

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**Óbitos maternos por eclâmpsia no Brasil, Rio Grande do Sul e  
Porto Alegre de 1998 a 2006**

*Maternal deaths from eclampsia in Brazil, Rio Grande do Sul and Porto Alegre from  
1998 to 2006*

CAMILA GAZZOLA CHAVARRIA

PORTO ALEGRE – RS

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

CAMILA GAZZOLA CHAVARRIA

**Óbitos maternos por eclâmpsia no Brasil, Rio Grande do Sul e  
Porto Alegre de 1998 a 2006**  
*Maternal deaths from eclampsia in Brazil, Rio Grande do Sul and Porto Alegre from  
1998 to 2006*

Trabalho de conclusão de curso apresentado como  
requisito parcial para obtenção do Certificado de Es-  
pecialização em Saúde Pública.

Orientadora: Cristianne Famer Rocha

PORTO ALEGRE – RS  
2011

# **Óbitos maternos por eclâmpsia no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre de 1998 a 2006**

## **Maternal deaths from eclampsia in Brazil, Rio Grande do Sul and Porto Alegre from 1998 to 2006**

Camila Gazzola Chavarria, Enfermagem, Acadêmica do Curso de Especialização em Saúde Pública da UFRGS.

Cristianne Maria Famer Rocha, Saúde Coletiva, Doutora em Educação, Professora Adjunta da UFRGS

Nome do Departamento(s) ou Instituição a qual o trabalho deve ser atribuído: Departamento de Assistência e Orientação Profissional (DAOP) /Escola de Enfermagem/UFRGS

Autor para correspondência: Camila Gazzola Chavarria, Rua Ramiro Barcelos, 2600, (51)3308-5327, camila.gazzola@hotmail.com

- Fontes de financiamento: não contou com financiamento.
- Número total de palavras para texto (excluindo sumário, agradecimentos, legendas e referências): 7.534
- Número de Figuras e Tabelas: quatro

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo realizar uma análise temporal da mortalidade materna, utilizando as variáveis de número de consultas pré-natal, obesidade, cor/raça e faixa etária, no período de 1998 a 2006 no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre. Trata-se de um estudo ecológico. As variáveis foram coletadas no banco de dados DATASUS. Para análise dos dados, foi realizado o método de estatística descritiva. Verificou-se que o Brasil obteve o maior percentual de redução (7,85%) de gestantes que realizaram zero consulta de pré-natal. Já Porto Alegre, obteve a maior percentagem (70,16%) de mulheres que realizaram de sete a mais consultas. O Rio Grande do Sul apresentou os maiores percentuais de obesidade, atingindo 38,14% em 2006. A faixa etária de maior predominância de mortalidade materna foi entre 20 e 39 anos, obtendo o maior e o menor percentual, o Rio Grande do Sul, com valores de 76,92% e 7,69%, respectivamente. Os percentuais de mortalidade conforme cor/raça foram mais elevados no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, que atingiu o maior e o menor percentual, com 100% (1999) e 0% (2000), respectivamente. Contudo, a cor/raça negra também obteve os maiores e menores percentuais em Porto Alegre, com 75% em 2001 e 0% em 1999, 2000 e 2006. Destaca-se a importância de vigilância quanto à mortalidade materna, havendo necessidade de reflexão constante quanto às ações na atenção à saúde da mulher.

Unitermos: Eclampsia. Cuidado pré-natal. Mortalidade materna. Obesidade. Serviços de Saúde Materna.

## ABSTRACT

*The present study aims to conduct a temporal analysis of maternal deaths, by variables of numbers of prenatal care, obesity, race/color and age in the period 1998 to 2006 in Brazil, Rio Grande do Sul and Porto Alegre. It is an ecological study. The variables were collected in the database DATASUS. Data analysis was performed using descriptive statistics. It was found that Brazil had the largest percentage reduction (7.85%) of women who did not have the pre-natal consultations. Yet Porto Alegre, had the highest percentage (70.16%) of women who had seven or more visits. The Rio Grande do Sul had the highest percentage of obesity, reaching 38.14% in 2006. The age of highest prevalence of maternal mortality was between 20 and 39 years, obtaining the highest and the lowest percentage, the Rio Grande do Sul, with values of 76.92% and 7.69% respectively. Mortality rate according to the color/ race were higher in Rio Grande do Sul and Porto Alegre, which reached the highest and the lowest percentage, with 100% (1999) and 0% (2000), respectively. However, the color/race black (african american) also obtained the highest and lowest percentage in the same city, with 75% in 2001 and 0% in 1999, 2000 and 2006. We emphasize the importance of vigilance with regard to maternal mortality, there is a need for constant reflection on the actions in the women's health.*

**Keywords:** *Eclampsia. Prenatal care. Maternal mortality. Obesity. Maternal Health Services.*

## INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é vista como uma grave violação dos direitos das mulheres, por se tratar de uma tragédia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento<sup>1</sup>.

Conforme o Ministério da Saúde<sup>1</sup>, a definição clássica de morte materna considera a morte de uma mulher durante a gestação, ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela mesma ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida às causas acidentais ou incidentais.

Segundo Soares et al<sup>2</sup>:

A World Health Organization (WHO) assinala a ocorrência de aproximadamente 529.000 óbitos de mulheres por ano, relacionados à gravidez, parto, puerpério e aborto. Destes, menos de 1% ocorrem em países desenvolvidos, refletindo as desigualdades sociais e em saúde das mulheres entre países pobres e ricos.

No Brasil, existem dois fatores que dificultam o real monitoramento da mortalidade materna, que são a sub-informação e o sub-registro das declarações das causas de óbito. A sub-informação é resultante do incorreto preenchimento das declarações de óbito, quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, parto ou puerpério. Isso ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da declaração de óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. No caso do sub-registro, trata-se da omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, devido à dificuldade de acesso aos cartórios pela população, pela existência de cemitérios irregulares ou falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania<sup>1</sup>.

Estima-se que, nos países desenvolvidos, a incidência de mortalidade materna esteja em torno de 1:330 partos, enquanto no Brasil, um país em desenvolvimento, este percentual chega à aproximadamente 1% das gestações. As complicações que resultam em óbito materno dependem de uma série de fatores ligados ao binômio materno-fetal, como a qualidade da assistência prestada, seja na atenção primária, secundária ou terciária<sup>3</sup>.

Em um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde, foi estipulado que, no ano de 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreriam vítimas

de complicações ligadas à gravidez, sendo que, apenas 5% destas, viveriam em países desenvolvidos<sup>1</sup>.

A incidência de mortalidade materna no Brasil, no período de 1999 a 2001, obteve uma queda significativa, que pode estar associada tanto a melhoria da assistência prestada, quanto ao fortalecimento das ações de planejamento familiar. Neste período, a questão da mortalidade materna ganhou maior visibilidade, tanto no nível municipal quanto estadual, sendo deflagrados vários processos para o seu enfrentamento<sup>1</sup>.

No Brasil, observa-se que há sub-notificação da variável “cor”, na maioria dos Sistemas de Informação da área de saúde. Apesar do quesito “cor” constar na declaração de óbito, muitas vezes ele não é preenchido ou a informação não corresponde à realidade, fato que tem dificultado o real monitoramento sobre a saúde da mulher negra<sup>1</sup>.

Apesar dos grandes avanços médicos para o tratamento da eclampsia e para a sobrevivência dos recém-nascidos gerados nestas condições, esta patologia ainda apresenta-se como a principal causa de morbimortalidade materna e perinatal<sup>4</sup>.

Vários fatores contribuem para o desenvolvimento de eclampsia, sendo a incidência maior quando presente situações de obesidade, diabetes, idade nos extremos da fase reprodutiva (antes dos 15 anos e depois dos 35 anos), hipertensão, nefropatias, história familiar ou pessoal de pré-eclampsia ou eclampsia, dietas hipoprotéicas e hipersódicas, baixa escolaridade e atividade profissional fora do domicílio, grupo sanguíneo AB, primigestas, gestações múltiplas, hidropsia fetal e neoplasia trofoblástica. Neste contexto, o Ministério da Saúde aborda que, as Síndromes Hipertensivas Gestacionais acometem mais as mulheres com história pessoal e/ou familiar de pré-eclampsia e/ou eclampsia, as primigestas, as com gestação gemelar, doença cardiovascular pré-existente, hipertensão, nefropatia, lúpus e diabetes, os quais correspondem aos principais fatores de risco para a doença<sup>5</sup>.

Sob o ponto de vista para a redução de danos às mães e aos conceitos, uma adequada assistência pré-natal, incluindo a identificação dos fatores de risco (obesidade, hipertensão crônica, diabetes e exercícios físicos exagerados) e a sua monitorização, torna-se relevante no sentido de alertar os profissionais de saúde para o diagnóstico precoce da eclampsia e para a redução da incidência de mortalidade materna.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>1</sup>, a mortalidade materna apresenta-se como um indicador do status da mulher, do seu acesso à assistência à saúde e da adequação do sistema em responder às suas necessidades. Torna-se necessário, portanto, ter informação sobre níveis e tendências da mortalidade materna, não somente para obter dados sobre

os riscos na gravidez e no parto, como também para identificar o status social e econômico destas mulheres.

O presente estudo tem como objetivo realizar uma discussão das variáveis de número de consultas pré-natal, obesidade, cor/raça e faixa etária no período de 1998 a 2006 no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre. Com esta discussão, será possível concluir se as variáveis estudadas apresentam correlação com a mortalidade por eclâmpsia, podendo-se assim ampliar a conscientização da população a cerca da importância do pré-natal para uma gestação saudável, tanto para o feto quanto para a mulher, juntamente com a adoção de hábitos saudáveis de vida para evitar a obesidade e as complicações durante a gestação.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

Descrever a relação entre os principais fatores de risco para o óbito materno por eclâmpsia.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se as gestantes que realizaram um maior número de consultas pré-natal tiveram uma menor incidência para o desenvolvimento de eclâmpsia do que as que realizaram um número reduzido de consultas.
- Identificar se a obesidade contribui para a mortalidade por eclâmpsia, determinando se houve aumento ou diminuição de óbitos com o passar dos anos.
- Verificar em que cores/raças há maior predisposição para a hipertensão arterial, segundo a literatura.
- Verificar que faixas etárias encontram-se no grupo de risco para o desenvolvimento de eclâmpsia durante a gestação.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico e exploratório. No estudo ecológico, é pesquisado um grupo de indivíduos pertencentes a uma área geográfica, definida como unidade de observação. Os dados já se apresentam agregados e não se sabe se um indivíduo tem determinada característica ou não. Este tipo de estudo tem como objetivo gerar ou testar

hipóteses etiológicas, explicando a ocorrência da doença e avaliando a efetividade de intervenções na população.

A amostra dos dados foi coletada entre o período de 1998 a 2006, analisando-se os dados do Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre. Foi utilizado o banco de dados do site DATASUS, para avaliar os possíveis fatores de risco para a ocorrência de mortalidade materna por eclâmpsia. Os fatores de risco discutidos neste estudo são: faixa etária, número de consultas pré-natal, raça e obesidade em gestantes<sup>6</sup>.

A coleta de dados foi realizada no site DATASUS, do Ministério da Saúde. Os óbitos maternos por faixa etária e raça no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre foram oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

O número de consultas de pré-natal foi coletado utilizando o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), sendo analisada a variável de todos os nascidos vivos por local de ocorrência, de 1998 a 2006, no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre.

Os dados de obesidade materna foram obtidos através do link Informações de Saúde, na seção de Assistência à Saúde, e após, no item de Vigilância Alimentar e Nutricional e Estado Nutricional - Usuários da Atenção Básica (SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional).

O banco de dados do DATASUS é de domínio público e está disponível no site: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).

## REVISÃO TEÓRICA

A incidência de óbitos maternos em um determinado país constitui não só um ótimo indicador de sua realidade social, como também reflete o seu nível socioeconômico, sua iniquidade entre gêneros, sua qualidade de assistência médica e a sua política de promoção da saúde. Constata-se, ainda, que os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento estão muito mais elevados quando comparados aos dos países desenvolvidos<sup>7</sup>.

Conforme Assis et al<sup>8</sup>, a Hipertensão Arterial Gestacional é tida como uma das mais importantes complicações, que incidem em torno de 6% a 30% das gestantes, e que resultam em um alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal. A expressão “hipertensão na gravidez” recebe a designação geral de Síndrome Hipertensiva Gestacio-

nal (SHG), a qual é caracterizada por níveis pressóricos iguais ou acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e de 90 mmHg para pressão diastólica. Elas são classificadas em: hipertensão arterial crônica, hipertensão crônica superajuntada à pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia<sup>8</sup>.

Há vários fatores de risco que colaboram para o desenvolvimento de SHG, como diabetes, doença renal, obesidade, gravidez múltipla, primiparidade, idade superior a 30 anos, histórico familiar de pré-eclâmpsia e/ou hipertensão arterial crônica e ser da cor/raça negra<sup>8</sup>.

A hipertensão arterial primária surge com frequência entre os 25 e 55 anos de idade, sendo incomum antes dos 20 anos. Considerando que o ganho de peso está diretamente associado à pressão arterial elevada, é incentivada a estes indivíduos a perda de massa corporal, pois este comportamento induziria a redução da pressão arterial, na proporção da perda de 1 kg, para a redução de 1,2 – 1,6mmHg na pressão sistólica e de 1,0 – 1,3mmHg na pressão diastólica<sup>12</sup>.

No período de 2000 a 2003, foi constatado no Brasil, que a população de mulheres da raça/cor parda foi a que apresentou maior participação nos óbitos por causas maternas, atingindo a porcentagem de 41,5% no ano de 2003, ficando em segundo lugar os óbitos maternos ocorridos em mulheres de raça/cor branca. Nas mulheres de raça/cor negra, constatou-se um aumento de óbitos por causas diretas (12,3%) e uma redução entre as causas indiretas (0,4%). A região Centro-Oeste, apresentou um aumento proporcional de óbitos superior a 50% por causas diretas e uma diminuição de 79% entre as causas indiretas. Contudo, na região Sul, houve uma redução de 6% de óbitos por causas diretas e um aumento não estipulado das causas indiretas, apresentando um comportamento distinto das demais regiões do Brasil<sup>1</sup>.

As doenças hipertensivas específicas da gestação (eclâmpsia e pré-eclâmpsia) estiveram entre as causas diretas de óbitos maternos em 2003 no Brasil, representando a primeira causa de óbito entre todas as categorias de raça e cor analisadas. Nesta análise, a raça/cor negra obteve o maior percentual de óbitos por eclâmpsia e pré-eclâmpsia, atingindo 35,3%, seguido da raça/cor parda, com 26,7% e da raça/cor branca, com 22,4%. O descolamento prematuro da placenta em mulheres da raça/cor negra também foi superior ao observado entre as mulheres de raça/cor parda e branca. Já os óbitos por aborto representaram uma maior participação nas mulheres negras e pardas, atingindo os percentuais de 14,2% e 11%, respectivamente<sup>1</sup>.

Devido a este problema de grande importância na saúde pública, fica evidente a busca urgente de caminhos e soluções para o enfrentamento desta causa insistente de mortalidade em mulheres durante a gravidez e do parto. O primeiro passo para o controle desta situação, que deve ser tomada como prioridade pelo governo e pela própria sociedade, seria a evidente necessidade de uma efetiva identificação e implantação de intervenções durante o pré-natal e preferencialmente durante o parto, quando predominam as complicações e mortes maternas<sup>7</sup>.

Muitas estratégias já vêm sendo efetuadas para a resolução deste problema, como um adequado sistema de registro de nascimentos e mortes, pela implantação dos comitês de mortalidade materna, pelo planejamento familiar, pela assistência pré-natal, pelo uso de parteiras tradicionais em determinados contextos, pelo uso de tecnologias apropriadas, pelo atendimento profissional capacitado e pela atenção institucional ao parto<sup>7</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Em relação ao número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes (tabela 1), identificou-se que o Brasil obteve o maior percentual de redução (7,85%) de gestantes que não realizaram as consultas de pré-natal, no decorrer dos anos, indicando o resultado mais satisfatório no aumento da adesão destas mulheres ao pré-natal. Já no Rio Grande do Sul, o menor percentual de não-adesão ao pré-natal foi constatado, com 1,69%, obtendo o melhor resultado no ano de 2006.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, o número ideal de consultas de pré-natal, em uma gestação de baixo risco, é de seis durante toda a gestação, sendo recomendada uma consulta no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre e três consultas no terceiro trimestre<sup>15</sup>. Identificou-se nos percentuais que esta meta vem sendo atingida com o passar dos anos, pois a percentagem de mulheres que realizaram de quatro a seis consultas diminuiu, enquanto as que realizaram de sete ou mais consultas aumentou consideravelmente no Brasil, Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, onde obteve a maior percentagem (70,16%). Logo, este comportamento é confirmado pela diminuição do percentual de mulheres que realizaram de zero a três consultas, com o passar dos anos.

A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada diretamente à qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde. Portanto, o pré-natal

propõe ser essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre.

Segundo os dados expostos, no ano de 1998, foi registrado um alto percentual de mulheres que não aderiram à consulta de pré-natal e as que realizaram de sete ou mais consultas, e o percentual próximo a 0% na realização de uma a seis consultas no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, considerando, neste caso, a hipótese de falta de registro ou preenchimento incorreto de dados.

Já os valores ignorados de consultas pré-natais foram maiores no Brasil, correspondendo ao valor de 20,69% no ano de 1998 e de 1,51% no ano de 2006, indicando uma grande queda no decorrer dos anos. Considerando que o território nacional é composto por diversos municípios e estados, conclui-se que manter uma vigilância epidemiológica da mortalidade materna em todo o território do Brasil é mais complexo do que em um determinado estado ou município. Segundo a Portaria nº 1.399 do Ministério da Saúde, a vigilância epidemiológica é uma das atribuições do município, cabendo a ele garantir a estrutura e equipes compatíveis com o exercício dessas atividades, sendo executado pelas secretarias municipais e, de forma complementar ou suplementares, pelas secretarias estaduais de saúde. No entanto, a cidade de Porto Alegre obteve o menor percentual de valores ignorados, com 0,26% em 2005.

Conforme Junior<sup>7</sup>, um adequado e correto sistema de registro civil não diminui, por si só, o número de óbitos por mortalidade materna, mas a sua ausência ou o registro incompleto de dados, que se forem agregados à subnotificação e à grande dispersão do território brasileiro, isto sim, dificulta a análise dos dados, favorecendo a sua negligência<sup>11</sup>. Pois, mensurar a mortalidade materna é extremamente difícil, pela presença de registros inadequados, resultando em sub-registros do número de mortes maternas<sup>7</sup>.

A discussão dos dados referentes à obesidade, no período de 2000 a 2006, no Brasil e no Rio Grande do Sul (tabela 2), demonstrou uma crescente alta no número de gestantes obesas a partir do ano de 2004 em ambos os locais. O estado do Rio Grande do Sul apresentou os maiores percentuais de obesidade, atingindo 38,14% no ano de 2006.

Contudo, não foram registrados casos de obesidade no ano de 2001 em ambos os locais, e nos anos de 2000, 2002 e 2003, os percentuais encontraram-se próximos a 0%. Discute-se, então, um possível erro de registro ou incorreto preenchimento dos dados por parte dos profissionais da saúde, pois, nos anos seguintes, houve um grande aumento na percentagem de obesidade em gestantes.

Considerando que o adequado ganho de peso reduz os riscos e os resultados desfavoráveis na gestação e no parto, para mãe e filho, torna-se imprescindível o acompanhamento nutricional durante o pré-natal, com o diagnóstico e o tratamento precoce da obesidade. O diagnóstico nutricional tem como objetivos identificar as gestantes sob risco no início da gestação e detectar aquelas com ganho de peso menor ou excessivo para a idade gestacional, permitindo a adoção de condutas adequadas a cada caso, visando melhorar o estado nutricional materno e suas condições para o parto e o peso do recém-nascido<sup>12</sup>.

A transição nutricional está ligada não só às mudanças nos padrões de consumo de alimentos, como também a modificações de ordem demográfica e social. Fatores sociais, econômicos e culturais estão presentes, destacando-se o novo papel feminino na sociedade e sua admissão no mercado de trabalho, a concentração das populações no meio urbano e a diminuição do esforço físico, tanto no trabalho quanto na rotina diária, assim como a crescente industrialização dos alimentos, que também parece contribuir com o crescimento da obesidade<sup>12</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>12</sup>:

O padrão de consumo alimentar atual está baseado na excessiva ingestão de alimentos calóricos, ricos em açúcares, gorduras, sódio e conservantes, e pobres em fibras e micronutrientes. Os principais responsáveis pelo aumento da obesidade no mundo e em nosso país são relacionados diretamente ao ambiente e às mudanças de modo de vida, sendo, portanto, passíveis de intervenção, necessitando de ações no domínio individual e coletivo.

Visto que o excesso de peso está diretamente relacionado à elevação da pressão arterial, diminuir a obesidade em gestantes ajudaria na redução de óbitos maternos por eclampsia.

Em relação ao número de óbitos maternos por eclâmpsia, por faixa etária, no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, nos anos de 1998 a 2006 (tabela 3), verificou-se que a faixa etária mais atingida foi a de 20 a 39 anos, obtendo o maior e o menor percentual, o estado do Rio Grande do Sul, com valores de 76,92% e 7,69%, respectivamente. Contudo, nesta mesma faixa etária, não houve registros de óbitos nos anos de 2000 e 2001, em Porto Alegre.

Observou-se que, em Porto Alegre, na faixa etária de 10 a 14 anos, não houve registros de morte materna no intervalo de tempo investigado, e a partir de 2002, não houve também no estado do Rio Grande do Sul.

O fato que chama a atenção nos dados apresentados pelo DATASUS é o número de óbitos maternos no Brasil, entre a faixa etária de 50 a 79 anos, visto que nesta faixa etária não é mais possível engravidar. Segundo o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, a definição internacional da mulher em idade fértil é de 15 a 49 anos de idade. No Brasil esse valor difere-se para faixa etária de 10 a 49 anos. A definição brasileira de idade fértil teve como base a experiência dos comitês de morte materna, as estatísticas de registros vitais e de procedimentos médicos realizados, que revelam a ocorrência de gravidez em mulheres com menos de 15 anos de idade. O Brasil também foi o único a apresentar, entre os locais investigados, percentuais de idade materna ignorados, nos anos de 1998 a 2000. Este fato pode estar associado ao mau preenchimento dos atestados de óbitos e das carteiras de pré-natais, já que estes têm importância fundamental para o fornecimento de informações fidedignas, tornando possível assim uma melhor identificação das causas de óbitos maternos<sup>10</sup>.

Em relação ao número de óbitos maternos por eclampsia no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, analisando o fator de risco cor/raça materna, neste período (tabela 4), verificou-se que os óbitos por cor/raça branca foram mais elevados no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, devido a sua colonização principalmente européia, atingindo o maior e o menor percentual a cidade de Porto Alegre, com 100% (1999) e 0% (2000), respectivamente. Contudo, a cor/raça negra também obteve os maiores e menores percentuais nesta mesma cidade, com 75% no ano de 2001 e 0% nos anos de 1999, 2000 e 2006.

No Brasil, a cor/raça branca e a parda representaram a maior incidência de óbitos. Observou-se também o elevado número de cores/raças ignoradas, que diminuiu com o decorrer do tempo, de 36,04% (1998) para 7,44% (2006). Já no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre, não foram registrados óbitos nas cores/raças amarela e indígena.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visto que o principal objetivo da assistência pré-natal é acompanhar a gestante desde o início de sua gravidez, a construção de uma atenção de qualidade, integral, resolutiva e humanizada torna-se fundamental para a adesão destas mulheres e para a continuidade de seu cuidado. Pois, quanto maior for o acompanhamento à gestante nas consultas pré-natais, menor serão as suas complicações e mais precocemente serão tomadas as atitudes para evitar futuros problemas, tanto à gestante quanto ao feto.

Com base nas discussões dos dados, não foi possível estabelecer uma relação entre as gestantes que realizaram um maior número de consultas pré-natais com a menor ocorrência de eclâmpsia, comparadas com as gestantes que realizaram um menor número de consultas.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>12</sup>, a obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial que envolve desde questões biológicas a questões históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas.

Visto que os dados coletados correspondem somente à amostra total de gestantes obesas usuárias do SUS, não foi possível estabelecer uma relação de que todos os casos de obesidade tenham culminado em mortalidade por eclâmpsia.

Como foi possível observar pela discussão dos dados, a faixa etária de maior incidência de mortalidade materna por eclâmpsia foi entre os 20 e 39 anos. Segundo o Dossiê Mortalidade Materna realizado pela Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – RedeSaúde, a idade materna em seus extremos – menos de 15 anos e mais de 35 anos – é um fator de risco de morte quando associado a síndromes hipertensivas e hemorrágicas, fato que é representado com clareza nos dados apresentados no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, neste estudo<sup>13</sup>.

Outro fator considerado de risco pelo Ministério da Saúde para a ocorrência de morte materna por eclâmpsia é a raça/cor materna. Segundo este, as causas de morte materna estão relacionadas à predisposição das negras para doenças como a hipertensão arterial. Neste estudo, os dados condizem com este fato, pois as mulheres de raça/cor negra e parda representam mais de 50% das mortes maternas por eclâmpsia no Brasil. Porém, tal comportamento não ocorreu no Rio Grande do Sul e Porto Alegre, pois deve-se considerar que os estados da região Sul tiveram colonização principalmente européia, implicando talvez no baixo percentual de mortalidade por raça/cor negra e parda nesses locais. Segundo dados do IBGE (2000), 5,17% da população total do Rio Grande do Sul é composta pela raça/cor negra<sup>10</sup>.

O estudo de mortalidade de mulheres negras no Brasil aborda que as mulheres negras têm os piores níveis de renda e escolaridade, identificando que os óbitos maternos ocorrem, em sua maioria, em mulheres de classes sociais mais baixas, com baixa escolaridade e baixos salários<sup>14</sup>.

Entre as situações que as mulheres negras também estão mais expostas, está à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à baixa qualidade do atendimento recebido

e à falta de ações e capacitação dos profissionais de saúde, voltadas para os riscos específicos para os quais as mulheres negras estão mais propensas.

Por conseguinte, com este estudo foi possível constatar a importância da vigilância quanto à mortalidade materna, e suscitar reflexões sobre as ações na atenção à saúde da mulher que possam contribuir para a diminuição desta incidência. A hipertensão é um problema de saúde pública e investigá-la durante a gravidez torna-se essencial, pois, se detectada e tratada precocemente, pode reduzir ou eliminar danos tanto para a mãe quanto para o feto. A relevância da continuidade de estudos sobre Mortalidade Materna e seus fatores associados é fundamental para os Comitês de Morte Materna, pois possibilita a identificação de fatores de risco e possíveis agravos, sendo possível obter um diagnóstico precoce da situação do País, que os auxiliará no planejamento de programas e ações para a redução da incidência de Mortalidade Materna.

## REFERÊNCIAS

- (1) Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3. Ed. Brasília: MS; 2007.
- (2) Soares, VMN. et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet[periódico online]. 2009 Nov [capturado 2011 Mar 2]; 31(11):566-73:[8 telas] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n11/v31n11a07.pdf>
- (3) Novo, J.L.V.G e Gianini, R.J. Mortalidade materna por eclâmpsia. Rev Bras Saúde Matern. Infantil[periódico online]. 2010 Apr/June [capturado 2011 Mar 2]; 10(2): 209-217:[9 telas] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000200008)
- (4) Saviato, B; Knobel R; Moraes CA et al. Morte materna por hipertensão no Estado de Santa Catarina. Arq Catarinenses de Medicina[periódico online]. 2008 [capturado 2011 Marc 2]; 37(4): 16-19:[3 telas] Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/604.pdf>
- (5) Moura, E.R.F. et al. Fatores de risco para Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação entre mulheres hospitalizadas com Pré-eclâmpsia. Cogitare Enferm.[periódico online]. 2010 Mar [capturado 2011 Mar 2]; 15(2):250-5:[6 telas] Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17855/11650>
- (6) Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Nascidos Vivos e Sistema de Informação de Mortalidade. [online] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Fevereiro, 2011.
- (7) Junior, CAA. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. Editorial. 2006 Aug;1:377-379
- (8) Assis, TR; Viana, FP; Rassi, S. Estudo dos Principais Fatores de Risco Maternos nas Síndromes Hipertensivas da Gestação. Arq. Bras. Cardiol. 2008; 91(1): 11-17.
- (9) OMS (Organização Mundial da Saúde), 1994. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para Classificação de Doenças em Português, Universidade de São Paulo/Edusp.
- (10) Ministério da Saúde (BR). Assistência Pré-Natal: Manual Técnico. 3ª edição. Brasília/DF: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.
- (11) Cecatti JC. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. Rev. Bras. Saúde Matern Infant. 2005; 5(1): 9-11.
- (12) Ministério da Saúde (BR). Obesidade. Cadernos de Atenção Básica – nº12. Série A. Normas e Manuais Técnicos: Brasília (DF); 2006.
- (13) Tanaka, ACA. Dossiê Mortalidade Materna. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – RedeSaúde. São Paulo, 1998.
- (14) Martins, AL. Mortalidade Materna de mulheres negras no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006 Nov 22(11):2473-2479.
- (15) Ministério da Saúde. Manual Técnico: Pré-Natal e Puerpério, Atenção Qualificada e Humanizada. 3. Ed. Brasília:MS; 2006.

**TABELA 1** – Distribuição da cobertura de consultas pré-natal no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre – 1998 a 2006.

| <i>Consultas de pré-natal</i> |             |              |              |                 |                    |           |
|-------------------------------|-------------|--------------|--------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Ano                           | Nenhuma (%) | De 1 a 3 (%) | De 4 a 6 (%) | De 7 a mais (%) | Valor ignorado (%) | Total     |
| <b>Brasil</b>                 |             |              |              |                 |                    |           |
| 1998                          | 10,00       | 0,03         | 0,03         | 69,24           | 20,69              | 1.958.779 |
| 1999                          | 6,73        | 4,82         | 19,03        | 58,66           | 10,77              | 2.574.204 |
| 2000                          | 4,69        | 11,00        | 35,66        | 43,74           | 4,92               | 3.204.290 |
| 2001                          | 4,37        | 11,10        | 35,21        | 45,55           | 3,77               | 3.115.474 |
| 2002                          | 3,67        | 10,55        | 35,29        | 47,84           | 2,65               | 3.059.402 |
| 2003                          | 3,14        | 9,89         | 34,78        | 49,92           | 2,28               | 3.038.251 |
| 2004                          | 2,77        | 9,38         | 34,07        | 51,98           | 1,80               | 3.026.548 |
| 2005                          | 2,55        | 9,15         | 33,92        | 52,76           | 1,62               | 3.035.094 |
| 2006                          | 2,15        | 8,46         | 33,34        | 54,54           | 1,51               | 2.944.928 |
| <b>Rio Grande do Sul</b>      |             |              |              |                 |                    |           |
| 1998                          | 7,04        | 0            | 0            | 87,86           | 5,10               | 102.112   |
| 1999                          | 4,84        | 5,29         | 19,67        | 67,86           | 2,34               | 135.670   |
| 2000                          | 3,48        | 10,86        | 33,45        | 50,65           | 1,57               | 176.467   |
| 2001                          | 3,12        | 10,24        | 32,09        | 53,58           | 0,96               | 160.493   |
| 2002                          | 2,84        | 9,44         | 30,25        | 56,78           | 0,69               | 155.186   |
| 2003                          | 2,58        | 9,12         | 28,25        | 59,51           | 0,54               | 149.128   |
| 2004                          | 2,23        | 7,93         | 26,79        | 62,51           | 0,55               | 153.021   |
| 2005                          | 1,97        | 7,23         | 25,28        | 65,05           | 0,47               | 147.303   |
| 2006                          | 1,69        | 6,56         | 22,57        | 68,78           | 0,41               | 141.576   |
| <b>Porto Alegre</b>           |             |              |              |                 |                    |           |
| 1998                          | 6,47        | 0,00         | 0            | 54,10           | 1,60               | 38.744    |
| 1999                          | 5,16        | 0,05         | 0,24         | 53,50           | 1,06               | 38.973    |
| 2000                          | 5,39        | 12,63        | 28,91        | 50,31           | 2,76               | 37.377    |
| 2001                          | 4,59        | 12,21        | 26,36        | 55,88           | 0,95               | 33.508    |
| 2002                          | 3,75        | 10,63        | 25,31        | 59,54           | 0,77               | 32.464    |
| 2003                          | 3,72        | 10,05        | 24,10        | 61,76           | 0,37               | 30.749    |
| 2004                          | 3,32        | 8,97         | 22,52        | 64,72           | 0,47               | 31.619    |
| 2005                          | 2,86        | 7,96         | 20,99        | 67,93           | 0,26               | 30.419    |
| 2006                          | 2,28        | 7,60         | 19,59        | 70,16           | 0,36               | 30.021    |

Fonte: Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação de Nascidos Vivos e Sistema de Informação de Mortalidade. Disponível em: URL:<[www.datasus.gov.br/](http://www.datasus.gov.br/)>. Acessado em: 23 de junho de 2011.

**TABELA 2** – Percentagens de obesidade em gestantes no Brasil e Rio Grande do Sul – 2000 a 2006

| Ano                      | Prevalência | Total |
|--------------------------|-------------|-------|
| <b>Brasil</b>            |             |       |
| 2000                     | 0,01        | 1     |
| 2001                     | 0           | 0     |
| 2002                     | 0,07        | 6     |
| 2003                     | 0,10        | 9     |
| 2004                     | 1,58        | 138   |
| 2005                     | 8,31        | 726   |
| 2006                     | 36,86       | 3.222 |
| <b>Rio Grande do Sul</b> |             |       |
| 2000                     | 0,09        | 1     |
| 2001                     | 0           | 0     |
| 2002                     | 0,09        | 1     |
| 2003                     | 0,37        | 4     |
| 2004                     | 4,74        | 51    |
| 2005                     | 18,05       | 194   |
| 2006                     | 38,14       | 410   |

*Fonte: Ministério da Saúde (BR). Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Disponível em: URL: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acessado em: 23 de junho de 2011.*

**TABELA 3** – Percentagens de óbitos por eclampsia por faixa etária materna no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre – 1998 a 2006

| Ano                      | Faixa Etária     |                  |                  |                  |                  |                  |                  |              | Total |
|--------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------|-------|
|                          | 10 a 14 anos (%) | 15 a 19 anos (%) | 20 a 29 anos (%) | 30 a 39 anos (%) | 40 a 49 anos (%) | 50 a 59 anos (%) | 70 a 79 anos (%) | Ignorado (%) |       |
| <b>Brasil</b>            |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |              |       |
| 1998                     | 2,03             | 14,64            | 43,92            | 28,38            | 9,68             | 0                | 0                | 1,35         | 444   |
| 1999                     | 1,08             | 14,10            | 41,43            | 36,44            | 6,72             | 0                | 0                | 0,22         | 461   |
| 2000                     | 0,83             | 13,48            | 42,87            | 33,27            | 9,18             | 0,12             | 0                | 0,24         | 1.677 |
| 2001                     | 0,77             | 17,60            | 40,05            | 35,46            | 6,12             | 0                | 0                | 0            | 392   |
| 2002                     | 1,30             | 15,80            | 41,71            | 32,38            | 7,77             | 0,78             | 0,26             | 0            | 386   |
| 2003                     | 1,27             | 20,51            | 42,28            | 28,10            | 7,85             | 0                | 0                | 0            | 395   |
| 2004                     | 1,55             | 15,98            | 39,95            | 34,02            | 8,51             | 0                | 0                | 0            | 388   |
| 2005                     | 1,45             | 17,63            | 44,20            | 29,23            | 7,49             | 0                | 0                | 0            | 414   |
| 2006                     | 0,77             | 15,64            | 40,51            | 35,64            | 7,18             | 0,26             | 0                | 0            | 390   |
| <b>Rio Grande do Sul</b> |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |              |       |
| 1998                     | 5,56             | 11,11            | 50,00            | 27,78            | 5,56             | 0                | 0                | 0            | 18    |
| 1999                     | 5                | 0                | 40               | 35               | 20               | 0                | 0                | 0            | 20    |
| 2000                     | 0                | 13,25            | 37,35            | 38,55            | 10,84            | 0                | 0                | 0            | 83    |
| 2001                     | 5,88             | 17,65            | 11,76            | 47,06            | 17,65            | 0                | 0                | 0            | 17    |
| 2002                     | 0                | 8,33             | 33,33            | 41,67            | 16,67            | 0                | 0                | 0            | 12    |
| 2003                     | 0                | 0                | 30               | 50               | 20               | 0                | 0                | 0            | 10    |
| 2004                     | 0                | 5,88             | 58,82            | 23,53            | 11,76            | 0                | 0                | 0            | 17    |
| 2005                     | 0                | 7,69             | 76,92            | 7,69             | 7,69             | 0                | 0                | 0            | 13    |
| 2006                     | 0                | 13,33            | 46,67            | 40               | 0                | 0                | 0                | 0            | 15    |
| <b>Porto Alegre</b>      |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |              |       |
| 1998                     | 0                | 14,29            | 42,86            | 28,57            | 14,29            | 0                | 0                | 0            | 7     |
| 1999                     | 0                | 0                | 80               | 20               | 0                | 0                | 0                | 0            | 5     |
| 2000                     | 0                | 0                | 0                | 0                | 0                | 0                | 0                | 0            | 0     |
| 2001                     | 0                | 25               | 0                | 50               | 25               | 0                | 0                | 0            | 4     |
| 2002                     | 0                | 0                | 50               | 50               | 0                | 0                | 0                | 0            | 2     |
| 2003                     | 0                | 0                | 50               | 50               | 0                | 0                | 0                | 0            | 2     |
| 2004                     | 0                | 0                | 40               | 60               | 0                | 0                | 0                | 0            | 5     |
| 2005                     | 0                | 0                | 66,67            | 16,67            | 16,67            | 0                | 0                | 0            | 6     |
| 2006                     | 0                | 0                | 50               | 50               | 0                | 0                | 0                | 0            | 4     |

Fonte: Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação de Nascidos Vivos e Sistema de Informação de Mortalidade. Disponível em: URL:<[www.datasus.gov.br/](http://www.datasus.gov.br/)>. Acessado em: 23 de junho de 2011.

**TABELA 4** – Percentagens de óbitos por eclampsia por cor/raça materna no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre – 1998 a 2006

| Ano                      | Cor/Raça   |           |             |           |              |              | Total |
|--------------------------|------------|-----------|-------------|-----------|--------------|--------------|-------|
|                          | Branca (%) | Negra (%) | Amarela (%) | Parda (%) | Indígena (%) | Ignorada (%) |       |
| <b>Brasil</b>            |            |           |             |           |              |              |       |
| 1998                     | 31,76      | 6,98      | 1,13        | 23,87     | 0,23         | 36,04        | 444   |
| 1999                     | 28,42      | 8,68      | 1,95        | 33,19     | 0,22         | 27,55        | 461   |
| 2000                     | 34,08      | 12,11     | 1,35        | 32,06     | 1,79         | 18,61        | 446   |
| 2001                     | 34,18      | 13,01     | 0,26        | 39,03     | 0,77         | 12,76        | 392   |
| 2002                     | 31,09      | 13,73     | 0,78        | 40,67     | 0,52         | 13,21        | 386   |
| 2003                     | 27,85      | 13,67     | 0,76        | 44,81     | 0,76         | 12,15        | 395   |
| 2004                     | 34,79      | 11,34     | 0,26        | 43,30     | 1,03         | 9,28         | 388   |
| 2005                     | 29,23      | 11,84     | 0,72        | 48,79     | 0,97         | 8,45         | 414   |
| 2006                     | 31,54      | 11,79     | 0,77        | 47,44     | 1,03         | 7,44         | 390   |
| <b>Rio Grande do Sul</b> |            |           |             |           |              |              |       |
| 1998                     | 88,89      | 11,11     | 0           | 0         | 0            | 0            | 18    |
| 1999                     | 75         | 25        | 0           | 0         | 0            | 0            | 20    |
| 2000                     | 75         | 16,67     | 0           | 8,33      | 0            | 0            | 12    |
| 2001                     | 70,59      | 23,53     | 0           | 5,88      | 0            | 0            | 17    |
| 2002                     | 58,33      | 25        | 0           | 8,33      | 0            | 8,33         | 12    |
| 2003                     | 80         | 20        | 0           | 0         | 0            | 0            | 10    |
| 2004                     | 64,71      | 17,65     | 0           | 17,65     | 0            | 0            | 17    |
| 2005                     | 69,23      | 23,08     | 0           | 7,69      | 0            | 0            | 13    |
| 2006                     | 73,33      | 6,67      | 0           | 20        | 0            | 0            | 15    |
| <b>Porto Alegre</b>      |            |           |             |           |              |              |       |
| 1998                     | 85,71      | 14,29     | 0           | 0         | 0            | 0            | 7     |
| 1999                     | 100        | 0         | 0           | 0         | 0            | 0            | 5     |
| 2000                     | 0          | 0         | 0           | 0         | 0            | 0            | 0     |
| 2001                     | 25         | 75        | 0           | 0         | 0            | 0            | 4     |
| 2002                     | 50         | 50        | 0           | 0         | 0            | 0            | 2     |
| 2003                     | 50         | 50        | 0           | 0         | 0            | 0            | 2     |
| 2004                     | 60         | 20        | 0           | 20        | 0            | 0            | 5     |
| 2005                     | 50         | 33,33     | 0           | 16,67     | 0            | 0            | 6     |
| 2006                     | 75         | 0         | 0           | 25        | 0            | 0            | 4     |

Fonte: Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação de Nascidos Vivos e Sistema de Informação de Mortalidade. Disponível em: URL:<[www.datasus.gov.br/](http://www.datasus.gov.br/)>. Acessado em: 23 de junho de 2011.

## NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS

### 1. FORMATAÇÃO

Os trabalhos deverão ser submetidos somente através do sistema eletrônico na página da Revista utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis, fonte Arial 12, digitados com espaço de 1,5 cm, com margens de 2,0 cm cada. O documento deve ser formatado para tamanho A4 (210 x 297 mm). Iniciar cada uma das sessões em páginas separadas: página título, sumário com palavras chaves, texto, agradecimento, referências, tabelas, legendas de todas as ilustrações. Numerar as páginas Consecutivamente iniciando na página título. A numeração deve ser colocada no canto inferior direito de cada página.

As ilustrações não devem exceder  $\frac{1}{4}$  do espaço ocupado pelo artigo, no seu total. As fotografias devem vir, preferencialmente, em cópia por scanner de alta resolução. Se forem utilizadas fotos de pessoas, estas não podem ser identificadas, ou então, as fotografias deverão vir acompanhadas de permissão por escrito das pessoas fotografadas.

### 2 PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

#### 3.1 Página Título ou Página de Rosto

- Título: deve ser conciso e completo, em negrito com fonte 16, não devendo exceder 90 caracteres (incluindo espaços). Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais importante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância;
- Título em Inglês: deve seguir a formatação do título original e representar tradução fiel do mesmo.
- Nome dos Autores: apresentar nome completo, área de graduação, a mais alta titulação e afiliação institucional.
- Nome do Departamento(s) ou Instituição a qual o trabalho deve ser atribuído.
- Autor para correspondência: nome, endereço completo, telefone e endereço eletrônico do autor para correspondência.

- Fontes de financiamento: bolsa de estudo, equipamentos, medicamentos e/ou outros.
- Número total de palavras para texto (excluindo sumário, agradecimentos, legendas e referências)
- Número de Figuras e Tabelas.

### 3.2 Resumo e Palavras-chave

- Resumo: do tipo estruturado, com limite mínimo de 80 e máximo de 250 palavras, em português e inglês, este último em itálico. O Resumo deve conter: propósitos do estudo em investigação, método (tipo de estudo; seleção de indivíduos ou animais; procedimentos básicos principais), resultados (especificando os valores dos achados significativos e sua respectiva significância estatística), e principais conclusões.
- Palavras-chave: Abaixo de cada resumo, indicar de 3 a 5 termos, em português e inglês respectivamente, que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores recomendados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), traduzido do MeSH (Medical Subject of Health), e apresentado gratuitamente pela BIREME na forma trilingüe, na página URL: <http://decs.bvs.br>.

### 3.3 Texto

- Estrutura: as partes do trabalho denominadas pré-textuais (RESUMO, ABSTRACT) e pós-textuais (REFERÊNCIAS e APÊNDICES (APÊNDICE A – Seu título., APÊNDICE B - Seu título.)), devem ter seus títulos centralizados e sem numeração. Anexos (complementos adicionados sem participação dos autores do trabalho) não serão aceitos. O texto, iniciando pela Introdução e avançando até as Conclusões/Considerações Finais, deve ter os títulos de suas seções: curtos; com fonte maiúscula e alinhados à esquerda.
- Tabelas: devem conter dados representativos que contribuam para a qualificação do texto, numeradas com algarismos arábicos, título em letras minúsculas e sem grifo (Ex.: TABELA 1 – Caracterização da amostra), com espaço 1,5 cm (incluindo as notas de rodapé). As tabelas devem ser apresentadas ao final do arquivo, em ordem de aparecimento e em páginas separadas. Não inserir tabelas no corpo do texto.
- Ilustrações: (figuras, quadros, desenhos, gráficos, etc.) devem apresentar sua identificação na parte inferior, precedida da palavra designativa, seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos [...] de forma breve e clara em letras minúsculas, e sem grifo (Ex.: FIGURA 1 – Esquema de mensuração utilizado...). As ilustra-

ções devem ser apresentadas ao final do arquivo, em ordem de aparecimento e em páginas separadas. Não inserir ilustrações no corpo do texto. Todas as ilustrações devem, preferencialmente, ser em tons de cinza, excetuando-se os casos particulares em que a reprodução em cores é imprescindível para o entendimento da mesma.

- Notas de rodapé: usadas, preferencialmente, para esclarecimento de termos, e se imprescindíveis, deverão ter codificação seqüencial por asteriscos a partir do último usado na titulação dos autores e inserido acima da linha do texto (sobrescrito).
- Citações: Citações diretas de até 3 linhas, entre aspas, inseridas no texto; com mais de 3 linhas, em novo parágrafo, fonte Arial 11, espaço simples e sem aspas.
- Referências: listar em ordem numérica e consecutiva na ordem de aparecimento no texto de todos, e apenas, os autores citados no texto. Identificá-los pelo mesmo número sempre que citados, devendo atender rigorosamente às normas de Vancouver ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)). Usar fonte Arial 11 e espaço simples. Alguns exemplos são apresentados abaixo:

#### Artigo padrão

Fernandez A, Formigo J. Are Canadian prostheses used? A long-term experience. *Prosthet Orthot Int.* 2005 Aug;29(2):177-81.

#### Artigo de revista em formato eletrônico

Abramo AC, Milan RC, Mateus S. Avaliação da sensibilidade do complexo aréolo-mamilar após mamoplastia redutora com pedículo dérmico vertical superior. *Rev Soc Bras Cir Plást.* [periódico online]. 1999 Jul [capturado 1999 Jul 27]; 14(1):[7 telas] Disponível em: [http://www.sbcp.org/revista/vol14\\_n1/abramo/index.html](http://www.sbcp.org/revista/vol14_n1/abramo/index.html)

#### Livros

Beck A, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Cunningham FG, Macdonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hankins GDV, et al. *Williams obstetrics.* 20th ed. Stamford: Appleton & Lange; 1997.  
Botega NJ, organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.* Porto Alegre: Artmed; 2006.

- Apêndices: usados somente se necessário à compreensão do trabalho, devem conter o mínimo de páginas (que serão computadas como parte do texto) e localizar-se após as referências.
- Agradecimentos: ao final do artigo como nota editorial.
- Erratas: os pedidos de correção deverão ser encaminhados num prazo máximo de 30 dias após a publicação do periódico.

ARTIGOS ORIGINAIS – destinam-se à publicação de resultados inéditos de pesquisa na área da saúde com caráter qualitativo ou quantitativo. O texto deve ser estruturado em:

- Introdução - deve conter a fundamentação teórica necessária à formação e contextualização do problema em questão e os objetivos da pesquisa;
- Materiais e Métodos - devem ser descritos de forma completa permitindo a replicabilidade dos mesmos e incluindo o delineamento do estudo, a caracterização da amostra ou população, a análise estatística e as considerações éticas.
- Resultados - devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas e figuras podem ser utilizadas, quando necessárias, para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados.
- Discussão - o objetivo da discussão é interpretar os achados do estudo em questão e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis. As considerações finais devem ser apresentadas no final da discussão de forma clara e direta, levando-se em consideração os objetivos propostos.
- Em pesquisa de caráter qualitativo, a estrutura do texto pode contemplar os resultados e análise dos dados em um único tópico, sendo seguido de considerações finais.

RELATOS DE CASO - destinados à publicação de casos especiais, que contribuam com algum caráter de originalidade ou contemplem um relato pouco freqüente na prática clínica. O texto deve ser estruturado em:

- Introdução - deve conter a fundamentação teórica necessária à formação e contextualização do caso em questão e os objetivos do relato;
- Descrição do Caso - o caso deve ser descrito de forma completa e as considerações éticas necessárias citadas. Em caso de realização de procedimentos, a metodologia utilizada deve ser descrita permitindo a sua replicabilidade. Havendo dados qualitativos ou quantitativos, estes devem ser expressos de forma clara.
- Discussão - o objetivo da discussão é interpretar os achados do caso em questão e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis. As considerações finais devem

ser apresentadas no final da discussão de forma clara e direta, levando-se em consideração os objetivos propostos.

ARTIGOS DE REVISÃO - devem abordar um tema de alta relevância e ser realizados por pesquisadores de grupos de pesquisa com reconhecida experiência na área. A revisão deve ser sistemática e seguir a estrutura prevista para os artigos originais, podendo a sessão resultados estar unida com a sessão discussão.

ARTIGO DE REFLEXÃO – aborda a discussão de tema relevante no contexto atual da saúde. Deve ser preferencialmente realizado mediante convite da revista. É permitida a livre estruturação em sessões a critério dos autores.

RELATO DE EXPERIÊNCIA - descrição e análise de experiências profissionais na área de ensino, pesquisa, assistência e extensão. O texto deve ser estruturado em:

- Introdução - deve conter a fundamentação teórica necessária à formação e contextualização da experiência em questão e os objetivos do relato;
- Descrição da experiência - a experiência deve ser descrita de forma completa e clara.

Os aspectos éticos devem ser considerados;

- Discussão - o objetivo da discussão é interpretar os achados da experiência em questão e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente os citados na introdução do relato. As considerações finais devem ser apresentadas no final da discussão de forma clara e direta, levando-se em consideração os objetivos propostos.

RESENHA - síntese e análise de livro recentemente publicado. Deve conter referência completa e orientar o leitor quanto às características e usos potenciais da obra comentada.