

ÓBITOS MATERNOS EM MULHERES DE 10 A 19 ANOS OCORRIDOS NO ESTADO DO MARANHÃO EM 2011

SILVA, Vanessa Danielle Mendes Ferraz da¹
QUEIROZ, Lorena Lauren Chaves^{2*}
QUEIROZ, Rafaelle Cristina Cruz da Silva³
RIBEIRO, Thatiana Silvestre Fernandes¹
FONSECA, Máise do Socorro Santos¹

Resumo: Este estudo teve como objetivo caracterizar o Óbito Materno em Mulheres de 10 a 19 anos ocorridas no Estado do Maranhão no ano de 2011. Trata-se de um estudo descritivo, documental, de caráter retrospectivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados do Sistema de Informação sobre a Mortalidade (SIM) da Vigilância Sanitária e Epidemiológica, contendo as seguintes variáveis, idade, cor/raça, naturalidade, local da ocorrência do óbito e a causa básica da morte. No Maranhão, no ano de 2011, houve predomínio da faixa etária de 16 a 18 anos (78,93%), com naturalidade não informada (73,86%), de cor /raça parda (73,86%). Dentre as causas de mortalidade materna, a eclampsia teve maior frequência correspondendo a 31,57% dos óbitos, seguido pela infecção puerperal (15,78%). Quanto ao local de ocorrência do óbito nota-se maior frequência para os hospitalares (94,73%). Torna-se necessário uma melhora na assistência a mulheres nesta faixa etária uma vez que a gestação é considerada um evento natural, bem como é necessário medidas para a diminuição dos sub-registros dos óbitos em todo o país e também sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para uma integração das políticas públicas de saúde com as outras políticas sociais que favorecem as mulheres adolescentes, beneficiando para as adolescentes condições de viver com segurança a gestação e o parto, antes que óbitos, por causas evitáveis firam irreparavelmente o direito à saúde.

Descritores: Gravidez; Adolescência; Óbito; Mortalidade Materna.

Abstract: Maternal deaths in women from 10 to 19 years old occurred in the state of Maranhao, 2011. This study aimed to characterize the Maternal Death in Women from 10 to 19 years old occurred in the state of Maranhao in 2011. This is a descriptive, documentary, retrospective study, with quantitative approach. Data were collected from the Mortality Information System (SIM) of the Sanitary and Epidemiological Surveillance, containing the following variables: age, race / color, national origin, place of occurrence of death and basic cause of death. In Maranhão, in 2011, there was a predominance of the age group from 16 to 18 years old (78.93%), with unknown place of birth (73.86%), of mulatto color /race (73.86%). Among the causes of maternal mortality, eclampsia had higher frequency corresponding to (31.57%) of the deaths, followed by puerperal infection (15.78%). Regarding the place of occurrence of death it can be noticed a higher frequency to hospitals (94.73%). It is necessary an improvement in the care of women in this age group since the pregnancy is considered a natural event, as well as it is necessary measures to reduce the underreporting of deaths across the country and also increase awareness and mobilize managers and professionals of the National Health System (SUS) for an integration of public health policies with other social policies that favor teenager women, benefiting for the teenagers conditions of living with safety their pregnancy and childbirth before deaths from preventable causes irreparably injure the right to health.

Descriptors: Pregnancy; Adolescence; Death; Maternal Mortality.

INTRODUÇÃO

A morte materna de uma mulher ocorre durante a gestação ou até 42 dias após o término desta, independentemente de sua duração, sendo causada por fatores agravados pela gravidez ou por medidas tomadas em relação à ela¹. Nesse sentido, à mortalidade relacionada à gravidez, ao parto e

ao puerpério constitui-se atualmente em uma situação problema, que afeta inexoravelmente a vida de mulheres adolescentes na faixa de 10 a 19 anos⁴.

Vale ressaltar que, nos casos de mulheres jovens, a real magnitude da mortalidade materna não é conhecida muitas vezes, em função do sub-registro, sendo necessário, rastrear esses eventos e conhecer sua dimensão concreta²⁰.

¹ Enfermeira. Graduada pela Faculdade Estácio de São Luís.

² Enfermeira. Mestre em Saúde Materno-Infantil-UFMA.

³ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), evidenciou-se que um total de 274 óbitos maternos em adolescentes ocorre devido a causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, esse quadro se agrava quando estudos^{9,10} sobre esta temática, evidenciam que há um aumento do número de gestação em adolescentes, seguido de um aumento de complicações relacionadas à gestação, que nos leva a concluir que a gravidez na adolescência é um importante fator de risco⁴.

A gravidez na adolescência tem constituindo atualmente um grande desafio para os formuladores e gestores de políticas públicas do país⁵, pois tem sido associado a uma frequência aumentada de resultados obstétricos adversos, tais como baixo peso ao nascer, parto prematuro, morte materna e perinatal, pré-eclâmpsia e parto cirúrgico. Não se sabe se estas complicações são relacionadas apenas a fatores biológicos ou se sofrem influência dos fatores socioeconômicos¹⁵.

No Brasil a proporção de adolescentes e mulheres jovens que morrem por causas obstétricas é preocupante, sendo mais definido pela maior frequência de gestação ilegítima e pelo fato de a adolescente grávida muitas vezes ocultar seu estado, o que dificulta o acesso a uma adequada assistência. Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Mato Grosso (SVS/MS), entre 1990 e 2007 a mortalidade materna na adolescência (de 10 a 19 anos) variou entre 13% e 16% do total de óbitos maternos⁵.

A morte de uma jovem mulher quando relacionada à sua gravidez é tragédia para sua família e é vergonha para o estado da saúde de um país². Acredita-se que muitas dessas mulheres jovens que morrem durante a gestação, parto ou puerpério, na sua maioria, pertencem à classe social mais desfavorecida. Em termos de renda, escolaridade e acesso a serviços de saúde de qualidade, possuem estresse psicológico e geralmente fazem uso de drogas ilícitas, o que aumenta as chances de uma gravidez não planejada²⁰.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) informa que a mortalidade materna correlaciona negativamente com o funcionamento do sistema de saúde, pois quando ela é alta, deve-se concluir que o sistema de saúde não funciona de forma adequada².

Desta forma, destaca-se que a mortalidade materna em adolescentes é um indicador importante porque reflete as condições socioeconômicas do país e a qualidade de vida de sua população, assim como das políticas públicas que promovem as ações de saúde coletiva. No entanto, as complicações maternas que levam ao óbito são quase sempre devidas à inadequada e/ou tardia assistência⁷.

A melhoria das condições de saúde reprodutiva é um desafio, já que as condições de risco atingem, principalmente, mulheres com pouco acesso aos serviços de saúde. Esse fato exige uma assistência ao pré-natal e ao parto de qualidade, um controle social satisfatório com ampliação e qualificação dos Comitês de Morte Materna (CMM) e a mobilização de gestores, profissionais de saúde e da sociedade civil na promoção de políticas públicas que visem à redução deste indicador¹⁸.

A necessidade de se conhecer a dimensão do problema da morte materna em uma região pobre, como é o Nordeste brasileiro, bem como, as causas que determinaram as mortes maternas deverão contribuir para que as autoridades sanitárias, a sociedade e, em especial, as mulheres exijam prioridade no atendimento integral à sua saúde, reconhecendo definitivamente esta prática como a mais efetiva para a promoção da saúde reprodutiva e o seu direito à cidadania¹⁹.

Por ser, a mortalidade materna, considerada um problema não natural e que, portanto, pode ser resolvido, o presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil da mortalidade materna em mulheres de 10 a 19 anos, no Maranhão no ano de 2011, bem como verificar a associação entre a morte materna e as variáveis; idade, cor/raça, naturalidade, local de ocorrência do óbito e a causa básica da morte.

MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa descritiva, documental, de caráter retrospectivo, com variáveis quantitativas.

A população de estudo foi composta por todas as mulheres em idade compreendida de 10 a 19 anos, que tiveram óbitos obstétricos, registrados no estado do Maranhão, totalizando os 19 óbitos ocorridos no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2011.

Os dados foram obtidos dos Sistemas de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MA/DATASUS) da Vigilância Sanitária e Epidemiológica localizada no município de São Luís-MA.

De posse dos dados de interesse para o estudo, foi realizada a estatística e análise utilizando o programa Excel. Os dados obtidos nesta pesquisa foram analisados e apresentados em tabelas, contendo a frequência e percentual de todas as variáveis questionadas neste estudo.

Durante a pesquisa foram observados todos os aspectos contidos na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/ 96, que trata de pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o MS, apesar da diminuição das taxas de mortalidade materna, ainda persistem problemas a serem enfrentados para a melhoria das suas condições de saúde. Existe iniquidade no acesso aos serviços de qualidade para certos grupos de mulheres e populações que se encontram em situação de vulnerabilidade devido às desigualdades regionais, às condições socioeconômicas, raça e à localização geográfica distante dos grandes centros urbanos e capitais¹⁷.

De acordo com a tabela 1, percebe-se que o maior percentual de óbitos maternos variou na faixa etária de 16 a 18 anos (78,93%), sendo a faixa etária de 18 anos (31,57%) de maior predomínio. Ressalta-se que não tiveram óbitos maternos na faixa etária de 10 a 14 anos.

Tabela 1—Óbitos maternos em mulheres de 10 a 19 anos, segundo faixa etária. MA, Brasil. 2011.

Variável	N	(%)
Faixa etária		
15 anos	1	05,26
16 anos	4	21,05
17 anos	5	26,31
18 anos	6	31,57
19 anos	3	15,78
Total	19	100,00

Fonte: SIM, São Luís, MA – 2013.

Segundo pesquisa realizada pelo MS, no ano de 2010 as adolescentes representaram 16,4% do total de óbitos por causas maternas quando con-

sideradas todas as idades. Identificando ainda que a mortalidade proporcional é maior dos 16 aos 19 anos correspondendo a 84,30%, tendo um pico aos 18 anos de idade com 26,6% seguida dos 19 anos com 25,2%, para as idades de 13 a 15 anos a mortalidade proporcional foi de 16,5%²⁵.

Já a pesquisa realizada por Ferraz e Bordignon¹¹ (2012), no período de 2000 a 2009, demonstrou que o Brasil apresentou grande quantidade de óbitos maternos ocorridos em adolescentes, na faixa entre 10 a 19 anos, um percentual de 15,25%. Entre as adolescentes, 14,38% eram de 15 a 19 anos e 0,87% entre 10 a 14 anos, demonstrando que existem riscos altos em gestações nesta faixa etária.

Fato semelhante ao presente estudo ocorreu em pesquisa realizada por Carreno⁷ et al (2012) durante o período de 1999 a 2008, na cidade do Rio Grande do Sul. Destacou-se que em 2000 e no período de 2004 a 2008, na faixa etária dos 10 aos 14 anos, não foram registrados óbitos maternos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Souza²⁴ et al (2010) afirmaram que na realidade brasileira, a morte materna em adolescentes de 10 a 19 anos, espelha as diversidades sociais do país, como o pouco valor atribuído à mulher. Além disso, para cada morte ocorrida, várias outras situações de risco de morte, com possíveis sequelas definitivas, são totalmente desconhecidas.

Baseados nos dados na tabela 2, os óbitos maternos em mulheres de 10 a 19 anos, segundo naturalidade obteve maior predomínio de casos não informado (73,68%).

Tabela 2—Óbitos maternos em mulheres de 10 a 19 anos, segundo naturalidade. MA, Brasil. 2011.

Variável	N	(%)
Naturalidade		
Maranhão	5	26,31
Não informado	14	73,68
Total	19	100,00

Fonte: SIM, São Luís, MA – 2013.

Em relação à naturalidade, observa-se a falta de informação sobre essa variável, que pode estar relacionado à ocorrência de casos de sub-registros, sendo ainda uma realidade semelhante a outros estudos^{10,15}. De acordo com o MS, tal fato pode ser considerado

como um dos grandes problemas que ainda permeiam as análises de mortalidade no Brasil⁶.

Como relatado por Riquinho e Correia²⁰ (2006) existem duas razões que impedem o monitoramento do número real de óbitos maternos: a subinformação e os sub-registros das declarações de óbito. A subinformação é o preenchimento inexato das declarações de óbito, nos casos de exclusão da causa de morte relacionado à gestação, ao parto ou ao puerpério. Muitas vezes, é devida a falta de conhecimento do profissional responsável pelo seu preenchimento, em relação à importância deste documento. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito, em cartório, mais frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, devido ao difícil acesso aos cartórios ou à existência de cemitérios clandestinos, sendo associado à pobreza e ocorrendo mais frequentemente na área rural, fazendo com que as taxas de mortalidade não expressem a realidade.

Na tabela 3, no que diz respeito a variável cor/raça, observa-se uma maior prevalência de óbitos em mulheres de 10 a 19 anos de raça parda (73,68%), sendo que a categoria “negra”, não foi notificada.

Tabela 3—Óbitos maternos em mulheres de 10 a 19 anos, segundo raça e cor. MA, Brasil. 2011.

Variável	N	%
Raça/Cor		
Branca	2	10,52
Parda	14	73,68
Indígena	2	10,52
Não informado	1	05,26
Total	19	100,00

Fonte: SIM, São Luís, MA – 2013.

Estudo realizado pelo MS, identificando óbitos maternos em adolescentes, mostra que ao considerar a raça e cor, foram encontrados dados similares aos do presente estudo, sendo que a mortalidade proporcional também ocorre mais nas adolescentes pardas com 51,6%, seguida das brancas com 36,9% e das pretas com 11,1%²⁵.

Silva²³ (2006) afirma que 85% das mulheres negras estão abaixo da linha de pobreza e sua taxa de analfabetismo é o dobro, quando comparada a das mulheres pardas; baixo acesso aos serviços de saúde de boa qualidade e maior risco de contrair

e morrer de determinadas doenças do que as mulheres pardas. Mulheres negras têm acesso menor ao pré-natal, e este se inicia mais tardiamente do que o das mulheres pardas, apresentando sub-registro, que dificulta a vigilância dessas mulheres como foi relatado no presente estudo, à ausência de informação dessa categoria.

Segundo Martins¹⁶ (2006), a variável raça/cor deve ser observada com bastante atenção, pois permite avaliar questões sociais e até mesmo de acesso aos serviços, já que a ocorrência dos óbitos maternos em sua maioria acontece nas classes sociais mais excluídas, com baixos salários e escolaridade. Gonçalves¹² et al (2006) relataram que é necessário promover o treinamento e a sensibilização dos profissionais de saúde a respeito da importância da assistência, do registro e a análise dos dados pessoais e, especialmente, dos dados sobre cor/raça/etnia.

De acordo com a tabela 4, quanto ao local de ocorrência do óbito nota-se que os hospitais são os locais de maior ocorrência (94,73%).

Tabela 4—Óbitos maternos em mulheres de 10 a 19 anos, segundo local de ocorrência. MA, Brasil. 2011.

Variável	N	(%)
Local de ocorrência		
Hospital	18	94,73
Domicílio	1	05,26
Total	19	100,00

Fonte: SIM, São Luís, MA – 2013.

Para Andrada¹ et al (2003), a maioria das mulheres, tem acesso ao parto hospitalar, o que nos leva a pensar que essas mulheres não estejam recebendo o atendimento adequado. De acordo com o Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo (CMM/SP), no período de 2007 e 2008, quase a totalidade dos casos (96,6%) evoluiu para óbito dentro de um ambiente hospitalar, com realização de (58,2%) necropsias. Entretanto, não se tem dados suficientes para opinar sobre a qualidade desse atendimento.

Laurenti¹⁴ et al (2004) afirmam que apesar de no Brasil mais de 90% dos partos ocorrerem em hospitais e, em algumas regiões, cheguem praticamente a 100%, está claro que o que precisa melho-

rar e muito, é a assistência, considerando os cuidados quanto ao pré-natal e uma adequada atenção ao parto e ao puerpério imediato. Sendo que a mortalidade materna, no Brasil, é elevada, o que se presume, que essas deficiências estão ocorrendo também na assistência prestada a adolescentes.

Ferraz e Bordignon¹¹ (2012) mostraram que em 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizou a necessidade do atendimento profissional qualificado na gravidez, parto e pós-parto imediato, com retaguarda de emergências acessíveis funcionantes, ao colocar a maternidade segura como uma de suas prioridades. Assim, fazendo necessário que os serviços possam estar devidamente estruturados, possibilitando proteção à vida materna, seja com intervenções médicas imediatamente instituídas, seja com um sistema de referência e contrarreferência eficaz e atuante.

Baseados na Tabela 5, referente a óbitos maternos em mulheres de 10 a 19 anos, segundo CID-10, destaca-se maior registro de óbito por eclampsia (31,57%), seguido de infecção puerperal (15,78%), uma vez que ambos podem estar correlacionados durante uma gestação. Logo após são citados embolia, traumas obstétricos e outras doenças maternas, ambas apresentando o mesmo percentual (10,52%). Já os de menores registros com os mesmos percentuais estão à hemorragia pós-parto, aborto, deslocamento prematuro da placenta e hipertensão materna não especificada (NE) (5,26%).

Tabela 5—Óbitos maternos em mulheres de 10 a 19 anos, segundo CID10. MA, Brasil. 2011.

Variável	TOTAL	
	N	(%)
CID 10		
Aborto NE	1	05,26
Eclampsia	6	31,57
Hipertensão materna NE	1	05,26
Descolamento prematuro da placenta	1	05,26
Outros traumas obstétricos	2	10,52
Hemorragia pós-parto	1	05,26
Infecção puerperal	3	15,78
Embolia origem obstétrica	2	10,52
Outras doenças maternas classificadas em outra parte, complicações graves na gravidez, parto e puerpério	2	10,52
TOTAL	19	100

Fonte: SIM, São Luís, MA – 2013.

De acordo com Silva²² (2010), as adolescentes grávidas são especialmente mais vulneráveis à ocorrência de problemas durante a gestação, tais como a Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG), por acumularem características desfavoráveis, como, por exemplo, a imaturidade de órgãos e sistemas, a falta de informação e dificuldade de acesso ao sistema de saúde. Esse agravo é considerado a principal causa de morbimortalidade materna e mortalidade perinatais, sendo que cerca de 5 a 10% das gestações são complicadas pela hipertensão arterial. A SHEG é particularmente mais incidente nas adolescentes mais jovens, menores de 16 anos, pois, nesta faixa etária, é maior o número de nulíparas, com estado nutricional deficiente e ausência de cuidado pré-natal. Durante a gestação ocorrem alterações fisiológicas importantes na qual a mulher deve ser orientada e preparada para que tenha uma gestação tranquila.

Em estudo realizado por Gonçalves¹³ et al (2005), no período de 2005, na cidade de São Paulo, a maior incidência de hipertensão ocorreu em gestantes entre os 15 e 19 anos (45,45%), e que determina uma preocupação ímpar no que se refere ao impacto da doença sobre a saúde da mulher adolescente.

Baseado no Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo, no período de 2007 a 2008 a maioria dos óbitos por hipertensão arterial (23,3%) e por complicações hemorrágicas de 2º-3º trimestres/puerpério (30,0%) aconteceram nas faixas etárias de 30 a 34 e 15 a 19 anos, respectivamente⁸.

Para Santos²¹ et al (2008), as mulheres de 15 a 19 anos, apresentam maiores chances de ocorrências de mortes por problemas advindos da gravidez ou do parto duas vezes maior do que entre as maiores de 20 anos. Entre as menores de 15 anos, esta ocorrência é ainda cinco vezes maior, constituindo uma das principais causas de morte nesta faixa etária.

De acordo com Gonçalves¹² et al (2006), a mortalidade materna acontece também entre as jovens, destacando-se, como principais causas, a hipertensão, a hemorragia, as infecções puerperais e as complicações decorrentes do aborto. Entretanto, esse diagnóstico, ainda preliminar, poderia em muito ser aperfeiçoado se dispositivos fossem criados com a finalidade de melhorar a qualidade das

informações, as quais, em muitos casos, chegam a patamares de até 40% de declarações de óbitos incompletas vitáveis.

Barbastefano e Vargen³ (2009) destacaram que a prevenção de morte materna evitável é objetivo essencial para o profissional enfermeiro que atua nessa realidade tão discutida em termos de atenção à saúde da mulher, cidadã de direitos. A participação da Enfermagem no contexto da prevenção da mortalidade materna deve ser a de promover e exercer ações preventivas. Portanto esses aspectos caracterizam o ser enfermeiro como cuidador de indivíduos, famílias e comunidades, na saúde e na doença, esse cuidar envolve atribuições indispensáveis como ações educativas, administrativas, assistenciais e de pesquisa.

De acordo com Souza²⁴ et al (2010), o cuidado de enfermagem deve ser associado a uma estratégia para diminuição da mortalidade em adolescentes, com ações na área de assistência, no registro de dados, na investigação dos óbitos, na coleta e interpretação de dados, bem como na proposição de políticas assistenciais e de educação. O cuidado de enfermagem é relevante, ainda, para mobilizar outros profissionais a atuarem de forma adequada, por exemplo, na adoção de protocolo clínico de risco em toda adolescente grávida, na inserção da família no processo assistencial e na administração de sangue ou em outros suportes e, por último, na transferência da menina-mulher para centros de referência. Informações resultantes de trabalhos de pesquisa viabilizam bases para que os serviços de saúde e seus profissionais reconheçam o valor de suas práticas e melhorem cada vez mais o que é disponibilizado à população.

Para que ocorra uma diminuição dos óbitos maternos em adolescentes, é essencial um acompanhamento pré-natal de qualidade, capaz de reconhecer precocemente os grupos vulneráveis e os fatores de risco relacionados à morbidade e mortalidade. Associado a isso, torna-se necessário que exista, para resolução do problema, um elevado investimento financeiro na saúde, envolvendo políticas públicas especificamente dirigidas à redução dessas mortes, bem como projetos que favoreçam

a implantação de uma assistência materna de qualidade com disponibilidade de serviços obstétricos facilmente acessíveis, sem custo, e com profissionais treinados e preparados.

Essas práticas poderiam permitir as intervenções adequadas e o correto planejamento do parto, com atendimento institucional apropriado, assim como a identificação e implantação de intervenções efetivas na redução das taxas de mortalidade materna durante o pré-natal e, preferencialmente, no parto, quando predominam as mortes.

É importante ressaltar que a maioria dos dados utilizados neste estudo e na maioria das pesquisas epidemiológicas é originada de informações secundárias, que são obtidas através dos sistemas de banco de dados disponíveis. Percebe-se que, por serem de fontes secundárias, não oferecem uma total confiança quanto à ausência de erros e equívocos, tantos nos preenchimentos das fichas de notificação, como na digitação dos dados das mesmas para as bases do SIM, evidenciando que deve haver uma melhora na qualidade do preenchimento das Declarações de Óbitos (DO).

Portanto, esse estudo mostrou que o índice de mortalidade materna no Maranhão em adolescentes ainda representa uma triste realidade, sendo de fato, de extrema importância, que as ações de saúde busquem resultados satisfatórios no que se refere à saúde materno-infantil, tentando modificar este indicador.

REFERÊNCIAS

1. Andrada AAC, Vitorello DA, Neto JAS. Mortalidade Materna no Estado de Santa Catarina Durante o Ano de 2011. Arquivos Catarinenses de Medicina 2003; 32(4): 56-64.
2. Andrade ATL, Guerra MO, Andrade GN, Araujo, DAC, Souza JP. Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma Maternidade Escola. Rev Bras Ginecol Obstet 2006; 28(7): 380-387.
3. Barbastefano SP, Vargens CMO. Prevenção da mortalidade materna: desafio para o enfermeiro. Rev Bras Enferm 2009; 62(2): 278-282.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. Uma análise da situação da saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Saúde Brasil 2009. Acesso em: 30 mar.2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
7. Carreno I, Bonilha CLAL, Juvenal DS. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. Rev Bras Epidemiol 2012; 15(2): 396-406.
8. Comitê de Mortalidade Materna do Município de São Paulo. Programa de prevenção à mortalidade materna no município de São Paulo. Lei municipal nº 11.313, de 21 de dezembro de 1992. Relatório do Estudo de Casos de Mortalidade Materna no Município de São Paulo durante o biênio 2007/2008. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/RelMortMaterna0708.pdf>. Acesso em: 01 mar 2013.
9. Costa TJNM, Heilborn ML. Gravidez na adolescência e fatores de risco entre filhos de mulheres nas faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos em Juiz de Fora, MG. Rev APS 2006; 9(1): 29-38.
10. Diniz NC. Gravidez na adolescência: um desafio social. [Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização]. Campos Gerais/ Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
11. Ferraz L, Bordignon M. Mortalidade Materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. Rev Baiana de Saúde Pública 2012; 36(2): 527-538.
12. Gonçalves E, Costa KS, Souza, MR. Mortalidade feminina e materna em Goiânia. Goiânia: Grupo Transas do Corpo. Caderno Saúde Integral das Mulheres 2006; (2): 24p.
13. Gonçalves R, Fernandes RAQ, Sobral DH. Prevalência da Doença Hipertensiva Específica da Gestação em hospital público de São Paulo. Rev Bras Enferm 2005; 58(1): 61- 64.
14. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev Bras Epidemiol São Paulo 2004; 7(4): 450-457.
15. Magalhães MLC, Furtado MF, Nogueira BM, Carvalho FHC, Almeida FML, Mattar R, Camano L. Gestação na adolescência precoce e tardia – há diferença nos riscos obstétricos. Rev Bras Ginecol Obstet 2006; 28(8): 446-452.
16. Martins A. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad Saúde Pública 2006; 22(11): 2473-2479.
17. Ministério da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Utilizando os Direitos Humanos para a Saúde Materna e Neonatal: Um Instrumento para o Fortalecimento de Leis, Políticas e Normas de Atenção à Saúde: Relatório Final. Brasília, DF; 2006.
18. Morse ALLM. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos. Cad Saúde Públ 2011; 27(4): 623-638.

19. Queiroz LLC, Curvina MFB, Bezerra MLM, Mochel EG. Análise da mortalidade materna no município de São Luís, 2006. Rev Ciências Saúde (São Luís) 2010; (12): 23-28.
20. Riquinho DL, Correia SG. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. Rev Bras Enferm 2006; 59(3): 303-307.
21. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(5): 224-231.
22. Silva MP, Santos, Zélia MSA, Nascimento R, Fonteles JL. Avaliação das condutas de prevenção da síndrome hipertensiva específica da gravidez entre adolescentes. Rev Rene Fortaleza 2010; 11(4): 57-65.
23. Silva WM. Mortalidade Materna de Adolescentes Negras: A invisibilidade da cor. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
24. Souza ML, Burgardt D, Ferreira LAP, Bub MBC, Monticelli M, Lentz HE. Meninas Catarinas: a vida perdida ao ser mãe. Rev Esc Enferm USP 2010; 44 (2): 318-23.
25. Teixeira FZN, Pereira RW, Barbosa VAD, Carneiro LA. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. Rev Brasil Saúde Mater Infant 2012; 12(1): 27-35.

***Autor para correspondência:**

Rafaelle Cristina Cruz da Silva Queiroz

E-mail: lorenalcq@yahoo.com.br