

MATERNAL INFANTIL**ATA N.º 019/16 REUNIÃO****01 de agosto de 2016**

1 Em primeiro de agosto de dois mil e dezesseis, às oito horas e quarenta e cinco minutos, na
2 sala de reunião da CEVE/SES, iniciou-se a décima nona reunião do Comitê Estadual de
3 Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil – CEPMMI/MS. A reunião foi conduzida pela
4 técnica **Hilda Guimarães de Freitas**, Gerente da **Saúde da Mulher/CEAB/SES/MS**.
5 Estiveram presentes: **Aline Schio de Souza /VISA/SES/MS**, **Dulce Lopes Barboza Ribas**
6 **/CRN3/UFMS**, **Gislaine Medeiros Gonzales /Uniderp/Coren**, **Karine Cavalcante da Costa**
7 **/CEAB/SES/MS**, **Hulda Kedma Orenhas /DIS/SES/MS**, **Luciene Higa de Aguiar**
8 **/SdMulher/CEAB/SES**, **Maria de Lourdes Oshiro /ESP/SES**, **Paulo Saburo Ito HRMS**
9 **/SOGOMATSUL**, **Renata P. Pícoli /Fiocruz/MS**, **Maria Cristina Mendes Bignardi Pessoa**
10 **/CRN/MS** e **Welton Pereira Felix /Sdcriança/CEAB/SES**. Representantes: **Alessandra Lira**
11 **de Rezende Corrêa /IPED APAE** Convidados: **Maiene N. C. Oliveira /Rede**
12 **Cegonha/CEAB/SES**, **Geovania Gil da Costa /Vigilância Epidemiológica/SMS/Corumbá**,
13 **Nides Maria Marcon /CMPMMIF/Corumbá/MS**, **Natália Sales /UFMS**. Apresentaram
14 justificativa de ausência: Francine Ramos de Miranda, Rose Mariano da Silva e Rafaela
15 Aparacida Jardim Fernandes, demais membros não apresentaram justificativa. **Hilda**
16 começou a reunião solicitando que os membros aprovassem a Ata nº 018/16, de 06 de junho
17 de 2016, a aprovação foi feita por unanimidade. Após é feita a apresentação da pauta da
18 reunião **1. APRESENTAÇÃO** 1.1. Situação Epidemiológica da Mortalidade Infantil no Estado
19 1.2. Estudo da Mortalidade Perinatal 1.3. Estudo de Caso de Óbito Materno **2. DEBATES E**
20 **RECOMENDAÇÕES** **3. INFORMES GERAIS:** 3.1. TAB NET (Nascidos Vivos e Mortalidade)
21 3.2. Material disponível no Site Secretaria Estadual de Saúde 3.3. Protocolo de Atendimento
22 à Gestante, Puérpera e Recém Nascido em MS. **Hilda** iniciou a reunião agradecendo a
23 presença de todos. Fez uma pequena explanação sobre a situação epidemiológica no estado,
24 uma vez que não ocorreu alteração nos últimos três anos e que até a presente data foram
25 registrados dezessete (17) óbitos maternos. Ressaltou que foi acordado na reunião anterior
26 que o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil, iria trabalhar
27 juntamente com Corumbá (2 óbitos maternos), discutir e fazer acompanhamento das
28 recomendações. Demais óbitos foram em Agua Clara (1), Amambai (1), Anaurilandia (1), Aral
29 Moreira (1), Campo Grande (4), Dourados (1), Juti (1), Naviraí (1), Ponta Porã (1), Rio Verde
30 de MT (1) e Três Lagoas (2). Ressaltou o registro em municípios de fronteira (Corumbá),
31 município pequeno (Juti) e município que não registrava óbito materno há alguns anos
32 (Naviraí). A faixa etária ainda predominante é acima de 25 anos e em adolescentes. A Causa
33 Básica predominante é Hipertensão e Hemorragia. Seguindo a pauta, **Welton/SES**
34 responsável em monitorar a mortalidade infantil e fetal, informou que o trabalho é feito
35 baseado nas metas do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), do indicador 24 - *taxa*
36 *de mortalidade infantil* e indicador 25 - *proporção de óbitos infantis e fetais investigados*. O
37 monitoramento é realizado por meio das plataformas nacionais Sistema de informação sobre
38 mortalidade (SIM), Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Painel de
39 Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal/DATASUS (aberto ao público para pesquisa a
40 nível regional e nacional). Mostrou graficamente a taxa de mortalidade a cada 1000 NV, no
41 período de 2013 a 2015, que a macrorregião com maior número de óbitos infantis é a de
42 Corumbá. **Welton** colocou que um dos motivos desse aumento poderia ser a deficiência nas

MATERNAL INFANTIL**ATA N.º 019/16 REUNIÃO****01 de agosto de 2016**

43 UTIs neonatais, a dificuldade de deslocamento das gestantes para serviço de alto risco, ao
44 que **Hulda** complementou, por ser o município de fronteira, poderia levar à omissão de
45 informações por parte das usuárias, dificultando a qualidade na investigação e ressaltou que
46 no caso de mudança de município de residência na Declaração de Óbito é preciso uma
47 investigação seria e responsável e que se forneçam dados consistentes para ser feita a
48 correção na Declaração de Óbito e no Sistema de Informação sobre Mortalidade. **Hilda** citou
49 um dos aparatos da Rede Cegonha, a casa de apoio à gestante, em que pode transferir a
50 gestante com fator de risco comprometido a este local, antes do parto. Corumbá não
51 conseguia cadastrar as propostas da Rede Cegonha com todos os aparatos. **Renata** disse
52 como temos municípios de fronteira, é importante pensar nas políticas laterais, sendo
53 necessário uma política que consiga minimizar estes óbitos, questionando-se sobre de que
54 forma ocorrem estes óbitos. **Nides** referiu-se à Atenção Básica, em que o acompanhamento
55 de outros programas da estratégia da saúde da família (Rede amamenta Brasil) em anos
56 anteriores era mais intensa que nos dias atuais. **Welton** disse que a taxa de mortalidade do
57 estado comparada com os demais estados, está baixo da média, mesmo tendo registro fetal
58 e infantil em todos os municípios. Em seguida, falou sobre a classificação de evitabilidade em
59 2015, sendo 61% evitáveis, 36% não evitáveis e 3% mal definidas, destes 34%
60 correspondem por adequação à gestação. A classificação é feita pelo CID 10, ao que **Dr**
61 **Paulo** acrescentou que depois da investigação domiciliar, hospitalar, necropsia e passar pelo
62 comitê, é decidido se é evitável ou não. Exemplificou caso de óbito prematuro, 28 semanas,
63 pode ser evitado, sendo preciso considerar a prática, o que poderia ser feito para evitar este
64 óbito. **Hilda** citou o caso de eclampsia, em 37 semanas de gestação, seria um caso evitável,
65 em que a eclampsia poderia ser controlada. **Karine** citou o Programa Mais Médicos, o
66 trabalho das equipes da saúde da família, para se trabalhar a agenda de forma diferenciada,
67 de acordo com o dia da semana, ciclo de vida, fazendo a criação de barreira de acesso, o
68 que não está sendo feito em Corumbá. A partir de outubro já sairá a proposta de agenda.
69 Sendo já uma proposta de ação para o município de Corumbá. A mortalidade pós neonatal
70 prevaleceu no período de 2010 a 2015. Por raça, destacou-se por ordem de prevalência: a
71 branca, parda e indígena. Quanto ao Capítulo CID 10, 50% dos casos foram ocasionados por
72 algumas afecções originadas no período perinatal. A seguir, **Hilda** convidou a
73 **EnfªNatalia/UFMS** para expor sobre a monografia de conclusão do Curso de Residência da
74 Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), orientada da Dra Lourdes Oshiro.
75 **Natalia** disse sobre o estudo da série histórica da mortalidade perinatal (2004-2013) no
76 município de Campo Grande – MS, tendo como objetivo específico realizar a evolução da
77 taxa de mortalidade perinatal (2004-2013) no município de Campo Grande – MS; apresentar
78 as características das mães e dos fetos/recém-nascidos; descrever as principais causas dos
79 óbitos perinatais e identificar os óbitos de neonatais precoces quanto ao que a mortalidade
80 perinatal vem crescendo em importância como indicador de saúde materno-infantil, por
81 longos anos a mortalidade vem se concentrando no perinatal e que grande parte destes
82 deve-se ao conhecimento dos indicadores, com base nos registros de alguns estados,
83 destacando-se Mato Grosso do Sul. A metodologia adotada foi quantitativo, descritivo e
84 analítico retrospectivo, em que as variáveis incluídas referem-se as características do

MATERNAL INFANTIL**ATA N.º 019/16 REUNIÃO****01 de agosto de 2016**

85 **feto/recém-nascido, ao perfil socioeconômico materno, às causas de morte e aos critérios de**
86 **evitabilidade desses óbitos** e fonte de dados foram bancos de dados do Sistemas de
87 Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
88 (SINASC). A mortalidade perinatal compreende óbitos de 22 semanas e os óbitos neonatais
89 precoces. No Brasil, as causas perinatais são consideradas como as principais responsáveis
90 pelas mortes no primeiro ano de vida e a maioria dos óbitos ocorridos no Brasil é prevenível
91 pela atuação dos serviços de saúde; No município de Campo Grande - MS, nos 10 anos de
92 estudo (2004 a 2013), foi verificado 1771 óbitos perinatais, **das quais 1043 eram fetos e 728**
93 **neonatais precoces, sendo observada tendência crescente de aumento no percentual desses**
94 **óbitos (14,7%).** A taxa de mortalidade perinatal apresentou flutuações no período, com média
95 de 13,86. As perdas fetais representaram cerca de 60% do total de mortes perinatais. **Em**
96 **relação às características do conceito destacaram-se os do sexo masculino 48% (10,67**
97 **ignorados), 69,50% prematuro e 69,79% baixo peso respectivamente. Nas mães**
98 **prevaleceram a faixa etária de 20 a 34 anos (65,38%) e com 8 a 11 anos de estudo (45,45%).**
99 As principais causas de óbitos foram concentradas no capítulo das afecções perinatais
100 (86,39%). Destacaram-se os agrupamentos: fatores maternos (37%), hipóxia intrauterina
101 (27%) e septicemia bacteriana (14%). As malformações congênitas apareceram como
102 segunda causa de óbitos (12,81%). As causas de mortes por afecções perinatais possuem
103 importante potencial de redução. **Do total de óbitos de neonatais precoces, 73,48% foram**
104 **classificados como evitáveis.** O componente neonatal precoce, que compões o indicador de
105 mortalidade perinatal, foi responsável por 46% do total de mortes infantis no município. **O**
106 **aumento da taxa de mortalidade perinatal pode ser reflexo da melhoria na notificação dos**
107 **óbitos e, de falhas na qualidade da atenção pré-natal e no manejo obstétrico.** Considerando
108 que a maior porcentagem de óbitos está relacionada com a prematuridade e o baixo peso, a
109 qualidade da assistência pré-natal tem papel fundamental para redução desses índices. Para
110 isso, é necessário o treinamento da equipe, instituição de protocolos clínicos, utilização
111 correta de critérios de gestação de risco e a garantia de referência para atendimento
112 especializado quando da identificação de alto risco. Além dessas medidas, a melhoria dos
113 registros vitais através da capacitação e conscientização dos profissionais para o
114 preenchimento da DO, permite a melhor compreensão das circunstâncias de ocorrência dos
115 óbitos e, conseqüentemente, o direcionamento no planejamento das ações de saúde que
116 auxiliem o desenvolvimento de uma gestação saudável. Nos hospitais, a capacitação
117 permanente da equipe que recebe e realiza os primeiros cuidados no recém-nascido e
118 investimentos em qualidade de serviço em nível terciário com capacitação de pessoal e
119 implementação de UTI neonatal são fundamentais para a adequada assistência ao recém-
120 nascido. A seguir, **Hilda** colocou sobre a importância de se fazer um estudo sobre a Causa
121 Básica e os cuidados prévios, tanto pelo investigador quanto pelo Comitê. Primeiramente,
122 **Geovania** passou informações com relação ao óbito materno estudado na reunião anterior,
123 disse que foi feita a necropsia e repassou a cópia do exame ao Dr Paulo para leitura e
124 análise. O resultado do exame **laboratorial para diagnóstico de Influenza A (H1N1) deu**
125 **negativo.** Após leitura e discussão pelos membros, foi confirmado que a Causa Básica será
126 passível de correção na Declaração de Óbito (DO) **e posteriormente no Sistema de**

MATERNAL INFANTIL**ATA N.º 019/16 REUNIÃO****01 de agosto de 2016**

127 **Informação sobre Mortalidade (SIM)**, **Hulda** orientou que sejam encaminhadas todas as
128 fichas e exame de necropsia referente ao óbito para que se possa fazer a correção, uma vez
129 que não pode fazer esta alteração na DO. Depois, **Geovania** relatou brevemente sobre o
130 óbito materno estudado no dia. Na sequência, **Dr Paulo Ito** fez um resumo sobre o caso de
131 óbito materno ocorrido no município de Corumbá, antes falou sobre volume sanguíneo prévio
132 à gestação, aumento do volume **sanguíneo** durante a gestante e grau de anemia após o
133 parto. ESTUDO DO CASO: caso investigado e analisado pelo Comitê Municipal de
134 Prevenção da Mortalidade Materna de Corumbá, 23 anos, cor parda, casada, escolaridade
135 ensino médio incompleto, situação sócio-econômica desfavorável, Gesta 1, Parto 0, Aborto 0,
136 realizou o pré-natal, com registro de 5 consultas, não sendo identificado no cartão quais
137 consultas realizadas, USG realizado, idade gestacional 32 semanas, não ter doenças
138 crônicas, realizado urocultura (resultado negativo), hemograma (plaquetas baixas) relato de
139 perda de sangue e dor, relato de choque hemorrágico, palpitações, vertigem, taquicardia,
140 pressão alta PA 130x90 MMHG, altura 1,61m (IMC 29,15) peso 75,5 kg, peso acima de
141 massa corpórea, DUM 15/05/2015, DPP 20/02/2016, IG 19 semanas, peso acima de massa
142 corpórea. Parto Cesariana, feto único, cefálico, BCF presente, LA normal, morfologia normal.
143 Segundo relato da família a paciente não deveria ter feito esforço físico que ocasionou o parto
144 prematuro. Não realizado necropsia. Causa básica na DO - *O152 Eclampsia no puerperio*,
145 óbito considerado evitável. Após estudo, foram feitas as seguintes RECOMENDAÇÕES:
146 Fazer encaminhamento alto risco; Melhorar a qualidade no planejamento familiar; Adotar o
147 pré-concepcional; Utilizar a caderneta da gestante; Registrar todas as atribuições realizadas
148 por todos os profissionais; Utilizar os protocolos de exames recomendado pela Rede
149 Cegonha (fazer teste rápido, urinocultura); Resgatar boletim; Oportunizar melhoria ao Comitê
150 Municipal de Mortalidade na identificação dos determinantes; Rever a liberação precoce das
151 gestantes; Maior organização do sistema; Melhorar a qualidade dos instrumentos de
152 investigação (deficientes); Proporcionar o acompanhamento da criança. INFORMES: **Paulo**
153 **Ito** transmitiu a seguinte mensagem, mostrando um laço, em que um lado do laço representa
154 a mãe e a outro lado representa a criança, o laço é simétrico dizendo que a mãe e a criança
155 são ambas vitais para o sucesso da amamentação e o nó do laço é o pai, a família e a
156 sociedade e as pontas do laço são o futuro, ou seja, o aleitamento materno exclusivo por seis
157 meses, assegurando cuidados na saúde, crescimento e desenvolvimento da criança. A cor
158 dourada simboliza a amamentação, o padrão ouro para alimentação infantil. **Hulda** falou
159 sobre a ferramenta TABNET disponível no site www.saude.ms.gov.br, em que se auxilia na
160 extração de dados referentes às estatísticas vitais - Mortalidade e de Nascidos Vivos em
161 tempo hábil, dentro desta ferramenta é possível cruzar várias variáveis por ano de ocorrência,
162 sexo, faixa etária, raça entre outros. **Hilda** complementou, falando sobre o material disponível
163 no site e mostrou como acessar os documentos referentes à Saúde da Mulher, do Comitê
164 Estadual de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil e Rede Cegonha, por fim falou
165 sobre o *Protocolo de Atendimento à Puérpera, Gestante e Recém-nascido*, também
166 disponível no site (Atenção Básica – Redes de Atenção a Saúde - Rede Cegonha). Finalizou
167 a reunião agradecendo a participação de todos, nada mais havendo a ser tratado, a reunião
168 foi encerrada às onze horas e quarenta e seis minutos.