Severe Maternal Morbidity. An issue to think about
Morbilidade Materna Grave. Uma questão para refletir!

José Alberto Moutinho[1]

A mortalidade materna (MM) tem sido considerada um indicador de qualidade do sistema de saúde de um país. Em Portugal, especialmente desde a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979 (Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro), que a saúde materna e assistência obstétrica está contemplada de forma gratuita para todas as grávidas residentes em Portugal, há pelo menos 3 meses. Como consequência das medidas então tomadas, em 1992 conseguiu-se, pela primeira vez, atingir uma taxa de MM inferior a 10 por 100.000 grávidas (9,6 por cem mil)[1]. Contudo a partir de 2017, a taxa de MM voltou a aumentar e, aparentemente, de forma continuada (2017: 12,8; 2018: 17,2; 2019: 10,4)[1]. Resta-nos aguardar a divulgação das taxas de mortalidade materna nos anos da pandemia por COVID-19. Muito se tem discutido sobre as causas deste aumento da MM (grávidas mais idosas, mais obesas e com mais patologias médicas, estilos de vida pouco saudáveis, etc), mas, independentemente das causas que se lhe queira atribuir, não podemos desresponsabilizar a progressiva degradação do SNS que temos vindo a assistir. Embora nem todas as mortes maternas possam ser prevenidas, a evidência científica tem mostrado que entre 30-60% dos casos podem ser evitados[2-4].

A MM é apenas a face visível, talvez a ponta do iceberge, da morbilidade materna grave (MMG), ou quase-morte materna (na literatura inglesa: *maternal near miss*), que é hoje apontada como um dos indicadores de qualidade da prática obstétrica. A MMG para além do risco que representa para a morte materna, tem repercussões físicas e psicológicas significativas para as mulheres que as vivenciaram, muitas delas irreversíveis, tal como a histerectomia.

Apenas em 2004 foi publicada a primeira revisão sistemática sobre MMG[5], sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS), o que demonstra que só recentemente este tema começou a despertar o interesse das organizações de saúde. Em 2011, a OMS, com vista à melhoria dos cuidados de saúde, passou a recomendar que todos os casos de MMG fossem submetidos a auditoria clínica[6]. Desde então, foram propostos vários sistemas de seleção dos casos de MMG a auditar, sendo de destacar pela sua simplicidade e reprodutividade, o proposto em 2016 pelo The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e pela Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM)[7], baseado em pelo menos um dos seguintes dois critérios: 1) transfusão de 4 ou mais unidades sanguíneas; 2) Internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

A Dr.ª Margarida Pires Cordoeiro, do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE e a Dr.ª Ana Patrícia Vicente do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, são as autoras de 2 artigos publicados neste número da Acta Obstétrica Ginecológica Portuguesa, sobre o internamento de grávidas em UCI, que pelos critérios da ACOG/SMFM, as classificam em MMG[8,9]. Os artigos são semelhantes em termos de resultados, salientando-se que a doença hipertensiva na gravidez e os quadros hemorrágicos foram as principais causas de admissão na UCI, situações clínicas para as quais têm sido descritas mais intervenções preventivas. Estes artigos convidam-nos à reflexão sobre a prática obstétrica que exercemos, mas mais do que isso, sobre a indispensável necessidade da análise atenta e imparcial dos registos clínicos de todas as mulheres que sofreram de MMG, através de auditorias internas ou externas, no sentido de se identificarem deficiências e implementarem as devidas correções e melhorias. Os critérios de seleção dos casos que foi proposta pela ACOG/SMFM poderá ser uma boa base trabalho facilmente aplicável à realidade portuguesa.

A análise individual de cada caso de MMG, será a melhor forma, senão a única, de reduzir a MMG e melhorar a taxa de MM nacional.

1. Professor auxiliar da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e Assistente graduado do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Pordata. Taxa de mortalidade Materna (atualizada em 22/06/2021). Disponível em: https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+materna-619

2.Berg CJ, Harper MA, Atkinson SM, et al. Preventibility of pregnancy-related deaths: results of a state-wide review. Obstet Gynecol. 2005;106:1228-1234

3.Kilpatrick SJ. Next steps to reduce maternal morbility in USA. Women Health (Lond). 2015;11:193-199

4. Main EK, Cape V, Abreo A, et al. Reduction of severe maternal morbility from hemorrhage using a state perinatal quality collaborative. Am J Obstet Gynecol. 2017;216:298.e1-298.e11.doi: 10.1016/j.ajog.2017.01.017.Epub 2017Jan 30.

5.Minkauskiene M, Nadisauskiene R, Padaiga Z, et al. Systematic review on the incidence and prevalence of severe maternal morbidity. Mediciana Kaunas. 2004; 40:299-309

6.Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: World Health Organization;2011

7.Obstetric Care Consensus Nº 5 summary: severe maternal morbidity: screening and review. Obstetric Gynecol. 2016;128:670-671

8. Cordoeiro MP, Vieira-Coimbra M, Santos J, Fernandes M, Nogueira-Martins N; Nogueira-Martins F. Obstetric Admissions to intensive care unit in a tertiary referral Hospital. Acta Obstet Gynecol Port 2021

9. Vicente AP, González M, Vicente I, Gomes AS, Ramos A, Nunes F. Obstetric Intensive Care Admissions: 10-Year Review in a Portuguese Tertiary Care Centre. Acta Obstet Gynecol Port 2021