



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

ISSN: 1806-1230

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Morais Brilhante, Aline Veras; Eyre de Souza Vieira, Luiza Jane; de Oliveira Branco, July Grassiely; Lopes de Castro, Amanda; Vale Catunda, Amanda; Barroso Ribeiro, Sarah; de Castro Dias, Têmis; Machado Pinheiro Lima, Ana Clara

NEAR MISS MATERNO COMO INDICADOR DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 30, núm. 4, 2017, Outubro-, pp. 1-9

Universidade de Fortaleza

Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40854840017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto



NEAR MISS MATERNO COMO INDICADOR DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Maternal Near Miss as health care indicator: an integrative review

Near Miss materno como indicador de atención a salud: una revisión integrativa

Aline Veras Morais Brilhante

Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza (CE) - Brasil

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza (CE) - Brasil

July Grassiely de Oliveira Branco

Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza (CE) - Brasil

Amanda Lopes de Castro

Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza (CE) - Brasil

Amanda Vale Catunda

Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza (CE) - Brasil

Sarah Barroso Ribeiro

Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza (CE) - Brasil

Têmis de Castro Dias

Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza (CE) - Brasil

Ana Clara Machado Pinheiro Lima

Universidade de Fortaleza - UNIFOR - Fortaleza (CE) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Objetivou-se compilar sintética e descritivamente resultados de estudos científicos que versam acerca do *Near Miss* Materno. **Métodos:** Realizou-se consulta às bases de dados Biblioteca Científica Eletrônica Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica (PubMed), no período de 2011 a junho de 2016, com os descritores “Maternal *Near Miss*” and “severe maternal morbidity” e suas representações nos idiomas português e inglês. Após a exclusão dos textos repetidos, da leitura dos resumos e da análise por instrumento validado, esta revisão contou com 28 publicações. **Resultados:** Os estudos apontam determinantes clínicos diretamente relacionados à ocorrência do *Near Miss* Materno. Dentre eles, destacam-se: gestação de alto risco; internações durante a gestação; comorbidades clínicas, principalmente hipertensão grave, infecções e hemorragias; partos cesáreos; uso de fórceps e necessidade de admissão em UTI. **Conclusão:** Os estudos apontam, além dos determinantes clínicos, que fatores socioeconômicos e de assistência estão diretamente relacionados à ocorrência de *Near Miss* Materno, o que o torna uma ferramenta viável para avaliação da qualidade do serviço de saúde e do impacto de políticas públicas direcionadas à melhoria da saúde materna e de redução das iniquidades sociais. A detecção precoce e a oferta de cuidados obstétricos de emergência tornam-se essenciais para a redução das taxas de *Near Miss* e de mortalidade materna.

Descritores: Mortalidade Materna; *Near Miss*; Morbidade; Saúde Materno-Infantil; Complicações na Gravidez.

ABSTRACT

Objective: The objective was to make a synthetic and descriptive compilation of the results of scientific studies addressing maternal near miss. **Methods:** A search was conducted in the databases of the Electronic Scientific Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature (LILACS) and International Literature in Health and Biomedical Sciences (PubMed), in the period from 2011 to June 2016, with the descriptors “maternal near miss” and “severe maternal morbidity” and their representations in Portuguese and English. After the exclusion of duplicate texts, the reading of the abstracts and the analysis by validated instrument, this review comprised 28 publications. **Results:** The studies indicate clinical determinants directly related to the occurrence of maternal near miss, among which, these stand



out: high-risk gestation; hospitalizations during pregnancy; clinical comorbidities, mainly severe hypertension, infections and hemorrhage; cesarean delivery; use of forceps and need for ICU admission. **Conclusion:** In addition to the clinical determinants, the studies point out that socioeconomic and healthcare factors are directly related to the occurrence of maternal near miss, which makes it a viable tool for evaluation of the quality of the healthcare service and the impact of public policies aimed at improving maternal health and reducing social inequities. Early detection and provision of emergency obstetric care are essential to reduce maternal near miss and mortality rates.

Descriptors: Maternal Mortality; Near Miss, Healthcare; Morbidity; Maternal-Infant Health; Pregnancy Complications.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo fue compilar de modo resumido y descriptivo los resultados de estudios científicos sobre el Near Miss Materno. **Métodos:** Se realizó consulta en las bases de datos Biblioteca Científica Electrónica Online (SciELO), Literatura Latino-Americana y del Caribe (LILACS) y Literatura Internacional de Ciencias de la Salud y Biomédico (PubMed) en el periodo entre 2011 y junio de 2016 con los descriptores “maternal Near Miss” and “severe maternal morbidity” y sus representaciones en los idiomas portugués e inglés. Se incluyeron 28 publicaciones en la revisión tras la exclusión de los textos duplicados, de la lectura de los resúmenes y del análisis por instrumento validado. **Resultados:** Los estudios señalan determinantes clínicos directamente relacionados con la ocurrencia del Near Miss Materno. Entre ellos se destacan: el embarazo de alto riesgo; los ingresos durante el embarazo; las comorbilidades clínicas, principalmente la hipertensión grave, las infecciones y las hemorragias; los partos por cesárea; el uso de fórceps y la necesidad de admisión en la UCI. **Conclusión:** Los estudios señalan que además de los determinantes clínicos, los factores socioeconómicos y de asistencia están directamente relacionados con la ocurrencia del Near Miss Materno lo que le hace una herramienta viable para la evaluación de la calidad del servicio de salud y del impacto de las políticas públicas dirigidas para la mejoría de la salud materna y de la reducción de las inequidades sociales. La detección precoz y la oferta de los cuidados obstétricos de emergencia son esenciales para la disminución de las tasas del Near Miss y de la mortalidad materna.

Descriptores: Mortalidad Materna; Near Miss Salud; Morbilidad; Salud Materno-Infantil; Complicaciones del Embarazo.

INTRODUÇÃO

Entende-se a relevância de debates acerca da saúde durante a gestação como possibilidades concretas de se reorientar o manejo da atenção à saúde da mulher e incorporar as diretrizes que preconizam qualidade e segurança à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, tendo como foco o enfrentamento da mortalidade materna, um dos objetivos do milênio, que não se encontra contemplado em vários países⁽¹⁾.

Nessa construção propositiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2010, 287 mil mulheres no mundo morreram durante a gestação e o parto. Apesar da redução de 47% em relação ao ano de 1990, esse índice está distante da meta de redução de 75% das mortes maternas até 2015⁽²⁾. A morte materna advinda de uma gestação normal não é um fato isolado. Pode decorrer de uma sequência de eventos que culminam em estado de disfunção grave e/ou falência orgânica.

Nesse contexto disfuncional, emerge o conceito de *Near Miss* Materno, que é utilizado para designar “uma mulher que quase morreu, mas, no entanto, sobreviveu à complicação que se instalou durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação” (p. 7)⁽³⁾.

Mulheres que sobrevivem à complicações graves da gravidez, parto e puerpério apresentam semelhanças com as que morreram nessas complicações, o que as tornam fontes primárias de informação sobre os determinantes sociais relacionados à mortalidade materna. Estima-se que, para cada óbito materno na América Latina, ocorrem 15 casos de *Near Miss*, o que torna essa condição um grave problema de saúde pública⁽⁴⁾ e um desafio às esferas governamentais na organização de uma rede de atenção qualificada e resolutiva.

Por apresentar uma maior proporção de casos com relação à ocorrência de óbitos⁽²⁾ e por permitir que as próprias mulheres relatem o seu processo de adoecimento, a avaliação do *Near Miss* possibilita compreender os determinantes de morte em mulheres gravemente enfermas, possibilitando o desenvolvimento de estratégias efetivas para a redução da morbimortalidade materna, considerando que o desfecho é a única condição que as diferencia⁽³⁻¹⁴⁾. Apesar disso, ainda existem poucos estudos sobre o impacto do *Near Miss* na vida dessas mulheres⁽⁵⁾.

Determinar a proporção de mulheres que chega a uma unidade de saúde com disfunção materna grave é viável e fornece informações sobre a ocorrência de atraso no reconhecimento de condições de risco⁽³⁾, sendo um determinante de crucial importância para o desenvolvimento e reorientação de políticas públicas. Além disso, o debate acerca do conceito de *Near Miss* Materno é crucial para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde das mulheres e do binômio mãe-feto⁽⁴⁾.

Como etapa preliminar de um projeto interinstitucional que visa mapear a trajetória da mulher com morbidade materna grave (MMG) percorrendo o fluxo da Rede de Atenção à Saúde, as autoras propõem este artigo de revisão com o intento de compilar informações disponíveis acerca do *Near Miss* Materno. No decorrer do texto, o artigo apresenta tópicos que contemplam o conceito do *Near Miss* Materno, os fatores determinantes, a prevalência, os critérios disponíveis para avaliação

dessa morbidade, os critérios diagnósticos e as discussões sobre a possibilidade de incorporar a sua ocorrência como um dos índices marcadores da qualidade da atenção à saúde reprodutiva da mulher.

Assim sendo, indaga-se: quais os fatores, além dos clínicos, que podem determinar a MMG? Uma vez que a padronização é fundamental para a uniformidade das análises, quais os critérios disponíveis para avaliar o *Near Miss* Materno? Como o conceito de *Near Miss* pode ser utilizado para a orientação das políticas públicas? Em busca de elucidar os questionamentos, objetivou-se compilar sintética e descritivamente resultados de estudos científicos que versam acerca do *Near Miss* Materno

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa realizada mediante consulta nas bases de dados Biblioteca Científica Eletrônica Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica (PubMed), no período de 2011 a junho de 2016. Para a seleção dos artigos utilizou-se os termos MeSH: “maternal *Near Miss*” e/and “severe maternal morbidity” e suas representações nos idiomas português e inglês, respeitando as particularidades das bases de dados.

Excluíram-se os artigos de opinião, editoriais, cartas aos editores e comentários. Atendendo a estes critérios, compôs a plataforma analítica os estudos de ensaios clínicos e estudos observacionais (Coorte, caso-controle e estudos transversais).

Desse modo, o cruzamento dos descritores originou os seguintes achados: total de 215 artigos; entre os quais havia 76 repetidos nas bases de dados, resultando em 139 estudos. Após a leitura dos resumos, atenta e direcionada às questões norteadoras do objeto de investigação, detectou-se que 91 trabalhos não se adequavam aos critérios estabelecidos; continuando no processo somente 48 estudos. Estes artigos foram analisados tendo como base o instrumento validado⁽⁶⁾, que permitiu identificar publicações e caracterizá-las quanto aos critérios de metodologia e à avaliação do rigor metodológico, considerando o delineamento de pesquisas realizadas⁽⁷⁾ e o nível de evidência dos mesmos⁽⁸⁾ (Figura 1).

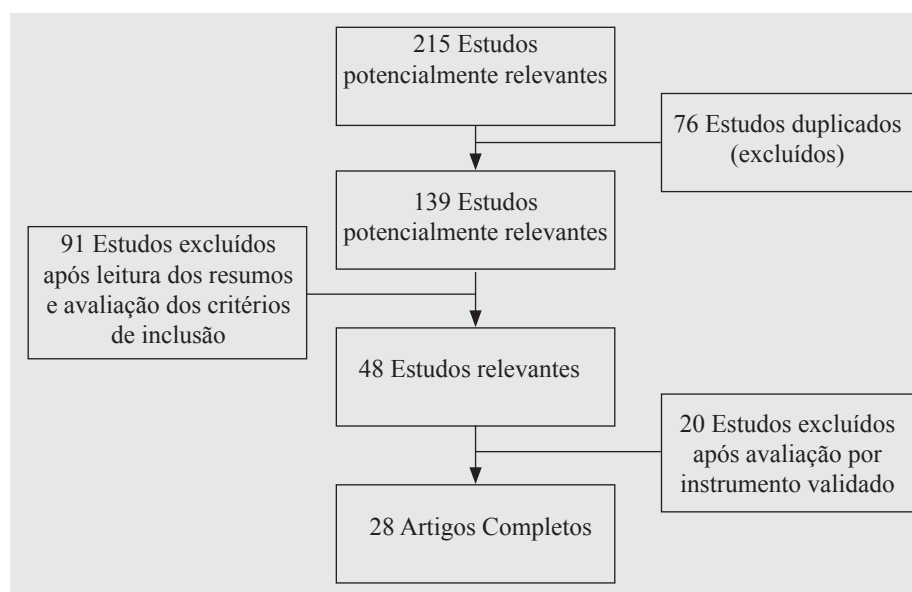


Figura 1- Fluxograma do processo de seleção dos artigos para a revisão integrativa da literatura.

RESULTADOS

Após releitura e análise dos resumos balizada pelos critérios de inclusão e exclusão, das recomendações contidas no instrumento validado⁽⁶⁾, rigor metodológico⁽⁷⁾ e evidência⁽⁸⁾, 28 publicações constituíram o corpus de análise desta revisão. Realizou-se a análise e a síntese dos dados bibliográficos sobre o assunto com o objetivo de reunir na presente revisão integrativa o conhecimento produzido mundialmente sobre o *Near Miss* Materno.

Fatores determinantes da morbidade materna grave (MMG)

Os fatores determinantes da morbidade materna grave, evidenciada em estudo que investigou casos de *Near Miss* Materno em uma maternidade de Teresina, Piauí, Brasil, de setembro de 2012 a fevereiro de 2013, com uma amostra de 409 mulheres, desvelou 343 com MMG, 56 casos de *Near Miss* Materno e 10 mortes maternas. O *Near Miss* ocorreu em 9,6 casos/1000 nascidos vivos, e suas principais causas, juntamente com as causas de mortalidade materna, distribuíram-se como distúrbios hipertensivos, hemorrágicos e infecciosos. O aborto infeccioso mostrou-se como a causa isolada mais comum de morte materna.

O parto cesáreo estava presente em 87,5% dos casos de *Near Miss*, indicado para as mulheres com eclâmpsia e Síndrome HELLP (Hemólise, Elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia), descolamento prematuro de placenta, falha na indução do parto e sofrimento fetal⁽¹⁰⁾.

Em investigação no sudeste do Irã, pesquisadores consideraram oito hospitais de referência para análise e uma amostra de 501 casos de *Near Miss* Materno em 19.908 nascimentos, em 2013⁽¹⁴⁾. Essas ocorrências registram uma razão de 25,2/1000 nascidos vivos de *Near Miss* Materno, predominando como causas pré-eclâmpsia grave (27,3%), gravidez ectópica (18,4%) e distúrbios placentários (16,2%). Entre esses casos, 15,2% necessitaram de cuidados em unidade de tratamento intensivo (UTI), distribuídos em distúrbios hemorrágicos (46,1%) e relacionados às doenças hipertensivas (31,9%)⁽¹⁵⁾.

Já um estudo ecológico, realizado na Índia, chama a atenção para as causas de mortalidade não obstétricas, configurando-se como o maior grupo isolado [48,11% (102/212)]. A doença cardíaca reumática e a doença hepática fulminante foram as morbidades mais importantes que resultaram em morte materna. Infecções [19,8% (42/212)], que não a sepsé puerperal, continuam a ser uma importante causa de morte materna, destacando-se tuberculose pulmonar, tifo e malária como as principais. Houve casos de mortes maternas devido ao H1N1 durante um surto. A insolação causou seis mortes maternas durante o período de 10 anos⁽¹⁶⁾.

No Rio Grande do Norte, Brasil, um estudo realizado entre outubro de 2013 a setembro de 2014, que contou com 492 mulheres, evidenciou como fator de risco, além de condições clínicas que corroboram as pesquisas já citadas, um número de consultas de pré-natal inferior ao preconizado (OR=5,0; RP=4,2; IC95% 2,5–9,7) e a via de parto cesárea (OR=39,2; RP=31,2; IC95% 9,3–164,5)⁽¹⁷⁾. Esse achado é corroborado por outros estudos que associam a ausência de cuidados pré-natais com aumento no risco de desenvolver uma ocorrência de *Near Miss*⁽¹⁸⁻³¹⁾.

Um estudo de caso-controle realizado no Marrocos, com 299 mulheres, em 2012, encontrou uma incidência de *Near Miss* Materno de 12/1.000 nascidos vivos, com proporção maior para os seguintes fatores de risco quando comparados ao grupo controle: analfabetismo (65% versus 22%, $p<0,001$); baixo nível socioeconômico (42% versus 10%, $p<0,001$); história de aborto prévio (21% versus 7%, $p<0,001$); maior ocorrência de complicações na gravidez (51% versus 19%, $p<0,001$), e, por fim, menor proporção de mulheres com *Near Miss* teve acesso aos cuidados de saúde dentro de 24 horas do início de trabalho de parto (19% versus 67%). Os casos de *Near Miss* relacionaram as seguintes condições: síndromes hipertensivas (45%), hemorragias (39%) e infecções graves (10%)⁽³¹⁾.

A literatura atesta o nível educacional como fator protetor à promoção e manutenção da saúde materna-infantil. Estudo identificou a associação significativa entre baixa escolaridade e desfechos maternos graves (OR= 2,07; 95%, IC 95%, 1,46–2,95), com casos de *Near Miss* Materno (OR= 1,80, IC 95% 1,25–2,57) e morte materna (IC 95% 3,45–9,16 OR= 5,62), relação que persistiu em países com médio (ORa 2,36, IC 95% 1,33–4,17) e baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (OR=2,65; IC 95% 1,54–2,57). Mulheres com menos anos de estudo apresentaram 2,06 vezes mais chance de chegarem ao hospital em estado grave, ou seja, a disfunção orgânica na chegada ou dentro de 24 horas (OR= 2,06, IC 95% 1,36–3,10)⁽²⁴⁾. Esses achados são corroborados por outros estudos⁽¹⁸⁻²⁴⁾.

Com relação às variáveis sociodemográficas, encontrou-se um maior risco para o desenvolvimento da condição de *Near Miss* Materno em pacientes casadas (OR=7,9; RP=7,1; IC95% 2,4–26,1), com ensino médio incompleto (OR=3,1; RP=2,8; IC95% 1,6–6,0), procedente do interior (OR=4,6; RP=4,0; IC95% 2,1–10,0) e renda familiar menor que um salário mínimo (OR=7,0; RP=5,5; IC95% 3,6–13,6). Os autores evidenciaram também que mulheres não brancas apresentaram 2,5 vezes maior risco relativo para “tornarem-se” sobreviventes (OR 2,5; RP 2,3 e IC 95%)⁽¹⁸⁾.

Em investigação realizada nos Estados Unidos, foram utilizados dados nacionais para classificar os hospitais pela sua proporção de partos de mulheres negras e analisar os casos de MMG. Os pesquisadores encontraram que os casos de MMG ocorrem frequentemente entre mulheres que deram à luz em hospitais com maior frequência de partos de mulheres negras em comparação com aqueles com menor frequência (29,4 e 19,4 vs 12,2 por 1000 partos, respectivamente; $P<0,001$). Houve mais casos de MMG também entre mulheres negras do que mulheres não negras independente do hospital (25,8 versus 11,8 por 1000 partos, respectivamente; $P<0,001$)⁽²⁵⁾.

Uma pesquisa realizada em 167 municípios do estado do Rio Grande do Norte, no Nordeste brasileiro, encontrou uma razão de *Near Miss* Materno de 36,71/1.000 mulheres. De acordo com as condições de risco, a maior média foi de pré-eclâmpsia (24,66), seguida da hemorragia (4,55) e sepsé (4,29), sendo encontradas fortes correlações entre *Near Miss* Materno e MMG e variáveis socioeconômicas relacionadas à pobreza⁽²⁶⁾.

Quanto ao maior risco de *Near Miss* Materno, esteve mais presente entre as populações indígenas, justificando o acesso inadequado aos programas de prevenção de doenças e de promoção de saúde. Também foi encontrado um risco maior em mulheres que viajaram por mais de uma hora até o centro de saúde, ou que esperaram mais de uma hora para serem admitidas⁽²⁷⁾. Esses achados são recorrentes na literatura que discorre sobre a importância da qualidade da estrutura hospitalar, viabilidade de acesso e da prestação dos cuidados médicos^(14,29).

Estudo multicêntrico realizado em 27 centros de referência à atenção materno-infantil nas cinco regiões do Brasil, entre 2009 e 2010, encontrou uma associação entre o retardo de cuidados obstétricos e a ocorrência de graves complicações na

gravidez e no parto, repercutindo na saúde da criança, sugerindo que a gestão do cuidado obstétrico exige um tempo ouro para assegurar a sobrevivência de mãe-filho⁽³⁰⁾.

Em uma investigação realizada em Moçambique envolvendo cinco unidades de saúde que oferecem serviços de emergência obstétrica, foram analisados os fatores evitáveis que se associaram ao “modelo dos três atrasos”⁽¹⁵⁾. O primeiro tipo de atraso ocorreu em 63,8% dos casos, estando relacionado às crenças das mulheres e à percepção negativa dos serviços de saúde; o segundo tipo de atraso foi encontrado em 21,3% dos casos e justificado pela falta de recursos e as distâncias percorridas até os centros de saúde; o terceiro atraso, em 69,7% das entrevistas, relacionou-se aos atrasos na transferência e para início do tratamento, como a falta de sangue para transfusão sanguínea e de salas cirúrgicas disponíveis⁽³⁰⁾.

Critérios disponíveis para avaliar o *Near Miss* Materno e sua utilização para a orientação das políticas públicas

A análise do processo de cuidado ao qual a paciente foi submetida antes, durante e após os eventos de *Near Miss* têm sido cada vez mais utilizados para avaliar a qualidade do funcionamento dos sistemas de saúde no cenário mundial^(1,2,31), no entanto por não ser uniforme a utilização de critérios para avaliar os quadros de *Near Miss*, inviabilizando comparações entre os estudos⁽³¹⁾, a OMS desenvolveu uma nova definição em 2011, estabelecendo critérios específicos⁽³²⁻³⁴⁾.

Na tentativa de avançar em relação ao conhecimento do termo *Near Miss*, estudiosos do tema propõem uma normalização com critérios⁽⁴⁾ que permitam comparações entre diversas áreas e serviços de saúde, e em distintos períodos de tempo⁽³²⁾. Dessa forma, ele pode ser avaliado conforme três tipos distintos de critérios, colhidos com base em análise de prontuários⁽³⁾.

1) Critérios clínicos relacionados a uma condição específica grave potencialmente ameaçadora à vida: trata-se de condições graves, que têm potencial para ameaçar a vida de uma mulher no período da gestação, do parto e do puerpério. Nesse caso, destacam-se as pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, hemorragia pós-parto grave, sepse, rotura uterina e complicações graves do abortamento. As condições que podem contribuir para que ocorra um caso de *Near Miss* ou óbito materno e que não estão diretamente ligadas à ocorrência desses eventos, não se incluem nesses critérios, e devem ser descritas como patologias contribuintes ou associadas - por exemplo, anemia, infecção por HIV, cesárea anterior e parto prolongado/obstruído⁽³⁾. Esses critérios têm a vantagem de serem de fácil interpretação e ajudarem a aumentar a vigilância em relação às doenças e às condições graves, entre as quais poderão surgir os casos de *Near Miss*. Além disso, permitem avaliar, inclusive, a qualidade do atendimento dos serviços e contribuir com a composição das características clínicas e epidemiológicas de determinadas doenças. No entanto a apreciação desses critérios é de que seriam menos específicos para avaliar os casos de *Near Miss*, podendo ser influenciados pelas lacunas existentes nos registros dos prontuários⁽³²⁾.

2) Critérios relacionados às intervenções críticas específicas: referem-se às intervenções realizadas para o manejo de situações de ameaça à vida. Assim, enquadram-se nesses critérios as internações em UTI, as intervenções cirúrgicas de emergência na cavidade abdominal (exceto cesárea), a hemotransfusão e a radiologia intervencionista⁽³⁾, considerados critérios de simples interpretação, porém menos específicos, devido às divergências entre as condições estruturais (física/equipamentos, equipe de multiprofissional e processo de trabalho) das UTI e utilização de diferentes critérios para a decisão de intervenção cirúrgica⁽³²⁾. Ademais, a utilização desses critérios restringe-se à unidades de saúde com nível de atenção mais complexa.

3) Critérios relacionados à disfunção de órgãos: associam-se às condições ameaçadoras à vida, como disfunção cardiovascular, respiratória, renal, hematológica, hepática, neurológica ou uterina⁽³⁾. Esses critérios impõem limitações, pois exigem o uso de marcadores, monitorizações e uma atenção à saúde em serviços que ofertam cuidado complexo e intensivo, o que restringe sua aplicação em unidades desprovidas de recursos tecnológicos e humanos qualificados, entretanto esses critérios devem ser considerados como aqueles que validarão os casos de *Near Miss*, visto que a sua definição se baseia justamente em casos de mulheres que passaram por disfunções múltiplas e falência de órgãos - fase prévia à morte - e sobreviveram^(4,22,32). É importante ressaltar que a utilização desses critérios direciona o manejo das condições graves que, recebendo cuidados intensivos e qualificados, não causam a morte dessas mulheres⁽³²⁾.

A análise dos casos de *Near Miss* por meio desses critérios deve ser feita a partir de dados de mulheres grávidas em qualquer idade gestacional, em trabalho de parto, no período puerperal ou que abortaram há até 42 dias e que procuram o serviço de saúde apresentando alguma das condições incluídas nos critérios de avaliação, ou as desenvolvem durante sua permanência nele, sendo importante diferenciar essas situações. As mulheres que manifestam essas condições sem que haja relação com a gestação não são passíveis de serem analisadas de acordo com os critérios de *Near Miss*⁽¹⁸⁾.

Os casos de mulheres que foram a óbito e não acessaram o sistema de saúde e daquelas que morreram durante a entrada no serviço também podem ser analisados de acordo com esses critérios, representando o grupo de casos decorrentes da falta de acesso e do acesso tardio ao sistema de saúde⁽³⁾.

A OMS disponibiliza um formulário de coleta desses tipos de dados para análises (Ferramenta *Near Miss* Materno) e recomenda que também se registre informações adicionais, como as datas relacionadas às ocorrências mais relevantes, o momento da complicação apresentada pela mulher (antes, durante ou após o parto), a idade gestacional, o tipo de parto, o status vital da criança, a condição da mulher durante a chegada ao serviço de saúde e, ainda, causas subjacentes e patologias contribuintes para a ocorrência de casos de *Near Miss* e óbito materno. Recomenda-se também o registro de dados referentes ao

serviço, como o nível de atenção à saúde, os recursos existentes e o número total de partos e de nascidos vivos no local durante o intervalo de coleta de dados⁽³²⁾.

DISCUSSÃO

Nesse contexto, o *Near Miss* Materno desponta como um indicador social, reafirmando a perpetuação das iniquidades sociais e a dificuldade de se incorporar no amplo complexo intersectorial as diretrizes políticas que buscam diminuir os *gaps* excludentes no alcance da igualdade racial⁽³⁵⁾.

Autores asseveram que grande número de fatores que culminam na MMG e mortalidade relacionam-se diretamente às iniquidades a que as mulheres estão expostas⁽²⁷⁾.

A junção das categorias raça, sexo, condições socioeconômicas, dentre outras características sociodemográficas, expõem de que modo os serviços de saúde na atenção básica estão organizados, assim como sinaliza o percalço que a mulher enfrenta no acesso aos serviços de saúde⁽²⁷⁾, contribuindo para que haja maior ocorrência de MMG e de mortalidade em um grupo específico de mulheres. Mulheres negras e pobres morrem mais^(18,25,27). Para além da cosmiatria, é isso que os estudos nos mostram⁽²⁵⁾, o que pode explicar uma maior prevalência de *Near Miss* em países menos desenvolvidos⁽²²⁾.

Os estudos apontam alguns determinantes clínicos diretamente relacionados à ocorrência do *Near Miss* Materno. Dentre eles, pode-se destacar: gestação de alto risco; internações durante a gestação; comorbidades clínicas, principalmente hipertensão grave, infecções e hemorragias; partos cesáreos; uso de fórceps e necessidade de admissão em UTI^(2,9,10,11). Embora alguns estudos tenham associado maior ocorrência de *Near Miss* aos extremos da idade reprodutiva^(2,9,12), outros encontraram maior ocorrência dele em mulheres entre 20 e 35 anos^(12,13,36).

Além da presença de comorbidades, a qualidade da atenção ao pré-natal e a presença de intercorrências que retardam o acesso ao serviço de saúde emergem como importantes fatores associados à MMG⁽¹⁷⁾.

Esses achados demandam indagações sobre qual o impacto na redução da mortalidade materna dos investimentos governamentais (políticas, diretrizes, estruturas, recursos humanos e financeiros) para reorganizar a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal ao se identificar que a maioria dos tratamentos das complicações obstétricas são conhecidos e evitáveis^(21,22).

Nesse contexto, a utilização do conceito de *Near Miss* como indicador da saúde materna desponta como uma ferramenta viável para avaliar a qualidade do serviço de saúde e do impacto de políticas públicas direcionadas à melhoria da saúde materna^(2,23), principalmente diante da subnotificação de mortes maternas, comuns em países em desenvolvimento⁽³⁾. É importante ressaltar que um dos diferenciais para se requalificar os profissionais da atenção e gestão no enfrentamento às mortes maternas é realmente o “acolhimento” e a efetivação da escuta qualificada.

Nessa convicção, as experiências das mulheres que vivenciaram a quase morte não podem nem devem ser retratadas apenas por números. As narrativas de suas impressões, de perspectivas inerentes às histórias de vida, conformam-se como revelações de lacunas importantes e plausíveis de serem sanadas no contexto que circunscreve a atenção à saúde reprodutiva e contribui para a redução das complicações graves da gestação⁽⁵⁾.

Outro ponto relevante apontado nos estudos refere-se à qualificação dos profissionais da saúde, uma vez que a detecção precoce de complicações resultantes da gravidez e a oferta de cuidados obstétricos de emergência torna-se essencial para a redução das taxas de *Near Miss* e de mortalidade materna⁽²¹⁻¹⁹⁾.

É perceptível a identificação das doenças hipertensivas como uma das condições mais presentes nos casos de *Near Miss* Materno, não só pela sua prevalência, mas também pelo grande potencial em desencadear danos predisponentes à ocorrência dessa grave morbidade materna. A correlação com variáveis socioeconômicas sugere que a descompensação do quadro ou subdiagnóstico dessas condições clínicas está diretamente associada às deficiências no acompanhamento e monitorização na atenção básica⁽¹⁹⁾. Ressalta-se a importância de uma rede de assistência materna articulada, com suporte eficiente na atenção terciária, como leitos obstétricos de unidade de terapia intensiva (UTI) e recursos humanos e tecnológicos capacitados⁽²⁹⁾.

A ineficiência no atendimento especializado, sem uma regulação da oferta em relação à demanda por leitos de UTI, é uma das principais causas responsáveis pelos atrasos, considerando o “modelo dos três atrasos” no atendimento às mulheres com MMG⁽²⁾, o qual divide em três classes as diferentes situações que contribuiriam para que ocorra atraso no acesso da gestante à terapêutica efetiva e adequada. O primeiro atraso estaria relacionado à decisão de procurar um atendimento ou emergência obstétrica e seria influenciado, por exemplo, por fatores socioculturais, como a distância dos centros de saúde e custos financeiros; o segundo representa o atraso para alcançar a primeira unidade de saúde, considerando barreiras físicas; e o terceiro é o atraso de tempo que a gestante enfrenta entre o local onde se realiza o primeiro atendimento e o local onde ela terá o atendimento final, caso seja necessário encaminhá-la⁽¹⁹⁾.

Além disso, o uso do conceito de *Near Miss* nas pesquisas na área de planejamento e políticas públicas nos traz a possibilidade de entrevistar mulheres sobreviventes, fornecendo subsídios para a implementação de um sistema de vigilância prospectivo, pois há um comportamento de evento sentinela⁽²⁾.

Estudo interinstitucional encontra-se em desenvolvimento no estado do Ceará a fim de determinar, entre outros fatores, o itinerário terapêutico de mulheres diagnosticadas com *Near Miss* na rede de atenção à saúde, bem como identificar os “pontos cegos” da rede que contribuíram para a instalação dessa morbidade.

CONCLUSÃO

Foi possível constatar a partir dos achados a necessidade de uma rede de assistência materno-infantil articulada, com suporte adequado e eficiente a todos os níveis de atenção, em especial ao nível terciário, através da oferta em quantidade suficiente de leitos obstétricos em UTI, bem como profissionais capacitados e recursos tecnológicos acessíveis. Nesse contexto, as informações se mostram de extrema relevância para a formulação de treinamentos e desenvolvimento de profissionais da saúde, uma vez que a detecção precoce e a oferta de cuidados obstétricos de emergência tornam-se essenciais para a redução das taxas de *Near Miss* e de mortalidade materna.

REFERÊNCIAS

1. Nelissen E, Mduma E, Broerse J, Ersdal H, Evjen-Olsen B, Roosmalen JV, et al. Applicability of the WHO Maternal Near Miss Criteria in a Low-Resource Setting. PLoS One [Internet] 2013 [acesso em 2016 Jul 08];8(4):e61248. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0061248>
2. Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brum IR, et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nacer no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet] 2014 [acesso em 2016 Jul 08];30(Supl 1):S169-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300022&lng=en
3. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: WHO; 2011.
4. Oliveira LC, Costa AAR. Near miss materno em unidade de terapia intensiva: aspectos clínicos e epidemiológicos. Rev Bras Ter Intensiva. 2015;27(3):220-7.
5. Hinton L, Locock L, Knight M. Experiences of the quality of care of women with near-miss maternal morbidities in the UK. BJOG. 2014;121(Suppl 4):20-3.
6. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
7. Lobiondo-Wood G, Haber J (org). Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice [Internet]. Missouri: Elsevier Mosby; 2014 [acesso em 2016 Jul 08]. Disponível em: <http://www.worldcat.org/isbn/0323028284>
8. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
9. Zanette E, Parpinelli MA, Surita FG, Costa ML, Haddad SM, Sousa MH, Pinto e Silva JL, Souza JP, Cecatti JG. Maternal near miss and death among women with severe hypertensive disorders: a Brazilian multicenter surveillance study. Reprod Health. 2014;11(4):1-11.
10. Madeiro AP, Rufino AC, Lacerda EZG, Brasil LG. Incidence and determinants of severe maternal morbidity: a transversal study in a referral hospital in Teresina, Piauí, Brazil. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2015 [acesso em 2016 Jul 08];15(1): 210. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0648-3>
11. Norhayati MN, Hazlina NH, Sulaiman Z, Azman MY. Severe maternal morbidity and near misses in tertiary hospitals, Kelantan, Malaysia: a cross-sectional study. BMC Public Health [Internet]. 2016 [acesso em 2016 Jul 08];16(1):1-13. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2895-2>
12. Oliveira FC Júnior, Surita FG, Silva JLP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Haddad SM, et al. The Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity Study Group. Severe maternal morbidity and maternal near miss in the extremes of reproductive age: results from a national cross-sectional multicenter study. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet]. 2014 [acesso em 2016 Jul 08];14:77. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975952/?tool=pubmed>.
13. Bakshi RK, Roy D, Aggarwal P, Nautiyal R, Kakkar R. Demographic determinants of maternal “near-miss” cases in rural Uttarakhand. Natl J Community Med. 2014;5(3):329-32.
14. Naderi T, Foroodnia S, Omid S, Samadani F, Nakhaee N. Incidence and correlates of maternal near miss in Southeast Iran. Int J Reprod Med [Internet]. 2015 [acesso em 2016 Jul 08];2015:1-5. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ijrmed/2015/914713/>

15. David E, Machungo F, Zanconato G, Cavaliere E, Fiosse S, Sululu C, Chiluvane B, Staffan B. Maternal near miss and maternal deaths in Mozambique: a cross-sectional, region-wide study of 635 consecutive cases assisted in health facilities of Maputo province. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 Jul 08];14(1): 401. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4269100/>
16. Ajay H, Ruby J, Reeta V. Maternal mortality and derivations from the WHO near-miss tool: An institutional experience over a decade in Southern India. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2014;15(4):222–7.
17. Rosendo TMSS, Roncalli AG. Near miss materno e iniquidades em saúde: análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso em 2016 Jul 08];21(1):191-201. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000100191&lng=pt&nrm=iso
18. Souza MAC, Souza THSC, Gonçalves AKS. Fatores determinantes do near miss materno em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 Julho 08];37(11):498-504. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015001100498&lng=pt
19. Pacheco AJC, Katz L, Souza ASR, Amorim MMR. Factors associated with severe maternal morbidity and near miss in the São Francisco Valley, Brazil: a retrospective, cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 Jul 08]; 14:91. Disponível em: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-91>
20. Morse ML, Fonseca SC, Gottgroy CL, Waldmann CS, Gueller E. Morbidade materna grave e Near Misses em Hospital de Referência Regional Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2011 [acesso em 2016 Jul 08];14(2):310-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2011000200012&lng=en
21. Luz AG, Osis MJD, Ribeiro M, Ceccati JC, Amaral E. Perspectives of professionals participating in the Brazilian Network for the Surveillance of Severe Maternal Morbidity regarding the implementation of routine surveillance: a qualitative study. *Reprod health* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 Jul 08];11(1):1. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-11-29>
22. Akker TVD, Beltman J, Leyten J, Mwagomba B, Meguid T, Stekelenburg J, et al. The WHO maternal near miss approach: consequences at Malawian District level. *PLoS One* [Internet]. 2013 [acesso em 2016 Jul 08];8(1):e54805. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0054805>
23. Purandare C, Bhardwaj A, Malhotra M, Bhushan H, Chhabra S, Shivkumar P. Maternal near-miss reviews: lessons from a pilot programme in India. *BJOG*. 2014;121(Suppl 4):105-11.
24. Tunçalp Ö, Souza JP, Hindin MJ, Santos CA, Oliveira TH, Vogel JP, Togoobaatar G, Ha DQ, Say L, Gülmezoglu AM, on behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Education and severe maternal outcomes in developing countries: A multicountry cross-sectional survey. *BJOG* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 Jul 08];121(1):57–65. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12634/epdf>
25. Howell EA, Egorova N, Balbierz A, Zeitlin J, Hebert PL. Black-white differences in severe maternal morbidity and site of care. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(1):122.e1-7
26. Rosendo TMSS, Roncalli AG. Prevalência e fatores associados ao Near Miss Materno: inquérito populacional em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 Jul 08];20(4):1295-304. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000401295&script=sci_abstract&tlng=pt
27. Cecatti JG, Souza RT, Pacagnella RC, Leal MC, Moura EC, Santos LMP. Maternal near miss among women using the public health system in the Amazon and Northeast regions of Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(4-5):232–8.
28. Luz ADG, Osis MJMD, Ribeiro M, Cecatti JG, Amaral E. Perspectives of professionals participating in the Brazilian Network for the Surveillance of Severe Maternal Morbidity regarding the implementation of routine surveillance: a qualitative study. *Reprod Health* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 Jul 08];11:29. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4274739/>
29. Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Haddad SM, Costa ML et al. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 Jul 08];14:159. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-159>
30. Assarag B, Dujardin B, Delamou A, Meski F-Z, Brouwere V. Determinants of Maternal Near-Miss in Morocco: Too Late, Too Far, Too Sloppy? *Plos One* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 Jul 08] 10(1): e0116675. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4303272/>

31. Haddad SM, Cecatti JG, Souza JP, Sousa MH, Parpinelli MA, Costa ML, et al. Applying the Maternal Near Miss Approach for the Evaluation of Quality of Obstetric Care: A Worked Example from a Multicenter Surveillance Study. *BioMed Res Int* [Internet]. 2014 [acesso em 2016 Julho 08];2014:989815. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4132359/>
32. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss: towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(3):287-96.
33. Cecatti JG, Souza JP, Oliveira AF Neto, Parpinelli MA, Sousa MH, et al. Pre-validation of the WHO organ dysfunction based criteria for identification of maternal near miss. *Reprod Health* [Internet]. 2011 [acesso em 2016 Jul 08];8:22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21810265>
34. Souza JP, Cecatti JG, Haddad SM, Parpinelli MA, Costa ML, et al. The WHO maternal near-miss approach and the Maternal Severity Index Model (MSI): tools for assessing the management of severe maternal morbidity. *PLoS One* [Internet]. 2012 [acesso em 2016 Julho 08];7:e44129. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0044129>
35. Brasil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial [acesso em 2016 Julho 08]. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/Lei%2012.288%20-%20Estatuto%20da%20Igualdade%20Racial.pdf>
36. Roopa PS, Shailja V, Lavanya R, Pratap K, Murlidhar VP, Jyothi S. Near Miss Obstetric Events and Maternal Deaths in a Tertiary Care Hospital: An Audit. *J Pregnancy* [Internet]. 2013 [acesso em 2016 Jul 08];2013; 2013: 393758. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3710620/>

Endereço para correspondência:

Aline Veras Morais Brilhante
 Universidade de Fortaleza - UNIFOR
 Curso de Medicina
 Av. Washington Soares, 1321
 CEP: 60811-905 - Fortaleza - CE - Brasil
 E-mail: draalinebrilhante@gmail.com