

COMISSÃO INTERNA DE NEAR MISS MATERNO EM UM HOSPITAL DA REDE MÃE PARANAENSE NO SUDOESTE DO PARANÁ: IMPLANTAÇÃO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Internal Committee of Maternal Near Miss in a hospital of the network "Mãe Paranaense" in the southwest of the state of Paraná: implementation, challenges and perspectives

Silvana Aparecida Turatto Longhi¹, Olga Laura Giraldi Peterlini²

1. Enfermeira e Nutricionista. Graduada em Enfermagem e Nutrição pela FADEP. Pato Branco/PR. Especialista em Enfermagem de Urgência e Emergência pelo ESAP. Pato Branco/PR; Especialista em Cuidados Intensivos Neonatais e Pediatria pelo IEPPP – Pequeno Príncipe. Curitiba/PR; Especialista em Nutrição Materno-Infantil, IPGS. Curitiba/PR e Especialista em Gestão Hospitalar – HOSPSUS, ESPP-2018. Curitiba/PR.
2. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Chefe da divisão de Ensino Superior da Escola de Saúde Pública do Paraná-2018. Diretora de Educação da ABEn-PR – 2017-2019.

CONTATO: Silvana Aparecida Turatto Longhi | Rua Pedro Ramires de Mello, nº 21 | Pato Branco - Paraná | CEP: 85.501-250 | e-mail: silvanatlonghi@gmail.com

COMO CITAR Longhi SAT, Peterlini OLG. 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 Jul;2(Suppl 1): 21-30.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO A análise das mortes maternas é fundamental para a compreensão do processo do cuidado obstétrico oferecido pelos serviços de saúde, identificar os problemas existentes durante este cuidado e adotar medidas e ações que possam minimizar estas ocorrências. Dentre as diversas iniciativas para reduzir a mortalidade materna, uma destas está no acompanhamento de casos de mulheres que quase morreram conceituado como Near Miss. É conhecido que para cada caso de morte materna, um maior número de mulheres sobrevive a complicações graves, podendo apresentar sequelas permanentes e recém-natos também podem apresentar alta morbimortalidade. Deste modo, o objetivo deste relato de experiência é descrever a implantação, os desafios e as perspectivas na constituição da Comissão Interna de Near Miss Materno em um hospital de referência em Gestação de Alto Risco localizado no Sudoeste do Paraná.

PALAVRAS-CHAVE: Near Miss. Morte Materna. Gravidez de Alto Risco. Complicações na Gravidez.

ABSTRACT The analysis of maternal deaths is fundamental to understand the obstetric care process provided by health services, to identify the problems emerging during this care, and to adopt measures and actions that can minimize these occurrences. Among the various initiatives to reduce maternal mortality, one of these is in the follow-up of cases of women who almost died, the so-called Near Miss. It is known that for each case of maternal death, a greater number of women survive serious complications, and may present permanent sequelae, with the possibility of newborns also presenting high morbidity and mortality. Thus, the objective of this experience report is to describe the implementation, challenges and perspectives in the constitution of the Internal Committee of Maternal Near Miss in a reference hospital for High-Risk Pregnancy located in Southwestern Paraná.

KEYWORDS: Near Miss. Maternal Death. Pregnancy, High-Risk. Pregnancy Complications.

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe¹.

A morte materna é evento trágico que acomete a mulher durante o processo fisiológico da reprodução e trata-se de um indicador da qualidade da assistência prestada nesta fase da vida da mulher. A análise da morte materna é fundamental para compreender o processo do cuidado obstétrico oferecido pelos serviços de saúde, identificar os problemas existentes durante este cuidado e adotar medidas e ações que possam minimizar estas ocorrências^{3,4}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2010 cerca de 287 mil mulheres no mundo morreram durante a gestação e o parto. Esse número representa um declínio de 47% em relação aos níveis encontrados em 1990, mas ficou muito distante da 5ª meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de redução de 75% das mortes maternas até 2015. A maior parte destas mortes está concentrada nos países em desenvolvimento e decorrem da falta de acesso a cuidados de rotina adequados e cuidados de emergência quando necessários³⁻⁵.

A Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) considera como baixa uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) menor que 20 mortes por 100.000 Nascidos Vivos (NV). Esta razão reflete a qualidade de atenção à saúde da mulher, e taxas elevadas estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal até a assistência ao parto e puerpério⁶.

No Paraná esta realidade não é diferente, pois apesar do declínio evidenciado após 2012, com a implantação da Rede Mãe Paranaense, a mortalidade materna ainda é preocupante, com uma razão de 20,3% no ano de 2017⁶.

Dentre as diversas iniciativas para garantir esta redução o Paraná vem adotando medidas, e uma delas está no acompanhamento de casos de mulheres que quase morreram conhecido como Near Miss, onde para cada caso de morte materna, um maior número de mulheres sobrevive a complicações graves, podendo apresentar sequelas permanentes e recém-natos também podem apresentar alta morbimortalidade⁶.

As mulheres que sobrevivem a complicações graves da gravidez, parto e pós-parto têm muitos aspectos em comum com aquelas que

morrem destas mesmas complicações, o que caracteriza o conceito de Near Miss materno. A auditoria nos casos de quase morte materno tem sido considerada uma iniciativa proveitosa para melhorar o cuidado materno^{3,4}.

Os casos de Near Miss materno são mais frequentes que a morte materna, permitindo análises mais robustas acerca dos problemas e obstáculos da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, a identificação dos casos de quase morte materno emerge como uma promissora estratégia alternativa e complementar para redução das mortes³.

Segundo a OMS, o Brasil é um dos países que apresentou considerável declínio da mortalidade materna entre 1990 e 2010, contudo esta tendência de queda desacelerou a partir de 2001, porém não existem estudos de base populacional sobre a incidência do Near Miss materno no Brasil, e conhecer esse dado e as características das mulheres que experimentaram esses agravos pode ajudar a melhorar a qualidade da assistência materna, em especial as urgências obstétricas e reduzir os óbitos maternos³.

Sendo assim, o objetivo deste relato de experiência é descrever a implantação, os desafios e as perspectivas na constituição da Comissão Interna de Near Miss Materno em um hospital referência em Gestação de Alto Risco localizado no Sudoeste do Paraná.

DESCRIÇÃO DO CENÁRIO

O hospital em questão está localizado em um município na região Sudoeste do

Paraná, pertencente à 7ª Regional de Saúde, com população de aproximadamente 260 mil habitantes, e é um hospital privado, porém institucionalizado desde novembro de 2014.

Atualmente possui 123 leitos, sendo 10 de CTI – Centro de Terapia Intensiva Adulto, 10 leitos de CTI Neonatal e Pediátrica, 09 leitos de pré-parto, 02 salas de parto e 01 sala de cesárea de emergência, além de Centro Cirúrgico modernizado com 06 salas e Alojamento Conjunto com 20 leitos.

Atua na Rede Mãe Paranaense como referência para Gestaçã de Alto Risco para 22 municípios e a todos os nascimentos de Risco habitual e Risco Intermediário do próprio município. Possui ambulatório de gestaçã de alto risco onde atua uma equipe multiprofissional com Médicos, Enfermeiros, Nutricionista, Farmacêutica, Assistente Social e Psicóloga.

São realizados em média 200 partos/mês, sendo a taxa de partos normais de 49% e de cesariana de 51%. A taxa de atendimentos a gestante de alto risco chega a 40%. Possui título de Hospital Amigo da Criança desde julho de 2003, e preza por uma política interna de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, através de equipe qualificada e capacitada.

REVISÃO DE LITERATURA

A gestaçã é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evoluçã se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes

que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evoluçã desfavorável, tanto para o feto como para a mã¹.

A morte materna é evento trágico que acomete a mulher durante o processo fisiológico da reproduçã e trata-se de um indicador da qualidade da assistêcia prestada nesta fase da vida da mulher, porém está inversamente associada ao grau de desenvolvimento humano².

A Organizaçã Mundial de Saúde (OMS), no ano de 1994 durante a 10ª revisã da Classificaçã Internacional de Doenças (CID-10), definiu morte materna como "a morte de mulheres durante a gestaçã ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relaçã a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais". Esta definiçã é aceita pelas associações de ginecologia e obstetrícia, internacionais e nacionais, entre elas, a International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) e a Federaçã Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)⁷.

Para os conceitos relacionados, o Manual dos Comitês de Morte Materna do Ministério da Saúde, estabeleceu algumas definições: Morte materna obstétrica - decorrente de causas obstétricas diretas e indiretas. Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas, durante gravidez, parto ou puerpério, relacionadas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos, resultantes de qualquer uma dessas causas⁸. Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes

da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez⁸. Morte materna tardia - a morte de uma mulher, resultante de causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o término da gravidez. A morte materna tardia não é considerada no cálculo da Razão da Mortalidade Materna. Morte relacionada à gravidez - é a morte de uma mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após o término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito. Corresponde, portanto, à soma total das Mortes Obstétricas e Não Obstétricas⁸.

Para o cálculo relacionado à Razão de Mortalidade Materna (RMM) – são consideradas apenas as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas relacionadas com o número de nascidos vivos e multiplicado por 100.000³.

A análise das mortes maternas é fundamental para compreender o processo do cuidado obstétrico oferecido pelos serviços de saúde, identificar os problemas existentes durante este cuidado e adotar medidas e ações que possam minimizar estas ocorrências^{3,4}.

Dentre as ações para a redução da morte materna está o planejamento familiar, que pode determinar a queda dos níveis de gravidez indesejada, além de reduzir o número de filhos e aumentar o intervalo entre as gestações⁹.

A falta de acesso à contracepção e a confiança no aleitamento materno como método contraceptivo estão entre os fatores que contribuem para o aumento das gestações indesejadas. Portanto, um serviço de planejamento familiar com qualidade, abrangendo homens e mulheres, onde todos os métodos sejam oferecidos e os usuários devidamente

orientados sobre os seus efeitos colaterais, podem ser de grande valia para a redução da morte materna e infantil⁹.

No terceiro trimestre da gravidez, período que apresenta um risco aumentado para as complicações, há necessidade de uma vigilância mais assídua, com redução do intervalo entre as consultas, mesmo em gestações de baixo risco e independentemente das condições fetais⁹.

Especialmente nos países em desenvolvimento, o perfil destas mulheres e as causas envolvidas para os agravos são semelhantes aos daquelas que evoluíram para o óbito materno. Assim, justifica-se a validade de estudar estes casos de quase morte, e planejar melhor as ações na saúde da mulher, para a melhoria da assistência obstétrica e redução da mortalidade materna. Assim, a aplicação destes novos conceitos e a identificação destes casos auxiliam a definir estratégias importantes na prevenção da mortalidade materna⁹.

No Paraná foi instituída desde 2012 a estratificação de risco das gestantes em risco habitual, risco intermediário e alto risco, onde é definida a vinculação ao pré-natal e ao hospital para o atendimento de todas as necessidades e intercorrências que poderão vir a ocorrer durante a gestação ou parto, e que contribuirão para a redução da mortalidade materna e para a qualidade da atenção prestada a mesma^{6,10}.

Estão definidos os atendimentos para risco habitual às gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo^{6,10}.

Para os atendimentos ao risco intermediário estão vinculadas todas as gestantes que apresentam fatores de risco relacionados às características individuais (raça, etnia e idade),

sociodemográficos (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, relacionadas a seguir (gestantes negras ou indígenas; gestantes analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; gestantes com mais de 40 anos; gestantes com histórico de óbito em gestação anterior (aborto, natimorto ou óbito)^{6,10}.

E para os atendimentos de alto risco estão vinculadas as gestantes que apresentam doenças prévias à gestação atual (Hipertensão arterial em tratamento, Dependência de drogas ilícitas, Cardiopatias em tratamento e/ou em acompanhamento, Pneumopatias em tratamento, Nefropatias em tratamento e/ou em acompanhamento, Diabetes, Hipertireoidismo, Má-formação útero/vaginal, Epilepsia, Hemopatias (exceto anemia leve e moderada, fisiológica da gestação), Doenças Infecciosas, Doenças autoimunes, Cirurgia útero/vaginal prévia (fora da gestação), Hipotireoidismo (T4L alterado ou paciente em tratamento), Neoplasias, Obesidade Mórbida, Cirurgia Bariátrica (com menos de 2 anos pós-operatório), Psicose e depressão grave, Dependência de drogas lícitas (tabagismo/alcoolismo) com intercorrências clínicas ou outro fator de risco materno/fetal) e intercorrências clínicas na gestação atual (Doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual, infecção de repetição do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, HIV, toxoplasmose, sífilis, infecção por Zika Vírus, gripe por influenza, hepatites virais, outras arboviroses com repercussão fetal), Síndrome Hipertensiva na gestação atual, Gestação gemelar, Isoimunização Rh, Diabetes mellitus gestacional, Retardo do crescimento intraútero (peso fetal estimado abaixo do percentil 10), Trabalho de parto prematuro, Amniorrexe prematuro (abaixo de 37 semanas de gestação),

Placenta prévia, Sangramento de origem uterina, Má-formação fetal e Mudança abrupta na curva de IMC^{6,10}.

As gestantes mais suscetíveis a apresentar intercorrências clínicas durante a gestação ou o parto são as gestantes estratificadas com risco intermediário e alto risco¹¹.

Em 1990, a RMM no Paraná foi de 90,5/100.000 NV, em dez anos caiu para 68,1/100.000 NV em 2000, o que representou uma redução de 25%. No período de 2001 a 2010, a RMM no Paraná foi de 65,3/100.000 NV para 5,1/100.000 NV, indicando uma diminuição inexpressiva de apenas 0,3%, em uma década. Já no período de 2011 a 2017, o indicador de 51,7/100.000 NV passou a 20,3/100.000 NV, o que representa uma redução de 39% em seis anos, já tendo ultrapassado os índices de declínio de RMM das duas últimas décadas, sendo o menor coeficiente dos últimos 20 anos⁶.

Ao analisar esses óbitos, verificou-se um alto percentual de evitabilidade no período entre 2011 e 2016, em média 84,3% dos casos. Sendo que 71% desses óbitos eram atribuídos à atenção pré-natal, puerpério e assistência hospitalar; 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento familiar e outros⁶.

As causas mais frequentes de óbito materno são as obstétricas diretas, aproximadamente 64% entre 2011 e 2016, destas a Síndrome Hipertensiva (46%) e Hemorragias (54%), e representam 68% das mortes maternas registradas. Já a infecção puerperal é a terceira principal causa de mortalidade materna⁶.

A média anual de ocorrência de Síndrome Hipertensiva, no período entre 2011 e 2016, quando comparado com o ano de 2017, apresentou uma redução de 24%. Já as

hemorragias tiveram uma redução em 2017 de 32%⁶.

Entre os anos de 2011 e 2016 as mortes obstétricas indiretas representaram 30,6% do total de óbitos maternos. Destas, 37,4% são causas provenientes do aparelho circulatório e 15,3% do aparelho respiratório. Já a média de mortes por causas obstétricas indiretas no período de 2011 a 2016 foi de 22 óbitos, e em 2017 representaram 10 óbitos⁶.

Esta análise nos remete à necessidade de investimento contínuo em educação permanente dos profissionais voltados para o atendimento integral à saúde das mulheres e na utilização adequada dos protocolos clínicos disponíveis^{6,9,11}.

O conceito de morbidade materna aguda grave ou Near Miss é relativamente recente, e não havia consenso sobre o critério operacional mais adequado. Esta controvérsia podia ser em parte atribuída ao amplo espectro de gravidade clínica: de um lado, a gravidez saudável; do outro, o óbito materno, sendo difícil determinar o ponto a partir do qual se caracteriza a morbidade materna grave/Near Miss¹².

Morbidade materna grave ou Near Miss refere-se às mulheres que apresentaram uma complicação grave durante a gestação, o parto ou até 42 dias de puerpério, porém sobreviveram, por sorte ou pelos cuidados prestado¹³.

O Near Miss materno ocorre em número muito maior do que as mortes maternas, o seu estudo permite uma quantificação mais robusta e uma conclusão sobre os fatores de risco e determinantes da vida. Vários estudos têm sugerido que a identificação de fatores de risco de grave morbidade pode contribuir para a redução da MM, verificando os fatores que são modificáveis por intervenções médicas e de

saúde públicas adequadas^{13,14}.

Visando à padronização internacional dos critérios definidores do Near Miss materno, em 2009 a OMS propôs uma nova classificação, utilizando 25 critérios baseados na presença de disfunção de órgãos e sistemas cardiológico, respiratório, renal, hepático, neurológico, uterino e de coagulação³.

O Estado do Paraná propõe três objetivos para investigação e monitoramento dos casos de Near Miss materno: identificar quais as ações que podem ser aprimoradas no contexto do serviço hospitalar para qualificar a assistência, identificar falhas na rede assistencial (pública ou privada) que devem ser corrigidas para evitar novos desfechos graves e monitorar e avaliar os casos notificados para identificar padrões regionais, que podem ser enfrentados a partir de políticas e/ou intervenções públicas específicas⁶.

O formulário para notificação dos casos de Near Miss contém os seguintes itens: dados da instituição; dados da paciente (nome, data de nascimento, data da internação); estratificação de risco na admissão; em que condições clínicas o agravamento ocorreu; estratificação de risco no pré-natal; condições de transporte; condições maternas pré-existentes, disfunções orgânicas; complicações durante a internação; medicações utilizadas; intervenções críticas; desfecho do parto ou gestação; tipo de alta; data da alta ou óbito; principal causa de hemorragia no pós-parto; condições preexistentes relacionadas à hemorragia pós-parto; condições intraparto; manejo ativo; tratamento da hemorragia pós-parto; utilização de hemocomponente; Síndromes Hipertensivas; fatores de risco para Pré-Eclâmpsia ou Eclâmpsia; tratamento utilizado na Pré-Eclâmpsia ou Eclâmpsia; prevenção de

infecções; condições do recém-nascido; medidas adotadas para os novos casos⁶.

O monitoramento e a avaliação dos casos de Near Miss materno trazem informações que auxiliam o gestor para o fortalecimento de políticas públicas, educação permanente em saúde, gerenciamento de recursos e o estabelecimento de fluxos e referências que correspondem à realidade regional e/ou estadual^{6,14}.

E o encaminhamento da gestante ao hospital mais adequado para o atendimento de intercorrências e a realização do parto de modo seguro, e o mais natural possível, são outras ações que tiveram muito impacto na redução da mortalidade materna e infantil nesse período⁶.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Inicialmente os Enfermeiros do hospital foram capacitados pela 7ª Regional da Saúde, onde tiveram o primeiro contato com o formulário para investigação e o Manual do Near Miss, da Secretaria do Estado de Saúde – SESA, e também foi apresentado o Sistema on-line para inclusão mensal dos dados da instituição onde há um formulário mais completo que analisa item a item.

No Hospital, a primeira iniciativa foi nomear uma coordenadora e uma secretária para o processo de organização destes documentos (formulários e indicadores) necessários para a operacionalização da Comissão Interna de Near Miss Materno.

A fase de identificação dos casos é realizada por meio do formulário específico, que permanece à disposição para a equipe que atua no Centro

Obstétrico e Alojamento Conjunto. A identificação dos casos é realizada pelo Obstetra, Residentes de Ginecologia e Obstetrícia e pela Enfermeira Obstétrica.

Este formulário já preenchido é depositado em uma pasta identificada como Near Miss Materno, localizada na Sala da Coordenação, para a segunda fase que é a análise de todos os dados apontados e prontuários físicos, realizada pela Coordenadora e secretária da comissão, para seguir depois para a análise da Comissão propriamente dita.

A Comissão Interna de Near Miss Materno foi formada após esta capacitação e também visto a necessidade de estudar os casos de Near Miss, buscando a melhoria da assistência prestada e a atenção no manejo através do acompanhamento e evolução clínica da gestante ou puerpera.

A implementação se deu oficialmente pela publicação do Ato de Nomeação em 05 de maio de 2018, que instituiu a equipe multiprofissional a qual também compõe a Comissão de Investigação de Óbito Materno-Infantil.

A terceira fase é a reunião da Comissão, realizada conforme cronograma preestabelecido e com a participação dos seguintes membros: Enfermeiros provenientes do Centro Obstétrico, Ambulatório de Gestação de Alto Risco, Alojamento Conjunto, CTI Neonatal e Pronto-Socorro, Médico Obstetra, Médico Intensivista Adulto, Médico Pediatra e Farmacêutico.

Nesta reunião, os casos são analisados com a presença de todos os participantes membros da Comissão, faz-se a ata e os dados encontrados geram informações que são multiplicadas para as equipes do próprio hospital e de outros pontos assistenciais, como a Atenção Primária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A instituição da Comissão foi uma experiência exitosa, pois identificamos pontos que podem ser previstos nos atendimentos às gestantes e puérperas, possibilitando ações de evitabilidade de agravamento da gestante e consequentemente de morte materna.

Dentre todas as etapas para a implantação da Comissão e continuidade das análises, a maior dificuldade foi a identificação dos casos pelos profissionais, pois o Near Miss Materno apresenta muitos critérios de inclusão, porém com o passar dos meses os profissionais envolvidos discutem os casos, coletam dados, e a experiência de cada um tornou-se valiosa no grande grupo ampliando o conhecimento e capacidade investigativa de cada um.

Todo este processo possibilitou à equipe maior segurança para atuar preventivamente nos sinais clínicos e melhor qualidade da assistência prestada, como no caso da ampliação do número de visitas médicas às gestantes e puérperas internadas, pois anteriormente tínhamos somente a visita pela manhã, porém depois deste processo incluiu-se a visita também no período da tarde, onde são verificados exames e alterações clínicas, possibilitando intervenção imediata e prevenção de intercorrências clínicas e houve também revisão do quadro clínico das gestantes para confirmação de alta hospitalar.

Também foi implantado o Plano de Cuidados para a alta hospitalar, possibilitando que haja continuidade da assistência na atenção primária e para que mesmo a gestante possa identificar alterações e procure atendimento médico o mais breve possível, tanto na atenção primária quanto diretamente no hospital, pois mantemos porta aberta para o atendimento a ela.

Além de todas estas medidas, para as gestantes que realizaram acompanhamento de pré-natal no Ambulatório de Gestação de Alto Risco, foi implantado o Ambulatório de Retorno Puerperal para as puérperas que necessitavam de acompanhamento ou que apresentaram alguma intercorrência durante o parto ou cesárea; minimizando o risco de complicações, e, demora no atendimento por residirem em outros municípios.

Como a implantação desta Comissão foi positiva e gerou mudança nas condutas, foram apresentados na Regional de Saúde todos os dados analisados, como forma de promover a implantação da Comissão de Near Miss Materno em outras instituições da região.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. Brasília: MS, 2010.
- 2 Guerreiro DD, Borges WD, Nunes HHM, Silva SCS, Maciel JP. Mortalidade materna relacionada à doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) em uma maternidade no Pará. Revista Enfermagem UFSM. 2014;4(4):825-34.
- 3 Dias MAB et al. Incidência do Near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. Rio de Janeiro; 2014.
- 4 Pattinson R. Near miss audit in obstetrics. Best Pract. Res Clin Obstet. Gynaecol: 2009; 23:285-286.
- 5 OMS. Organização Mundial da Saúde. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 8ª ed. São Paulo: EDUSP; 2000.
- 6 Paraná. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, 2018.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde (Brasil). Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com Ênfase na Mortalidade Materna. Relatório Final. Brasília, 2006.

8 Brasil. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Morte Materna. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

9 Viana RC, Novaes MRCG, Calderon IMP. Mortalidade Materna – uma abordagem atualizada. *Com. Ciências Saúde*. 22 Sup. Brasília: 2011; 1:141-52.

10 Huçulak MC, Peterlini OLG. Rede Mãe Paranaense – Relato de Experiência. *Rev Esp para a Saúde*. Londrina: 2014, vol.15: 77-86.

11 Paraná. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Manual para a Gestão de Caso na Rede Mãe Paranaense, 2017.

12 Morse ML et al. Morbidade Materna Grave e Near Misses em Hospital de Referência Regional. *Rev Bras Epidemiol*. vol.14 no.2 São Paulo: 2011.

13 Souza MAC, Souza THSC, Gonçalves AKS. Fatores determinantes do Near miss materno em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. *Rev. Bras Ginecologia e Obstetrícia*. Natal: 2015; pág. 498-504

14 Brasil. Ministério da Saúde. Gestão de Alto Risco – Manual Técnico. 5ª Edição. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília – DF: 2012.