

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS DA GESTAÇÃO

CLINICS INTERCURRENCES OF PREGNANCY

Silvana **ZANOTELI**¹, Cassio Adriano **ZATTI**^{2*}, Silvia Fátima **FERRABOLI**³

1. Enfermeira, Professora da Universidade do Estado de Santa Catarina (UEDESC), Mestre em Enfermagem (UFSM); 2. Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Sul Brasileiro de Pesquisa Extensão e Pós-Graduação (CENSUPEG); Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde pelo Centro Sul Brasileiro de Pesquisa Extensão e Pós-Graduação (CENSUPEG); Enfermeiro Assistencial do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora de Iraí – RS; 3. Graduanda do Curso de Enfermagem. Bolsista de IC/PIBIC/UEDESC do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA) do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina.

* Rua Torres Gonçalves, 890 – Centro – Iraí, Santa Catarina, Brasil. cassiozt@hotmail.com

Recebido em 22/07/2013. Aceito para publicação em 03/08/2013

RESUMO

A morbimortalidade materna e perinatal ainda são elevadas no Brasil. Assim, a gestação está sujeita a uma série de fatores de risco, entre os quais figuram as intercorrências clínicas da gestação como causa obstétrica indireta de morte e adoecimento. O presente estudo é fundamentado em uma pesquisa documental e retrospectiva, com abordagem quantitativa realizada na base de dados DATASUS no período de janeiro de 2009 a outubro de 2012. O estudo tem como objetivo conhecer a realidade brasileira referente às intercorrências clínicas decorrentes da gestação, investigando as internações pela causa, bem como os óbitos decorrentes das intercorrências. Quanto à morbidade por intercorrências clínicas da gestação a região Sudeste foi a que mais registrou internações, com 47,11% (n=309.049), no período estudado. O ano de 2011 foi o que apresentou maior número de internações, correspondendo à 26,97% dos casos (n=176.931), no período estudado. Quanto à mortalidade, a região Nordeste foi a que mais registrou óbitos no período de janeiro de 2009 a outubro de 2012, com 65 casos. A região sudeste registrou 38 casos, representando 25,16% no período considerado. A região Sul, registrou o menor percentual de óbitos decorrentes de intercorrências clínicas na gestação, com 13 casos, representando 8,60% do total, no período estudado. De acordo com os registros consultados, as duas principais causas específicas de morte materna no Brasil são a hipertensão e a hemorragia. As intercorrências clínicas da gestação são importantes fatores de morbimortalidade materna e necessitam de maior atenção tanto na prática profissional, como na condução de estudos científicos direcionados à esta temática.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez, complicações na gravidez, sistemas de informação.

ABSTRACT

The maternal and perinatal mortality are still high in Brazil. Thus, pregnancy is subject to a number of risk factors, which include the clinical complications of pregnancy as indirect obstetric cause of death and illness. This study is based on desk research and retrospective, with quantitative approach in the database DATASUS from January 2009 to October 2012. The study aims to know the Brazilian reality regarding clinical complications arising from pregnancy, investigating the cause hospitalizations and deaths resulting from complications. As for morbidity by clinical complications of pregnancy the Southeast was the most reported hospitalizations, with 47.11% (n = 309 049) during the study period. The year 2011 showed the greater number of hospitalizations, corresponding to 26.97% of cases (n = 176 931) during the study period. As for mortality, the Northeast was the most deaths recorded from January 2009 to October 2012, with 65 cases (how many% of the total?). The Southeast region recorded 38 cases, representing 25.16% during the period considered. The Southern region, had the lowest percentage of deaths due to clinical complications in pregnancy, with 13 cases, representing 8.60% of the total study period. According to the records consulted, the two main specific causes of maternal death in Brazil are hypertension and bleeding. The clinical pregnancy are important factors and maternal morbidity and need more attention both in practice as in conducting scientific studies directed to this issue.

KEYWORDS: Pregnancy, pregnancy complications, information systems.

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um período excepcional da vida da mulher, e compreende alterações físicas, psicológicas e sociais específicas, consideradas fisiológicas no estado

gravídico¹. Como fenômeno fisiológico e social, a gestação e o parto evoluem na maioria das vezes sem intercorrências, embora haja uma parcela de casos em que se desenvolvam doenças, agravos ou problemas com probabilidade de desfecho desfavorável para a gestante ou para o feto².

No Brasil, são consideradas mulheres em idade fértil aquelas compreendidas na faixa de 10 a 49 anos³. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu mortalidade materna como a morte de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, por qualquer causa relacionada à gravidez ou ao seu atendimento, excluída as causas incidentais ou acidentais.

Os índices de mortalidade materna são considerados indicadores extremamente sensíveis e relevantes na atenção à saúde da mulher e expressam desenvolvimento humano e social, e de condições de vida da população⁴. Estes indicadores apresentaram acentuada queda nos países desenvolvidos embora tenha sido pequena, ou se mantido estável nos países em desenvolvimento⁵.

A morbimortalidade materna e perinatal ainda são elevadas no Brasil, embora a grande maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez e puerpério sejam preveníveis mediante a atuação quantitativa e qualitativa competentes do sistema de saúde que forneçam a assistência adequada, permitindo a identificação precoce e o atendimento a gestante, bem como a pronta determinação dos fatores de risco gestacionais².

Tais fatores podem estar presentes anteriormente a gestação, sendo eles: características individuais e sócio-demográficas; história reprodutiva anterior; e condições clínicas pré-existentes. Outros fatores podem surgir de forma concomitante à gestação atual: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica da gravidez atual; e intercorrências clínicas da gestação². Os fatores de risco da gestação são variados e podem atuar tanto de maneira isolada como conjuntamente, aumentando a morbimortalidade materna¹.

As intercorrências clínicas da gestação compreendem situações como doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação (infecção do trato urinário, infecção respiratória, toxoplasmose, rubéola, etc.) ou doenças clínicas diagnosticadas nesta gestação (cardiopatias, endocrinopatias, etc.), caracterizando-se, portanto como causa obstétricas indiretas de morte e adoecimento, pois resultam de doenças precedentes à gravidez ou que se desenvolvem nesse período, agravadas pelas condições fisiológicas da gravidez³.

Na Declaração para o Desenvolvimento do Milênio, foi proposta pela OMS a redução da mortalidade materna em três quartos até 2015, tendo como base o ano de 1990. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) estimada para o Brasil em 2010 é de 56 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos⁶, apesar de estudos apontarem a subnotificação de casos devido a fatores como inade-

quado preenchimento de informações na Declaração de Óbito (DO), tipo de serviço, presença de médico no momento do óbito, dentre outros, como importantes para o subdimensionamento da mortalidade neste segmento, dificultando a identificação dos casos^{5,7,8,3}.

Isso interfere negativamente sobre a identificação dos fatores de risco para a morbidade e morte, além de dificultar o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas a esta área. Souza *et al.* (2006)⁷ apontam a necessidade de avaliação periódica dos indicadores para o monitoramento ao longo do tempo das metas propostas de redução da mortalidade materna. Além disso, há problemas em precisar a qualidade da cobertura dos eventos vitais nos diferentes sistemas de informação, questionando a validade e confiabilidade dos valores oficiais de RMM.

Viana *et al.* (2011)³ destacam em seu estudo, que, em especial nos países em desenvolvimento, as causas de morbidade materna grave são muito semelhantes às causas de óbito materno, justificando a importância de estudar os casos de morbidade como estratégia de planejamento de medidas para a melhoria da qualidade da assistência obstétrica.

As patologias que levam ao óbito são menos frequentes, e por isso as informações que geram possuem menor impacto na redução da morbidade materna. A RMM não computa as sequelas e danos gerados pelas patologias e pelo próprio atendimento recebido, são dados difíceis de mensurar ou quantificar⁴.

Para Amaral *et al.* (2007)⁹, apesar das dificuldades de acesso, a questão determinante para a atenção obstétrica no Brasil parece ser a questão qualitativa dos serviços oferecidos para atenção à gestação, parto e puerpério. Neste sentido a morbidade materna vem ganhando importância como fator preditivo da mortalidade, fundamental para o reconhecimento de fatores de risco e prevenção da mortalidade, pois os casos de adoecimento possuem maior ocorrência do que os de óbito, sendo esta percepção a guia no sentido de buscar atitudes que tornem a gravidez, parto e puerpério mais seguros.

No Brasil, o Ministério da Saúde é a principal fonte de informações em saúde, através do departamento de informática dos SUS (DATASUS) que pode ser acessado através da internet pelos interessados. Esses sistemas permitem obter tabelas específicas, e as informações ali contidas são de domínio público⁵.

Há sistemas de informação como o SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) e o SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS) que podem ser bastante úteis no desenvolvimento de pesquisas sobre morbidade e mortalidade materna por contribuir com uma gama de informações. Esses sistemas referem-se respectivamente aos dados de todos os óbitos ocorridos, e às informações de internações hospitalares que ocorrem em hospitais que atendem pelo SUS, tendo sido este sistema

desenvolvido para pagamento aos prestadores de serviços de saúde⁴. Souza *et al.* (2006)⁷, apontam que estes sistemas de rotinas nos serviços de saúde não são comunicáveis entre si diretamente, o que impossibilita a integração de informações parciais originadas em cada sistema em um arquivo único.

Apesar das dificuldades, eles podem oferecer informações valiosas para análise da morbidade e mortalidade de maternas. Assim, diante do contexto apresentado, este estudo busca descrever o cenário de morbimortalidade materna no Brasil, a partir das informações extraídas do sistema DATASUS.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental e retrospectiva com abordagem quantitativa tendo como objetivo conhecer a realidade brasileira referente às intercorrências clínicas decorrentes da gestação, investigando as internações pela causa e os óbitos decorrentes das intercorrências.

A população em estudo constitui-se pelas pacientes que necessitaram de internações e/ou foram a óbito pelas intercorrências clínicas da gestação, registradas no banco de dados do sistema DATASUS no período de janeiro de 2009 a outubro de 2012. O período de estudo compreendeu de janeiro à fevereiro de 2013. Estabeleceu-se como critérios de busca, as intercorrências clínicas da gestação na base de dados DATASUS no período de janeiro de 2008 a outubro de 2012 nas cinco regiões do Brasil. Os fatores de exclusão são os casos de óbitos, internações ou situações que não são decorrentes de intercorrências clínicas da gestação.

Após a coleta de dados, foi realizada a tabulação dos mesmos, por meio do programa EXCEL, sendo aplicada a estatística simples.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos, envolvendo seres humanos recomendados pela Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

3. RESULTADOS

Referente às internações para tratamento clínico de intercorrências da gravidez percebe-se que a região em que mais houve internações foi a região Sudeste do Brasil, com 47,11% (n=309.049), durante o período de estudo considerado.

A região Nordeste registrou 118.488 internações, representando 18,06% das internações dos anos estudados. A região Sul por sua vez, registrou 104.030 internações, representando 15,85% do total de internações dos anos estudados. A região Centro-Oeste e Norte obtiveram os menores percentuais, com 8,94% (n=58.683) e 10,01%

(n=65.697), respectivamente.

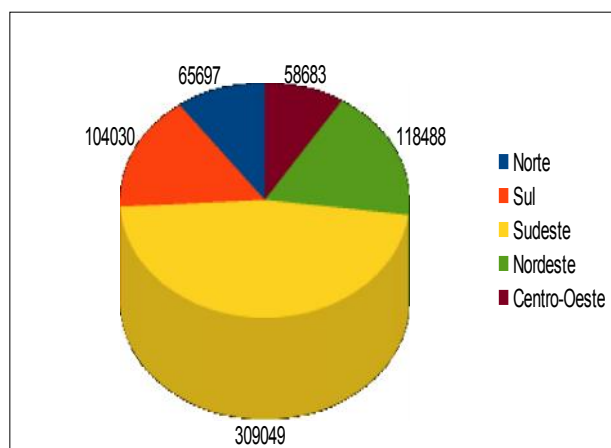


Figura 1. Internações para tratamento clínico de intercorrências da gravidez no período de janeiro de 2009 a outubro de 2012 segundo regiões do Brasil.

A distribuição das internações por ano percebeu-se que o ano de 2011 liderou com as internações por intercorrências clínicas decorrentes da gestação com 26,97% dos casos (n=176.931). O ano de 2012, até outubro, registrou 149.677 internações, representando 22,81% do total. Observou-se um aumento das internações de 2009 para 2011, com elevação de 18.277 casos.

Referente às causas e/ou patologias específicas, essas não se encontram especificadas na base de dados DATASUS, porém salienta-se que no período de janeiro de 2009 a outubro de 2012, houve 51.179 internações para tratamentos das complicações específicas do puerpério. Para tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos relacionados à gestação houve 31.248 internações, no mesmo período registraram-se 6.882 internações para tratamento de eclampsia.

Mortalidade

Ao analisar-se os óbitos decorrentes de intercorrências clínicas na gestação percebe-se que a região Nordeste do Brasil inclui os mais elevados registros de óbitos no período de janeiro de 2009 a outubro de 2012, com 65 casos. A região Sudeste registrou 38 casos, representando 25,16% nos anos estudados. A região sul, registrou os menores percentuais de óbitos decorrentes de intercorrências clínicas na gestação, com 13 casos, representando 8,60% do total.

Referente à distribuição de óbitos nos anos, percebe-se que o ano de 2010 foi o que mais registrou óbitos, com 50 casos, representando 33,11% do total de casos. Logo, em 2011, registrou-se 40 casos, representando 26,49% do total. No ano de 2012, até o mês de outubro registrou 30 casos, estes, representam 19,86% do total. Houve um aumento dos óbitos de 2009 para 2010 de

12,89%, logo, de 2010 para 2011, observou-se decréscimo de 6,62%.

Entre 1990 e 2010, as alterações no padrão de causas específicas de morte materna mostram uma redução de 66,0% no risco de morrer por hipertensão; de 69,3% por hemorragia; de 60,4% por infecção puerperal; de 81,9% por aborto; e de 42,5% por doenças do aparelho circulatório que complicam a gravidez, o parto e o puerpério (MS, 2012).

4. DISCUSSÃO

Morbidade

As intercorrências clínicas da gestação foram mais incidentes na Região Sudeste do Brasil correspondendo a 47,11% das internações, já o menor percentual foi observado na Região Centro-oeste com 8,94%. Ainda no período estudado, o ano de 2011 foi o que mais acumulou internações por morbidades maternas decorrentes de intercorrências clínicas.

Apesar da magnitude representada pelas intercorrências clínicas da gestação, o SIH/SUS não especificou as patologias, ou causas específicas que levaram a estas internações.

As limitações do uso do SIH-SUS decorrem da própria finalidade para a qual foi desenvolvido o sistema, que seria o pagamento de serviços aos prestadores do SUS. Outras limitações também seria a falta de capacitação dos profissionais que codificam na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) as causas de internação e os procedimentos, além do preenchimento incompleto de informações como diagnóstico secundário, consultas de pré-natal, gestação de risco, que poderiam contribuir para melhor compreensão dos casos⁴.

Os resultados, contudo, apontaram um número significativo de internações para tratamento de causas obstétricas diretas de morbidade, como edema, proteinúria e transtornos hipertensivos relacionados à gestação e tratamento da eclampsia.

Segundo a literatura consultada a pré-eclampsia afeta, com diagnóstico de hipertensão e proteinúria, aproximadamente 3 a 5% de todas as gestações¹¹. Este é um distúrbio relativamente comum, afeta 2 a 8% das grávidas e pode ocasionar complicações devastadoras no organismo materno e também no feto¹².

Ressalta-se que há ainda outras patologias potencialmente deflagradoras de complicações na gestação, dentre elas a diabetes *mellitus*, a cardiopatia, as anemias e a infecção urinária, ou complicações obstétricas como a ruptura prematura de membranas e placenta prévia.

A infecção do trato urinário, sendo a terceira patologia mais comum na gestação, acomete de 10 a 12% das grávidas, e a maioria destas infecções ocorre no primeiro

trimestre da gravidez¹³.

As anemias, por sua vez, destacam-se, não só pela frequência com que se manifestam, mas também pelos efeitos deletérios resultantes da baixa concentração de hemoglobina no sangue, sendo prejudiciais ao feto e a gestante¹⁴.

Cunha e colaboradores¹⁵ salientam que a importância das complicações obstétricas tornam-se mais evidentes quando se verifica que podem ser atribuídos ao risco obstétrico 34% dos óbitos inevitáveis e 19% dos óbitos evitáveis.

A importância de estudar casos de mortalidade e morbidade centra-se no objetivo de identificar intervenções que possam prevenir intercorrências similares, e criar estratégias para a identificação precoce reduzindo sequelas e casos fatais, buscando qualificar a atenção à gestante e parturiente, embasado em uma percepção de que há muito mais casos de adoecimento acontecendo do que de mortes⁹.

Mortalidade

As duas principais causas específicas de morte materna no Brasil são a hipertensão e a hemorragia. Outras causas obstétricas diretas importantes são a infecção puerperal e o aborto. Entre as causas indiretas, a de maior importância epidemiológica tem sido a doença do aparelho circulatório¹⁵.

Em estudo epidemiológico realizado no Sul do Brasil, constatou-se aumento da mortalidade materna por causas obstétricas indiretas, enquanto que entre as causas obstétricas diretas, representadas primeiramente pela hipertensão e hemorragia, houve redução do número de óbitos¹⁷.

Sendo a mortalidade materna um indicador sensível para avaliar a qualidade de vida da população e as características socioeconômicas¹⁷, a necessidade de aprimoramento de dados estatísticos tanto qualitativa quanto quantitativamente é mundialmente reconhecida, tendo em vista que esses valores são utilizados na construção de vários indicadores de saúde. Entretanto, são vários os elementos que comprometem a qualidade dessas informações, desde o preenchimento incorreto da DO, ou negligência em atestar as causas reais do óbito, desconhecimento da utilidade das informações, entre outros fatores, que levam a ocorrências de lacunas nos bancos de dados e consequentemente nas estatísticas¹⁸.

Outro estudo apontou limitações quanto a confiabilidade dos dados disponibilizados pelo SIM e SIH/SUS¹⁷, e sugere a melhor capacitação dos recursos humanos para o preenchimento mais adequado dos campos e das informações, pois assim poderiam fornecer informações mais fidedignas sobre a saúde materna e neonatal, inclusive permitindo o acompanhamento da situação epidemiológica local e regional, e a comparação entre locais¹⁹.

Ainda, ressalta que o SIH/SUS seria uma fonte de informações mais interessante, para fins epidemiológicos, se houvesse um campo que informasse a justificativa para a solicitação do procedimento^{19,17}.

Apesar das limitações apontadas na literatura para a consulta aos sistemas de Informação como fonte de dados para estudos epidemiológicos, estes podem ser importante meio para o planejamento e acompanhamento da situação de saúde das populações, sendo relevante a necessidade de apoiar seu fortalecimento, consolidando e possibilitando maior fidedignidade dos seus dados.

Neste estudo, observaram-se desigualdades entre as regiões brasileiras no que concerne a distribuição das taxas de mortalidade e morbidade materna. Estudos apontam que a distribuição heterogênea da mortalidade materna entre diferentes regiões do mundo revela as desigualdades socioeconômicas de acesso, e a questão geográfica e quantitativa dos serviços em especial de atenção à saúde da mulher⁹. Mesmo no Brasil, enquanto as regiões Norte e Nordeste do país apresentam os piores indicadores de mortalidade materna, as regiões Sul e Sudeste apresentam as menores RMM⁸.

Embora se identifiquem diferenças regionais, a dispersão dos óbitos maternos pelo território brasileiro faz com que não sejam comuns nas instituições da saúde, tornando difícil dimensionar sua importância como problema de saúde pública, pois mesmo nos serviços que atendem gestante de alto risco este é um evento institucionalmente raro¹⁰.

A preocupação com a mortalidade materna persiste, e associa-se a outros problemas como a morbidade materna⁴. Um número substancial de mulheres adoece a cada ocorrência de morte materna. Estas apresentam morbidades graves que podem resultar em sequelas, além do que, o combate às morbidades pode resultar em importante estratégia de prevenção de mortalidade¹.

5. CONCLUSÃO

Na busca por estudos que enfoquem a morbidade materna percebeu-se que atenção maior foi destinada às causas de mortalidade e sua prevenção. Estudos de morbidade tem tido uma tendência a investigar a morbidade materna extremamente grave, como fator preditivo de mortalidade materna. Observamos, no entanto, que as causas de morbidade por intercorrências clínicas da gestação representam um percentual importante de mulheres que adoecem e necessitam de procedimentos e internações hospitalares.

As informações sobre mortalidade e morbidade disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde podem constituir-se notáveis instrumentos de planejamento da assistência em saúde, embora atualmente não haja integração entre eles, e limitações quanto à quantidade e qualidade das informações sejam observadas, inclusive

na abordagem às intercorrências clínicas da gestação.

Frente aos dados apresentados percebeu-se a importância de um acompanhamento de pré-natal desde o início da gestação a fim de identificar sinais e sintomas, investigando sua causa e tratando-a com a finalidade de diminuição das complicações futuras para o feto e para a mãe, já que as complicações da gestação e do parto são importantes fatores de risco para óbito perinatal.

Estimula-se o treinamento de enfermeiros e obstetras para a melhoria das condições de assistência ao pré-natal, parto e puerpério, além de uma assistência multidisciplinar.

Evidencia-se, a necessidade de estudos periódicos, além do monitoramento e utilização sistemática de informações sobre a temática intercorrências clínicas na gestação, a fim de conhecer sinais e sintomas, identificando as patologias mais incidentes de forma precoces, permitindo aos profissionais da saúde intervenções mais precisas para a redução da morbimortalidade materna e fetal.

6. AGRADECIMENTOS

Ao CNPq pelo fomento à pesquisa, possibilitando o aprimoramento técnico científico.

REFERÊNCIAS

- [1] McCall L, Marreiro CM, et al. Perfil clínico-epidemiológico das pacientes atendidas no ambulatório de gravidez de alto risco da fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. *Revista para. Med.* [on line] 2009; 23(3). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=588472&indexSearch=ID>. Acesso em: 11 mar., 2013.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Gestação de alto risco*. 5.ed. Brasília: editora. 304, 2009. Serie A. Normas e manuais técnicos.
- [3] Viana RC, Novaes MRCG, Calderon IMP. Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. *Comunicação ciências da saúde*, suplemento 22 [on line]. 2011; 1:141-152, 2011. Disponível em: http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2011Vo122_16mortalidade.pdf. Acesso em: 25 jun.2013.
- [4] Magalhães MC, Bustamante-Teixeira MT. Morbidade materna extremamente grave: uso do sistema de informação hospitalar. *Revista de saúde pública.* [on line]. 2010; 46(3):472-478. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012005000029&script=sci_arttext. Acesso em: 10 jun.2013.
- [5] Souza MH, et al. Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. *Revista brasileira de saúde materno infantil.* [on line]. 2006; Brasília, 6(2):161-168. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-3829200600020002&script=sci_arttext. Acesso em: 26 jun. 2013.

- [6] Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Situação nacional da infância em 2009: saúde materna e neonatal. Jun, 2009; 166:1-24.
- [7] Souza JP, et al. Revisão sistemática sobre morbidade materna *near miss*. Caderno de saúde pública. [on line]. 2006; 22(2): 255-264.
- [8] Morse ML, et al. Morbidade materna grave e Near Misses em hospital de referência regional. Revista brasileira de epidemiologia. [on line]. 2011; 14(1):310-322. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 jun 2013.
- [9] Amaral E, Luz, AG, Souza JPD. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. [on line]. 2007; 29(9):484-489. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n9/08.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.
- [10] Souza MH et al. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. Revista de saúde pública. [on line]. 2007;41(2):181-189. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-8910200700020003&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 jun. 2013.
- [11] Roberts JM, Cooper DW. Pathogenesis and Genetics of Pre-Eclampsia. The Lancet, 2001; 357:53-56.
- [12] Duley L, Meher S, Abalos E. Management of Pre-eclampsia. BMJ. 2006; 332:463-468.
- [13] Jacociunas LV, Picoli SU. Avaliação de Infecção Urinária em Gestantes no Lancet. 2001; 357:53-56.
- [14] Santos PNP, Cerqueira EMM. Prevalência de anemia nas gestantes atendidas em Unidades de Saúde em Feira de Santana, Bahia, entre outubro de 2005 e março de 2006. RBAC. 2008; 40(3): Primeiro Trimestre de Gravidez. Revista Brasileira de Análises Clínicas. 2007; 39(1):55-57.
- [15] Cunha AA, et al. Complicações da Gestação e do Parto como Fatores de Risco de Óbito Perinatal. RBGO. 2000; 22(1).
- [16] Ministério da Saúde (MS). Boletim 1/2012 – Mortalidade materna no Brasil, Brasília, 2012. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_mortalidade-materna-no-%20%20brasil. Acesso em: 21 de fev de 2013.
- [17] Carreno I, Bonilha, ALL, Costa JSD. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. Revista Brasileira de Epidemiologia. [on line]. 2012. Rio Grande do Sul. 5(2):396-406. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200017>. Acesso em: 15 jun.2013.
- [18] Luizaga CTM, et al. Mortes maternas: revisão do fator de correção para os dados oficiais. Epidemiol. Serv. Saúde. [on line]. 2010; 19(1):7-14. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 mar. 2013.
- [19] Magalhães MC, et al. Uso dos sistemas de informação em saúde no monitoramento da morbimortalidade materna e perinatal. Revista APS. [on line]. 2012; 15(3):328-335. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1373>>. Acesso em: 20 jun.2013.

