

Revisão Rápida



Mortalidade materna e *near miss* no contexto de iniquidades em saúde

Quais são as evidências sobre as taxas de mortalidade materna e *near miss* no contexto de iniquidades em saúde?

24 de maio de 2024

Preparada para:

Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde (DEPPROS/SAPS/MS), Brasília, DF

Preparada por:

Fiocruz Brasília, Brasília, DF
Instituto de Saúde, São Paulo, SP
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, SP

Elaboração:

Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva
Roberta Crevelário de Melo
Bruna Carolina de Araújo
Jessica De Lucca Da Silva
Emanuelly Camargo Tafarello
Rosana Evangelista Poderoso
Tereza Setsuko Toma
Coordenação: Jorge Otávio Maia Barreto

Sumário

1 Contexto	3
2 Pergunta de pesquisa	3
3 Métodos	4
3.1 Critérios de inclusão e exclusão	4
3.2 Bases de dados e estratégias de busca	4
3.3 Seleção, extração e análise dos dados	4
3.4 Atalhos para a revisão rápida	5
4. Evidências	5
5. Síntese dos resultados	6
5.1 Características gerais dos estudos	6
5.2 Qualidade metodológica das revisões sistemáticas	9
5.3 Iniquidades em saúde e mortalidade materna	10
5.4 Iniquidades relacionadas a <i>near miss</i>	13
6. Considerações finais	14
7. Referências	14
Apêndices	18
Apêndice 1. Termos e resultados das estratégias de busca	18
Apêndice 2. Estudos excluídos após leitura do texto completo, com justificativa	20
Apêndice 3. Características gerais das revisões sistemáticas incluídas	24
Apêndice 4. Qualidade metodológica das revisões sistemáticas	30



Resumo executivo

Contexto

As mortes maternas, em sua maioria, são consideradas evitáveis. *Near miss* materno, situação de uma mulher que quase morreu devido a uma complicação materna grave, é um critério relacionado à prevenção de mortes maternas. Ambas podem ser afetadas por iniquidades em saúde. Nesse sentido, o objetivo desta revisão rápida foi identificar como as iniquidades em saúde influenciam as taxas de mortes maternas e de *near miss*.

Pergunta

Quais são as evidências sobre as taxas de mortalidade materna e *near miss* no contexto de iniquidades em saúde?

Métodos

As buscas de estudos primários e secundários foram realizadas em 22 de abril de 2024 nas bases de dados Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (via Biblioteca Virtual em Saúde - BVS), Pubmed e Epistemonikos. A seleção de estudos foi realizada em duplicidade e de modo independente. Apenas as revisões sistemáticas foram avaliadas quanto à qualidade metodológica.

Resultados

De 360 registros recuperados nas buscas, 19 estudos foram incluídos. Os estudos se referem a dados especialmente dos Estados Unidos, com foco em mulheres negras. Apenas dois estudos abordam o contexto brasileiro. Os achados foram agrupados em duas categorias: (i) iniquidades em saúde e mortalidade materna; (ii) iniquidades em saúde e *near miss*.

→ Iniquidades em saúde e mortalidade materna

Dezessete estudos observaram iniquidades com relação aos cuidados em saúde, acesso à saúde e sistemas de opressão e/ou racismo estrutural; destaca-se que a falta de acesso e de assistência de boa qualidade podem aumentar as taxas de mortalidade materna de mulheres negras, hispânicas e de grupos étnicos minoritários.

→ Iniquidades em saúde e *near miss*

Quatro estudos abordaram iniquidades que se referiam ao acesso desigual a cuidados de saúde de boa qualidade e outros recursos, cuidados hospitalares, admissão na unidade de terapia intensiva materna e risco de *near miss*.

Considerações finais

Os estudos relataram os efeitos das iniquidades em saúde nas taxas de mortalidade materna e *near miss* relacionadas a aspectos étnico-raciais. Os resultados, de modo geral, indicam a necessidade de redução de atendimento diferenciado, a equidade no cuidado e a implementação de políticas intersetoriais.

1 Contexto

Morte materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação, o aborto, o parto e no período que se estende por 42 dias após o parto, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez. A razão de mortalidade materna (RMM) é o parâmetro utilizado para monitorar a magnitude do problema¹.

No Brasil, o número de óbitos maternos reduziu substancialmente de 1990 a 2019, ocorrendo de forma heterogênea entre as regiões. Durante este período, observou-se um declínio na RMM de 111,4 mortes para 62,1 mortes por 100 mil nascidos vivos. As reduções foram mais acentuadas entre 1990 e 2001, mantendo-se praticamente estável, com oscilações após essa data. Também foi observada uma mudança no perfil de causas de mortes, com predominância das causas indiretas¹.

As mortes maternas, em sua maioria, são consideradas evitáveis, e o Brasil estabeleceu metas para reduzir a RMM para 30 por 100 mil nascidos vivos até o ano 2030. A pandemia de covid-19, entretanto, afetou negativamente esses índices, sendo observados aumentos nas mortes em todas as regiões do país².

Por outro lado, apesar da RMM ser considerada elevada em nosso meio, em números absolutos a morte materna é um evento pouco frequente, o que dificulta o monitoramento e a compreensão das causas básicas. Por isso, foi desenvolvido o critério de *near miss* materno, que se refere à situação de uma mulher que quase morreu devido a uma complicação materna grave. A razão de *near miss* materno no Brasil, relatada em uma revisão sistemática, variou de 2,4 a 188,4 por 1.000 nascidos vivos. Isso foi associado a falhas nos cuidados de saúde e a fatores sociodemográficos, entre os quais a cor da pele não branca, adolescência, idade ≥ 35 anos, baixa escolaridade³.

Nesse contexto, deve-se considerar a “promoção da equidade entre os mais diversos segmentos étnico-raciais da população e a eliminação do racismo como determinante de saúde; o fortalecimento da universalidade, da equidade e da integralidade no Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de ações voltadas a populações específicas e de medidas que incorporem a questão étnico-racial em políticas universais”, conforme a Portaria GM/MS nº 2198, de 6 de dezembro de 2023, que institui a Estratégia Antirracista para a Saúde no âmbito do Ministério da Saúde⁴.

O objetivo desta revisão rápida é conhecer os efeitos das iniquidades em saúde sobre as taxas de mortalidade e *near miss* materno.

2 Pergunta de pesquisa

A pergunta “Quais são as evidências sobre as taxas de mortalidade materna e *near miss* no contexto de iniquidades em saúde?” foi estruturada com base no acrônimo PICoS (Quadro 1).

Quadro 1. Acrônimo PICO_s e critérios de inclusão e exclusão.

Acrônimo		Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
P	População	Mulheres de comunidades tradicionais, quilombolas, indígenas, ciganas, outras oriundas de grupos étnicos minoritários, migrantes, refugiados e apátridas	Mulheres de grupos minoritários ou populações em vulnerabilidade social, não relacionadas a aspectos étnico-raciais
I	Fenômeno de interesse	Taxas de mortalidade materna e <i>near miss</i>	Outros desfechos, ou desfechos não relacionados a mulheres no período gravídico-puerperal
Co	Contexto	Iniquidades em saúde	Outros contextos
S	Desenho de estudo (<i>Study design</i>)	Estudos publicados em periódicos científicos nos últimos 10 anos, em português, inglês ou espanhol.	Teses, dissertações, relatórios, estudos publicados há mais de 10 anos ou em outros idiomas.

3 Métodos

Realizou-se uma revisão rápida da literatura científica global⁵. Um protocolo de pesquisa⁶ foi elaborado previamente e submetido ao Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS/SAPS/MS) e à Assessoria para Equidade Racial em Saúde do Ministério da Saúde.

3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos estudos primários e secundários, publicados em periódicos científicos nos últimos 10 anos, em inglês, espanhol e português, que abordam evidências sobre as taxas de mortalidade materna e *near miss* no contexto de iniquidades em saúde. Foram excluídos estudos que não atenderam a esses critérios.

3.2 Bases de dados e estratégias de busca

As buscas foram realizadas na Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (via Biblioteca Virtual em Saúde - BVS), Pubmed, Embase, incluindo os termos DeCS, MeSH, Emtree e seus sinônimos. Foram utilizados filtros para publicações nos últimos 10 anos (Apêndice 1).

3.3 Seleção, extração e análise dos dados

O processo de seleção dos estudos foi realizado em duplicidade, de modo cego, utilizando-se o gerenciador de referências Rayyan QCRI⁷. Foram extraídos em planilha eletrônica dados relacionados à autoria, ano, delineamento dos estudos primários e objetivo

do estudo, localidade(s) do(s) estudo(s), características da população, taxas de mortes maternas e near miss, causas de mortes, conclusões, conflitos de interesses e financiamento. As revisões sistemáticas (RS) foram avaliadas por meio da ferramenta AMSTAR 2⁸.

3.4 Atalhos para a revisão rápida

Nesta revisão rápida, realizada em 20 dias, foram adotados atalhos, de modo que apenas o processo de seleção dos estudos e a avaliação da qualidade metodológica das RS foram realizados em duplicidade, de forma independente. As divergências foram resolvidas por consenso ou por outro revisor.

4. Evidências

As buscas resultaram em 360 registros recuperados nas bases de dados. Após a exclusão de duplicatas, 349 registros foram triados por meio da leitura de títulos e resumos. De 70 estudos lidos na íntegra, dezenove foram incluídos⁹⁻²⁷. A Figura 1 ilustra o processo de seleção. Os estudos elegíveis excluídos e os motivos de exclusão são apresentados no Apêndice 2.

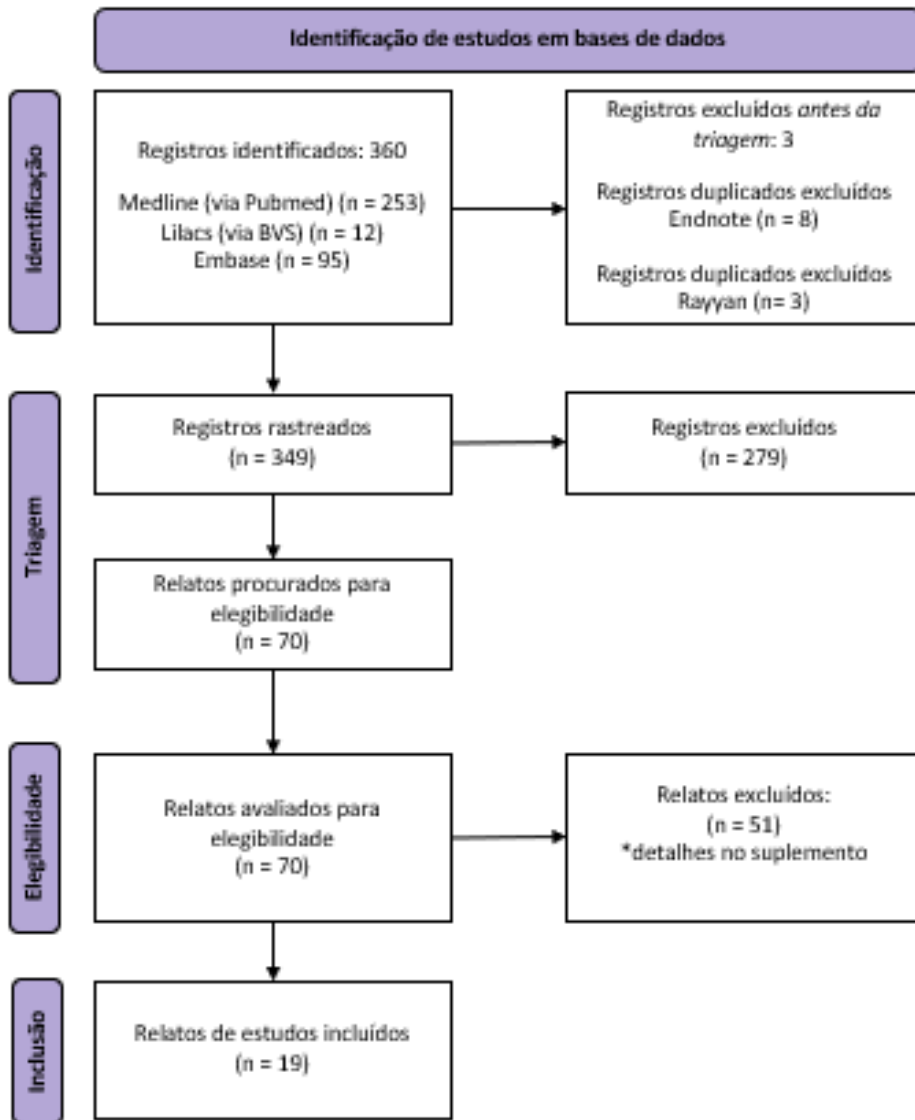


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos.

Fonte: Elaboração própria, adaptada da recomendação PRISMA 2020²⁰. Tradução livre dos autores.

5. Síntese dos resultados

5.1 Características gerais dos estudos

As características gerais dos 19 estudos incluídos são apresentadas no Quadro 2.

Os seguintes delineamentos foram relatados: revisão sistemática^{12,27}; revisão de escopo¹⁸; revisão bibliográfica/literatura^{10,15,16,19,20,23,25}; revisão crítica¹¹; coorte retrospectiva^{9,17,21}; estudo transversal^{14,24}; e estudo ecológico²⁶.

Os estudos primários, inclusive aqueles incluídos nas revisões, referem-se principalmente a populações dos Estados Unidos^{9-11,14-17,19-21,23,25-27}. Dois estudos primários abordam a população brasileira^{13,24}.

Os grupos étnico-raciais envolvidos nos estudos foram, em sua maioria, mulheres negras^{9,15,19,20,23,25-27}.

No Apêndice 3 estão disponíveis informações sobre objetivo dos estudos, as conclusões dos autores e dados sobre conflitos de interesse.

Quadro 2. Características gerais dos estudos incluídos

País do estudo primário	Grupo étnico-racial	Contexto de iniquidades em saúde	Fenômeno de interesse
Burris et al. (2021)⁹ - Coorte retrospectiva			
EUA	Mulheres negras	Hospitalização de parto (qualidade do atendimento)	Mortalidade materna
		Atendimento em "todos os tipos de hospitais, independentemente da raça"	Mortalidade materna
Clark et al. (2022)¹⁰ - Revisão bibliográfica			
EUA	Mulheres negras e indígenas americanas	Sistemas de opressão (racismo, sexismo, classismo, homofobia, transfobia, capacitismo, fundamentalismo religioso), incluindo cuidados de maternidade com preconceitos e discriminação	Mortalidade materna
		Acesso desigual a cuidados de saúde de qualidade e outros recursos	<i>Near miss</i>
Dagher; Linares (2022)¹¹ - Revisão crítica			
EUA	Mulheres negras e hispânicas	Menor acesso aos serviços obstétricos e perinatais	Mortalidade materna
		Cuidados hospitalares	<i>Near miss</i>
		Qualidade do atendimento hospitalar	Mortalidade materna
Eslie et al. (2023)¹² - Revisão sistemática			
Austrália (n = 7), EUA (n = 5), França (n = 4), Canadá (n = 4), Países Baixos (n = 3), Reino Unido	Mulheres imigrantes e nativas	Admissão na unidade de terapia intensiva materna	<i>Near miss</i>
		Desigualdades de saúde materna (causam: Eclâmpsia, Hemorragia pós-parto grave, Sepses grave, Ruptura uterina)	Mortalidade materna

País do estudo primário	Grupo étnico-racial	Contexto de iniquidades em saúde	Fenômeno de interesse
(n = 3), Suécia (n = 2), Dinamarca (n = 2), Alemanha (n = 2), Noruega (n = 1), Espanha (n = 1), Itália (n = 1)		Cuidados hospitalares	<i>Near miss</i>
Figueiredo et al. (2024)¹³ - Estudo ecológico			
Brasil	Mulheres negras e pardas	Cuidado obstétrico direto	Mortalidade materna
Fink et al. (2023)¹⁴ - Estudo transversal			
EUA	Grupos étnico-raciais	Mortalidade durante hospitalização (qualidade do atendimento)	Mortalidade materna
Fitzsimmons et al. (2020)¹⁵ - Revisão bibliográfica			
EUA	Mulheres negras	Acesso aos cuidados e qualidade dos cuidados	Mortalidade materna
		Prestação de cuidados (resposta atrasada, cuidados ineficazes, diagnóstico incorreto, falta de consulta, falta de continuidade dos cuidados)	Mortalidade materna
Girardi et al. (2023)¹⁶ - Revisão bibliográfica			
EUA	Mulheres de grupos de populações sub-estudadas, sub-representadas e sub-relatadas	Racismo estrutural	Mortalidade materna
Guglielminotti et al. (2021)¹⁷ - Coorte retrospectiva			
EUA	Grupos étnico-raciais	Falha de resgate	Mortalidade materna
Hamal et al. (2020)¹⁸ - Revisão de escopo			
Índia	Grupos étnicos minoritários	Falta de disponibilidade, acessibilidade e/ou qualidade do serviço de saúde materna.	Mortalidade materna
Holdt Somer et al. (2017)¹⁹ - Revisão bibliográfica			
EUA	Mulheres negras	Cuidados em saúde	Mortalidade materna

País do estudo primário	Grupo étnico-racial	Contexto de iniquidades em saúde	Fenômeno de interesse
Johnson et al. (2024)²⁰ - Revisão bibliográfica			
EUA	Mulheres negras	Atraso de diagnóstico e tratamento	Mortalidade materna
Koch et al. (2019)²¹ - Coorte retrospectiva			
EUA	Mulheres negras e hispânicas	Cuidado em saúde	Mortalidade materna
Kodan et al. (2021)²² - Coorte prospectiva			
Suriname	Mulheres de ascendência africana	Atraso no acesso e qualidade do atendimento	Mortalidade materna
Montalmant et al. (2023)²³ - Revisão bibliográfica			
EUA	Mulheres negras	Cuidados de saúde maternos	Mortalidade materna
Rosendo; Roncalli (2015)²⁴ - Estudo transversal			
Brasil	Grupos étnicos minoritários	Cuidado gravídico-puerperal	<i>Near miss</i>
Saluja et al. (2021)²⁵ - Revisão bibliográfica			
EUA	Mulheres negras	Procedimentos médicos	Mortalidade materna
Valerio et al. (2023)²⁶ - Estudo ecológico			
EUA	Mulheres negras	Assistência em lugares vulneráveis	Mortalidade materna
Wang et al. (2020)²⁷ - Revisão sistemática			
EUA	Mulheres negras	Cuidado relacionados à morbidade	Mortalidade materna

Fonte: elaboração dos autores. Nota: EUA - Estados Unidos.

5.2 Qualidade metodológica das revisões sistemáticas

Dos 19 estudos selecionados, dois são revisões sistemáticas (RS)^{12,27}. As RS foram classificadas quanto à confiança global nos resultados como criticamente baixa (Apêndice 4). De acordo com os critérios estabelecidos pelo AMSTAR 2 identificaram-se falhas, tais como: não apresentar justificativa para a definição de desenhos de estudos incluídos na revisão^{12,27}, não apresentar uma estratégia de busca abrangente^{12,27}, não apresentar uma lista dos

estudos excluídos com justificativa para exclusão²⁷, não realizar a extração em dupla de forma independente²⁷, não informar fontes de financiamento para os estudos incluídos na revisão^{12,27} e não utilizar técnica adequada para avaliar os riscos de viés dos estudos incluídos, bem como não considerar o risco de viés de cada estudo ao interpretar os resultados^{12,27}.

5.3 Iniquidades em saúde e mortalidade materna

Dezessete estudos^{9-11,13-22,23,25-27} analisaram iniquidades relacionadas à mortalidade materna e seus efeitos (Quadro 3).

Treze estudos relataram iniquidades relacionadas aos cuidados em saúde^{9,11,13-15,17,19,21-23,25,27}. Em geral, a dificuldade de acesso ao cuidado integral e de boa qualidade impactaram na mortalidade materna de mulheres negras, hispânicas e de grupos étnicos minoritários^{9,11,13-15,19-23,25,27}. Além disso, foram também apontadas iniquidades em relação a falha de resgate, quando uma assistência de emergência não é feita corretamente¹⁷.

Seis estudos^{9,11,15,18,22,26} mostraram as dificuldades de acesso à saúde por mulheres negras^{11,15,22,26}, hispânicas¹¹ e de grupos étnicos minoritários¹⁸, tais como: menor acesso aos serviços obstétricos e perinatais¹¹, falta de acesso aos cuidados em saúde¹⁵, pouca acessibilidade e/ou baixa qualidade do serviço de saúde materna¹⁸; atraso no acesso e baixa qualidade do atendimento²²; falta de acesso a todos os hospitais⁹ e acesso a assistência dificultado em lugares vulneráveis²⁶.

Três estudos^{10,12,16} apontaram que sistemas de opressão (racismo, sexismo, classismo, homofobia, transfobia, capacitismo, fundamentalismo religioso), incluindo cuidados de maternidade com preconceito e discriminação e racismo estrutural, impactaram negativamente na mortalidade materna de mulheres migrantes, negras e de povos originários.

Quadro 3. Resultados das iniquidades em saúde sobre as taxas de mortalidade materna.

Autor, ano	Resultados
Cuidados em saúde	
Burris et al., 2021 ⁹	<ul style="list-style-type: none"> Mulheres negras tiveram uma chance de morrer no hospital mais que o dobro das mulheres brancas (RR 2,38; IC 95% 1,88 a 3,02).
Dagher; Linares, 2022 ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> Uma revisão alertou para a necessidade de mais estudos que avaliem os protocolos clínicos através das lentes da diáde mãe-bebê, uma vez que populações minoritárias podem experimentar piores resultados perinatais por causa de partos que ocorrem em hospitais de baixa qualidade (diferenças entre hospitais), recebendo qualidade inferior de atendimento do que os brancos não-hispânicos no mesmo hospital (diferenças dentro do hospital), ou têm riscos sociais e de saúde que o atendimento hospitalar não pode abordar.

Mortalidade materna e *near miss* no contexto de iniquidades em saúde

Figueiredo et al., 2024 ¹³	<ul style="list-style-type: none"> Em comparação com a etnia branca, houve associação da mortalidade materna por causas obstétricas diretas entre mulheres de etnia indígena (OR 0,502; IC 95% 0,264 a 0,955; p = 0,036), etnia negra (OR 0,764; IC 95% 0,636 a 0,918, p = 0,004), e etnia parda (OR 0,823; IC 95% 0,723 a 0,937; p = 0,003).
Fitzsimmons et al., 2020 ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> Em comparação com as mulheres brancas, as mulheres negras enfrentaram maiores barreiras no acesso aos cuidados e receberam cuidados de menor qualidade. As mulheres negras tiveram maior probabilidade de dar à luz em hospitais com piores resultados maternos. Na cidade de Nova York, as diferenças no local do parto podem ser responsáveis por até 48% das disparidades raciais na morbidade materna grave. As mulheres negras tiveram taxas mais baixas de cuidados pré-natais precoces e adequados, o que tem sido associado a piores resultados perinatais e maternos. Elas foram menos propensas a ter acompanhamento obstétrico no período pós-parto em comparação com as mulheres brancas.
Fink et al., 2023 ¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> Uma análise de sensibilidade mostrou que mulheres indianas americanas (OR 1,93; IC 95% 1,10 a 3,39), negras (OR 1,78; IC 95% 1,47 a 2,15) e asiáticas (OR 1,61; IC 95% 1,11 a 2,34) tiveram um risco aumentado de morte em comparação com mulheres brancas, sugerindo que a disparidade racial era parcialmente atribuível à diferença nas taxas de morbidade materna grave entre grupos raciais e étnicos.
Guglielminotti et al., 2021 ¹⁷	<ul style="list-style-type: none"> Em comparação com as mulheres brancas, as taxas ajustadas de falha no resgate, quando a mulher precisa de assistência de emergência e esta não é realizada corretamente, foram maiores nas mulheres negras (1,79 vezes; IC 95% 1,77 a 1,81), nas mulheres de outra raça e etnia (1,39 vezes; IC 95% 1,37 a 1,41), e mulheres hispânicas (1,08 vezes maior; IC 95 % 1,06 a 1,09). A proporção de mortes associadas à raça e etnia foi de 45% para mulheres negras (IC 95% 40 a 50), 28% para mulheres de outra raça e etnia não branca (IC 95% 24 a 33), e 7% para mulheres hispânicas (IC 95% 6 a 9).
Holdt Somer et al., 2017 ¹⁹	<ul style="list-style-type: none"> As mulheres negras não-hispânicas apresentaram taxas de mortalidade mais elevadas para cinco condições obstétricas de alto risco (não citadas no estudo). Os potenciais contribuintes para as diferenças nas taxas de mortalidade são numerosos; entre eles estão a taxa crescente de doenças cardiovasculares e obesidade no agravamento da saúde materna.
Koch et al., 2019 ²¹	<ul style="list-style-type: none"> No geral, a taxas de mortalidade relacionadas à gravidez de mulheres negras foi quase quatro vezes superior à das mulheres brancas (32,6 vs. 8,9 por 100.000 nascidos-vivos). As taxas de mortalidade relacionadas à gravidez para mulheres hispânicas com menos de 30 anos foi inferior ao das mulheres brancas, mas essa vantagem desapareceu após os 30 anos.
Montalmant et al., 2023 ²³	<ul style="list-style-type: none"> Embora as doenças cardiovasculares sejam a principal causa de morte materna, elas são mais comuns em mulheres negras em comparação com outros grupos raciais.
Saluja et al., 2021 ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> Após ajuste para procedimentos médicos necessários, as cesarianas foram mais comuns entre mulheres negras e latinas do que entre mulheres brancas. O aumento das taxas de cesarianas é considerado uma fonte de taxas de morbidade e mortalidade materna.
Wang et al., 2020 ²⁷	<ul style="list-style-type: none"> Houve um aumento da letalidade, falha no resgate (morte em contexto de morbidade grave) e mortes maternas evitáveis entre mulheres negras, sugerindo que o manejo da morbidade grave pode desempenhar um papel nas disparidades de mortalidade.
Acesso à saúde	
Burriss et al., 2021 ⁹	<ul style="list-style-type: none"> A taxa de mortalidade materna foi maior em hospitais que atendem a população negra (8,4 por 100.000) em comparação com hospitais que não atendem essa população (4,5 por 100.000) (P<0,001). Entre os hospitais de ensino, a mortalidade em hospitais que atendem a população

Mortalidade materna e *near miss* no contexto de iniquidades em saúde

	<p>negra (9,0 por 100.000) e não-negra (7,9 por 100.000) foi estatisticamente semelhante em análises não ajustadas e ajustadas por risco.</p> <ul style="list-style-type: none"> Em hospitais não-ensino, a taxa de mortalidade foi quase o dobro (RR 1,96; IC 95% 1,52 a 2,56) em hospitais que atendem a população negra (8,1 por 100.000) e não-negra (4,1 por 100.000), uma associação que persistiu após o ajuste de risco.
Dagher; Linares, 2022 ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> Um estudo nacional que analisou dados de 2007 a 2015 mostrou que moradoras de áreas rurais tinham uma probabilidade 9% maior de morbidade e mortalidade materna grave em comparação com as de área urbana. As mulheres de área rural têm acesso inadequado aos serviços de saúde durante o período perinatal. Uma análise de dados nacionais revelou que 9% dos condados rurais perderam todos os serviços obstétricos hospitalares durante o período de 2004-2014, e outros 45% dos condados rurais não tiveram nenhum serviço obstétrico hospitalar durante esse período. Comunidades rurais compostas por uma maior porcentagem de residentes negros, hispânicos e desempregados tiveram maior probabilidade de ocorrência de fechamentos hospitalares e perda de serviços obstétricos hospitalares.
Fitzsimmons et al., 2020 ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> Recomenda-se que as mulheres que recebem alta com distúrbio hipertensivo façam uma verificação presencial da pressão arterial alguns dias após a alta, mas as mulheres negras têm taxas de frequência mais baixas do que as mulheres brancas (33% vs. 70%, p = 0,001).
Hamal et al., 2020 ¹⁸	<ul style="list-style-type: none"> Estudos dos estados indianos relataram um número desproporcionalmente alto de mortes maternas (50–80%) entre as castas socialmente atrasadas (em termos de composição populacional). Mulheres de castas e tribos registradas* eram menos propensas a fazer pelo menos quatro consultas pré-natais (OR 0,9 e 0,8, respectivamente) em 9 estados indianos, em comparação com mulheres de outras castas. Os casos de discriminação com base em casta ou outras características, como roupas sujas ou esfarrapadas e abuso verbal e físico de mulheres pela equipe de instalações de saúde pública foi considerado o fator-chave para as mulheres não escolherem a APS em Tamil Nadu.
Kodan et al., 2021 ²²	<ul style="list-style-type: none"> A taxa de mortalidade materna do Suriname diminuiu nas últimas três décadas, mas a tendência é muito lenta em mulheres vulneráveis, especialmente em mortalidade materna por causas evitáveis; mulheres em situação de vulnerabilidade social correspondem à 76% dessas mortes.
Valerio et al., 2023 ²⁶	<ul style="list-style-type: none"> Dar à luz nos condados mais vulneráveis foi associado a maior mortalidade materna (OR 1,43; IC 95% 1,20 a 1,71), ajustado por idade, nível educacional e raça/etnia. As mães brancas estavam em menor risco de morte materna (OR 0,43; IC 0,37 a 0,51) do que as mães negras.
Sistemas de opressão e/ou racismo estrutural	
Clark e tal., 2022 ¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> Entre 2007 e 2016, aproximadamente 700 mulheres morreram devido a fatores relacionados com a gravidez. As taxas de mortalidade materna foram mais elevadas para mulheres negras (41 por 100.000 nascidos vivos) e indígenas americanas/nativas do Alasca (30 por 100.000 nascidos vivos), em relação às mulheres brancas (13 por 100.000 nascidos vivos). Em 2020, as mulheres negras apresentaram uma taxa de mortalidade materna de 55 por 100.000 nascidos vivos, quase três vezes superior à taxa das brancas.
Eslier et al., 2023 ¹²	<ul style="list-style-type: none"> Nos países europeus, as mulheres migrantes estavam em maior risco de mortalidade materna do que as mulheres nativas (risco relativo agrupado [RR] 1,34; IC 95% 1,14 a 1,58; p < 0,001; I² = 58%). Em comparação a outras mulheres, o risco de mortalidade materna foi maior entre mulheres nascidas na África Subsaariana (RR agrupado 2,91; IC 95% 2,03 a 4,15; p <

	<p>0,001; $I^2 = 57\%$), na América Latina e no Caribe (RR agrupado 2,77; IC 95% 1,43 a 5,35; $p = 0,002$; $I^2 = 82\%$), e na Ásia (RR agrupado 1,57; IC 95% 1,09 a 2,26; $p = 0,01$; $I^2 = 31\%$).</p> <ul style="list-style-type: none"> As mulheres nascidas na Europa ou no Oriente Médio e Norte da África, por outro lado, não corriam maior risco de mortalidade materna.
Girardi et al., 2023 ¹⁶	<ul style="list-style-type: none"> O racismo estrutural também pode afetar negativamente a gravidez e os resultados neonatais. Para as mulheres negras, a desigualdade estrutural, a falta de oportunidades, a discriminação e o racismo sistêmico mostraram estar associados ao aumento da mortalidade materna durante a gravidez e o parto.

Fonte: elaboração dos autores. **Nota:** *As castas e as tribos registradas são dois grupos sociais da Índia, historicamente desfavorecidos em comparação a outros grupos. Às vezes chamadas de Dalits, elas compreendem aproximadamente 16,6% e 8,6%, respectivamente, da população indiana, de acordo com o censo de 2011 (https://pt.wikipedia.org/wiki/Castas_registradas_e_tribos_registradas). UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro; UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

5.4 Iniquidades relacionadas a *near miss*

Três estudos^{11,12,24} apresentaram iniquidades relacionadas à *near miss* (Quadro 4).

As iniquidades de mulheres negras e imigrantes foram referentes ao acesso desigual aos cuidados hospitalares¹¹; admissão na unidade de terapia intensiva materna; e risco de *near miss*^{12,24}.

Quadro 4. Resultados de iniquidades em saúde relacionadas a taxas de *near miss*.

Autor, ano	Resultados
Cuidados hospitalares	
Dagher; Linares, 2022 ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> Mulheres que deram à luz na maioria dos hospitais com atendimento majoritário de negros experimentaram taxas de morbidade materna grave mais altas do que as de hospitais de baixa frequência negra. Na cidade de Nova York, as mulheres negras tinham maior probabilidade de dar à luz em um hospital com maiores taxas de morbidade materna grave do que as mulheres brancas.
Admissão na unidade de terapia intensiva materna	
Eslier et al., 2023 ¹²	<ul style="list-style-type: none"> Três estudos relataram que as mulheres migrantes estavam em maior risco de internação em UTI materna do que as mulheres nativas, com riscos relativos que variaram de 1,34 a 1,97. As mulheres migrantes nascidas na África Subsaariana, na América Latina e no Caribe, e na Ásia também estavam em maior risco de admissão materna na UTI do que as mulheres nativas ($p < 0,001$), mas não as nascidas na Europa ou no Oriente Médio e Norte da África.
Risco de <i>near miss</i>	
Eslier et al., 2023 ¹²	<ul style="list-style-type: none"> Um estudo relatou que as mulheres migrantes comparadas a mulheres nativas não apresentaram diferença no risco de algum evento que provocasse <i>near miss</i> (RR 0,96; IC95% 0,89 a 1,03), enquanto outro estudo apontou que mulheres imigrantes tiveram maior risco de apresentar <i>near miss</i> do que mulheres nativas (RR 1,24; IC95% 1,13 a 1,35).
Rosendo; Roncalli, 2015 ²⁴	<ul style="list-style-type: none"> Observou-se maior prevalência de <i>near miss</i> materno em mulheres com maior idade, da raça preta/parda, com menor escolaridade e com piores condições socioeconômicas.

Fonte: elaboração dos autores. **Nota:** RR - risco relativo; UTI - unidade de terapia intensiva.

6. Considerações finais

Esta revisão rápida incluiu 19 estudos que apresentaram evidências sobre as taxas de mortalidade materna e de *near miss* no contexto de iniquidades em saúde.

→ Iniquidades em saúde e mortalidade materna

Dezessete estudos relataram sobre as taxas de iniquidades relacionadas à mortalidade materna, tais como: cuidados em saúde, acesso à saúde e sistemas de opressão e/ou racismo estrutural. Foi observado o quanto a falta de acesso e de uma assistência de boa qualidade podem aumentar as taxas de mortalidade materna de mulheres negras, hispânicas e de grupos étnicos minoritários. Destaca-se também o preconceito e discriminação vivenciados pelas mulheres migrantes, negras e de povos originários em ambientes de saúde, o que interfere na prestação do cuidado integral respeitoso.

→ Iniquidades em saúde e *near miss*

Três estudos abordaram a relação entre iniquidades em saúde e *near miss*. Os estudos apresentaram como iniquidades o acesso desigual a cuidados hospitalares, admissão na unidade de terapia intensiva materna e risco de *near miss*. Essas iniquidades sofridas por mulheres negras e imigrantes podem afetar negativamente as condições clínicas dessas mulheres durante o período gravídico-puerperal.

A maioria dos estudos foi realizada nos Estados Unidos, e somente dois no Brasil. De modo geral, os resultados apontam que as taxas de mortalidade materna e de *near miss* no contexto de iniquidades em saúde são maiores em mulheres pertencentes a grupos minoritários relacionadas a aspectos étnico-raciais.

7. Referências

1. Leal LF et al. Maternal Mortality in Brazil, 1990 to 2019: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2022; 55 (Suppl I): e0279-2021. doi: 10.1590/0037-8682-0279-2021
2. Xavier MO, Amouzou A, Maïga A, Akseer N, Huicho L, Matijasevich A. The impact of the COVID-19 pandemic on trends in stillbirths, under-5 and maternal mortality in Brazil: Excess deaths and regional inequalities. *J Glob Health.* 2023 Sep 30;13:06040. doi: 10.7189/jogh.13.06040.
3. Silva JMP et al. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife.* 2018; 18 (1): 37-65. /doi: 10.1590/1806-93042018000100002
4. Brasil. PORTARIA GM/MS Nº 2.197, DE 6 DE DEZEMBRO DE 2023. [acesso em 11 março 2024]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.198-de-6-de-dezembro-de-2023-528577869>
5. Haby MM, Clark R. Respostas rápidas para Políticas de Saúde Informadas por Evidências. *BIS [Internet]* 2016; p.32-42. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/1024035/bis-v17n1-politicas-de-saude-32-42.pdf>.
6. Toma TS, Barreto JOM. PROTOCOLO DE REVISÃO RÁPIDA Mortalidade materna e near miss no contexto de iniquidades em saúde [Internet]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/379476811_PROTOCOLO_DE_REVISAO_RAPIDA_-_Mortalidade_materna_e_near_miss_no_contexto_de_iniquidades_em_saude
7. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 2016; 5: 210.
8. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017; 358: j4008
9. Burris HH, Passarella M, Handley SC, Srinivas SK, Lorch SA. Black-White disparities in maternal in-hospital mortality according to teaching and Black-serving hospital status. *Am J Obstet Gynecol.* 2021 Jul;225(1):83.e1-83.e9.
10. Clark A, Wescott P, Mitchell N, Mahdi I, Crear-Perry J. Centering equity: Addressing structural and social determinants of health to improve maternal and infant health outcomes. *Semin Perinatol.* 2022 Dec;46(8):151661
11. Dagher RK, Linares DE. A Critical Review on the Complex Interplay between Social Determinants of Health and Maternal and Infant Mortality. *Children (Basel).* 2022 Mar 10;9(3):394.
12. Eslier M, Azria E, Chatzistergiou K, Stewart Z, Dechartres A, Deneux-Tharaux C. Association between migration and severe maternal outcomes in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2023 Jun 22;20(6):e1004257.
13. Figueiredo ERL, do Socorro Carvalho Miranda C, Viana Campos AC, de Campos Gomes F, Câmara Rodrigues CN, de Melo-Neto JS. Influence of sociodemographic and

- obstetric factors on maternal mortality in Brazil from 2011 to 2021. *BMC Women's Health*. 1º de fevereiro de 2024;24(1):84.
14. Fink DA, Kilday D, Cao Z, Larson K, Smith A, Lipkin C, Perigard R, Marshall R, Deirmenjian T, Finke A, Tatum D, Rosenthal N. Trends in Maternal Mortality and Severe Maternal Morbidity During Delivery-Related Hospitalizations in the United States, 2008 to 2021. *JAMA Netw Open*. 2023 Jun 1;6(6):e2317641.
 15. Fitzsimmons E, Arany Z, Howell EA, Lewey J. Differential outcomes for African-American women with cardiovascular complications of pregnancy. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*. 2020, 22, 1-13.
 16. Girardi G, Longo M, Bremer AA. Social determinants of health in pregnant individuals from underrepresented, understudied, and underreported populations in the United States. *Int J Equity Health*. 2023 Sep 6;22(1):186.
 17. Guglielminotti J, Wong CA, Friedman AM, Li G. Racial and Ethnic Disparities in Death Associated With Severe Maternal Morbidity in the United States: Failure to Rescue. *Obstet Gynecol*. 2021 May 1;137(5):791-800.
 18. Hamal M, Dieleman M, De Brouwere V, de Cock Buning T. Social determinants of maternal health: a scoping review of factors influencing maternal mortality and maternal health service use in India. *Public Health Rev*. 2020 Jun 2;41:13.
 19. Holdt Somer SJ, Sinkey RG, Bryant AS. Epidemiology of racial/ethnic disparities in severe maternal morbidity and mortality. *Semin Perinatol*. 2017 Aug;41(5):258-265.
 20. Johnson JD. Black Pregnancy-Related Mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 1º de março de 2024;51(1):1-16.
 21. Koch AR, Geller SE. Racial and Ethnic Disparities in Pregnancy-Related Mortality in Illinois, 2002-2015. *Journal of Women's Health*. 1º de agosto de 2019;28(8):1153-60.
 22. Kodan LR, Verschueren KJC, Paidin R, Paidin R, Browne JL, Bloemenkamp KWM, Rijken MJ; Committee Maternal Mortality Suriname (MaMS). Trends in maternal mortality in Suriname: 3 confidential enquiries in 3 decades. *AJOG Glob Rep*. 2021 Jan 16;1(1):100004.
 23. Montalmant KE, Ettinger AK. The Racial Disparities in Maternal Mortality and Impact of Structural Racism and Implicit Racial Bias on Pregnant Black Women: A Review of the Literature. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2023 Nov 13.
 24. Rosendo TMSDS, Roncalli AG. Prevalência e fatores associados ao Near Miss Materno: inquérito populacional em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015, 20, 1295-1304.
 25. Saluja B, Bryant Z. How Implicit Bias Contributes to Racial Disparities in Maternal Morbidity and Mortality in the United States. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021 Feb;30(2):270-273.
 26. Valerio VC, Downey J, Sgaier SK, Callaghan WM, Hammer B, Smittenaar P. Black-White disparities in maternal vulnerability and adverse pregnancy outcomes: an ecological population study in the United States, 2014-2018. *Lancet Reg Health Am*. 2023 Apr 3;20:100456.
 27. Wang E, Glazer KB, Howell EA, Janevic TM. Social Determinants of Pregnancy-Related Mortality and Morbidity in the United States: A Systematic Review. *Obstet Gynecol*. 2020 Apr;135(4):896-915.

Responsáveis pela elaboração

Elaboradores

Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva

Obstetrix, especialista em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, bolsista Fiocruz
Brasília

<http://lattes.cnpq.br/0923884031059013>

Roberta Crevelário de Melo

Gerontóloga, pós-graduada em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, bolsista Fiocruz
Brasília

<http://lattes.cnpq.br/3707606192544178>

Bruna Carolina de Araújo

Diretora do Núcleo de Análise e Projetos de
Avaliação de Tecnologias em Saúde
Instituto de Saúde

<http://lattes.cnpq.br/3259907478560577>

Jessica De Lucca Da Silva

Psicóloga, especialista em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, bolsista Fiocruz
Brasília

<http://lattes.cnpq.br/07782207379893>

Emanuelly Camargo Tafarello

Biomédica, especialista em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, bolsista Fiocruz
Brasília

<http://lattes.cnpq.br/2562253084890374>

Rosana Evangelista Poderoso

Bibliotecária, Doutora em Ciências da Saúde
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas

<http://lattes.cnpq.br/3659260110568826>

Tereza Setsuko Toma

Pesquisadora colaboradora
Instituto de Saúde - SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/3621675012351921>

Coordenação

Jorge Otávio Maia Barreto

Pesquisador em Saúde Pública, Fiocruz Brasília

<http://lattes.cnpq.br/664588881299182>

Declaração de potenciais conflitos de interesse dos elaboradores

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Financiamento

Esta síntese rápida foi comissionada e subsidiada pelo Ministério da Saúde, no âmbito do projeto GERE-032-FEX-22.

Link de acesso ao protocolo desta Revisão Rápida:

(https://www.researchgate.net/publication/379476811_PROTOCOLO_DE_REVISAO_RAPIDA_-_Mortalidade_materna_e_near_miss_no_contexto_de_iniquidades_em_saude)

Apêndices

Apêndice 1. Termos e resultados das estratégias de busca

Base	Termos	Nº de registros
Lilacs (via BVS) 22/03/2024	<p>((("Mortalidade Materna" OR "Mortalidad Materna" OR "Maternal Mortality" OR "Mortalidade Materna por Risco Específico" OR "Mortalidade Materna por Unidade Territorial" OR "near miss" OR "Near Miss" OR "Near Miss Salud" OR "Near Miss Healthcare" OR "Potencial Evento Adverso em Cuidados de Saúde" OR "Resultado por Pouco não Negativo" OR "Resultado por Pouco não Falho" OR "Resultado por Pouco não Errado" OR "Resultado por Pouco não Adverso" OR "Quase Erro em Saúde" OR "Potencial Evento Adverso na Assistência à Saúde" OR "Near Miss na Assistência à Saude" OR "Near Miss em Saúde" OR "Near Miss em Cuidados de Saúde")) AND ((Prevalência OR Prevalencia OR Prevalence OR "Coeficiente de Prevalência" OR "Taxa de Prevalência" OR "Prevalência de Ponto" OR "Prevalência de Período"))) AND (("Iniquidades em Saúde" OR "Inequidades en Salud" OR "Health Inequities" OR "Inequalidades em saúde" OR "Iniquidade de Saúde" OR "Iniquidade na Saúde" OR "Iniquidade em Saúde") OR ("Disparidades nos Níveis de Saúde" OR "Disparidades en el Estado de Salud" OR "Health Status Disparities" OR "Desigualdades em Saúde" OR "Disparidades em Saúde" OR "Disparidades nas Condições de Saúde" OR "Disparidades no Estado de Saúde" OR "Desigualdade de Saúde" OR "Desigualdade na Saúde" OR "Desigualdades Socioespaciais em Saúde" OR "Desigualdade em Saúde" OR "Índice de Dissimilaridade"))</p> <p>Filtros aplicados Bases de dados: LILACS</p>	12
PubMed 22/03/2024	<p>Search: (((((((((((((((("Maternal Mortality"[MeSH Terms]) OR ("Mortality, Maternal"[MeSH Terms]) OR ("Maternal Mortalities"[MeSH Terms]) OR ("Mortalities, Maternal"[MeSH Terms]) OR ("Near Miss, Healthcare"[MeSH Terms]) OR ("Healthcare Near Miss"[MeSH Terms]) OR ("Healthcare Near Misses"[MeSH Terms]) OR ("Near Misses, Healthcare"[MeSH Terms]) OR ("Close Call, Healthcare"[MeSH Terms]) OR ("Close Calls, Healthcare"[MeSH Terms]) OR ("Healthcare Close Call"[MeSH Terms]) OR ("Healthcare Close Calls"[MeSH Terms]) OR ("Maternal Mortality"[Title/Abstract]) OR ("Maternal Mortalities"[Title/Abstract]) OR ("Near Miss"[Title/Abstract]) OR ("Healthcare Near Miss"[Title/Abstract]) OR ("Healthcare Near Misses"[Title/Abstract]) OR ("Healthcare Close Call"[Title/Abstract]) OR ("Healthcare Close Calls"[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((("Epidemiology"[MeSH Terms]) OR ("Social Epidemiology"[MeSH Terms]) OR ("Epidemiologies, Social"[MeSH Terms]) OR ("Epidemiology, Social"[MeSH Terms]) OR ("Social Epidemiologies"[MeSH Terms]) OR (Epidemiology[Title/Abstract])) OR</p>	253

	<p>("Social Epidemiology"[Title/Abstract])) OR ("Social Epidemiologies"[Title/Abstract])) OR (epidemiology[MeSH Subheading])) OR (epidemics[MeSH Subheading])) OR (frequency[MeSH Subheading])) OR (surveillance[MeSH Subheading])) OR (morbidity[MeSH Subheading])) OR (occurrence[MeSH Subheading])) OR (outbreaks[MeSH Subheading])) OR (prevalence[MeSH Subheading])) OR (endemics[MeSH Subheading])) OR (incidence[MeSH Subheading])) OR (epidemiology[Title/Abstract])) OR (epidemics[Title/Abstract])) OR (frequency[Title/Abstract])) OR (surveillance[Title/Abstract])) OR (morbidity[Title/Abstract])) OR (occurrence[Title/Abstract])) OR (outbreaks[Title/Abstract])) OR (prevalence[Title/Abstract])) OR (endemics[Title/Abstract])) OR (incidence[Title/Abstract])) OR (incidence[MeSH Terms])) OR (Incidences[MeSH Terms])) OR (incident)) OR (incidence[Title/Abstract])) OR (Incidences[Title/Abstract])) OR (incidents)) OR (rate)) OR (Prevalence[MeSH Terms])) OR (Prevalences[MeSH Terms])) OR ("Period Prevalence"[MeSH Terms])) OR ("Period Prevalences"[MeSH Terms])) OR ("Prevalence, Period"[MeSH Terms])) OR ("Point Prevalence"[MeSH Terms])) OR ("Point Prevalences"[MeSH Terms])) OR ("Prevalence, Point"[MeSH Terms])) OR (prevalent[MeSH Terms])) OR (prevalently[MeSH Terms])) OR (prevalents[MeSH Terms])) OR (Prevalence[Title/Abstract])) OR (Prevalences[Title/Abstract])) OR ("Period Prevalence"[Title/Abstract])) OR ("Period Prevalences"[Title/Abstract])) OR ("Point Prevalence"[Title/Abstract])) OR ("Point Prevalences"[Title/Abstract])) OR (prevalent[Title/Abstract])) OR (prevalently[Title/Abstract])) OR (prevalents[Title/Abstract])) OR (frequencies[MeSH Terms])) OR (frequencies[Title/Abstract])) OR (frequences[Title/Abstract])) AND (((((((((((("Health Inequities"[MeSH Terms]) OR ("Health Inequity"[MeSH Terms])) OR ("Inequity, Health"[MeSH Terms])) OR ("Health Inequalities"[MeSH Terms])) OR ("Health Inequality"[MeSH Terms])) OR ("Inequality, Health"[MeSH Terms])) OR ("Health Disparities"[MeSH Terms])) OR ("Disparity, Health"[MeSH Terms])) OR ("Health Disparity"[MeSH Terms])) OR ("Health Inequities"[Title/Abstract])) OR ("Health Inequity"[Title/Abstract])) OR ("Health Inequalities"[Title/Abstract])) OR ("Health Inequality"[Title/Abstract])) OR ("Health Disparities"[Title/Abstract])) OR ("Health Disparity"[Title/Abstract])) OR (((("Health Status Disparities"[MeSH Terms]) OR ("Disparity, Health Status"[MeSH Terms])) OR ("Health Status Disparity"[MeSH Terms])) OR ("Health Status Disparities"[Title/Abstract])) OR ("Health Status Disparity"[Title/Abstract])))) Filters: in the last 10 years</p>										
<p>Epistemonikos 22/03/2024</p>	<p>Embase session results (22 Mar 2024)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Query</th> <th>Results</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>#7</td> <td>#6 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>#6</td> <td>#5 AND (2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py)</td> <td>357</td> </tr> </tbody> </table>	No.	Query	Results	#7	#6 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	95	#6	#5 AND (2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py)	357	<p>95</p>
No.	Query	Results									
#7	#6 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	95									
#6	#5 AND (2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py)	357									

#5	#3 AND #4	413
#4	#1 AND #2	24320
#3	('health disparity'/exp OR 'health disparity' OR 'health inequities'/exp OR 'health inequities' OR 'health inequity'/exp OR 'health inequity' OR 'health inequalities'/exp OR 'health inequalities' OR 'health inequality'/exp OR 'health inequality' OR 'health disparities'/exp OR 'health disparities' OR 'health status disparities'/exp OR 'health status disparities') AND ([embase]/lim OR [preprint]/lim)	50591
#2	('epidemiology'/exp OR 'epidemiology' OR 'social epidemiology'/exp OR 'social epidemiology' OR 'epidemic'/exp OR 'epidemic' OR 'frequency'/exp OR 'frequency' OR 'monitoring'/exp OR 'monitoring' OR 'surveillance'/exp OR 'surveillance' OR 'morbidity'/exp OR 'morbidity' OR 'occurrence' OR 'outbreaks' OR 'endemics' OR 'incidence'/exp OR 'incidence' OR 'incident' OR 'prevalence'/exp OR 'prevalence' OR 'period prevalence'/exp OR 'period prevalence' OR 'point prevalence'/exp OR 'point prevalence' OR 'prevalent' OR 'prevalently' OR 'prevalents' OR 'frequencies' OR 'frequences') AND ([embase]/lim OR [preprint]/lim)	8040674
#1	('maternal mortality'/exp OR 'maternal mortality' OR 'near miss (health care)'/exp OR 'near miss (health care)' OR 'healthcare close call') AND ([embase]/lim OR [preprint]/lim)	25779
Total		360

Fonte: Elaboração própria. **Nota:** Duplicações removidas pelo endnote automaticamente, antes de incluir os arquivos de referências no Rayyan.

Apêndice 2. Estudos excluídos após leitura do texto completo, com justificativa

Estudo
Não aborda iniquidades em saúde
1 Almeyda SM. Mortalidad materna por hemorragias y escasez de sangre para transfusiones: una violación a los Derechos Humanos. Rev. argent. transfus. 2011, 109-124.
2 Ananth CV, D'Alton ME. Maternal mortality and serious morbidity in New York: Recognizing the burden of the problem. Semin Perinatol. 2016 Mar;40(2):79-80
3 Bartlett L, LeFevre A, Zimmerman L, Saeedzai SA, Turkmani S, Zabih W, Tappis H, Becker S, Winch P, Koblinsky M, Rahmanzai AJ. Progress and inequities in maternal mortality in Afghanistan (RAMOS-II): a retrospective observational study. Lancet Glob Health. 2017 May;5(5):e545-e555.
4 Knight M, Bunch K, Kenyon S, Tuffnell D, Kurinczuk JJ. A national population-based cohort study to investigate inequalities in maternal mortality in the United Kingdom, 2009-17. Paediatr Perinat Epidemiol. 2020 Jul;34(4):392-398.
5 MacDorman MF, Thoma M, Declercq E, Howell EA. Racial and Ethnic Disparities in Maternal Mortality in the United States Using Enhanced Vital Records, 2016–2017. Am J Public Health. 2021 Sep;111(9):1673-1681.
6 Maternal risks remain higher for Indigenous women. Aust Nurs Midwifery J. 2015 Jul;23(1):13
7 Maykin MM, Tsai S. Our Mothers Are Dying: The Current State of Maternal Mortality in Hawai'i and the United States. Hawai'i journal of health & social welfare. 2020;79 10:302–5.
8 Randive B, San Sebastian M, De Costa A, Lindholm L. Inequalities in institutional delivery uptake and maternal mortality reduction in the context of cash incentive program, Janani Suraksha Yojana: results from nine states in

- India. Soc Sci Med. 2014 Dec;123:1-6.
- 9 Rosendo TM, Roncalli AG. Prevalência e fatores associados ao Near Miss Materno: inquérito populacional em uma capital do Nordeste Brasileiro [Prevalence and factors associated with Maternal Near Misses: a survey of the population in a capital city of the Brazilian Northeast]. Cien Saude Colet. 2015 Apr;20(4):1295-304.
 - 10 Ruiz JI, Nuhu K, McDaniel JT, Popoff F, Izcovich A, Criniti JM. Inequality as a Powerful Predictor of Infant and Maternal Mortality around the World. PLoS One. 2015 Oct 21;10(10):e0140796
 - 11 Sanhueza A, Roldán JC, Ríos-Quituzaca P, Acuña MC, Espinosa I. Social inequalities in maternal mortality among the provinces of Ecuador. Rev Panam Salud Publica. 2017 Jun 8;41:e97.
 - 12 Siqueira TS, Silva JRS, Souza MDR, Leite DCF, Edwards T, Martins-Filho PR, Gurgel RQ, Santos VS. Spatial clusters, social determinants of health and risk of maternal mortality by COVID-19 in Brazil: a national population-based ecological study. Lancet Reg Health Am. 2021 Nov;3:100076.
 - 13 Yaya S, Anjorin SS, Adedini SA. Disparities in pregnancy-related deaths: spatial and Bayesian network analyses of maternal mortality ratio in 54 African countries. BMJ Glob Health. 2021 Feb;6(2):e004233.

Não apresenta a população

- 14 Agrawal P. Maternal mortality and morbidity in the United States of America. Bull World Health Organ. 2015 Mar 1;93(3):135.
- 15 Belizán JM, Gibbons L, Cormick G. Maternal mortality reduction: a need to focus actions on the prevention of hypertensive disorders of pregnancy. Int J Equity Health. 2021 Aug 28;20(1):194.
- 16 Bhatia M, Dwivedi LK, Banerjee K, Bansal A, Ranjan M, Dixit P. Pro-poor policies and improvements in maternal health outcomes in India. BMC Pregnancy Childbirth. 2021 May 19;21(1):389.
- 17 Carvalho PID, Frias PGD, Lemos MLC, Frutuoso LALDM, Figueirôa BDQ, Pereira CCDB, Vidal SA. Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2020, 29, e2019185.
- 18 Castañeda-Orjuela C, Hilarion Gaitan L, Diaz-Jimenez D, Cotes-Cantillo K, Garfield R. Maternal mortality in Colombia during the COVID-19 pandemic: time series and social inequities. BMJ Open. 2023 Apr 4;13(4):e064960.
- 19 El Arifeen S, Hill K, Ahsan KZ, Jamil K, Nahar Q, Streatfield PK. Maternal mortality in Bangladesh: a Countdown to 2015 country case study. Lancet. 2014 Oct 11;384(9951):1366-74.
- 20 Gutiérrez JP, Leyva Flores R, Aracena Genao B. Social inequality in sexual and reproductive health in Ecuador: an analysis of gaps by levels of provincial poverty 2009–2015. International Journal for Equity in Health. 3 de junho de 2019;18(1):49.
- 21 Hajizadeh M, Alam N, Nandi A. Social inequalities in the utilization of maternal care in Bangladesh: Have they widened or narrowed in recent years? Int J Equity Health. 2014 Dec 10;13:120.
- 22 Himanshu M, Källestål C. Regional inequity in complete antenatal services and public emergency obstetric care is associated with greater burden of maternal deaths: analysis from consecutive district level facility survey of Karnataka, India. Int J Equity Health. 2017 May 11;16(1):75.
- 23 Kale PL, Fonseca SC, Oliveira PWM, Brito ADS. Fetal and infant mortality trends according to the avoidability of causes of death and maternal education. Rev Bras Epidemiol. 2021 Apr 16;24(suppl 1):e210008.
- 24 Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SG, Oliveira AE. Access to prenatal care: inequalities in a region with high maternal mortality in southeastern Brazil. Cien Saude Colet. 2016 May;21(5):1647-58.
- 25 Meh C, Thind A, Ryan B, Terry A. Levels and determinants of maternal mortality in northern and southern Nigeria. BMC Pregnancy and Childbirth. 12 de novembro de 2019;19(1):417.
- 26 Mukhopadhyay S, Mahmood T. Healthcare inequalities in antenatal care in the European Region: EBCOG Scientific review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2022 May;272:55-57.
- 27 Nababan HY, Hasan M, Marthias T, Dhital R, Rahman A, Anwar I. Trends and inequities in use of maternal health care services in Indonesia, 1986-2012. Int J Womens Health. 2017 Dec 29;10:11-24.

Mortalidade materna e *near miss* no contexto de iniquidades em saúde

- 28 Rivillas JC, Devia-Rodriguez R, Ingabire MG. Measuring socioeconomic and health financing inequality in maternal mortality in Colombia: a mixed methods approach. *Int J Equity Health*. 2020 Jul 31;19(1):98.
- 29 Rosendo TM, Roncalli AG. Near miss materno e iniquidades em saúde: análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil [Maternal near misses and health inequalities: an analysis of contextual determinants in the State of Rio Grande do Norte, Brazil]. *Cien Saude Colet*. 2016 Jan;21(1):191-201.
- 30 Rosendo TMSDS, Roncalli AG. Near miss materno e iniquidades em saúde: análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016, 21, 191-201.
- 31 Silva JMDDP, Fonseca SC, Dias MAB, Izzo AS, Teixeira GP, Belfort PP. Concepts, prevalence and characteristics of severe maternal morbidity and near miss in Brazil: a systematic review. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2018, 18, 7-35.
- 32 Silva NC, Rocha TAH, Amaral PV, Elahi C, Thumé E, Thomaz EBAF, Queiroz RCS, Vissoci JRN, Staton C, Facchini LA. Comprehending the lack of access to maternal and neonatal emergency care: Designing solutions based on a space-time approach. *PLoS One*. 2020 Jul 23;15(7):e0235954.
- 33 Thomson K, Moffat M, Arisa O, Jesurasa A, Richmond C, Odeniyi A, Bambra C, Rankin J, Brown H, Bishop J, Wing S, McNaughton A, Heslehurst N. Socioeconomic inequalities and adverse pregnancy outcomes in the UK and Republic of Ireland: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2021 Mar 15;11(3):e042753.
- 34 Zhang X, Ye Y, Fu C, Dou G, Ying X, Qian M, Tang S. Anatomy of provincial level inequality in maternal mortality in China during 2004-2016: a new decomposition analysis. *BMC Public Health*. 2020 May 24;20(1):758.

Outro desenho de estudo

- 35 Abbasi J. US Maternal Mortality Is Unacceptably High, Unequal, and Getting Worse-What Can Be Done About It? *JAMA*. 2023 Jul 25;330(4):302-305.
- 36 Ameyaw EK, Agbadi P, Dawson A. Maternal Health Beyond Delivery: action to address multifactorial health inequity. *EClinicalMedicine*. 2023 Dec 6;67:102348.
- 37 Campbell OD, Carty D. Ethnicity and death in childbirth. *Case Rep Womens Health*. 2021 Apr 15;30:e00312.
- 38 Joseph KS, Boutin A, Lisonkova S, Muraca GM, Razaz N, John S, Mehrabadi A, Sabr Y, Ananth CV, Schisterman E. Maternal Mortality in the United States: Recent Trends, Current Status, and Future Considerations. *Obstet Gynecol*. 2021 May 1;137(5):763-771.
- 39 Rosendo TMSDS. Prevalência e fatores associados a morbidade materna: inquérito populacional em Natal/RN. 2014.

Não apresenta fenômeno de interesse

- 40 Adisasmito W, Amir V, Atin A, Megraini A, Kusuma D. Geographic and socioeconomic disparity in cardiovascular risk factors in Indonesia: analysis of the Basic Health Research 2018. *BMC Public Health*. 2020 Jun 26;20(1):1004.
- 41 Celaya MF, Madhivanan P, McClelland J, Zahlan A, Rock C, Nathan A, Acharya A. Individual and community-level risk factors for maternal morbidity and mortality among Native American women in the USA: protocol for systematic review. *BMJ Open*. 2023 Dec 30;13(12):e072671.
- 42 Crear-Perry J, Correa-de-Araujo R, Lewis Johnson T, McLemore MR, Neilson E, Wallace M. Social and Structural Determinants of Health Inequities in Maternal Health. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021 Feb;30(2):230-235.
- 43 Dayo E, Christy K, Habte R. Health in colour: black women, racism, and maternal health. *Lancet Reg Health Am*. 2023 Jan;17:100408.
- 44 Kuehn B. Disparities in Maternal Mortality. *JAMA*. 22 de outubro de 2019;322(16):1545-1545.
- 45 Tiruneh D, Assefa N, Mengiste B. Perinatal mortality and its determinants in Sub Saharan African countries: systematic review and meta-analysis. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2021 Jan 1;7(1):1.

Resumo de congresso

- 46 Crear-Perry J, Correa-de-Araujo R, Lewis Johnson T, McLemore MR, Neilson E, Wallace M. Social and Structural Determinants of Health Inequities in Maternal Health. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021 Feb;30(2):230-235.

Mortalidade materna e *near miss* no contexto de iniquidades em saúde

- 47 Perera DAK. 117:poster Health care inequality in unjust circumstance – Sri Lanka experience. *BMJ Global Health*. 2022;7(Suppl 2):A10–A10.
- 48 Romero ML, Eslava SJ, Sandoval VG, Saboya RD. Trend Comparison of the Colombian Multidimensional Poverty Index, Inequities in Maternal Mortality, Neonatal Mortality and Gini Coefficient, 1997-2011. *Value Health*. 2014 Nov;17(7):A417.
- 49 Toluhi AA, Richardson MR, Julian ZI, Sinkey RG, Knight CC, Budhwani H, et al. Stakeholder Perspectives on Racial Disparities in Maternal Mortality and Morbidity in Alabama. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1º de janeiro de 2022;226(1):S764.

Não apresenta idioma de interesse

- 50 Azria E, Stewart Z, Gonthier C, Estellat C, Deneux-Tharoux C. Inégalités sociales de santé maternelle [Social inequalities in maternal health]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2015 Oct;43(10):676-82
- 51 Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Pour le Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle. Republication de : Mortalité Maternelle, Fréquence, causes, profil des femmes et évitabilité des décès en France 2013–2015. *Anesthésie & Réanimation*. julho de 2020;8034(3):221.

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice 3. Características gerais das revisões sistemáticas incluídas

Acrônimos: EUA - Estados Unidos da América; NI - Não informado.

Autor, ano	Objetivo	Conclusão	Conflito de interesses e financiamento
Burriss et al., 2021 ⁹	1) Determinar se as disparidades <i>Black-White</i> ajustadas ao risco na mortalidade materna durante a hospitalização do parto variam de acordo com os tipos de hospital - esta é uma análise das disparidades na mortalidade entre os tipos hospitalares. 2) Comparar a mortalidade materna hospitalar ajustada ao risco entre hospitais de ensino e não-professor de serviço negro e não de serviço de negros, independentemente da raça - esta é uma análise da mortalidade geral entre os tipos de hospitais.	A mortalidade materna no hospital durante a hospitalização do parto entre os pacientes negros é mais do que o dobro da dos pacientes brancos. Os dados sugerem que essa disparidade se deve ao excesso de mortalidade entre pacientes negros dentro de cada tipo de hospital, além do excesso de mortalidade em hospitais não-ensino e que atendem a negros, onde a maioria dos pacientes negros entrega. Abordar os efeitos a jusante do racismo para alcançar a equidade na mortalidade materna intra-hospitalar exigirá relatórios transparentes de métricas de qualidade por raça para reduzir o atendimento diferenciado e os resultados dentro dos tipos hospitalares, melhorias na prestação de cuidados em hospitais que atendem a negros, superando barreiras para acessar cuidados de alta qualidade entre pacientes negros e, eventualmente, desagregação dos cuidados de saúde.	Declararam não possuir Financiamento: Este trabalho foi apoiado por fundos do NIH (R01HD084819), AHRQ Grant No. R01HS018661, e o Departamento de Pediatria do Hospital Infantil da Filadélfia.
Clark e tal., 2022 ¹⁰	Discutir as causas estruturais das disparidades de saúde materna, bem como algumas das soluções estruturais necessárias para apoiar a correção de séculos de discriminação com base em raça, sexo, gênero e outras identidades minorizadas.	As desigualdades vividas pelas comunidades racializadas e marginalizadas persistirão até que haja esforços sustentados para abordar os determinantes sociais e estruturais da saúde, bem como as causas profundas (por exemplo, o racismo e a supremacia branca) que contribuem para estes resultados díspares. Ao utilizar ferramentas como a interseccionalidade, a justiça reprodutiva e centrar aqueles que são mais prejudicados pelas desigualdades estruturais, profissionais, líderes e investigadores, têm a oportunidade de incutir mais equidade na saúde no nosso sistema e práticas de saúde. Além disso, as pessoas que dão à luz e as suas famílias receberão a dignidade, os cuidados e os recursos que merecem para garantir a sua saúde e bem-estar antes, durante e depois da gravidez.	Declararam não possuir Apoiado em parte pela Fundação Robert Wood Johnson e The Praxis Project, Inc. (Praxis) em nome do <i>The National Birth Equity Collaborative</i> (NBEC).
Dagher; Linares, 2022 ¹¹	Examinar apenas as disparidades na saúde infantil (≤ 1 ano de idade), excluindo crianças mais velhas.	Foi descoberto que mães e bebês negros se saem pior em termos de resultados de saúde, provavelmente devido à determinantes sociais que resultam no racismo estrutural ao longo da vida. São importantes contribuintes para as disparidades na mortalidade materna e infantil. É importante abordar as lacunas de pesquisa em fatores individuais, interpessoais, comunitários e sociais, porque eles afetam a mortalidade materna e infantil e as disparidades relacionadas.	Declararam não possuir Financiamento: NI

Autor, ano	Objetivo	Conclusão	Conflito de interesses e financiamento
Eslie et al., 2023 ¹²	Sintetizar a literatura comparando os riscos de desfechos maternos graves em países de alta renda entre mulheres migrantes e nativas, em geral e por país anfitrião e região de nascimento.	Há um risco diferencial de resultados maternos graves em mulheres migrantes versus mulheres nativas em países de alta renda variou de acordo com o país de acolhimento e a região de origem. Esses dados destacam a necessidade de explorar ainda mais os mecanismos subjacentes a essas desigualdades.	Conflitos de interesses: NI Sem financiamento
Figueiredo et al., 2024 ¹³	Analisar a mortalidade materna por causas obstétricas no Brasil no período de 2011 a 2021.	Fatores sociodemográficos e indicadores de saúde materno-infantil estiveram relacionados a diferentes padrões de mortalidade obstétrica. A mortalidade obstétrica variou por região, estado civil, raça, parto, pré-natal e causa da morte.	Declaram não possuir Sem financiamento
Fink et al., 2023 ¹⁴	Descrever tendências e fatores de risco para mortes maternas relacionadas ao parto e mortalidade materna e a morbidade materna grave nos EUA.	A mortalidade relacionada ao parto em hospitais dos EUA diminuiu para todos os grupos raciais e étnicos, faixas etárias e modos de parto durante 2008 a 2021, provavelmente demonstrando o impacto das estratégias nacionais focadas na melhoria da qualidade materna dos cuidados prestados durante as hospitalizações relacionadas ao parto. A prevalência de mortalidade materna e a morbidade materna grave aumentou para todos os pacientes, com taxas mais altas para pacientes de minorias raciais e étnicas de qualquer idade. Idade materna avançada, status de grupo minoritário racial ou étnico, parto cesáreo e comorbidades foram associados a maiores chances de mortalidade e mortalidade materna e a morbidade materna grave.	Conflitos de interesses: Sra. Kilday, Dr. Cao, Sra. Larson, Sr. Lipkin, Sr. Perigard, Sra. Finke, Sr. Tatum, Sra. Deirmenjian e Dr. Rosenthal relataram ter um contrato com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos Dados de Morbidade e Mortalidade Materna e Análise do Projeto durante a realização do estudo e fora do trabalho submetido. Nenhuma outra divulgação foi relatada. Financiamento: Projeto apoiado pelo Escritório de Saúde da Mulher do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (contrato nº 75P00120C00066).
Fitzsimmons et al., 2020 ¹⁵	Descrever os resultados diferenciais de mulheres negras com condições cardiovasculares relacionadas à gravidez.	As mulheres negras têm um risco significativamente maior de complicações cardiovasculares relacionadas à gravidez. Intervenções focadas no acesso aos cuidados, qualidade do atendimento e determinantes sociais da saúde antes, durante e depois da gravidez podem melhorar os resultados maternos, especialmente para mulheres negras nos EUA.	Declaram não possuir Financiamento: NI
Girardi et al., 2023 ¹⁶	Discutir os determinantes sociais da saúde como fatores mediadores nas desigualdades de saúde em mulheres de grupos populações	Algumas áreas de necessidade que foram identificadas são alimentos para alimentar suas famílias, serviços públicos, transporte, emprego, cuidados infantis, moradia e educação. A identificação de fatores que impulsionam as	Declaram não possuir Sem financiamento

Autor, ano	Objetivo	Conclusão	Conflito de interesses e financiamento
	sub-estudadas, sub-representadas e sub-relatadas e como garantir a implementação de programas de apoio e pesquisa pode ajudar a alcançar a equidade em saúde em indivíduos grávidas.	diferenças nas complicações e mortes relacionadas à gravidez e a implementação de estratégias de prevenção para enfrentá-los poderiam reduzir as disparidades na mortalidade relacionada à gravidez nas populações sub-estudadas, sub-representadas e sub-relatadas. Especificamente, a melhoria da saúde das mulheres e o acesso a cuidados de qualidade nos períodos pré-concepção, gravidez e pós-parto devem ser implementadas em todas as populações sub-estudadas, sub-representadas e sub-relatadas. Para mitigar efetivamente o impacto dos determinantes sociais da saúde na saúde reprodutiva das mulheres, treinar e educar os profissionais de saúde para avaliar e atender às necessidades relacionadas aos determinantes sociais da saúde também é fundamental. Os prestadores de cuidados de saúde reprodutiva da linha de frente são importantes, pois são frequentemente os primeiros a entrar em contato e se envolver com mulheres de populações sub-estudadas, sub-representadas e sub-relatadas.	
Guglielminotti et al., 2021 ¹⁷	Analisar as disparidades raciais e étnicas na falha no resgate (ou seja, morte) associadas à morbidade materna grave e descrever as tendências temporais.	Apesar da melhoria ao longo do tempo, a falha em resgatar da morbidade materna grave continua sendo um importante fator que contribui para o excesso de mortalidade materna em mulheres de minorias raciais e étnicas.	Declararam não possuir Sem financiamento
Hamal et al., 2020 ¹⁸	Mapear e resumir as evidências sobre determinantes sociais que influenciam a saúde materna na Índia e entender seus mecanismos de influência usando uma estrutura de determinantes sociais específicos para a saúde materna.	O modelo integra informações existentes de estudos quantitativos e qualitativos e fornece uma visão mais abrangente dos fatores estruturais e intermediários do uso de serviços de saúde materna e mortalidade materna na Índia e seus mecanismos de influência. Dadas as limitações deste estudo, indicamos as áreas para pesquisas adicionais relacionadas à estrutura e à saúde materna.	Declararam não possuir Sem financiamento
Holdt Somer et al., 2017 ¹⁹	Explorar indicadores comumente citados de morbidade materna grave e inclui uma revisão da literatura epidemiológica que apoia ou refuta as disparidades entre cada indicador.	Os dados que apoiam as disparidades raciais/étnicas na morbidade e mortalidade materna grave são abundantes. Ao analisar casos de morbidade e mortalidade materna, deve ser dada atenção à raça/etnia, língua e estatuto socioeconômico das pacientes, para determinar se estes podem ter desempenhado um papel nos resultados. As disparidades a nível institucional e mais além devem ser documentadas e devem ser desenvolvidas e implementadas políticas que visem a prestação de cuidados equitativos e a colaboração com outras partes interessadas (por exemplo, instituições educativas, econômicas e comunitárias) para abordar os determinantes sociais da saúde que contribuem.	Conflitos de interesses: NI Financiamento: NI

Autor, ano	Objetivo	Conclusão	Conflito de interesses e financiamento
Johnson et al., 2024 ²⁰	Explorar o estado atual da mortalidade negra relacionada e associada à gravidez, incluindo tendências de dados, pesquisas atualizadas e estratégias de cuidados baseadas em evidências que os médicos de obstetria e ginecologia (obstetria/ginecologia) podem considerar ao prestar cuidados a parturientes negros.	Para enfrentar com sucesso a crise da mortalidade relacionada com a gravidez negra nos Estados Unidos, o papel direto e indireto do racismo nos resultados de saúde deve ser reconhecido. As práticas históricas e atuais que continuam a defender sistemas que marginalizam grupos vulneráveis devem ser abordadas e eliminadas. Estas práticas devem ser substituídas por uma mudança radical na política governamental, inovação na educação da equipa de cuidados, estratégia e prática de investigação dirigida no que diz respeito à humildade cultural e elevação da experiência vivida pelos negros para melhorar os resultados do parto dos negros.	Conflitos de interesses: NI Financiamento: NI
Koch et al., 2019 ²¹	Avaliar as disparidades raciais e étnicas na mortalidade materna em um ambiente diferente e descrever as causas, a potencial evitabilidade e os fatores críticos que contribuem para a mortalidade materna entre negros não-hispânicos (negros), hispânicos e não-hispânicos.	As disparidades raciais na mortalidade materna não foram associadas a diferenças estatisticamente significativas na causa da morte ou na classe de fatores críticos contribuintes nesta pequena análise de um único estado. É, portanto, necessário um estudo mais aprofundado em dados agregados ou agrupados com uma avaliação qualitativa mais profunda de casos individuais para compreender como reduzir as disparidades raciais no resultado materno. Se a análise agregada ou agrupada mostrasse diferenças raciais ou étnicas sistemáticas nas conclusões do comitê, seria importante avaliar se essas diferenças se deviam a preconceitos do comitê ou a outros fatores.	Declaram não possuir. Financiamento: NI
Kodan et al., 2021 ²²	Estudar a tendência na taxa de mortalidade materna, causas, atraso no acesso e qualidade do atendimento e “lições aprendidas” no Suriname, ao longo de quase 3 décadas com 3 consultas confidenciais sobre mortes maternas e fornecer recomendações para evitar mortes maternas.	A taxa de mortalidade materna do Suriname diminuiu nas últimas 3 décadas, mas a tendência é muito lenta para alcançar o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3.1. As mortes maternas evitáveis podem ser reduzidas garantindo cuidados obstétricos e pós-parto de alta qualidade, acesso universal a cuidados, especialmente para mulheres vulneráveis (de ascendência africana e baixa classe socioeconômica) e abordando as causas subjacentes específicas de mortes maternas.	Declaram não possuir Sem financiamento
Montalmant et al., 2023 ²³	(1) Avaliar as evidências dos impactos adversos do racismo estrutural e dos preconceitos raciais implícitos dos profissionais de saúde nas mulheres negras grávidas. (2) Examinar as disparidades no acesso/qualidade dos cuidados de saúde maternos e no tratamento médico e investigar como os preconceitos raciais implícitos dos profissionais de saúde afetam os planos de tratamento e a recolha de antecedentes	O aumento da taxa de mortalidade materna para as mulheres negras é uma crise de saúde pública que requer uma abordagem a vários níveis. As intervenções devem ser implementadas ao nível dos prestadores e das instituições de saúde para dismantelar os preconceitos implícitos e o racismo estrutural. Melhorar as relações entre pacientes e prestadores de cuidados de saúde através do aumento da competência cultural e da educação sobre disparidades aumentará o envolvimento dos pacientes com o sistema de cuidados de saúde maternos.	Declaram não possuir Financiamento: NI

Autor, ano	Objetivo	Conclusão	Conflito de interesses e financiamento
	<p>médicos/fatores de risco anteriores precisos entre mulheres negras.</p> <p>(3) Desenvolver recomendações para educar os profissionais de saúde sobre a importância da competência cultural, a diversidade dos cuidados de saúde maternos, o impacto dos seus preconceitos raciais pessoais implícitos e aumentar a sensibilização para as disparidades existentes dos cuidados de saúde maternos para as mulheres negras, tanto durante o período pré-natal como durante o parto.</p>		
Rosendo; Roncalli, 2015 ²⁴	Determinar a prevalência do <i>near miss</i> e de complicações no período gravídico-puerperal, identificando seus principais marcadores clínicos e de intervenção e os fatores socioeconômicos e demográficos a ele associados.	A realização de inquéritos populacionais utilizando a definição pragmática de <i>near miss</i> é factível e pode acrescentar informações importantes relacionadas às características socioeconômico-demográficas e aos seus marcadores clínicos e de intervenção, uma vez que muitas dessas informações não estão disponíveis nos sistemas de informação, principalmente em locais onde ainda não há um sistema de vigilância desses casos. Os marcadores clínicos e de intervenção mais prevalentes, relacionados ao <i>near miss</i> materno, apontam para a necessidade de fortalecimento da atenção primária, com a realização de um pré-natal de qualidade e para a importância de uma rede de saúde articulada que garanta o encaminhamento e o tratamento com os recursos humanos e tecnológicos necessários na atenção terciária, reduzindo as possíveis iniquidades existentes na saúde.	Conflitos de interesses: NI Financiamento: NI
Saluja et al., 2021 ²⁵	Revisar o preconceito implícito e o impacto que ele pode ter nos cuidados de saúde e nas disparidades em saúde.	A maioria das mortes relacionadas com a gravidez pode ser evitada; todos os níveis do modelo social/ecológico devem ser considerados em conjunto ao examinar as disparidades raciais nos cuidados de saúde. O trabalho interdisciplinar pode ser realizado, mas os preconceitos implícitos individuais e o profundo impacto do racismo estrutural devem ser reconhecidos e aceitos antes que se possa fazer progresso real na redução das disparidades raciais na mortalidade materna e na diminuição das mortes maternas em geral nos EUA.	Conflitos de interesses: NI Sem financiamento

Autor, ano	Objetivo	Conclusão	Conflito de interesses e financiamento
Valerio et al., 2023 ²⁶	Investigar contribuições multidimensionais baseadas em lugares para as disparidades de saúde materna Black-White nos Estados Unidos.	A exposição à vulnerabilidade materna da comunidade está associada ao aumento das chances de resultados adversos, mas a lacuna Black-White nos resultados permaneceu abaixo de todos os níveis de vulnerabilidade. As descobertas sugerem que intervenções de saúde de precisão informadas localmente e mais pesquisas sobre racismo são necessárias para alcançar a equidade na saúde materna.	Declararam não possuir Financiamento: Fundação Bill & Melinda Gates (número de concessão INV-024583).
Wang et al., 2020 ²⁷	Sintetizar a literatura sobre associações entre determinantes sociais da saúde e mortalidade e morbidade relacionadas à gravidez nos Estados Unidos e destacar oportunidades para intervenção e pesquisas futuras.	Os estudos empíricos fornecem provas do papel da raça e da etnia, dos seguros e da educação na mortalidade relacionada com a gravidez e no risco de morbidade materna grave, embora muitos outros determinantes sociais importantes, incluindo os mecanismos de efeito, continuem a ser estudados com maior profundidade.	Declararam não possuir. Financiamento: Este estudo foi financiado em parte pelo Instituto Nacional de Saúde de Minorias e Disparidades de Saúde (R01MD007651) e pela Fundação da Família Blavatnik.

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice 4. Qualidade metodológica das revisões sistemáticas

	PICO	Protocolo do estudo*	Critérios de inclusão	Estratégia de busca abrangente*	Seleção em duplicata	Extração em duplicata	Lista de estudos excluídos com justificativa*	Descrição adequada dos estudos incluídos	Técnica adequada para avaliar o risco de viés dos estudos*	Fonte de financiamento dos estudos incluídos	Métodos apropriados para a metanálise*	Risco de viés de cada estudo na metanálise	Risco de viés de cada estudo ao interpretar os resultados*	Heterogeneidade dos estudos incluídos	Viés de publicação*	Conflito de interesse	Total
Eslier e tal., 2023	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	CB
Wang et al., 2020	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	●	CB

● Sim
● Parcialmente sim
● Não
○ Não foi realizada metanálise

Fonte: Elaboração dos autores. Nota: CB: Criticamente baixo.