

Mortalidade materna, morbidade materna grave e near miss

Protocolos Febrasgo

Obstetrícia – nº 112 – 2018



DIRETORIA DA FEBRASGO

2016 / 2019

César Eduardo Fernandes
Presidente

Corintio Mariani Neto
Diretor Administrativo/Financeiro

Marcos Felipe Silva de Sá
Diretor Científico

Juvenal Barreto B. de Andrade
Diretor de Defesa e Valorização Profissional

Alex Bortotto Garcia
Vice-Presidente
Região Centro-Oeste

Flavio Lucio Pontes Ibiapina
Vice-Presidente
Região Nordeste

Hilka Flávia Barra do E. Santo
Vice-Presidente
Região Norte

Agnaldo Lopes da Silva Filho
Vice-Presidente
Região Sudeste

Maria Celeste Osório Wender
Vice-Presidente
Região Sul



COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM MORTALIDADE MATERNA – 2016 / 2019

Presidente

Rodolfo de Carvalho Pacagnella

Vice-Presidente

Marcos Nakamura Pereira

Secretário

Douglas Bernal Tiago

Membros

Brenno Belazi Nery de Souza Campos

Carmen Simone Grilo Diniz

Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

Gláucia Virginia de Queiroz Lins Guerra

Lenira Gaede Senesi

Lucila Nagata

Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar

Mortalidade materna, morbidade materna grave e *near miss*

Samira El Maerawi Tebecherane Haddad¹

Francisco Edson de Lucena Feitosa²

José Guilherme Cecatti³

Rodolfo de Carvalho Pacagnella³

Descritores

Mortalidade materna; Morbidade materna grave; *Near miss* materna; Modelo de três demoras

Como citar?

Haddad SM, Feitosa FE, Cecatti JG, Pacagnella RC. Mortalidade materna, morbidade materna grave e *near miss*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 112/ Comissão Nacional Especializada em Mortalidade Materna).

Introdução

Mortalidade materna

O óbito de uma mulher no ciclo gravídico-puerperal é, obviamente, o desfecho mais grave dentro da cadeia de atenção à saúde materna. Quando analisada a distribuição das mortes maternas entre as populações mundiais é possível identificar a incidência quase exclusiva de óbitos maternos em locais de menor desenvolvimento e renda, sendo em torno de 99% dos casos encontrados em países de baixa e média renda.⁽¹⁾ Tal disparidade de proporções pode ser igualmente observada em pa-

¹Faculdade de Ciências Médicas de Santos, Santos, SP, Brasil.

²Universidade Federal do Ceará, Fortaleza CE, Brasil.

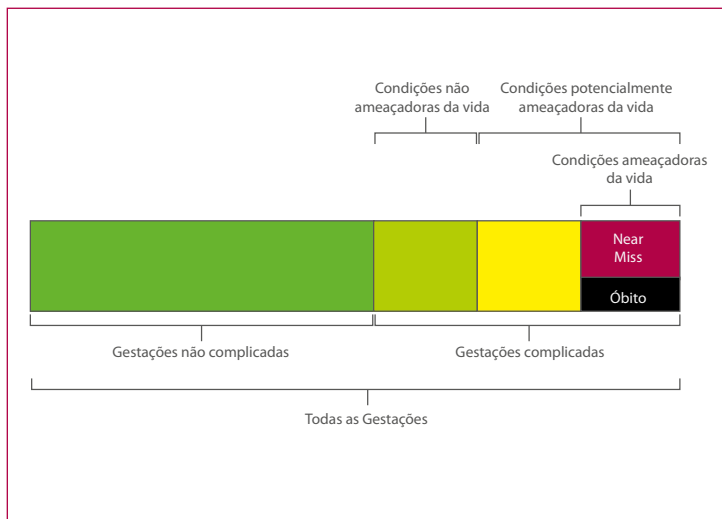
³Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Mortalidade Materna e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Obstetrícia nº 112, acesse: <https://www.febRASGO.org.br/protocolos>

ises, regiões, cidades e bairros, sempre, preservando o caráter de distribuição irregular e inversamente proporcional às condições gerais de vida e desenvolvimento. Dessa forma, a morte materna é considerada um evento sentinela capaz de sinalizar a existência de problemas que permeiam diversos setores da estrutura populacional, não apenas no campo da saúde, mas, também, relacionados à infraestrutura das cidades, às condições de emprego, ao acesso à saúde, às desigualdades sociais, às questões étnicas, de gênero, econômicas, entre outras. Quando avaliada a ocorrência de óbito sob a perspectiva da saúde materna, sabe-se que esse desfecho é a consequência de um processo de adoecimento dentro do ciclo gravídico puerperal, intimamente relacionado ao perfil de morbidades incidentes e aos cuidados em saúde ofertados.⁽²⁾ Os inquéritos sobre mortalidade materna foram o principal ponto de partida para o entendimento do processo de saúde, doença e morte em obstetrícia. O objetivo principal dessas pesquisas é entender os determinantes mais diretamente relacionados ao óbito para, enfim, fazer a proposição de medidas de correção mediante ações em saúde, essencialmente.

Morbidade materna grave e *near miss*

A partir de definições estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde, entende-se por morbidade materna grave o conjunto das condições potencialmente ameaçadoras à vida (CPAV) e aquelas ameaçadoras à vida (CAV), que representam uma fase de maior disfunção orgânica dentro do *continuum* de morbidade (Figura 1).⁽²⁾



Fonte: Traduzido de Say L, Souza JP, Pattinson RC; WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. 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. Figure 3, The spectrum of morbidity: from noncomplicated pregnancies to maternal death. p.293.⁽²⁾

Figura 1. Continuum de morbidade

De forma prospectiva, a grande maioria das gestações possui uma evolução favorável, sem complicações. Aproximadamente 15% das gestantes vivenciam alguma complicação, sendo em grande parte dos casos uma condição não ameaçadora à vida (CNAV), como, por exemplo, infecção urinária baixa e hipertensão gestacional leve. Dessas, boa parte recupera-se sem sequelas e uma minoria segue no *continuum* de morbidade apresentando uma CPAV, como sepse de foco urinário e pré-eclâmpsia grave. Uma pequena parcela pode ter sua situação agravada com o estabelecimento de uma condição ameaçadora à vida, em que existe algum grau de disfun-

ção ou falência orgânica, como choque séptico e trombocitopenia aguda. As mulheres que apresentam CAV possuem dois desfechos possíveis, o óbito ou a recuperação. Aquelas que se recuperam e não morrem são denominadas *near miss* (NM). Com isso, entende-se que as mulheres que morrem e as mulheres *near miss* são iguais em relação ao grau de disfunção orgânica, apresentando determinantes semelhantes no processo de adoecimento, sendo, contudo, o desfecho óbito sua única diferença.

Definições (Quadro 1)^(2,3)

- Morbidade Materna Grave: conjunto de condições potencialmente ameaçadoras à vida. Esta é uma categoria abrangente de condições clínicas, incluindo doenças que podem ameaçar a vida da mulher durante a gestação, o parto e após o termo da gestação.
- *Near miss* materno (NMM): mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação grave que ocorreu durante a gravidez, o parto ou em até 42 dias após o término da gravidez.
- Morte materna (MM): óbito de uma mulher durante a gestação ou dentro de 42 dias após o término desta ou por medidas adotadas em relação à gravidez, mas não devido a causas acidentais ou incidentais.
- Condições ameaçadoras à vida (CAV): todos os casos de *near miss* materno ou morte materna (isto é, mulheres com critérios de disfunção grave e falência orgânica). (CAV = NMM + MM).
- Desfecho materno grave: correspondente aos casos de condições ameaçadoras à vida (ou seja, disfunção orgânica), incluindo todos os óbitos e *near miss* maternos.

Quadro 1. Critérios de Morbidade Materna Grave da OMS (CPAV e Near miss)

Condições Potencialmente Ameaçadoras à Vida
Complicações maternas graves Hemorragia pós-parto grave Pré-eclâmpsia grave Eclâmpsia Sepses ou infecção sistêmica grave Rotura uterina Complicações graves do abortamento Intervenções críticas ou uso da unidade de terapia intensiva Internação em uma unidade de terapia intensiva Radiologia intervencionista Laparotomia (inclui histerectomia, exclui cesáreas) Uso de hemoderivados
Near miss
Critérios Clínicos Cianose aguda <i>Gasping</i> Frequência respiratória > 40 ou < 6 Choque Oligúria não responsiva a fluidos ou diuréticos Distúrbio de coagulação Perda de consciência durante 12h ou mais Ausência de consciência e ausência de pulso/batimento cardíaco Acidente vascular cerebral Convulsão não controlada/Paralisia total Icterícia na presença de pré-eclâmpsia
Critérios Laboratoriais Saturação de oxigênio $< 90\%$ por > 60 minutos $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ Creatinina $\geq 300 \text{ mmol/l}$ ou $\geq 3,5 \text{ mg/dl}$ Bilirrubina $\geq 100 \text{ mmol/l}$ ou $\geq 6,0 \text{ mg/dl}$ $\text{pH} < 7,1$ Lactato > 5 Trombocitopenia aguda ($< 50\,000$ plaquetas) Ausência de consciência e presença de glicose e cetoacidose na urina
Critérios de Manejo Uso de droga vasoativa contínuo Histerectomia puerperal por infecção ou hemorragia Transfusão de ≥ 5 unidades de concentrado de hemácias Intubação e ventilação por tempo ≥ 60 minutos, não relacionada com anestesia Diálise para insuficiência renal aguda Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP)

Fonte: Adaptado e traduzido de Say L, Souza JP, Pattinson RC; WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. 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.^[2]; World Health Organization (WHO). Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação. A abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. Montevideu, Uruguai: WHO; 2011.^[3]

Estratégia de análise do *near miss* materno

A análise dos casos de MMG e *near miss*, principalmente quando em associação com a avaliação da mortalidade, promove uma série de grandes vantagens para o entendimento dos determinantes associados aos desfechos graves e elaboração de medidas corretivas, entre elas (Quadro 2):⁽³⁾

- Número expressivamente maior de MMG com relação à mortalidade (de 6 a 30 vezes maior).⁽⁴⁻⁶⁾
- A presença da mulher que sobreviveu à doença como fonte de informação sobre o processo vivenciado.⁽⁷⁾
- Análise da adequação da assistência obstétrica prestada pelos serviços de saúde.⁽⁸⁾

Os elementos para a realização dessa análise são:

- Auditorias clínicas baseadas nos critérios de *near miss* e MMG.
- Estratificação da população obstétrica em categorias distintas de gravidade, com base no grau de disfunção orgânica.
- Definição de cuidados padrão essenciais por patologia e indicadores de processo.
- Análise de desempenho na assistência prestada.
- Identificação de oportunidades e obstáculos para melhorar o atendimento.
- Desenvolvimento de estratégias de correção.
- Reavaliação cíclica e periódica.

Tais fatores podem garantir, portanto, não somente o entendimento das demoras que levam ao óbito, como também os fatores que propiciam o avanço de complicações leves em disfunções graves.

Quadro 2. Indicadores de *Near miss* e mortalidade

Razão de mortalidade materna (RMM): número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (NV). (RMM = MM/NV).

Razão de desfecho materno grave (RDMG): número de mulheres com condições ameaçadoras à vida (CAV + MM) por 1.000 nascidos vivos (NV). Este indicador fornece uma estimativa da quantidade de cuidado e de recursos que seriam necessários em uma área ou em um serviço [RDMG = (NMM + MM)/NV].

Razão de *Near miss* Materno (RNM): número de casos de *near miss* materno por 1.000 nascidos vivos (RNM = NMM/NV). De forma similar ao RDMG, este indicador apresenta uma estimativa sobre o volume de cuidado e de recursos que seriam necessários em uma área ou em um serviço.

Razão de mortalidade do *near miss* materno (NMM: 1 MM): razão entre casos de *near miss* e óbitos maternos. Razões mais altas indicam um atendimento melhor.

Índice de mortalidade: número de óbitos maternos dividido pelo número de mulheres com condições ameaçadoras à vida, expresso como um percentual [IM = MM/(NMM + MM)]. Quanto mais alto for o índice, mais mulheres com condições ameaçadoras à vida morrem (baixa qualidade de atendimento), e quanto menor for o índice, menos mulheres com condições ameaçadoras à vida morrem (melhor qualidade de atendimento).

Indicadores de desfecho perinatal (por exemplo, taxas de mortalidade perinatal, mortalidade neonatal ou natimortos) no contexto do *near miss* materno podem ser úteis para complementar a avaliação sobre a qualidade do atendimento.

Fonte: World Health Organization (WHO). Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação. A abordagem do *near miss* da OMS para a saúde materna. Montevidéu, Uruguai: WHO; 2011.⁽³⁾

Avaliação das demoras na provisão do cuidado

Ao considerar que a grande maioria das mortes maternas é reputada evitável, atrasos no processo de oferta de um cuidado obstétrico ou clínico adequado podem ser analisados através de alguns modelos. O já clássico modelo das três demoras (Quadro 3)⁽⁹⁾ leva em consideração a análise dos fatores que contribuem para a ocorrência do óbito, com foco no intervalo do início dos sintomas e o desfecho. Esse modelo define três tipos possíveis de demoras na obtenção de um cuidado adequado que, quando analisados em associação às auditorias clínicas, podem trazer elementos adicionais para entendimento de problemas na estrutura global do sistema. Apesar de esse modelo apresentar determinantes de três universos distintos, esses são frequentemente interdependentes, tendo

como consequência o adiamento do recebimento de intervenções capazes de bloquear a cadeia de adoecimento que leva ao óbito.

Quadro 3. Modelo das três demoras

Primeira demora - Demora na procura pelo atendimento pelo paciente e seus familiares

Exemplos: desconhecimento de sinais de gravidade, custo do serviço ou deslocamento, longa distância para o serviço, ausência de transporte.

Segunda demora - Demora no acesso ao serviço de saúde

Exemplos: problemas com referência e contrarreferência para nível adequado de assistência, transporte pelo serviço de emergência, central reguladora de vagas, peregrinação.

Terceira demora - Demora no recebimento do cuidado adequado

Exemplos: diagnóstico tardio ou equivocado, tratamento tardio ou equivocado, falta de suprimentos e insumos, falta de pessoal treinado ou qualificado para a assistência.

Fonte: Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med. 1994;38(8):1091-110. Review⁽⁹⁾

Ações para promoção de saúde e redução de mortalidade materna

O aperfeiçoamento da prática durante toda a cadeia de cuidados à saúde reprodutiva, sexual e materna é essencial para melhorar a saúde das mulheres e evitar complicações, principalmente àquelas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal. Essas ações devem abranger estratégias de educação e de acesso ao planejamento familiar, à saúde sexual, à assistência pré-natal, ao cuidado com urgências, às emergências, no momento intraparto, pós-parto e, novamente, retornando ao planejamento familiar. As medidas que parecem estar imediatamente associadas à prevenção do óbito materno são aquelas decorrentes do cuidado de urgência e emergência obstétrica, principalmente para as complicações dos períodos pré, intra e pós-parto. Dessa forma, o conhecimento das definições de morbidade materna grave e *near miss* materno e a auditoria dos desfechos maternos graves são essenciais para a elaboração de estratégias de melhoria da qualidade da atenção obstétrica.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2015.
2. Say L, Souza JP, Pattinson RC; WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. 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.
3. World Health Organization (WHO). Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação. A abordagem do *near miss* da OMS para a saúde materna. Montevideu, Uruguai: WHO; 2011.
4. Cecatti JG, Costa ML, Haddad SM, Parpinelli MA, Souza JP, Sousa MH, Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity Study Group. Network for surveillance of severe maternal morbidity: a powerful national collaboration generating data on maternal health outcomes and care. *BJOG*. 2016;123(6):946-53.
5. De Mucio B, Abalos E, Cuesta C, Carroli G, Serruya S, Giordano D, et al. Latin American Near miss Group (LANe-MG). Maternal near miss and predictive ability of potentially life-threatening conditions at selected maternity hospitals in Latin America. *Reprod Health*. 2016;13(1):134.
6. Dias MA, Domingues RM, Schilithz AO, Nakamura-Pereira M, Diniz CS, Brum IR, et al. Incidence of maternal *near miss* in hospital childbirth and postpartum: data from the Birth in Brazil study. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S1-S12.
7. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Krupa F, Osis MJ. An emerging “maternal near-miss syndrome”: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth*. 2009;36(2):149-58.
8. Haddad SM, Cecatti JG, Souza JP, Sousa MH, Parpinelli MA, Costa ML, Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity study Group. Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity 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*. 2014;2014:989815. .
9. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. 1994;38(8):1091-110. Review



Portal Febrasgo

Você também pode ler os
Protocolos Febrasgo online,
pelo seu computador, tablet
ou celular!

Acesse:

www.febrasgo.org.br/protocolos

febrasgo

Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Veja alguns dos temas dos Protocolos Febrasgo:

Ginecologia:

- ★ Abordagem clínica das lesões mamárias palpáveis e não palpáveis
- ★ Abordagem clínica dos grupos de risco elevado para câncer de mama
- ★ Câncer de mama
- ★ Câncer de vulva e vagina
- ★ Câncer do colo uterino
- ★ Hiperplasia endometrial e câncer do corpo uterino
- ★ Lesões precursoras do câncer de mama (hiperplasias atípicas e carcinomas in situ)
- ★ Lesões pré-invasivas da vulva, vagina e colo uterino
- ★ Rastreamento do câncer de mama e propedêutica mamária

Obstetrícia

- ★ Anormalidades comportamentais no puerpério
- ★ Cesárea
- ★ Embolia Amniótica
- ★ Hemorragia Pós-Parto
- ★ Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legal
- ★ Morbidade febril, endometrite e sepse puerperal
- ★ Morbidade materna grave e near miss
- ★ Parada cardiorespiratória na Gestante
- ★ Rotura uterina



