

MORTALIDADE MATERNA POR DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO – DHEG, MARINGÁ – PR, 2010- 2014

MATERNAL MORTALITY DUE TO HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY - HDP, MARINGÁ - PR, 2010- 2014

GISELE BRUNA CORREA DA SILVA^{1*}, ELIANA DIAS PEREIRA CISMER²

1. Discente de Enfermagem em Centro Universitário Ingá - Uningá; 2. Enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Maringá - UEM, Especialista em Saúde Coletiva e Enfermagem Obstétrica. Mestre em Ciência da Saúde e Agravos à Saúde da Mulher. Docente em Centro Universitário Ingá – Uningá.

* Rua João Luis Barbosa, Jardim Santa Helena, Paçandu, Paraná, Brasil, CEP: 87140-000. giselebcbs@hotmail.com

Recebido em 24/11/2016. Aceito para publicação em 16/03/2017

RESUMO

Este estudo tem por objetivo geral levantar a prevalência de óbitos maternos por complicações de DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação) em Maringá. Trata-se de um estudo quantitativo, realizado através dos dados do programa DATASUS/ SIM/ SINASC. A população foi de mulheres falecidas em idade fértil, que residiam no município de Maringá durante a gravidez, parto ou puerpério até 42 dias após o parto, no período de 2010 - 2014. Como resultado percebeu-se que ocorreram 03 óbitos maternos durante a gestação ou até 42 dias após o parto no município de Maringá nos anos de 2010 a 2014, sendo que a razão de mortalidade materna por DHEG reduziu de 21,5/100 mil NV em 2010 com 01 caso, para zero nos anos subsequentes até 2014. Nota-se que houve uma importante redução na mortalidade materna em Maringá, o que se estima estar relacionado à implantação e efetiva atuação do Comitê de Morte Materna no município desde 2009. Destaca-se também a melhora na qualidade da assistência pré-natal por meio das ações do Programa Mãe Paranaense e Mãe Maringaense.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade materna, gestação, hipertensão.

ABSTRACT

This study has the objective to raise the prevalence of maternal deaths from complications of preeclampsia (pregnancy induced hypertension) in Maringa. This is a quantitative study conducted using data from DATASUS / SIM / SINASC program. The population of deceased women of childbearing age, residing in Maringá during pregnancy, childbirth or the postpartum period up to 42 days after delivery in the period 2010 - 2014. As a result realized is that there were 03 maternal deaths dur-

ing pregnancy or within 42 days after delivery in the city of Maringa in the years 2010-2014, and the maternal mortality ratio by HDP decreased from 21.5 / 100 000 NV in 2010 with 01 cases, to zero in subsequent years until 2014. Note that there was a significant reduction in maternal mortality in Maringa, which esteemed to be related to the implementation and effective operation of the maternal mortality Committee in the city since 2009. noteworthy is also the improvement in the quality of prenatal care through actions of the Mother Paranaense and Mother Maringaense.

KEYWORDS: Maternal mortality, gestation, hypertension.

1. 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 pequena parcela de gestantes que por apresentar características específicas ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe¹.

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou que o Brasil e mais dez países latino-americanos conquistaram avanços significativos na redução de mortes relacionadas à gravidez ou parto de 1990 a 2013. Enquanto o Canadá e os Estados Unidos apresentam valores inferiores a 9 óbitos maternos por 100.000 nascidos

vivos, países como a Bolívia, Peru e Haiti chegam a mais de 200 óbitos por 100.000 nascidos vivos. No Brasil em 2011, a RMM foi de 63,9/100.000 NV³.

Define-se como hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica atinge valor ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica atinge valor ≥ 90 mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos quatro horas. Recomenda-se que a aferição da pressão arterial seja feita após algum tempo de repouso, com a paciente sentada, utilizando manguito de tamanho adequado ao braço e mantendo o braço na altura do coração. A Doença Hipertensiva Específica da Gestação - DHEG - é caracterizada por hipertensão acompanhada de proteinúria e / ou edema. Os valores dessa tríade são: Pressão arterial: aumento da pressão arterial diastólica a 90 mmHg ou mais, ou aumento da pressão arterial diastólica acima de 140 mmHg do valor conhecido previamente, confirmado após duas medidas com intervalo de no mínimo 4 horas, com a gestante sentada, em repouso. Proteinúria: presença de 300 mg ou mais de proteínas em urina de 24 horas ou Labistix 1(+) / 4(+) ou mais em amostra casual. Edema: quando existente, pode ser localizado ou generalizado^{4,5}.

Pré-eclampsia / eclampsia é definida como a presença, após a 20ª semana de gestação (ou antes, nos casos de doença trofoblástica gestacional), de hipertensão arterial acompanhada de proteinúria, em gestante sem história de hipertensão arterial. Na ausência de proteinúria também se considera pré-eclâmpsia, quando o aumento da pressão arterial é acompanhado de sintomas como cefaleia, borramento da visão e dor abdominal, ou por valores anormais de testes laboratoriais, especialmente contagem baixa de plaquetas e aumento de enzimas hepáticas. A eclampsia é definida pela manifestação de uma ou mais crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, em gestante com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, na ausência de doenças neurológicas. Pode ocorrer durante a gestação, na evolução do trabalho de parto e no puerpério imediato. Os fatores etiológicos são classificados em intrínsecos e extrínsecos, sendo eles: Intrínsecos ou obstétricos: primiparidade, gestação com maior massa placentária, sobre distensão uterina e gravidez ectópica avançada. Extrínseco: raça (mais comum na raça negra), idade (abaixo dos 17 e acima dos 35 anos), nível socioeconômico, obesidade, tabagismo, diabetes, nefropatias, antecedentes familiares, hipertensão arterial^{4,6,7}.

O serviço deve propiciar assistência eficaz às gestantes, sendo indispensável que toda equipe conheça as características dessa clientela. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério é prevenível, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde. Assim, tendo em vista o alto índice de morbimortalidade materna e perinatal relacionado à Doença Hipertensiva Específica

da Gestação – DHEG este estudo tem por objetivo geral levantar a incidência de óbitos maternos por complicações de DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gestação) em Maringá².

2. MATERIAL E MÉTODOS

Caracteriza-se um estudo quantitativo descritivo, tipo documental, retrospectivo, foi realizado através dos dados disponibilizados pela equipe de informação sobre mortalidade da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, foram utilizados os dados do programa DATASUS – SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), referentes a cada ano estudado, disponibilizados pela mesma Secretaria de Saúde e do programa DATASUS – SINASC (Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos). A população foi composta por mulheres que residiam no município de Maringá PR e que faleceram com idades entre 10 e 49 anos, durante a gravidez, parto ou puerpério até 42 dias após estes eventos, no período de 2010 a 2014. Foram avaliadas as seguintes variáveis quantitativas: faixa etária; escolaridade; tipo de parto; causa do óbito materno; número de consultas de pré-natal realizadas.

Durante o levantamento de dados, para melhor elucidação da investigação, que apresentou apenas um caso de DHEG no período estudado, foram levantadas ainda informações sobre a incidência de óbitos em mulheres em idade fértil e óbitos maternos por outras causas, da mesma fonte DATASUS-SIM. Os registros dos dados coletados e a análise foram realizados no programa Excel, versão 2013, sendo utilizada estatística descritiva simples.

3. RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, nota-se que no Brasil os óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) tiveram um aumento significativo do ano de 2010 com 49.590 casos para o ano de 2014 com 55.711 casos. Os óbitos maternos durante a gestação ou até 42 dias após o parto também ocorreu um aumento no número de casos, no ano de 2010 foram 1.260 óbitos, para 1.505 casos no ano de 2014. A RMM (razão de mortalidade materna) no Brasil no ano de 2010 foi de 44/100 mil NV (nascido vivo), aumentando no ano de 2014 para 51/100 mil NV, o valor de referência para a RMM é de 35/100 mil NV para o ano de 2015.

No Estado do Paraná evidencia que ocorreu uma redução pouco significativa no número de óbitos de mulheres em idade fértil, de 3.577 casos no ano de 2010, reduziu para 3.404 em 2014. Os óbitos maternos durante a gravidez ou até 42 dias após o parto tiveram uma redução, no ano de 2010 foram 90 casos e reduzindo para 66 casos no ano de 2014. Já a variável RMM (razão de

mortalidade materna) teve uma importante redução, no ano de 2010 a RMM foi de 59/100 mil NV, para o ano de 2014 com a RMM de 41,4/100 mil NV (Tabela 1).

No município de Maringá, os óbitos de mulheres em idade fértil no ano de 2010 foram 93 casos e aumentando para 103 casos no ano de 2014. Os óbitos maternos durante a gravidez ou até 42 dias após o parto no ano de 2010 foram 03 casos e manteve a mesma frequência no ano de 2014 com 3 casos. A RMM teve uma redução pequena no município, no ano de 2010 a RMM foi de 64,5/100 mil NV e reduzindo para a RMM de 60,9/100 mil NV (Tabela 1).

Quando analisamos a RMM específica (razão de mortalidade materna) pela causa obstétrica direta DHEG (doença hipertensiva específica da gestação) por regiões do Brasil observamos que ocorreu um aumento dessa variável nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. Onde a RMM no Norte foi de 5,2/100 mil NV (2010) para 16,4/100 mil NV (2014). Já na região Nordeste a RMM foi de 8,2/100 mil NV (2010) para 12,9/100 mil NV (2014) e na região Centro Oeste a RMM foi de 8,6/100 mil NV (2010) para 8,9/100 mil NV (2014). Na região Sudeste a razão de mortalidade materna foi de 8,1/100 mil NV nos dois anos analisados anos em 2010 e 2014. E somente a região Sul que reduziu a razão da mortalidade materna de 8,9/100 mil NV em 2010 para 4,7/100 mil NV em 2014.

Tabela 1. Tipos de óbitos por local de ocorrência. Brasil, Paraná e Maringá. 2010 - 2014

	Brasil		Paraná		Maringá	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Óbitos mulher idade fértil (10 a 49 anos)	49.59	55.71	3.57	3.404	93	103
Óbitos maternos durante a gravidez ou até 42 dias após parto	1.260	1.506	90	66	3	3
Razão de mortalidade materna (RMM)	44	51	59	41,4	64,5	60,9

Fonte: Fonte: DATASUS – SIM / SINASC.

No ano de 2010 no Brasil ocorreram 820 casos de óbitos maternos por causa obstétrica direta, destes óbitos 229 casos foram referentes à doença hipertensiva específica da gestação- DHEG, o que representa 27,9 % dos óbitos. Quando comparado com o ano de 2014 observamos que ocorreu um aumento nas variáveis, onde foram 1.060 casos de óbitos maternos por causa obstétrica direta, destes 299 óbitos foi por DHEG, o que representa 28,2% dos casos de óbitos. A razão de mortalidade materna específica – RMM por causa hipertensão aumentou de 8/100 mil NV em 2010 para 10/100 mil NV em 2014 (Tabela 2).

No Estado do Paraná no ano de 2010 foram registra-

dos 67 óbitos maternos obstétricos diretos, sendo destes óbitos 21 casos de DHEG, representando 31,3 % dos óbitos. Já no ano de 2014 o Estado apresentou uma redução significativa em suas variáveis, dos 36 casos óbitos obstétricos direto registrados, apenas 8 casos foram por causa DHEG, representando 22,2 % dos óbitos ocorridos. Quando analisamos a razão de mortalidade materna específica – RMM por causa hipertensão observamos uma grande redução dessa variável, de 14/100 mil NV em 2010 para 5/100 mil NV em 2014 (Tabela 2).

Na capital do Estado do Paraná, o município de Curitiba no ano de 2010 ocorrem 7 casos de óbitos obstétricos diretos, destes 2 casos eram referentes a DHEG, o que representa 28,8% dos casos. Já no ano de 2014 ocorreu a redução para 4 casos de óbitos obstétricos diretos, deste 1 caso era de DHEG, o que representa 25% dos óbitos. A variável RMM específica por hipertensão também reduziu, em 2010 foi de 7,8/100 mil NV para 4/100 mil NV em 2014 (Tabela 2).

De acordo com os dados da Tabela 2, observamos que no município de Maringá – PR, no ano de 2010 ocorreram 2 casos de óbitos obstétrico direto, sendo destes 1 caso de DHEG, o que representa 50% dos óbitos ocorrido no município. Já no ano de 2014 em Maringá ocorreu 1 caso de óbito obstétrico direto e manteve a variável zerada de óbitos por causa DHEG. Sua RMM específica por hipertensão era de 21,5/100 mil NV em 2010 e reduzindo para zero em 2014 (Tabela 2).

Tabela 2. Óbito materno por causa obstétrica direta e doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). Brasil, Paraná, Curitiba e Maringá, 2010 a 2014.

Local	Ano	Nº óbito materno por causa obstétrica direta	Nº de óbitos maternos por DHEG	%	Razão de mortalidade materna por DHEG
Brasil	2010	820	229	27,9	8
	2014	1.060	299	28,2	10
	2010	67	21	31,3	14
	2014	36	8	22,2	5
Paraná	2010	7	2	28,8	7,8
	2014	4	1	25	4
	2010	2	1	50	21,5
	2014	1	0	0	0

Fonte: DATASUS – SIM / SINASC

A Tabela 3 evidencia que durante o período de 2010 a 2014 ocorreram um total de 9 óbitos maternos durante a gravidez ou até 42 dias após o parto no município de Maringá PR, sendo destes 5 óbitos maternos por causa obstétrica direta, sendo: hemorragia intraparto com deficiência de coagulação (1 caso), pre eclampsia grave (1

caso), outras complicações de procedimentos e ou cirurgia obstétrica (2 casos), hemorragia do 3º estágio (1 caso). E foram 4 óbitos maternos por causa obstétrica indireta, sendo: insuficiência da válvula mitral (1 caso), doença do aparelho digestivo complicando a gravidez, parto ou puerpério (2 casos) e doença do aparelho circulatório complicando a gravidez, parto ou puerpério (1 caso).

A faixa etária materna com maior ocorrência entre os óbitos maternos foi a de 30 – 34 anos de idade com 6 casos, o que representa 66,6 %. Em seguida a faixa etária de 20 – 29 anos de idade com 2 casos, representando 22,2 %. E a faixa etária de 15 – 19 anos com 1 caso, que representa 11,1% (Tabela3).

A variável escolaridade materna de maior prevalência entre os óbitos maternos ocorridos no município de Maringá, foi a de 11 anos de estudo com 6 casos (66,6%) em seguida a escolaridade de 12 anos e mais de estudo com 2 casos (22,2%) e a escolaridade de 7 anos de estudo com 1 caso (11,1%) (Tabela3).

A tabela 3 evidencia que em relação ao número de consultas de pré-natal a média foi de 6.5 consultas realizadas, onde ocorreram 02 casos com 5 consultas de pré-natal realizada. Com 6 consultas de pré-natal realizadas foram 3 casos e com 7 ou mais consultas de pré-natal foram 4 casos. O tipo de parto que mais ocorreu foi o do tipo cesariana com 6 casos, 1 caso de parto vaginal e 2 casos onde não ocorreu o parto (Tabela 3).

No município de Maringá ocorreu 01 óbito materno por Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) no ano de 2010, tratava-se de uma mulher de 32 anos de idade, raça branca, estado civil casada, escolaridade ensino médio completo, ocupação do lar. Era a sua primeira gestação, foi realizado o pré-natal em unidade pública com 06 consultas realizadas. O parto ocorreu em 11/12/2010, do tipo vaginal e ocorrendo a morte materna no puerpério (até 42 dias após o parto) em 28/12/2010. Sendo, portanto, um óbito obstétrico direto com 17 dias após o parto, causa CID 10 O14.1 pré eclampsia grave.

No Brasil ocorreu um aumento em todas as variáveis apresentadas no estudo no ano de 2014 e que a razão de mortalidade materna específica por DHEG era de 8/100 mil NV em 2010 e aumentou para 10/100 mil em 2014. No Estado do Paraná ocorreu a redução de todas as variáveis apresentadas no ano de 2014 e sua RMM por

DHEG foi de 14/100 mil NV em 2010 e reduziu para 5/100 mil NV em 2014. E no município de Maringá – PR, os óbitos em mulheres de idade fértil (10 a 49 anos) aumentou em 2014, mas os óbitos maternos se mantiveram estável em 3 casos nos dois anos apresentados. A RMM específica por DHEG em Maringá de 21,5/100 mil NV em 2010 reduziu para zero no ano de 2014.

Tabela 3. Caracterização dos óbitos maternos ocorridos na gravidez ou até 42 dias após o parto, Maringá PR, 2010 a 2014.

Nº casos	Tipo de óbito	Ano	Causa óbito	Idade materna	Escolaridade materna	Nº consultas pré-natal	Tipo parto
1	Óbito obstétrico direto	2010	Hemorragia intra-parto com deficiência de coagulação	30	7 anos estudo	8	Não ocorreu
1	Óbito obstétrico direto	2010	Pré-eclâmpsia grave	32	11 anos estudo	6	Vaginal
1	Óbito obstétrico indireto	2010	Insuficiência da válvula mitral	18	11 anos estudo	5	Não ocorreu
1	Óbito obstétrico direto	2012	Outras complicações de procedimentos e ou cirurgia obstétrica	33	13 anos estudo	6	Cesárea
1	Óbito obstétrico direto	2013	Hemorragia do 3º estágio	30	11 anos estudo	5	Cesárea
1	Óbito obstétrico indireto	2013	Doença do aparelho digestivo complicando a gravidez, parto ou puerpério.	30	12 anos estudo	7	Cesárea
1	Óbito obstétrico direto	2014	Outras complicações de procedimentos e ou cirurgia obstétrica	21	11 anos estudo	7	Cesárea
1	Óbito obstétrico indireto	2014	Doença do aparelho circulatório complicando a gravidez, parto ou puerpério.	22	11 anos estudo	6	Cesárea
1	Óbito obstétrico indireto	2014	Doença do aparelho digestivo complicando a gravidez, parto ou puerpério.	30	11 anos estudo	7	Cesárea

Fonte: DATASUS – SIM (sistema de informação sobre mortalidade)

4. DISCUSSÃO

A Morte Materna Obstétrica Direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. A Morte Materna Obstétrica Indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez⁸.

A mortalidade materna é um bom indicador da realidade socioeconômica de um país e da qualidade de vida de sua população. Ela também aponta a determinação política de uma nação em realizar ações de saúde coletivas e socializadas¹. As síndromes hipertensivas, incluindo a pré-eclâmpsia, são as complicações mais frequentes

na gestação e constituem as principais causas de morbidade e mortalidade materna, fetal e neonatal^{1,9}.

Devido aos altos índices de mortalidade materna apontados pelo Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde, criou-se então em 1989 a partir do Seminário Estadual sobre Mortalidade Materna no Estado do Paraná um Comitê Estadual e 22 Comitês Regionais com caráter interinstitucional, multiprofissional e confidencial, que visa identificar e estudar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para sua redução, definido através de Regimento próprio. Ao longo destas décadas foram criados também cerca de 217 comitês municipais e 30 Comitês Hospitalares de prevenção da mortalidade materna².

Os Comitês de Morte Materna são organismos interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo, com atuação sigilosa, não coercitiva ou punitiva. Congregam instituições governamentais e da sociedade civil organizada, contando com participação multiprofissional, visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Constituem-se como importantes instrumentos de gestão que permitem avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher, para subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção¹⁰.

No ano de 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que reconhece a vigilância do óbito materno, por intermédio da organização da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e da criação dos Comitês de Mortalidade Materna, como uma estratégia fundamental para o alcance dos seus objetivos. O Ministério da Saúde vem adotando uma série de medidas para melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e o registro dos óbitos maternos. A Portaria GM/MS nº1.172, de 15 de junho de 2004, definiu a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como uma atribuição de municípios e estados. Em 2008, a Portaria GM/MS nº 1.119 de 5 de junho, regulamentou esta prática estabelecendo prazos e fluxos da investigação^{11,12}.

Em 2012 a Secretaria de Estado do Paraná implantou a Rede Mãe Paranaense. Essa Rede de Atenção Materno infantil é um dos compromissos assumidos no Plano de Governo para a Saúde 2011 a 2014. A Rede Mãe Paranaense nasce da experiência exitosa do Mãe Curitibaana, que reduziu os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança e a vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto¹³.

A Rede Mãe Paranaense é um conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo 7 consultas, a realização de (17) exames, a Estratificação de Risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a

garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional. Os objetivos centrais do Programa Mãe Maringaense, são a captação precoce das gestantes usuárias da rede pública de saúde, realizar a classificação de risco e vinculação das gestantes para o local do parto. Reduzir a mortalidade materna e infantil em todas as regiões do Paraná requer uma atuação contínua, sistêmica e conjunta dos gestores federal, estadual e municipal, dos profissionais da saúde, das universidades e de toda a sociedade, esse foi o propósito da linha guia Rede Mãe Paranaense¹³.

5. CONCLUSÃO

A mortalidade materna é considerada uma das mais graves violações dos direitos humanos por ser uma tragédia evitável na maioria dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. Os Comitês de Morte Materna são importantes agentes na redução do óbito materno, sua implantação contribui para a melhoria do sistema de registro desses óbitos e consequentemente, para o aumento da quantidade e da qualidade das informações disponíveis sobre mortalidade materna. Com base nesses dados, os estados e municípios podem estabelecer políticas mais eficazes de assistência à mulher no planejamento familiar, durante a gravidez, nos casos de aborto, no parto e no puerpério.

O Programa Rede Mãe Paranaense tem como missão garantir o acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto e puerpério às crianças menores de um ano de idade. Sua meta proposta é de ser em até 2020, o estado com uma Rede de Atenção Materno infantil que apresenta padrões de qualidade, organizado em todas as regiões com equidade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis. Foram baseados nos valores de compromisso, ética, vínculo e humanização. Com o objetivo centralizado de reduzir a mortalidade materna e infantil.

Portanto, ressalta-se a importância de um pré-natal de qualidade, por se tratar de uma assistência principalmente preventiva e que tem por objetivo de identificar, tratar ou controlar patologias, prevenir complicações na gestação ou parto, assegurar a boa saúde materna, promover o bom desenvolvimento fetal, reduzir os índices de morbidade e mortalidade materna e fetal.

REFERÊNCIAS

- [01] Brasil Ministério da Saúde. Manual técnico: Pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada. Série direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno 5. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.
- [02] Brasil. Ministério da Saúde; Conselho federal de medicina; centro brasileiro de classificação de doenças. A declaração de óbito: documento necessário e importante. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

- [03] Portal Brasil. Organização Mundial da Saúde. BRASIL REDUZ MORTALIDADE MATERNA EM 43% DE 1990 A 2013. Publicado em 09/05/2014. [Acesso em: 03. Jun. 2016]
<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/oms-brasil-reduz-mortalidade-materna-em-43-de-1990-a-2013>.
- [04] Brasil. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia FEBRASGO. Manual de Orientação Gestação de Alto Risco. 2011.
- [05] Martins CA, Resende LP, Ramos de V, Dayane CS. Gestação de alto risco e baixo peso ao nascer em Goiânia. Revista eletrônica de enfermagem, v. 5 n. 1, 2003. [Acesso 10. Jun. 2016]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- [06] Kahhale S, Zugaib M. (editors). Síndromes hipertensivas na gravidez. Rio de Janeiro: Atheneu; 1993.
- [07] Fustinoni S. Síndromes hipertensivas na gravidez. In. BARROS, Sonia Maria Oliveira. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Editora Manole, Barueri SP, 2006, p. 65-75.
- [08] Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- [09] Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p.
- [10] Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- [11] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. 2007. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html. Acesso em: 20 junho de 2016.
- [12] Brasil. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília. 2006.
- [13] Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha guia Rede Mãe Paranaense. 2014. [Acesso 02. Jun. 2016]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm__1.pdf