Eclâmpsia X Eclampsia	02	16,67
Trabalho de parto prematuro		
Amniorrexe X Embolia pulmonar	01	8,33
Gestante cardiopata X Cardiopatia	01	8,33
Pré-eclâmpsia X Ignorado	01	8,33
Total	12	100

A tabela 7 mostra as patologias responsáveis pelo óbito materno das mulheres estudadas. Observamos que a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) em suas formas moderada (pré-eclâmpsia) e grave (eclâmpsia) foi a principal causa de óbito, uma vez que a evolução, nestes casos, foi desfavorável, sendo a mais freqüente causa final das mortes: Síndrome de Hellp (16,7%) e eclâmpsia (16,67%). Estes dados correspondem àqueles

encontrados por Brasil (2002), onde as causas diretas, que são aquelas decorrentes de complicações próprias da gestação, do parto e do puerpério, ainda continuam responsáveis pela maioria dos óbitos maternos em nosso meio.

Evidenciamos, também que do total de óbitos, um foi ocasionado por abortamento provocado, tendo como consequência, uma septicemia. Este resultado nos leva a repensar sobre quantas vidas são ceifadas pela fatalidade de uma gravidez não planejada.

Vale ressaltar que dentre os óbitos, tivemos dois casos cuja freqüência não é habitual: a evolução de uma amniorrexe prematura para um acidente vascular cerebral e um trabalho de parto prematuro que complicou para uma embolia pulmonar.

Analisando as causas dos óbitos relacionadas à idade, observamos que, dentre as complicações que a DHEG na gestação podem desencadear, o acidente vascular cerebral, o distúrbio de coagulação e a Síndrome de Hellp foram as de maior freqüência.

Os dados referentes às causas do óbito materno estão de acordo com Ramos *et al* (1995), que referem que a hipertensão (um dos componentes da DHEG) na gestação, infecção e abortamento são as três principais causas de óbito materno no Brasil.

Os dados apresentados não representam o perfil atual da instituição, visto que no período dos óbitos, o hospital não tinha uma UTI para um atendimento mais complexo e não encontrava no momento um hospital de referência para pacientes que estavam necessitando de assistência em uma unidade de terapia intensiva, sendo muitas vezes transferidas para outros hospitais de referência. Todas as pacientes morreram no puerpério, aguardando vaga nos hospitais terciários com melhor suporte de uma Unidade de Terapia Intensiva materna.

Para Almeida (1992), em seu estudo sobre a assistência pré-natal e o parto no contexto da mortalidade materna, a prevenção da mortalidade materna atinge finalmente, as atividades a nível hospitalar por ocasião do parto, necessitando que o hospital esteja aparelhado para atender as intercorrências. Dentro deste contexto, a inexistência de outros especialistas como cardiologistas, hematologistas, nefrologistas e intensivistas, provavelmente, representou outro agravante para o índice de óbitos, uma vez que, com a falta da UTI, não dispúnhamos destes integrantes da equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo mostraram que a maioria dos óbitos ocorreu na faixa etária de 30 a 38 anos de idade, acometendo preferencialmente as mulheres multíparas.

Quanto ao pré-natal, 58,3% realizou de 5 a 7 consultas, sendo que 33,3% teve a eclâmpsia como complicação da gravidez.

Os dados referentes às causas do óbito materno revelaram que a hipertensão na gestação (um dos componentes da DHEG), infecção e abortamento são as três principais causas de óbito materno na instituição, correspondendo à realidade brasileira.

Os resultados encontrados refletem a deficiência da atenção básica de saúde, nível onde está inserido o acompanhamento pré-natal, evidenciando um padrão inadequado da assistência às gestantes e a necessidade de adoção de medidas que visem a melhoria de assistência e, por conseguinte, a prevenção da mortalidade materna.

Lembramos ainda as questões inerentes à prevenção das complicações da gravidez e do parto como fator agravante da situação da mortalidade materna neste período, visto que a falta de hospitais preparados com unidades de terapia intensiva faz com que, na maioria das vezes, a paciente permaneça vários dias aguardando uma vaga nas UTIs de Fortaleza.

Acreditamos que os dados apresentados neste estudo representam um momento histórico que, com a implantação de uma Unidade de Terapia Intensiva em nossa instituição em abril de 2001, tenham declinado, apesar de sabermos que o fato de recebermos pacientes referidas de Unidades de Saúde de todo o estado do Ceará, em situação grave, constitui-se um fator desencadeante do aumento das taxas de morbi-mortalidade deste serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, R. A. L.; REZENDE, C. A. L.; CABRAL, A. C. V.; ASSUREY, V.; PERRUPATO, R. Mortalidade materna no Hospital das Clínicas – UFMG. Uma análise retrospectiva de seis anos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.13, n.5, p. 224-227, set./out. 1991.

ALMEIDA P. A. M. Assistência pré – natal e ao parto no contexto da mortalidade materna: situação atual e aspectos preventivos. In: Simpósio Franco-Brasileiro sobre Prevenção da Mortalidade Materna com Ênfase na Gravidez na Adolescência, 1992, São Paulo. Anais... São Paulo:USP, 1992. p.41-50 (Série Investigação em Saúde da mulher, da criança e adolescência, 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 2. ed. Brasília, 2002. 75 p.

RAMOS, J. G., COSTA, S. M.; ROSA JÚNIOR A., JULIANI, R. P., CORSO, M. A. Mortalidade materna geral e por hipertensão arterial no Estado do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.17, n.2, p. 123-129, mar. 1995.

SASS, N. **Análise da mortalidade materna decorrente da hipertensão arterial**. São Paulo, 1995 (Tese de Doutorado em Medicina). Escola Paulista de Medicina. 136p.

TANAKA, A. C. D. A.; SIQUEIRA, A. A. F.; BAFILE, P. N. Situação da mortalidade materna no Brasil. In: Simpósio Franco-Brasileiro sobre Prevenção da Mortalidade Materna com Ênfase na Gravidez na Adolescência, 1992, São Paulo. Anais... (Série Investigação em Saúde da mulher, da criança e adolescência, 2). São Paulo: USP, 1992. p.7-16 .

VALADARES NETO, J. D. , MARTINS, M. P. S. S., VALADARES, S. M., COSTA FILHO, N. F. Mortalidade materna na Maternidade Dona Evangelina Rosa- Teresina – Piauí. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.17, n.10, p. 977-984, nov./dez. 1995.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. S. Gravidez em risco: Problemas preexistentes de saúde: In. ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8ª ed.. Rio de Janeiro: Interamericana. 1986. cap. 15. p. 275-292.

RECEBIDO: 03/07/2002

ACETO: 16/09/2002