

*MATERNO INFANTIL***ATA N.º010/14 REUNIÃO****08 de outubro de 2014**

1 Em oito de outubro de dois mil e quatorze, às oito horas e quarenta e sete minutos,
2 nas dependências da Secretaria Estadual de Saúde/SES, iniciou-se a décima reunião
3 do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil – CEPMMI/MS. A
4 reunião foi conduzida pela senhora **Hilda Guimarães de Freitas**, Gerente da Saúde
5 da Mulher/SES. Estiveram presentes: **Vera Regina Dalla Vechia Biolchi Oliveira**
6 **/ESP/SES/MS, Noemia Rocha/DIS/SES, Karine Cavalcante da**
7 **Costa/CEAB/SES/MS, Janaina Trevisan Andreotti/Vig.Sanitária/SES, Janainne**
8 **Moraes Vilela Escobar/CEAB/Sdfamilia/SES, Juliana de Lima Lupion**
9 **Silva/IPED/APAE, Sônia Solange Ennes Pessoa/DIS/SES/MS, Paulo Saburo**
10 **Ito/Sogomatsul/HRMS/CMMMIF/SESAU, Rafaela Fernandes/CERA/MS, Renata**
11 **Martins Teixeira/CERA/MS, Lucinete Barbosa Herrerias/Sdcriança/SES, Welton**
12 **Pereira Félix/Sdcriança/SES, Luciene Higa de Aguiar/Sdmulher/SES, Michele**
13 **Rodrigues Dantas/SMPC/SEGOV/MS. Convidados: Bruno Holsback**
14 **Uesato/Vig.Epid./SESAU, Kátia Cilene Araújo Tamazato/Vig.Epid./SESAU, Maiene**
15 **N. C. Oliveira/CEAB/SES/MS, Márcia Lopes Cristaldo Correa/Vig.Saúde/Guia**
16 **Lopes da Laguna, Moira Aline Carneiro do Espírito Santo/CMMI/Jardim, Fátima**
17 **Scarcelli/CGSCAM/MS, Maria Aparecida Almeida Cruz/Sdalimentação/SES**
18 Apresentaram justificativa de ausência: **Aline Schio/CVISA/SES/MS, Ranna**
19 **Almeida/DIASI/DSEI/MS e Rose Mariano da Silva/DIASI/DSEI/MS. Dando início aos**
20 trabalhos, **Hilda** iniciou a reunião cumprimentando a todos, em seguida solicitou aos
21 presentes que fizessem uma breve apresentação, disse sobre a importância da
22 participação de cada um dos membros e convidados e que isso tem fortalecido o
23 trabalho do Comitê. Apresentou a pauta enviada antecipadamente aos membros e
24 convidados, composta de seis itens: 1. Aprovação da Pauta; 2. Aprovação da Ata nº 9
25 (04 de agosto de 2014); 3. Apresentação Situação Epidemiológica de Mortalidade
26 Materna e Infantil; 4. Estudo de Caso: 4.1. Apresentação de estudo de óbito materno
27 (Dr. Paulo Ito); 4.2. Apresentação do caso de óbito pelo município de residência
28 (Equipe de Guia Lopes da Laguna); 4.3. Apresentação do caso de óbito pelo município
29 de ocorrência (Equipe de Jardim); 5. Debate; 6. Recomendações. **Hilda** deu
30 oportunidade para que os membros fizessem alguma alteração da pauta e ata, não
31 havendo solicitação de correção, houve aprovação de todos os membros. Seguindo a

*MATERNO INFANTIL***ATA N.º010/14 REUNIÃO****08 de outubro de 2014**

32 pauta, foi apresentada a Situação Epidemiológica do Estado, e que os dados foram
33 retirados no dia 30 de setembro de 2014, do Módulo de Investigação de Morte
34 Materna/WEB/SIM. Disse que em todas as reuniões do Comitê é apresentada a
35 situação epidemiológica do Estado, para que os membros possam acompanhar a
36 situação do óbito materno e infantil para impactar tanto na redução do óbito materno
37 quanto o infantil. Iniciou a apresentação dizendo que o estado de MS segue o
38 parâmetro da Organização Mundial de Saúde – OMS, o cálculo da razão da
39 mortalidade materna, que considera o óbito de morte materna por 100 mil nascidos
40 vivos, aceitável até 20 mortes, médio 20 e 49 mortes, alto 50 e 149 mortes e muito alto
41 + 150 mortes. Disse que o estado vem apresentando em torno de 42.000 nascidos
42 vivos e em média 22 óbitos maternos por ano, em que com este índice o estado não
43 vem conseguindo atingir ao parâmetro recomendado pela OMS. Informou também,
44 que entra no cálculo somente os óbitos obstétricos diretos e indiretos, exemplificando
45 o que seria um caso de óbito obstétrico direto, como uma gestante portadora do HIV
46 não esta relacionado a assistência do óbito mais a patologia. Disse que o estado está
47 no índice considerado alto, é que é preciso trabalhar para a redução da morte
48 materna. **Hilda** mostrou a evolução da razão de morte materna de 2010 a 2014, por
49 meio de gráfico, em que houve um aumento considerável do ano 2013 a 2014, mas
50 que de 2010 a 2013 houve uma redução, 2010 (74,75), 2011 (68,79), 2012 (68,63),
51 2013 (52,23) e 2014 (95,48). **Karine** questionou sobre a razão de mortalidade a nível
52 nacional, ao que Hilda disse que o estado esta abaixo do nível nacional, mas que o
53 óbito materno tem aumentado como um todo. Em seguida, mostrou quadro com
54 investigação oportuna de óbitos de mulheres em idade fértil e materno, houve em
55 2013 77,15% de investigação em tempo oportuno, contra 61,85% em 2014.
56 Acrescentou que os óbitos de MIF precisam ser investigados para que sejam
57 levantadas as causas mais evidentes para assim haja uma intervenção previa antes
58 que as mulheres vão a óbito. Aproveitou para lembrar que o compromisso do Contrato
59 Organizativo de Ação Pública (COAP) sobre a investigação em tempo oportuno (120
60 dias a contar da data do óbito). Fez um comparativo dos anos 2013 e 2014, em que
61 demonstrou por meio de gráfico que houve no Estado em 2014 que em Campo
62 Grande houve uma diminuição de óbitos de dois para oito (2/8). Em seguida, informou

*MATERNO INFANTIL***ATA N.º010/14 REUNIÃO****08 de outubro de 2014**

63 que temos 17 óbitos maternos residentes: Aral Moreira (1), Aquidauana (1), Bonito (1),
64 Campo Grande (2), Caracol (1), Corumbá (3), Fátima do Sul (1), Guia Lopes da
65 Laguna (1), Ladario (1), Nova Andradina (1), Rio Verde de MT (1), Taquarussu (1),
66 Ponta Porã (1) e Três Lagoas (1). Os óbitos maternos se concentraram na região do
67 pantanal, ou seja, divisa com o Paraguai e Bolívia. A maioria com causas que
68 poderiam ser evitadas, concentrado na faixa etária acima de 25 anos, em
69 adolescentes (16 anos), a maioria relacionada a hipertensão arterial, hemorragia pós-
70 parto e dois abortos. **Bruno** questionou de onde é tirada a causa básica, ao que **Hilda**
71 respondeu que a fonte usada é o modulo web de mortalidade materna, ao que **Bruno**
72 diz que um dos óbitos de Campo Grande ocorreu por outra Causa Básica e não a
73 citada na apresentação, **Hilda** disse que precisa ser verificado no sistema. Também
74 acrescentou, que uma das funções do Comitê é re-classificar o óbito quando preciso.
75 Em seguida, apresentou sobre a mortalidade infantil e fetal, em que os dados de 2014
76 são parciais, retirados no dia 30 de setembro de 2014. Disse que houve uma queda,
77 mesmo com o atraso no envio da Declaração de Óbito ao setor de Divisão da
78 Informação sobre Mortalidade (DIS), portanto, sendo considerados dados parciais.
79 Comparando o ano 2013 e 2014, houve uma boa queda ao que **Fátima** acrescentou
80 que o Estado vem traçando uma linha decrescente em relação à mortalidade infantil.
81 **Hilda** sugeriu aos membros que podem detalhar mais sobre o óbito infantil na próxima
82 reunião. Disse que o trabalho do comitê deve ser compartilhado, portanto, o óbito
83 materno e infantil, não pode ser separado, significa relacionar mãe e criança, segundo
84 pesquisas mostram que a maioria das crianças sem mãe vai para o mundo da
85 marginalidade. **Fátima** sugeriu fazer a investigação do óbito neonatal, se concentrar
86 nos hospitais onde há maior registro de óbitos neonatais e fazer para o próximo ano
87 um plano de ação para redução destes. Em seguida, **Dr. Paulo** iniciou estudo do óbito,
88 apresentando um resumo do caso. Seguido por **Enfª Moira** que complementou,
89 detalhando sobre a assistência prestada a paciente. A pedido dos membros da
90 Coordenadoria Estadual de Regulação de Assistência (CERA) foi incluída a fala do **Dr.**
91 **Fukuda** esclarecendo sobre o funcionamento da rotina de gestão de vagas, **Hilda**
92 comentou que temos que introduzir o protocolo para qualificar o encaminhamento dos
93 usuários. Em seguida, abriu espaço para o debate, utilizando-se de um quadro

MATERNAL INFANTIL**ATA N.º010/14 REUNIÃO****08 de outubro de 2014**

94 imantado, em que por meio de tarjetas, os membros puderam colocar os pontos
95 frágeis levantados diante do caso apresentado e pelo consenso houve falhas no
96 encaminhamento tanto no pré-natal de risco habitual quanto de alto risco, problemas
97 no encaminhamento intersetorial, havendo falta de comunicação entre os municípios
98 de residência e ocorrência durante investigação, falhas no planejamento reprodutivo,
99 na conduta técnica com relação a medicação e na gestão de vagas da regulação. O
100 Comitê entendeu como sendo este óbito evitável e sugeriu as seguintes
101 *recomendações*: Intensificar ações voltadas para o planejamento familiar, aprimorar a
102 busca ativa das gestantes por meio do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde
103 (ACS), melhor suporte para transporte das gestantes, aperfeiçoar e adotar os
104 protocolos de tratamento de hipertensão na Rede Hospitalar, **Hilda** finalizou dizendo
105 que cada membro deve levar às instâncias superiores estratégias relacionadas com a
106 área que atuam, pediu aos membros que revejam o plano anual que será discutido no
107 ano que vem. Agradeceu a presença dos membros, convidados e a participação dos
108 representantes dos Municípios. Nada mais havendo a ser tratado, a reunião foi
109 encerrada às onze horas e quarenta minutos.