

## MORTALIDADE MATERNA NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL NA CIDADE DE SANTARÉM-PA DE 2009 A 2011

Adalgisa Lima Araújo<sup>1</sup>; Francileno Sousa Rêgo<sup>2</sup>;  
Franciane de Paula Fernandes<sup>3</sup>; Ândrea Laís Silva Rodrigues<sup>4</sup>;  
André Augusto Ramos Pinheiros Lemos<sup>4</sup>; Rodiney Silva da Costa<sup>4</sup>;  
Samila de Sousa Sales<sup>4</sup>; Sílvia Almeida Ferreira<sup>4</sup>.

### RESUMO

O foco principal deste estudo é o levantamento das principais causas de mortalidade materna na cidade de Santarém – PA, no período de 2009 a 2011, identificando e analisando os critérios de classificação das mesmas e estatisticamente suas causas detectadas. A pesquisa foi do tipo quantitativa, através do levantamento estatístico documental feito pelas informações disponibilizadas pelo banco de dados do Sistema de Mortalidade Materna pela Secretaria Municipal de Saúde. O estudo foi de extrema valia na medida em que cumpriu com os seus objetivos, contribuindo grandemente para a compreensão deste processo, tendo em vista a reflexão e discussão de dados que possam apontar caminhos à diminuição das mortes e maior preparo dos serviços assistenciais a mulher no ciclo gravídico puerperal, problema de saúde pública de relevante importância.

**Palavras chaves:** mortalidade materna, gravidez, puerpério.

### ABSTRACT

The main focus of this study is a survey of the main causes of maternal mortality in the city of Santarém - PA, in the period 2009 to 2011, identifying and analyzing the criteria for their classification and their causes statistically detected. The research was a quantitative, through the documentary made by the statistical information provided by the database system by the Municipal Maternal Health Study was extremely valuable in that it has met its objectives, contributing greatly to understanding this process, with a view to consideration and discussion of data that may point the way to the reduction of deaths and better preparation of health care services to women in pregnancy and childbirth, a public health problem of great importance.

**Keywords:** maternal mortality, pregnancy, puerperium.

---

<sup>1</sup> Enfermeira Esp. Em Obstetrícia (UEPA). Docente da Universidade do Estado do Pará. Av. Plácido de Castro, 1399, 68040-090. E-mail: gisa18\_lima@hotmail.com.

<sup>2</sup> Biólogo Esp. em Tecnologia de Alimentos (UFPA). Docente da Universidade do Estado do Pará. Av. Plácido de Castro, 1399, 68040-090. E-mail: francileno@bol.com.br.

<sup>3</sup> Docente do departamento de Enfermagem comunitária da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Técnica em gestão penitenciária. Membro titular da comissão Intersectorial em saúde do trabalhador representando órgão formador de recursos humanos UEPA. Esp. em Saúde da Família e Oncologia.

<sup>4</sup> Acadêmicos do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado do Pará - UEPA. E-mail: enf-2010b1@hotmail.com.

## 1. INTRODUÇÃO

A mortalidade materna desponta como um forte indicador de saúde pública seja nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde - OMS referentes a 2000, as razões de mortalidade materna - RMM variaram entre 2 em cada 100.000 nascidos vivos-NV na Suécia e 2.000 em cada 100.000 NV em Serra Leoa. No Brasil, para o mesmo ano, a RMM correspondeu a 260 em cada 100.000 NV. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Tamánhas diferenças refletem grandes desigualdades nas condições políticas, econômicas e sociais entre países, com diferenças regionais, tornando a mortalidade materna um dos indicadores fundamentais na avaliação dos riscos à saúde de grupos populacionais específicos. (SILVA *et al*, 1999).

Segundo o Ministério da Saúde, morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente 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 incidentais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

As causas mais comuns de mortalidade materna segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID são: morte materna tardia e morte relacionada à gravidez. A tradicional divisão de morte materna em: Morte Obstétrica direta, que é a resultante de complicações obstétricas do estado gestacional, intervenções, omissões e tratamento incorreto; Morte obstétrica indireta, que é o decesso advindo de doença prévia ou que apareceu e prosperou na gravidez. (REZENDE, 2005).

Já o Manual da FEBRASGO: Parto, Aborto e Puerpério indica a alta incidência de morte materna em cesarianas do que em partos normais, além dos tradicionais fatores de morte materna como a hemorragia e infecção. Outros fatores que contribuem para a mortalidade são embolia pulmonar e acidentes anestésicos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A mortalidade materna indica-nos não somente o estado de saúde reprodutiva, mas também as condições de vida da população.

Constitui-se em um dos indicadores mais adequados para avaliar a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde de forma integral, assim como é um indicador extremamente sensível de pobreza e desigualdade social. (LEAL, 2008).

Dentre as patologias que mais afetam as grávidas temos: cardiopatias, hipertensão, pré-eclâmpsia, infecção puerperal, diabete melito e idade como fator de risco, dentre outras.

No último século, a busca constante de conhecimentos no âmbito do binômio: cardiopatia e gravidez têm contribuído para o declínio das taxas de mortalidade materno-fetal por doença cardíaca no ciclo gravídico puerperal. Contudo, muitos aspectos ainda permanecem desconhecidos, sendo a doença cardíaca considerada a principal causa direta mundial de morte materna. (PIATO, 2009).

Este fato tem estimulado cada vez mais a realização de novas pesquisas, que possam contribuir para a estratificação de fatores de risco e prognóstico da mulher cardiopata durante a gestação e auxiliar na orientação do planejamento familiar.

Outra patologia recorrente é a infecção puerperal e suas complicações são responsáveis por elevados índices de morbidade e mortalidade, especialmente em centros menos desenvolvidos. A infecção puerperal é considerada como doença infecciosa localizada nos órgãos genitais, com temperatura oral superior à 38°C, em pelo menos 4 tomadas diárias, entre o 2º e o 10º dia do puerpério, e de persistência por menos de 2 dias. (PIATO, 2009).

O diabete melito-DM é uma doença crônica caracterizada por relativa falta de insulina ou ausência desse hormônio, a qual é necessária para o metabolismo da glicose (RICCI, 2008). O DM é classificado em dois grupos: DM preexistente, que inclui diabéticas dos tipos 1 ou 2, e DM gestacional, que se desenvolve durante a gravidez (RICCI 2004 *apud* KENDRICK, 2008).

Na gravidez, os hormônios placentários provocam resistência à insulina em um nível que tende a equivalente ao crescimento da unidade feto placentária. Conforme a placenta cresce, os hormônios placentários são secretados. O lactogênio placentário - hPL e o hormônio do crescimento (GH, somatropina) aumentam em correlação direta ao crescimento do tecido placentário, elevam-se ao longo das últimas 20 semanas de gravidez e provocam resistência à insulina. Subseqüentemente, a secreção de insulina aumenta para superar a resistência imposta por esses dois hormônios. Nas gestantes não diabéticas, o pâncreas consegue responder as demandas de maior produção de insulina para manter o nível de glicemia normal durante a gestação. (RICCI, 2008).

A gestação de uma diabética é acompanhada de fatores de riscos como morte perinatal e anomalias congênitas. O controle metabólico rígido diminui o risco, mas muitos problemas ainda permanecem para a mãe e o feto (RICCI, 2008).

A idade também tem sido apontada como um fator de risco para a gravidez, as fases da adolescência e a fase idosa como sendo as mais favoráveis à mortalidade materna. Na adolescência a mulher devido à sua imaturidade fisiológica, estado nutricional e frequente relutância em procurar precocemente a assistência pré-natal, ela apresenta maior risco de toxemia, trabalho de parto prematuro, nascimento de bebê com baixo peso e parto operatório. Enquanto as mulheres grávidas idosas acima de 35 anos, apresentam estatisticamente um alto risco de complicações obstétricas, como placenta prévia, deslocamento prematuro da placenta, hemorragia pós-parto, trabalho de parto disfuncional, toxemia e bebês pequenos para a idade gestacional. (ZIEGEL & CRANLEY, 1986).

Assim, baseado na técnica de ensino aprendizagem norteado pela teoria da problematização, seminário integrador, realizou-se estudos como forma de contribuir para a compreensão deste processo, tendo em vista a reflexão e discussão de dados que possam apontar caminhos à diminuição das mortes e maior preparo dos serviços assistenciais à mulher no ciclo gravídico puerperal, investigando quais os casos e causas de mortalidade materna na cidade de Santarém, no período compreendido entre 2009 a 2011, analisando os critérios de classificação das mesmas e estatisticamente suas causas detectadas.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

A área de estudo foi constituída pela cidade de Santarém, no Estado do Pará. A cidade de Santarém ocupa uma área de 22.887.080 km<sup>2</sup>, sendo que 77 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano, com uma população de 297.039 habitantes. ( IBGE, 2011).

A pesquisa foi realizada mediante a uma discussão entre Docentes e Discentes da Universidade do Estado do Pará, da turma de Enfermagem 2010-B, em prol da elaboração do Seminário Integrador, cujo tema gerador foi: A enfermagem no ciclo vital humano e seu habitat, o grupo B1 explanou acerca da saúde da mulher com o sub-tema: Mortalidade Materna no Período Gravídico Puerperal na Cidade de Santarém-PA de 2009 a 2011.

A escolha do sub-tema foi feita pela compreensão e entendimento que a mortalidade materna é um dos mais sensíveis indicadores das condições de vida de uma população e reflete principalmente a desarticulação, desorganização e qualidade inadequada da assistência de saúde prestada a mulher durante o ciclo gravídico puerperal, pois a assistência pronta, oportuna e adequada, pode evitar grande parte dessas mortes.

Segundo a área técnica de saúde da mulher, toda grávida tem direito a atendimento gratuito e de boa qualidade nos hospitais públicos e nos hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde - SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Sendo assim o atendimento deve ser prestado de forma eficaz a fim de garantir a mulher sua integridade biopsicossocial.

Inicialmente foi feita uma revisão bibliográfica de obras de referência e de produções científicas em saúde no Brasil, através de um levantamento na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), que contém uma grande quantidade de periódicos científicos brasileiros relacionados ao campo de pesquisa do sub-tema já referido.

A pesquisa foi do tipo exploratória, pois se constitui em estudo inicial sobre o assunto, com base na combinação de levantamento estatístico com ações práticas de saúde preventiva.

Foi utilizado um método da pesquisa quantitativa. A pesquisa quantitativa traduz em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas utilizando para isso técnicas estatísticas. (RODRIGUEZ, 2007).

Tratou-se do levantamento estatístico documental. O levantamento estatístico se constitui em uma pesquisa exploratória de cunho quantitativo com base na análise de respostas a questões formuladas a todos os participantes da pesquisa. Mede a proporção de respostas semelhantes ou dessemelhantes a uma mesma pergunta ou perguntas, por isso se baseia na aplicação de formulários ou questionários, muitas vezes para levantar opiniões. No caso do levantamento estatístico documental, as respostas a perguntas formuladas pelos pesquisadores são buscadas em documentos escritos, sendo a coleta de dados feita, em geral, por meio do preenchimento de formulários pelos pesquisadores.

O levantamento é a pesquisa na qual coletam-se dados de toda ou parte de uma população, a fim de avaliar a incidência relativa, distribuição e inter-relações de fenômenos que ocorrem naturalmente (KERLINGER, 1964, citado por SELLTIZ, WRIGHTSMAN E COOK).

Neste estudo as mortes maternas analisadas foram da seguinte forma: morte materna considerada como morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais e ainda morte materna tardia que consiste na

morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas ocorridas no período de 42 dias até menos de um ano após o término da gravidez. (OMS, 2008).

A pesquisa foi realizada através de um levantamento no banco de dados do Sistema de Mortalidade Materna-SMM da Secretaria Municipal de Saúde solicitado por meio de ofício formulado pelos pesquisadores a esta secretaria (Apêndice 1).

Feito a identificação das causas básicas de morte, estas foram classificadas, conforme a Classificação Internacional de Doenças - CID 10, em obstétricas diretas (aquela que ocorre devido a complicações obstétricas durante o período gravídico puerperal) e indiretas (decorrente de doenças existentes antes da gravidez ou que se desenvolveram durante a mesma e que foram agravadas pelas mudanças fisiológicas causadas pela gravidez). (Ministério da Saúde, 2002).

A análise dos dados foi realizada através de leituras flutuantes das produções, que consiste em estabelecer o contato com os documentos (relatórios), analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações, para em seguida serem identificados os pontos a serem trabalhados e organizados na elaboração deste artigo científico. (BARDIN, 2002).

Partimos do princípio ético, os dados ofertados estavam dispostos no banco de dados, com isso foi garantido o total anonimato dos pesquisados. (Resolução 196/96).

O processamento e apresentação dos dados contidos no relatório fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde deram-se por somatória de índices e tabelas produzidas pelos programas Word 2010 e Excel 2010. O aprofundamento de informações alcançadas foi feito por meio de pesquisa bibliográfica específica ao tema.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram pesquisados os dados no Sistema de Informação sobre Mortalidade Materna, tendo como abrangência as notificações de mortes de residentes da cidade de Santarém/PA, no triênio 2009 - 2011. Foram constatadas 20 mortes maternas, sendo que destas, 05 (cinco) estão relacionadas diretamente e 15 (quinze) indiretamente ao ciclo gravídico puerperal.

**Tabela 1.** Distribuição dos óbitos maternos segundo raça/cor na cidade de Santarém-PA, 2009-2011

Raça/Cor	Nº	%
Branca	5	25
Parda	14	70
Não informado	1	5

Fonte: Sistema de Mortalidade Materna/Santarém-PA

Existem vários fatores que podem contribuir para a ocorrência de morte materna, entre eles destacam-se os sociodemográficos. RIQUINHO & CORREIA afirmam que este é um fator que pode revelar o grau de vulnerabilidade da mulher grávida; portanto, ao se pensar em ações que reduzam a morte materna, é necessário que estas incluam, principalmente, a população menos favorecida economicamente. Na tabela 1 podemos observar que em relação a variável raça/cor, as mulheres de cor parda representam 70% dos óbitos, enquanto as de cor branca representam 25%, demonstrando assim, a disparidade entre os grupos, pois as diferenças étnicas estão associadas às desigualdades e falta de condições financeiras, e isso nos mostra que talvez a característica da morte materna não seja apenas a cor, mas também a condição socioeconômica. (BATISTA *et al*, 2004).

**Tabela 2.** Distribuição dos óbitos maternos segundo faixa etária na cidade de Santarém-PA, 2009-2011

Faixa etária	Nº	%
15-24	5	25
25-34	10	50
35-44	2	10
45-54	2	10
55-64	1	5

Fonte: Sistema de Mortalidade Materna/Santarém-PA

Em relação à idade das mulheres que faleceram por complicações da gravidez, parto e puerpério, neste estudo observamos que 50% das mortes ocorreram em mulheres entre 25 a 34 anos. À primeira vista parece ser esta faixa etária a de maior risco para as mulheres. Contudo, apenas o número de óbitos não pode ser considerado na avaliação do risco de morte materna, pois, provavelmente, nesta faixa etária concentra-se o maior número de mulheres expostas ao

risco de engravidar e parir. Destaca-se ainda a proporção de óbito em adolescentes, o que poderia ser evitado com planejamento familiar, e assim, amenizaria os riscos maternos e fetais. (Tabela 2).

**Tabela 3.** Distribuição dos óbitos maternos segundo ocupação na cidade de Santarém-PA, 2009-2011

Ocupação	Nº	%
Pedagoga	1	5
Empregadas domésticas nos serviços gerais	3	15
Pescadora artesanal de água doce	1	5
Dona de casa	6	30
Aposentada/pensionista	1	5
Não informada	8	40

Fonte: Sistema de Mortalidade Materna/Santarém-PA

Na análise da ocupação habitual ou ramo de atividade, de acordo com os dados levantados, observamos que 30% eram do lar; 15% domésticas; e 5% pedagogas, pescadoras e aposentadas. É importante salientar que a ocupação ‘do lar’, muitas vezes desvalorizada, por não ser um trabalho remunerado, é responsável pelo desgaste e grande esforço físico, mesmo durante a gravidez. Desta forma, pode acarretar risco para óbito. (Tabela 3).

**Tabela 4.** Distribuição dos óbitos maternos segundo grau de instrução na cidade de Santarém-PA, 2009-2011

Grau de instrução	Nº	%
01 - 03	1	5
04 - 07	8	40
08 - 11	6	30
12e +	2	10
Ign	3	15

Fonte: Sistema de Mortalidade Materna/Santarém-PA

De acordo com CORREIA *et al*, 2010, assim como a faixa etária, a escolaridade também está relacionada com a assistência. Quanto maior o nível de conhecimento, maior a procura pelos serviços de saúde e conseqüentemente um menor índice de morte materna. Em relação aos dados da tabela 4 observamos que 40% estudaram quatro a sete anos, 30% de oito



a onze anos, 15% eram dados ignorados, dificultando assim, uma melhor leitura desta variável, 10% estudaram mais de doze anos e apenas 5% de um a três anos.

**Tabela 5.** Número de óbitos segundo causa direta na cidade de Santarém-PA, 2009-2011

<b>Doenças</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Hipertensão gestacional com proteinúria significativa	1	5
Hipertensão gestacional sem proteinúria significativa	1	5
Insuficiência Cardíaca	1	5
Isquemia crônica do coração	1	5
Outros sinais e sintomas relacionados ao aparelho circulatório e respiratório	1	5

Fonte: Sistema de Mortalidade Materna/Santarém-PA

Verificamos que 25% das mortes estão associadas, dentre as causas diretas, a doenças relacionadas ao aparelho circulatório, sendo assim, há necessidade de um acompanhamento especializado mais eficaz, pois estas mortes e as complicações oriundas destas podem ser evitadas e quando não, amenizadas através de um acompanhamento especializado adequado. (Tabela 5). São ressaltados, como condicionantes das mortes estudadas, os aspectos relativos à atenção em saúde, à inadequação da assistência prestada e a dificuldade de acesso a serviços de referência, além das condições sociais desfavoráveis. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

**Tabela 6.** Número de óbitos segundo causa indireta na cidade de Santarém-PA, 2009-2011

<b>Doenças</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Desnutrição proteico calórica NE	1	5
Embolia pulmonar	1	5
Hemorragia intracerebral	1	5
Insuficiência hepática NCOP	1	5
Insuficiência Renal aguda	2	10
Mieloma mult. e neoplasia maligna de plasmócitos	1	5
Morte sem assistência	1	5
Neoplasia maligna da mama	1	5
Neoplasia maligna do útero porção NE	1	5
Outras hemorragias intracranianas não traumáticas	1	5

Outras septicemias	1	5
Pneumonia por microrganismos NE	2	10
Por HIV resultados em outras doenças específicas	1	5

Fonte: Sistema de Mortalidade Materna/Santarém-PA

Os dados demonstram que 10% das mortes maternas, foram ocasionadas por insuficiência renal aguda-IRA, que pode ser definida como uma redução abrupta no ritmo da filtração glomerular. Durante a gravidez, este ritmo eleva-se progressivamente a partir do segundo mês de gestação, devendo, portanto ter-se grande atenção ao quadro de saúde da gestante, pois o diagnóstico desta doença é frequentemente tardio, elevando as probabilidades de ruptura hepática e o óbito (ATALLAH *et al*, 1997).

Ainda na tabela 6, os dados apurados mostram que 15% das mortes maternas foram decorrentes de câncer. As mortes por neoplasias são mais frequentes em áreas mais desenvolvidas (mas com tendência declinante) e menos frequentes nas áreas menos desenvolvidas, porém com tendência de aumento (HADDAD & SILVA, 2001).

Comenta-se que o fato de as residentes nas Regiões Norte e Nordeste terem um número médio de filhos maior, com tendência a tê-los em idades mais jovens e, ainda, os amamentarem por períodos mais longos, estariam atuando como possível fator de proteção contra o câncer de mama. Há de se lembrar, também, a existência, ao mesmo tempo, de piores condições socioeconômicas e ambientais favorecendo o risco competitivo das neoplasias de outras localizações (estômago, colo de útero) e de outras doenças (WÜNCH & MONCAU, 2002).

Quanto melhor a assistência pré-natal oferecida, quantitativa e qualitativamente, menores os índices de complicações obstétricas. A assistência pré-natal adequada possibilitaria determinar o risco gestacional, facilitando a identificação e o encaminhamento daquelas que necessitam de atenção terciária. (AMADOR, 1995). Com esta pesquisa verificou-se que existem óbitos considerados evitáveis através de uma assistência pré-natal adequada e medidas educativas.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo identificaram como características epidemiológicas dos óbitos maternos: raça/cor parda, faixa etária de 25 a 34 anos de idade, ocupação habitual com

serviços domésticos e baixo grau de instrução. Esses dados são importantes para o planejamento das ações que visem reduzir a mortalidade materna.

Observou-se uma proporção de mortes obstétricas diretas, sendo os transtornos hipertensivos a principal causa básica. Mas ainda essa proporção de causa é menor quando comparada as causas indiretas de óbitos. Por mais que haja esforços para combatê-la a mortalidade materna ainda permanece como problema de saúde pública na cidade de Santarém, é indicado que ocorra um conjunto concentrado de ações intersetoriais no combate a essa problemática.

Persiste a necessidade de assegurar a completa cobertura do pré-natal e a promoção do acompanhamento à gestante durante o parto e puerpério, aprimorando a assistência integral à saúde da gestante.

Se o óbito for considerado evitável, não devem ser medidos os esforços a fim do desenvolvimento de medidas de saúde pública, visando à melhoria da assistência ao pré-natal, ao parto e puerpério.

Um fato importante a ser comentado é que a Declaração de Óbito – DO, não é preenchida adequadamente por alguns médicos, fornecendo assim, informações incompletas sobre a real causa de morte materna. Isto pode criar, mesmo que a pesquisa tenha sido feita com total veracidade e lealdade as informações contidas e disponibilizadas pelo sistema, a hipótese dos dados que obtivemos serem imprecisos e assim merecerem mais pesquisas e verificações como: análise das DOs, visitas domiciliares nas residências dos familiares e consulta a prontuários médicos e hospitalares, o que não foi possível para este momento. Através disso verifica-se que o sistema é falho muitas vezes e é necessário ter uma maior atenção, principalmente no que diz respeito a sua efetiva atualização.

## **5. AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Secretaria Municipal de Saúde pela colaboração através da disponibilidade de acesso ao banco de dados do SMM, que foi de fundamental importância para realização desta pesquisa, ainda à Coordenadora do Seminário Integrador pelo empenho nas suas atribuições, Professora Franciane de Paula, ao belíssimo trabalho dos Professores Adalgisa e Francileno, orientadora e coorientador, respectivamente, deste grupo de pesquisa e aos demais professores deste eixo temático que se propuseram a estarem presentes como

impulsionadores desta nova forma de pensar e agir frente às problemáticas que envolvem a saúde de maneira geral e específica.

## REFERÊNCIAS

AMADOR, B. C. N. **Mortalidad de La mujer em adad fértil em Costa Rica, 1987-1989.** Bol Ofic Sanit Panam. 1995; 118(3): 191-200.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** TRAD. Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BATISTA, L.; ESCUDER, M.; PEREIRA J. **A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001.** Revista Saúde publica 2004, Vol.38, núm. 05, PP 630- 636.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de saúde. Secretaria de atenção a saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Brasília; Ministério da Saúde, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.** Resolução 196/96. Disponível em: <<https://www.bioetica.efgs.br/res196/96.htm>> Acesso em 28 de mai. 2012 às 11:01.

CORREIA, R.; ARAÚJO, H.; FURTADO. B.; BOFIN, C. **Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006).** Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 64, núm. 1, Jan-fever. 2011, pp. 91-97

HADDAD & Silva. **Mortalidade por neoplasias em mulheres em idade reprodutiva –15 a 49 anos, no estado de São Paulo, Brasil de 1991 a 1995.** Revista Assoc. Med. Bras. vol.47 n.3 São Paulo jul./set. 2001.

IBGE, 2011. **Santarém (PDF).** Página visitada em 20/05/2012. Acesso em 22 mai. 2012 às 14:37.

KERLINGER, 1964, citado por SELLTIZ, WRIGHTSMAN E COOK, org. da 4ª Ed. KIDDER, 1987: 49.

LEAL, M.C.; **Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil**. Cad. Saúde Pública: 24(8): 1724-5,2008

MISNISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília-DF. Editora do Ministério da Saúde. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna/Ministério da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília; Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual/FEBRASGO: Parto, aborto e puerpério. Assistência Humanizada à Saúde**. Brasília-DF. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: EDUSP; 2008.

PIATO, S.; **Complicações em obstetrícia**/Sebastião Piato. Ed. 2009–Barueri, SP: Manole. 2009.

REZENDE, J.; **Obstetrícia**. Editora: Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2005.

RICCI, S. C.; **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2008.

RIQUINHO, L.; CORREIA, G. **Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal**. Revista Brasileira de Enfermagem, 2006, Vol. 64. Num. 03, maio/junho. PP 303-307.

RODRIGUEZ, W. C.; **Metodologia Científica**. Paracambi: FAETEC/IST; 2007. p-5.

SILVA *et al.* **A mortalidade materna no Brasil no período 1980-1993**. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. Cap. 12. pp. 205-225.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO**. UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO; 2004.

WÜNCH & MONCAU. **Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais**. Rev. Assoc. Med. Bras. 2002; 46 (3): 250-7.

**ZIEGEL, E. E & CRANLEY, M. S.;** Editora Guanabara Koogan.: 8<sup>a</sup> edição. 1986. Rio de Janeiro.