

MATERNAL INFANTIL**ATA N.º001/12**

1 Em 03 de outubro de 2012, as 08h30min, nas dependências da Escola de Saúde Pública, deu-se
2 início a primeira reunião do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil -
3 CEPMMI, conduzida nesta ocasião pela senhora Hilda Guimarães de Freitas, Gerente da Saúde da
4 Mulher/SES. Estiveram presentes os seguintes representantes: **Aline Schio/VISA/SES, Vera Lúcia**
5 **Silva Ramos/SdAdolescente/SES, Rafaela Fernandes/Regulação/SES, Luana Ortega**
6 **Marquetti/CMMFI/São Gabriel, Ilaine Maroco/VIGEP/São Gabriel, Marta Palombo**
7 **Bortolazzi/VIGEP/Camapuã, Vânia Lucia do Nascimento/CVE/SESAU/CGR, Márcia Adriana de**
8 **Souza/SESAI, Michelly Zanchin/IPED/APAE, Hulda Kedma Orenha/DIS/SES, Nilza Insfran**
9 **Fogaça/SdCriança/SES, Vânia Regina Parra Batista/SdCriança/SES, Adriana Odalia**
10 **Rimoli/FUNDECT, Maria de Lourdes Oshiro/ESP/SES, Vera Lucia Carvalho da Silva/VIGEP/SES,**
11 **Sonia Solange Ennes Pessoa/COREN/ABENFO e Luciene Higa de Aguiar/Sdmulher/SES.**
12 Dando início aos trabalhos, **Hilda** esclareceu que a convocação das representações levou-se em
13 consideração as oficializadas na última publicação em Diário Oficial a Resolução Nº 228/SES/MS/10
14 e que posteriormente será necessária republicação da composição, com titular e suplente, onde
15 serão chamadas novas instituições a fazer parte. Posteriormente, os membros deverão deliberar
16 sobre o texto do Regimento Interno do Comitê que também deverá ser publicado em DO. Informou
17 que o CEPMMI é uma instância de discussão das causas de óbitos maternos e infantil, que objetiva
18 identificar os pontos frágeis da atenção à saúde fazendo recomendação para a gestão. Na
19 seqüência, abriu a pauta, fazendo breve **Apresentação dos Conceitos Básicos e da Situação**
20 **Epidemiológica da Mortalidade Materna no Estado** - que óbito materno é a morte de uma mulher
21 ocorrida durante a gestação ou 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração
22 ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez
23 ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por
24 fatores acidentais ou incidentais. As mortes maternas por causas obstétricas podem ser de dois tipos:
25 as obstétricas diretas que ocorrem por complicações durante gravidez, parto ou puerpério, devido a
26 intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos resultantes de qualquer
27 destas causas; e as indiretas que ocorrem por complicações de doenças que existiam antes da
28 gestação, ou que desenvolveram durante este período, não provocadas por causas obstétricas
29 diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Segundo a OPAS/MS considera-se
30 como baixa uma Razão de Mortalidade Materna – RMM menor que 20 mortes por 100.000 nascidos
31 vivos. A RMM reflete a qualidade de atenção à saúde da mulher e taxas elevadas estão associadas à
32 insatisfatória prestação de serviços de saúde (no planejamento familiar, no parto e nascimento, no
33 puerpério). No período de 2000 a 2005 a RMM no Estado foi de 73,84/100.000 NV e de 2006 a 2010
34 foi de 77,40/100.000 NV. A evolução de RMM no período de 2008-2012 é de 108 por 100.000
35 nascidos vivos. O módulo de investigação de MM no SIM permite acompanhar on-line a notificação e
36 a síntese das investigações dos óbitos de MIF. No ano de 2011 foram registrados 16 óbitos maternos
37 e 621 de mulheres em idade fértil; ano de 2012 foram 26 e 605, respectivamente, até o dia 17 de
38 setembro de 2012. Óbitos maternos por tipos de causa em 2011, mais prevalentes foram: transtornos
39 hipertensivos, gravidez que termina em aborto, outras afecções obstétricas não classificadas, embolia
40 de origem obstétrica, hemorragia pós-parto, complicações de anestesia durante o trabalho de parto,

MATERNAL INFANTIL**ATA N.º001/12**

41 inversão do útero pós-parto e deslocamento da placenta. Com relação às consultas do pré-natal em
42 2011: 13,79% de 7 consultas ou mais, 37,93% de 4 até 6 consultas, 13,79% de uma até 3 consultas,
43 31,03% zero consultas e 3,45% sem informação. Finalizando, tipos de partos com vítimas de morte
44 materna: 53,13% cesariana, 31,25% parto normal e 15,63% sem informação. Na seqüência,
45 apresentou o **Desenho da Rede Cegonha no Estado** – Instituída no âmbito do Sistema Único de
46 Saúde, através das Portarias: 1459/11, 2351/11 e 650/11, asseguram os seguintes cuidados às
47 mulheres: o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto,
48 abortamento e puerpério; às crianças, direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento
49 saudável. Tem como princípios: a defesa dos direitos humanos, o respeito a diversidade, enfoque de
50 gênero, direitos sexuais e reprodutivos, participação e mobilização social. No estado, todos
51 municípios realizam consulta pré-natal de risco habitual e todos os municípios sede de microrregião
52 são referência para pré-natal de alto risco. Benefícios: para a gestante, apoio deslocamento
53 (cancelado) e kit da gestante; para o município, recursos para custeio de novos exames de risco
54 habitual e alto risco e kit para a unidade de saúde; para o hospital, construção de CPN e CGBP,
55 reforma da ambiência da maternidade, recurso para reforma de UTI adulto e neo, UCINCo e UCINCa,
56 recurso para custeio mensal dos leitos de UTI adulto e neo, UCINCo e UCINCa. Centro de Parto
57 Normal, está prevista a construção de 3 CPN no Estado: HU de Campo Grande, Santa Casa de
58 Corumbá e HU de Dourados. Está prevista a construção de cinco Casas de Apoio a Gestante, Bebê e
59 Puérpera: Santa Casa de Campo Grande, HRMS, HU de Campo Grande, HU de Dourados e Santa
60 Casa de Corumbá. O recurso para ambiência para os serviços de parto deve ser utilizado para
61 adequação da ambiência do centro obstétrico, nas portas de entrada e no alojamento conjunto.
62 Finalizando, os hospitais que receberão estes recursos serão, no total, 15 sendo 9 os hospitais sede
63 de microrregião e 5 hospitais/maternidades de Campo Grande: Santa Casa, HRMS, HU, AAMI e
64 Hospital da Mulher – Vó Honória. Finalizando as apresentações, **Hilda** enfatizou que uma das linhas
65 do CPMMI é a prevenção, e tem como função principal reunir e monitorar mesmo que não tenham
66 óbitos para discutir, verificar se as ações necessitam de ajustes, apontar quais as necessidades de
67 implementação, e incentivar a criação de comitê para os municípios que ainda não implantaram.
68 Informou que existe recurso na PPI da Vigilância em Saúde investigar óbito materno e infantil, no
69 entanto, isso ainda não está absorvido no processo. **Hulda** informou que, segundo a RIPSA, não é
70 considerada morte materna aquelas provocadas por fatores acidentais, no entanto, esse ponto de
71 vista e outros estão sendo revistos pelo Ministério da Saúde, por meio de protocolo criando indicador
72 para entrar na razão. **Vera Carvalho** disse que essa informação deve ter sido tomada para fechar
73 violências. **Marta Bortolazzi** informou que caso de óbito materno por cisticercose foi considerado
74 como causa indireta. **Hilda** informou que tem conseguido investigar os óbitos, mas há necessidade
75 de trabalhar as causas. Pois, as mulheres estão ficando grávidas mais tardiamente, sendo o grupo
76 mais atingido, ou seja, onde concentra maior número de casos. Citou que algumas causas
77 consideradas diretas no óbito materno: hipertensão que evolui para eclampsia e pré-eclampsia,
78 deslocamento de placenta, hemorragia, complicação de aborto, infecção puerperal, complicações
79 anestésicas e embolia de causa obstétrica; e indiretas no óbito materno: cardiopatias, hipertensão
80 arterial crônica, embolia pulmonar e DPOC. **Hulda** disse que neste grupo entram as neoplasias e

MATERNAL INFANTIL**ATA N.º001/12**

81 outras. **Vera Carvalho** relata sua experiência de trabalho na Ilha do Marajó, onde a maior causa de
82 óbito é a malária, não ocorriam óbitos maternos haja vista a alimentação saudável como arroz, feijão
83 e peixe. Acredita que o pré-natal deve ser bem trabalhado e promover mudança de hábito. **Hilda**
84 disse que dos óbitos registrados em 2012 até o momento não há casos de mulheres indígenas. Vale
85 destacar que os organismos nacionais e internacionais fizeram pactos para reduzir a mortalidade
86 materna e infantil, mas ainda não temos conseguido atingi-los. Nesta área a Presidenta da República
87 lançou a Rede Cegonha e em março de 2012 nosso estado concretizou a rede nos 78 municípios.
88 Disse que temos que saber quais são os pontos de estrangulamentos (centro de saúde e central de
89 regulação) para costurar essa Rede, enfim, onde a mulher estiver circulando pra saber se ela está
90 funcionando ou não. Por fim, disse que junto com a Rede foi lançado o Sistema Pré-Natal Web que
91 possibilita classificar o risco gestacional bem como o acompanhamento deste pré-natal em todos os
92 pontos de atendimento, ou seja, na unidade de saúde, na referência de gravidez de alto risco e
93 atenção prestada ao parto no hospital e a consulta do puerpério, bem como o acompanhamento da
94 criança até os dois anos de vida. A área da saúde da mulher, após analisar a concentração dos
95 casos por macrorregião decidiu-se iniciar pela macrorregião de Campo Grande onde dos 26 casos,
96 14 casos são desta macro. Dando prosseguimento, foram analisados dois casos em que podemos
97 verificar que alguns pontos pinçados merecem ser implementados nas localidades: durante o pré-
98 natal é necessário fazer a classificação de risco e encaminhar a gestante para as referências
99 oficializadas na Rede Cegonha, utilizando para isso a regulação de vagas para especialista, melhorar
100 o preenchimento no cartão da gestante, implementar o trabalho de busca ativa de gestantes faltosas
101 no pré-natal, viabilizar com segurança o transporte das gestantes para outras referências para que
102 não agrave mais o risco de morte. Também, foi recomendado pelo grupo que a Central de Regulação
103 contribua fornecendo os dados para a investigação do óbito materno e que os casos do interior
104 atendidos nos hospitais de Campo Grande sejam analisados e prestada assistência pelo Comitê da
105 capital. Encerrando esta reunião, **Hilda** solicitou aos presentes que confirmem o representante da
106 instituição o mais rápido possível para efeitos de republicação em DO; informou sobre a próxima
107 reunião, com data a ser confirmada para o mês de novembro, em que o CEPMMI deverá eleger seu
108 presidente/coordenador. Nada mais havendo a ser tratado, a reunião foi encerrada às 12:00 horas.