

Conceitos e características da morbidade materna e near miss: revisão bibliográfica

Concepts and characteristics of maternal morbidity and near miss: literature review

Conceptos y características de la morbilidad materna e near miss: revisión de La literatura

Vitor Farias Cantalixto^{1*}, Fleming Nabeshima Farias¹.

RESUMO

Objetivo: Discorrer em forma de revisão bibliográfica sobre a morte materna e nearmiss. **Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, onde todos os dados coletados foram obtidos a partir das bases de dados eletrônicos tais como: Scielo, Lilacs, Medline e PubMed. **Resultados:** A morte materna é determinada como um episódio trágico que afeta a mulher durante o período fisiológico da reprodução. No âmbito geral, a morte materna é empregada como parâmetro de avaliação da qualidade do serviço de saúde oferecido, observando as situações de desigualdade e assim cooperando para a apreciação dos níveis de saúde e de evolução socioeconômico de uma população. **Considerações Finais:** É importante que a avaliação do near miss materno seja implantada e estabelecida como rotina nas maternidades, usando os critérios preconizados pela OMS, que trás maior especificidade e que adiciona outros critérios, ajustando com a capacidade de cada unidade. Melhorar as condições de saúde reprodutiva é desafiador, uma vez que grande parte das situações de risco alcança mulheres com pouca disponibilização dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Morbidade, Morte materna, Near miss, Cuidados de saúde.

ABSTRACT

Objective: Discourse in the form of a bibliographic review on maternal death and nearmiss. **Methods:** This is a bibliographic review, where all the data collected were obtained from electronic databases such as: Scielo, Lilacs, Medline and PubMed. **Results:** Maternal death is determined as a tragic episode that affects women during the physiological period of reproduction. In general, maternal death is used as a parameter for assessing the quality of the health service offered, observing situations of inequality and thus cooperating to assess the health levels and socioeconomic evolution of a population. **Final Considerations:** It is important that the assessment of maternal near miss is implemented and established as a routine in maternity hospitals, using the criteria recommended by WHO, which brings greater specificity and adds other criteria, adjusting with the capacity of each unit. Improving reproductive health conditions is challenging, since most risky situations reach women with little availability of health services.

Keywords: Morbidity, Maternal death, Near miss, Health care.

RESUMEN

Objetivo: Discurso en forma de revisión bibliográfica sobre muerte materna y nearmiss. **Métodos:** Se trata de una revisión bibliográfica, donde todos los datos recolectados se obtuvieron de bases de datos electrónicas como: Scielo, Lilacs, Medline y PubMed. **Resultados:** La muerte materna se determina como un episodio trágico que afecta a la mujer durante el período fisiológico de la reproducción. En general, la muerte materna se utiliza como parámetro para evaluar la calidad del servicio de salud ofrecido, observando situaciones de desigualdad y cooperando así para evaluar los niveles de salud y la evolución socioeconómica de una población. **Consideraciones Finales:** Es importante que la evaluación del cuasi accidente materno se implemente y se establezca como una rutina en los hospitales de maternidad, utilizando los criterios recomendados por la OMS, lo que aporta mayor especificidad y agrega otros criterios, ajustándose a la capacidad de cada unidad. Mejorar las condiciones de salud reproductiva es un desafío, ya que la mayoría de las situaciones de riesgo llegan a mujeres con poca disponibilidad de servicios de salud.

Palabras clave: Morbilidad, Muerte materna, Nearmiss, Cuidados de la salud.

¹ Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus - AM. *E-mail: vitorcantalixto@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A saúde da gestante e da criança é uma questão de primazia em todo o mundo, e as perdas que acontecem durante o período gestacional envolve transformações relacionadas aos aspectos físicos, psíquicos e sociais durante a gravidez e na infância podem acarretar consequências arrasadoras para toda a família e consequentemente para a sociedade. A compreensão da morte materna retrata quais são os indicadores que estão correlacionado aos aspectos socioeconômicos assim como a qualidade do auxílio que é oferecido na saúde e sua diminuição no Brasil e no mundo (UNITED NATIONS, 2017).

Segundo Say L, et al. (2016), apesar do índice de razões de mortalidade materna serem altos, o óbito materno é um acontecimento baixo quando analisado em taxas completas, detendo assim alguns estudos locais e o entendimento dos motivos básicos da causa. De maneira adicional, entre o tempo de uma gestação saudável e o acontecimento do óbito materno, encontra-se fatores de condições de doença apresentando desde episódios classificados como leves a profundamente graves.

O acontecimento de doenças durante o período gestacional é a resposta da qualidade da assistência à saúde materna (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Grande parte dessas enfermidades são susceptível a tratamento e possivelmente evitáveis (VICTORA CG, et al., 2016). No entanto, a falta do diagnóstico no início pode levar a episódios desfavoráveis para o binômio materno-infantil, como morbidade grave e near miss materno (ADAMU AN, et al., 2019). Destes o último é considerado como casos de mulheres que sobreviveram a complicações graves durante o período gestacional, parto ou até 42 dias de puerpério (KALHAN M, et al., 2017).

Há uma dificuldade mundial com relação aos cuidados maternos, especialmente em países em desenvolvimento. A qualidade desse cuidado associado a questões socioeconômicas é responsável por ocasionar as complicações maternas graves, o near miss materno e, consequentemente, as mortes maternas (ALKEMA L, et al., 2016). As complicações maternas graves são aquelas que estão correlacionadas à gravidez ou ao parto, que pode acarretar a mulher o estágio do near miss materno (NMM). Todas as complicações estão diretamente ligadas à falta de cuidado durante o período gestacional (CHIKADAYA H, et al., 2018). De acordo com Callister LC, et al. (2017), as causas mais comuns de mortes maternas advém de morbidades graves.

No contexto mundial, a morte materna utiliza-se de critérios para que possa fazer a avaliação da qualidade do serviço de saúde prestado, conseguindo assim fazer o levantamento de situações de desigualdade e assim contribuir para pareceres dos níveis de saúde e condições socioeconômico de uma população (LAURENTI R, et al., 2008). A morte materna no Brasil se estabelece como um problema de saúde pública e, conforme dados do Ministério da Saúde, em 2006, a Razões de Mortalidade Materna (RMM), foi apreciado em 77,2/100.000 NV, ficando as regiões Norte e Nordeste com os piores indicadores, já as regiões Sul e Sudeste apresentarem as menores taxas de RMM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A mortalidade materna é considerada a morte que pode ocorrer durante o período gestacional ou até mesmo posteriormente a 42 dias do seu fim, independente da localização ou do período da gravidez, mediante qualquer circunstância que esteja interligada ao agravo da gestação, e que pode consistir em causas obstétricas diretas ou indiretas (FARIA DR, et al., 2012). As causas obstétricas diretas estão inteiramente ligadas às possíveis intercorrências na gravidez, durante o parto ou puerpério, em motivo de um tratamento inadequado, com más práticas e possíveis omissões. As indiretas estão relacionadas às que procedem de doenças pré-existentes antes mesmo da gestação ou por uma patologia que se ampliou durante o período gestacional, sem apresentar uma afinidade com as causas obstétricas diretas, mas que podem vir a ficar mais graves por conta das condições fisiológicas peculiares de um período gestacional (FERRAZ L e BORDIGNON M, 2012).

As mortes maternas, por sua vez, podem ser subdivididas em dois grupos: Mortes obstétricas diretas: aquelas conseqüentes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devidas a interferências, em alguns momentos omissões, prescrições de tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos que desencadeiam qualquer uma das causas já mencionadas acima. E mortes obstétricas indiretas: aquelas conseqüentes de doenças existentes anteriormente a gravidez ou até mesmo de doenças que se manifestaram no período gestacional, não devido a causas obstétricas diretas, mas que se agravaram por efeitos fisiológicos da gravidez (OMS, 2004).

Segundo Santana DS, et al. (2018), a morte materna pode ser classificada como um péssimo resultado obstétrico, concernente ao último acontecimento de toda a sequência que pode acontecer no tempo de gestação. Grande parte das gestações desenvolverá de forma saudável e fisiológica, onde será concluído com um parto tranquilo e sem intercorrências, alcançando assim um conceito de peso e desenvolvimento apropriado, com a melhor recuperação da mulher ao fim do seu pós-parto ou puerpério.

O conceito de morbidade materna aguda grave ou near miss é ainda considerado recente, e não existia consenso sobre o critério operacional mais adequado. Esta questão podia ser em parte atribuída ao extensasituaçãoda gravidade clínica: de um lado, a gravidez saudável; do outro, o óbito materno, sendo complicado conseguir uma definição do ponto a partir do qual se assinala a morbidade materna grave/near miss (REICHENHEIM ME, et al., 2008).

Portando das deficiências quantitativas e qualitativas das informações acerca da mortalidade materna (MM), torna-se importante fonte de informações o estudo de mulheres que conseguiram sobreviver às severas complicações da gravidez. Para cada caso de morte materna, um elevado número de mulheres sobrevive a complicações graves conseguindoexibir sequelas duráveis. Seus recém-nascidos igualmente apresentam alta morbimortalidade. Esse grupo de mulheres é fundamental para a melhor compreensão e entendimento do processo de evolução de uma gravidez normal que passa por uma complicação grave até a morte materna, além de liberar acesso às informações sobre o atendimento das mesmas (ZANETTE E, et al., 2014).

A iminência de eclâmpsia é caracterizada, clinicamente, por sinais de encefalopatia hipertensiva, náuseas, vômitos, dor em hipocôndrio direito e epigastria. Apesar da sua importância em saúde pública, a etiologia da hipertensão, que se manifesta na gestação (pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional), permanece desconhecida (ZIEGEL EE, et al., 2004).

O near miss materno (NMM) é o ápice da gravidade que precede a morte, sendo assim, a “quase” morte, e este termo near miss foi ajustadapor parte das ciências médicas através de um conceito muito empregado na indústria aeronáutica que delineaum evento de quase colisão entre aeronaves por achegamentode forma indevida e que apenas não aconteceu por sorte ou por ação adequada, e ainda podendo ser compreendido como sendo o acotecimento onde a mulher consegue passar por todas as complicações e sobreviver, quase sendo levada à morte, no período gestacional, durante o parto ou em até 42 dias posterior ao parto (OLIVEIRA-NETO A, et al., 2009).

Longhi SAT, et al. (2019), afirmam que as mulheres que sobrevivem a complicações graves arroladas pela gravidez, parto e pós-parto apresentam variáveis comum com aquelas que morrem das mesmas complicações, o que nesse acontecimento caracteriza-se o conceito de Near Miss materno.

A literatura esquematiza que 95% dos óbitos maternos do mundo teriam potencial de serempoupados, sendo essa meta alcançada se os serviços de saúde tanto pública como privado conseguissem fazer uma expansão dos direitos sexuais e reprodutivos à mulher, para conseguir proporcionar garantia na atenção obstétrica de forma protegida e acima de tudo com muito respeito (FARIA DR, et al., 2012).

O advento de estimar o número de mortes é utilizado com um bom indicador para avaliar os níveis de evolução da saúde em algumas regiões específicas ou de forma geral no país (FERRAZ L e BORDIGNON M, 2012).

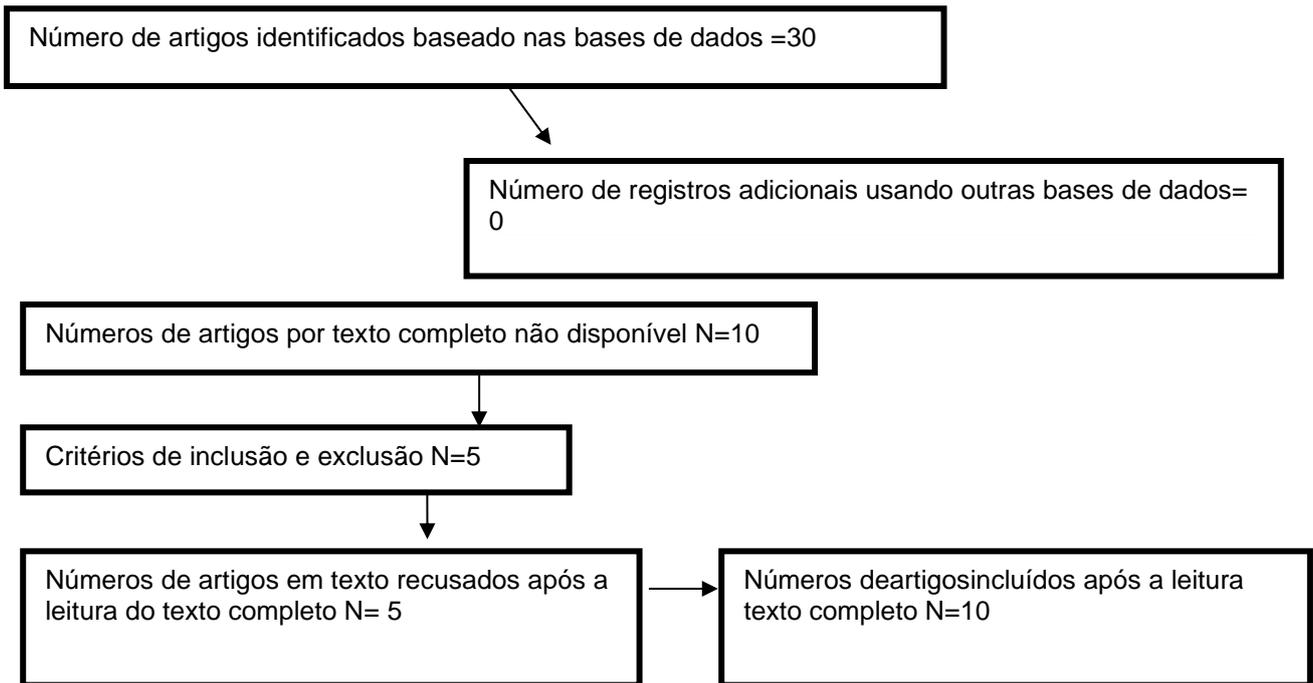
Países que conseguem desenvolver apresentam taxas de mortalidade materna de 12 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, enquanto os países que ainda não estão desenvolvidos apresentam 239 óbitos maternos para 100 mil nascidos vivos. É válido ressaltar que o valor de até 20 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos é avaliado como uma situação razoável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A redução dos índices de mortalidade materna requer o conhecimento de sua magnitude, para o que concorrem medidas tais como: o aprimoramento do sistema de informação de nascimentos e de mortalidade; a realização de inquéritos para correção de dados e a investigação contínua das causas de morte de mulheres em idade reprodutiva pelos comitês de mortalidade materna. Nesse sentido o presente trabalho tem como objetivo discorrer em forma de revisão bibliográfica sobre a morte materna e near miss.

MÉTODOS

Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre morte materna e near miss através de pesquisa na base de dados eletrônicas Scielo, Lilacs, Medline e PubMed. Por meio das bases, foram utilizados os descritores: Morbidade, morte materna, *near miss*. Os artigos foram selecionados segundo os seguintes critérios de inclusão: estar redigido em língua inglesa, espanhola ou portuguesa e abordar temas relacionados a morbidade materna e near miss encontrando 30 artigos relacionados ao tema, e para os critérios de exclusão: desconsiderou artigos que não enfatizavam o tema proposto finalizando com apenas 10 artigos selecionados buscando o objetivo do trabalho (**Figura 1**).

Figura 1 - Fluxograma dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos nas bases de dados utilizadas: SCIELO, LILACS, Medline e PubMed.



Fonte: Cantalixto VF e Farias FN, 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer da gravidez e durante o período neonatal, alterações fisiológicas de grande monta acontecem na mulher e ao mesmo tempo no feto e no recém-nascido. O óbito de mulheres ao longo a gestação ou até 42 dias a seguir ao seu término por acontecimentos relacionados ou que agravaram pelo período gestacional, é um evento incomum em números absolutos, mas que pode ser evitável e elencada aos quadros de hipertensão, hemorrágicos e de episódios de infecção, e quase 30% dos óbitos maternos acontecem perto do tempo do parto (SALEEM S, et al., 2014). É válido observar que a gestação saudável e o óbito materno têm algumas condições mórbidas, de quadros que podem iniciar de forma leve podendo chegar a muito graves (PINHO J, 2017).

O empenho na utilização do conceito do near miss materno como uma ferramenta para auxiliar para a redução da mortalidade materna vem aumentando em todo o mundo. Entretanto, a incidência de near miss materno apresenta grande variação devido à utilização de diferentes critérios diagnósticos (TUNÇALP O, et al., 2012).

Do ponto de vista conceitual, há uma gama de gravidade clínica, com gravidez saudável de um lado e morte materna de outro. Nesse caso, insere-se certo grau de morbidade grave, compatível com o conceito de quase erro. Desde que a Organização Mundial da Saúde padronizou oficialmente em 2009, os critérios diagnósticos quase perdidos têm sido usados como uma finalidade prática como uma ferramenta para monitorar a qualidade da assistência à saúde maternal (OMS, 2009).

Silva JMP, et al. (2018), em seu relato identificou 48 estudos, onde 37 destes eram de base hospitalar, seis correlacionadas inquéritos de saúde e cinco com base em sistemas de informação, onde foram utilizadas diversas demarcações. A Razão de near miss materno oscilou de 2,4/1000 NV a 188,4/1000 NV, por motivo tanto dos critérios abordados no estudo como em relação ao cenário epidemiológico.

Em relação ao índice de mortalidade near miss materno verificou uma variação entre 3,3% e 32,2%. As doenças hipertensivas e a hemorragia foram os critérios mais descobertos, e com isso foi averiguado que as causas indiretas têm influência nesse aumento de riscos. A questão de dúvidas nos cuidados de saúde foram agrupadas ao near miss, assim como os fatores sociodemográficos.

Relatos feitos por Morse ML, et al. (2011), observa-se um descompasso entre a relevância da mortalidade materna como problema de saúde pública e a quantidade de artigos produzidos sobre o tema no Brasil. Os estudos publicados estão concentrados na Região Sudeste e são, em sua maioria, de cunho descritivo, com identificação das causas básicas, avançando pouco na investigação dos determinantes dos óbitos maternos. Em seu estudo foi analisado 1.544 internações destas 89 mulheres depararam com o diagnóstico de morbidade materna grave, ponderando os critérios adotados.

Razões estas de morbidade materna grave/near miss que alternavam entre 81,4 a 9,4 por 1.000 NV, e oscilava de acordo com o critério aplicado. O índice de mortalidade foi de 3,2%, atingindo a 23% no critério da OMS. Das 89 mulheres, somente 40% passaram por acompanhamento de mais seis consultas no pré-natal e 10% não obtiveram nenhum acompanhamento no período gestacional. O diagnóstico mais encontrado foi de pré-eclâmpsia grave acompanhado de hemorragia grave, internação em UTI, Síndrome HELLP e eclâmpsia. Aconteceram três mortes maternas por causas obstétricas com RMM de 280/100.000 NV e uma morte tardia.

Anualmente um levantamento feito no mundo, considera-se que mais de 500.000 mulheres venham a óbito em decorrência de complicações no período gestacional ou no momento do parto. Em média sete milhões de mulheres conseguem sobreviver a essas complexidades passadas por sérios problemas de saúde e quase 50 milhões suportam episódios adversos à saúde que são consequência do parto. Grande parte destas doenças e complexidades acontecem em países que ainda estão em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Segundo relato de Dias MAB, et al. (2014), no seu estudo houve 243 casos de near miss maternos, consistindo em uma apreciada já foram 23.747 casos perdidos de gestantes no país, resultando em 10,2 casos por mil nascidos vivos.

Domingues RM, et al. (2016), descreve que a incidência de near miss materno teve um aumento significativo em mulheres com idade acima de 35 anos, com pouca escolaridade, histórico de parto cesariana prévia, que passaram por complicações no período gestacional, onde não tiveram acompanhamento exames pré-natais e cesárea atual. Os fatores relacionados à significância estatística são: ausência de pré-natal, complicações obstétricas, cesárea e peregrinação antes do parto.

Calafell L (2019), em seu estudo acompanhou 258 mulheres, onde a predominância de near miss materna foi 38,8% e a razão de mortalidade materna de 2,8 óbitos por 1000 nascidos vivos. As mulheres que apresentaram complicações hemorrágicas, eclâmpsia e disfunção respiratória foram constatadas com maior possibilidade de serem acometidas pelo desfecho, quando foram confrontadas ao grupo que não foi exposto.

Em uma revisão sistemática realizada por Tunçalp O, et al. (2012), com 82 estudos de 46 países, em que possui ampla variabilidade de critérios, apontou-se que a prevalência de near miss foi elevada para critérios envolvendo doenças (que incluem, por exemplo, distúrbios hipertensivos e hemorrágicos, ruptura uterina, sepse) variou entre 0,6% e 14,98% entre 1999 e 2010.

Taxas altas de near miss aconteceram em países africanos, asiáticos e da América Latina e Caribe, com 14,98%, 5,07% e 4,93%. A padronização dos critérios que define o near miss materno pela OMS concede a detecção sistemática dos casos e a minimização das taxas, levando-se em conta diversas abordagens, conforme o contexto local.

No estudo de Martins ACS e Silva LS (2018), foram apontadas e avaliadas as 85 mortes de mulheres que residiam em Juiz de Fora. O estudo abrangeu a faixa etária entre 20 e 36 anos. Os resultados das pacientes que tiveram pré-natal foram de (74,1%), e as pacientes com menos de seis avaliações foram (34,0%). A cesariana foi cumprida em 38,8% dos partos, e em tratamento obstétrico (32,9%) obtiveram o procedimento correto. A primeira morte materna constatada foi a de choque hipovolêmico 12 (14,10%), em seguida foi averiguada morte por hipotonia uterina 6 (7,0%).

Em relação às causas dos óbitos maternos, no estudo de Khan K, et al. (2006), quando observado as diferenças de acordo com o grau de desenvolvimento apontaram que cerca de metade das mortes na América Latina e Caribe é por distúrbios hipertensivos e hemorragias, com um percentual importante de não-definidas. Já nos países desenvolvidos, causas diretas relacionadas à anestesia e à cesariana são as mais frequentes.

No tempo de elaboração do estudo, calculou-se um total de 71.054 nascimentos no município de Juiz de Fora, todas as pacientes oriundas da cidade. Foram assinalados 85 óbitos maternos no período, número mais elevado ao descoberto na série histórica de 1996 a 2008, quando se anotaram 89.068 nascimentos e 81 óbitos maternos (FARIA DR, et al., 2012).

Espera-se que o acréscimo dos documentos dos óbitos de mulheres que habitam em Juiz de Fora tenha uma associação com o acréscimo da taxa de cesárea no município, que se deparava em 59,15%, no período estudado, consistindo em um valor elevado aos 51,24% achados no Brasil. Esse identificador consente em ponderar as questões de qualidade do auxílio prestado, uma vez que a ascensão do número de óbitos pode afetar o acompanhamento pré-natal de forma indevida ou por recomendações equivocadas do parto cirúrgico (BRASIL, 2012).

As causas obstétricas diretas têm mais facilidade de ser evitáveis do que as indiretas, pois dependem da qualidade do atendimento durante a gravidez-puerpério (BRASIL, 2007). As síndromes hipertensivas acarretam as maiores razões de morte materna nos países mais desenvolvidos e que estão em desenvolvimento (DADELSZEN PV e MAGEE LA, 2007)

Por apresentar-se como referência relação a questão a desigualdade social a morte materna consegue estabelecer qual é o alcance da ampliação seja na área econômica e social de cada local. Sendo assim fica no entendimento que era de se esperar, que as regiões com menor índice de desenvolvimento do país apresentas sem alto valor de coeficiente de mortalidade feminina por causa materna, que significa o número de mortes maternas considerado, e que é feito por divisão da população feminina que apresenta idade fértil (DIAS JMG, et al., 2015).

No aspecto quando abordado de maneira geral, as pesquisas acordam que os óbitos maternos advêm em altos índices nas mulheres que se enquadram solteiras. Fato este que pode ter reflexo em alguns eventos por ter a falta de proteção na maternidade como colaboradora para a morte, quanto para uma confusão entre o seu estado civil e de convívio marital (VIANA RC, et al., 2011).

Mulheres com gravidez de alto risco são 5,3 vezes mais predispostas a morrer se não obtiverem um acompanhamento durante o seu período gestacional (ROSENBERG D, et al., 2006). Fica entendido que para conseguir ter uma baixa da mortalidade materna é preciso ter um conhecimento da real extensão, que muitas vezes são omitidas pelos aumentos dos níveis de sub-registro de óbitos e/ou subnotificação de qual foi o motivo da morte, especialmente nos países que ainda se encontram em desenvolvimento, aonde ocorrem em média três quartos dos nascimentos mundiais.

A OMS instituiu que seja necessário o registro civil de todas as mortes juntamente da afirmação médica relatando as causas como um procedimento apropriado para assim conseguir estimar a mortalidade materna. No entanto, ainda nos países que tenham o sistema nacional de registro, é defendida a recomendação de atenção dos óbitos para que seja fidedigno à classificação de suas causas, tentando ao máximo evitar a existência de subnotificação da morte materna (HILL K, et al., 2005).

Entende-se que um bom sistema de saúde que busca reduzir a mortalidade materna necessita fazer a inclusão do acompanhamento eficaz, com extensa disponibilidade, além de apresentar valor de fácil acesso a todos às esferas da população, não deixando de proporcionar qualidade e segurança garantindo a boa assistência à saúde materna. Esses são pré-requisitos essenciais para atingir o objetivo dos sistemas de saúde, ponderando constantemente a problemática de infecções arroladas ao parto (HUSSEIN J, et al., 2011).

Estudos que estejam direcionados a morbidade materna apresenta aspectos relevantes no Brasil, pois é através destes estudos que se conseguem assinalar quais são os pontos frágeis dos serviços de saúde. Ainda que com resultados variados, preconiza uma frequência de mulheres que podem apresentar complicações de alta potencialidade de ameaça à vida, o que a vigora a precisão de estabelecer uma universalização de intervenções mais complicadas, além de conseguir uma cobertura da atenção básica (SOUZA JP, et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante que a avaliação do near miss materno seja implantada e estabelecida como rotina nas maternidades, usando os critérios preconizados pela OMS, que trás maior especificidade e que adiciona outros critérios, ajustando com a capacidade de cada unidade. Melhorar as condições de saúde reprodutiva é desafiador, uma vez que grande parte das situações de risco alcança mulheres com pouca disponibilização dos serviços de saúde. É preciso ter uma assistência ao pré-natal e ao parto de qualidade, a fim de buscar sempre obter redução da mortalidade materna, além de obter maior esforço quando se busca o engajamento da sociedade, órgãos públicos, e profissionais de saúde, para ter um maior comprometimento e responsabilização na luta incessante a fim de minimizar a mortalidade materna. É uma causa inteiramente interligada aos direitos humanos e de cidadania, então faz-se necessário o bom desempenho das decisões políticas para conseguir garantir a saúde deste grupo de mulheres.

REFERÊNCIAS

1. ADAMU AN, et al. Maternal near-miss and death among women with hypertensive disorders in pregnancy: a secondary analysis of the Nigeria Near-miss and Maternal Death Survey. *BJOG*. 2019; 126(Suppl 3): 12-18.
2. ALKEMA L, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016; 387(10017): 462-74.
3. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
5. CALAFELL L. Complicações graves, near miss e mortes maternas em Unidade de terapia Intensiva em Brasília, Distrito Federal. Brasília, 2019; 65 p.
6. CALLISTER LC, et al. Sustainable Development Goals and the ongoing process of reducing maternal mortality. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017; 46(3): e56-e64.
7. CHIKADAYA H, et al. Incidence of maternal near miss in the public health sector of Harare, Zimbabwe: a prospective descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):458.
8. DADELSZEN PV, MAGEE LA. Treatment of hypertension in pregnancy! *Can J Clin Pharmacol*. 2004; 11: 199-201.
9. DIAS JMG, et al. Mortalidade materna. *RevMed Minas Gerais* 2015; 25(2): 168-174.
10. DIAS MAB, et al. Incidência do Near Miss Materno no Parto e Pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *CadSaúdePública*. 2014; 30(Supl 1): S1-12.
11. DOMINGUES RM, et al. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. *Reprod Health*. 2016; 13(Suppl 3): 115.
12. FARIA DR, et al. Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. *Rev Méd Minas Gerais [Internet]*. 2012; 22(1): 1-128.
13. FERAZ L, BORDIGNON M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. *Rev Baiana Saúde Pública [Internet]*. 2012; 36(2): 527-38.
14. HILL K, et al. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *Lancet*. 2007; 370(9595): 1311-9.
15. HUSSEIN J, et al. A review of health system infection control measures in developing countries: what can be learned to reduce maternal mortality. *Global Health*. 2011; 7: 14.
16. KALHAN M, et al. Maternal near-miss audit: lessons to be learnt. *Int J Appl Basic Med Res*. 2017; 7(2): 85-87.
17. KHAN K, et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367: 1066-74.
18. LAURENTI R, et al. Mortes maternas e mortes por causas maternas. *EpidemiolServ Saúde* 2008; 17(4): 283-92.
19. LONGHI SAT, et al. Comissão interna de near miss materno em um hospital da rede mãe paranaense no sudoeste do paraná: implantação, desafios e perspectivas R. Saúde Públ. Paraná. 2019; 2(1): 21-30.
20. MARTINS ACS, SILVA LS. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *RevBrasEnferm [Internet]*. 2018; 71(supl1): 725-31.
21. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informações para a saúde. IDB 2008. Indicadores de mortalidade. C3. Razão de mortalidade materna.
22. MORSE ML, et al. Morbidade Materna Grave e Near Misses em Hospital de Referência Regional. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(2): 310-22.

23. OLIVEIRA-NETO A, et al. Evaluation of the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score in quantifying organ failure and outcome in severe maternal morbidity in obstetric intensive care. Unpublished data, 2009.
24. OMS. Organização Mundial da Saúde Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde: décima revisão: manual de instrução.7ª. ed., São Paulo: Edusp; 2004; 2.
25. PINHO J. Morbidade materna grave e near miss materno no Brasil: revisão sistemática. Universidade federal fluminense. Niterói, 2017.
26. REICHENHEIM ME, et al. Severe acute obstetric morbidity (near-miss): a review of the relative use of its diagnostic indicators. Arch GynecolObstet 2008; 280: 337-43.
27. ROSENBERG D, et al. Disparities in mortality among high-risk pregnant women in Illinois: a populationbased study. Ann Epidemiol. 2006; 16: 26-32.
28. SALEEM S, et al. A Prospective Study of Maternal, Fetal and Neonatal Deaths in Low- And Middle-Income Countries. Bull World Health Organ. 2014; 92(8):605-12.
29. SANTANA DS, et al. Nearmissmaterno - entendendo e aplicando o conceito.RevMed (São Paulo). 2018; 97(2): 187-94.
30. SAY L, et al. Maternal morbidity measurement tool pilot: study protocol. Reprod Health. 2016; 13 (1): 69.
31. SOUZA JP, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. Lancet. 2013; 381 (9879): 1747-55.
32. TUNÇALP O, et al. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. BJOG 2012; 119:653-61.
33. UNITED NATIONS. Sustainable Development Goals [Internet]. New York: United Nations; 2017.
34. VIANA RC, et al. Mortalidade materna - uma abordagem atualizada. Com Ciências Saúde.2011;22:141-52.
35. VICTORA CG, et al. Countdown to 2015: a decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival. Lancet. 2016; 387(10032): 2049-59.
36. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Managing eclampsia. Educational Material for teachers of midwifery Department of Making Pregnancy Safer. Family and Community Health. Geneva: World Health Organization; 2006.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Evaluating the Quality of Care for Severe Pregnancy Complications: The Who Near-Miss Approach for Maternal Health. Geneva: WHO, 2011.
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Maternal mortality.2016.
39. ZANETTE E, et al. Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: a Brazilian multicenter surveillance study Reproductive Health 2014, 11:4.
40. ZIEGEL EE, et al. Enfermagem Obstétrica. Oitava edição. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 2004.