

MATERNO INFANTIL**ATA N.º 015/15 REUNIÃO****14 de setembro de 2015**

1 Em quatorze de setembro de 2015, às oito horas e quarenta três minutos, na sala de
2 reunião da CEVE/SES, iniciou-se a décima quinta reunião do Comitê Estadual de
3 Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil – CEPMMI/MS. A reunião foi conduzida pela
4 senhora **Hilda Guimarães de Freitas**, Gerente da Saúde da Mulher/SES. Estiveram
5 presentes: **Alice Inácio de Paula/ABENFO/MS, Ana Paula R. O. Goldfinger/ESP/SES,**
6 **Hulda Kedma R. Orenha/DIS/SES, Karine Cavalcante da Costa/CEAB/SES/MS,**
7 **Karine Ferreira Barbosa/CIEVS/CEVE/SVS/SES, Luciene Higa de**
8 **Aguiar/Sdmulher/CEAB/SES/MS, Maria de Lourdes Oshiro/ESP/SES/MS, Renata**
9 **Palópoli Pícoli/FIOCRUZ/MS, Sônia Solange Ennes Pessoa/COREN/ABENFO/MS,**
10 **Vera Lúcia Silva Ramos/Sdadoléscente/SES e Welton Pereira Felix/Sdcriança/SES.**
11 **Convidados: Vera Regina Dalla Vechia Biolchi Oliveira/ESP/MS, Maiene N. L.**
12 **Oliveira/Rede Cegonha/CEAB/SES/MS, Indianara de O. M. A. Leite/Saúde da**
13 **Mulher/SESAU/CAB.** Apresentaram justificativa de ausência: **Adriano Ferreira da**
14 **Silva/Conselho Tutelar Sul/CG e Renata Martins Teixeira/CERA.** Dando início aos
15 trabalhos, **Hilda** iniciou a reunião cumprimentando a todos. Informou que estão presentes
16 membros e não membros (convidados). Solicitou para que todos fizessem uma breve
17 apresentação. **Hilda** enfatizou que é extremamente importante a presença dos membros
18 titular e suplente, e na impossibilidade de participação de um membro não participar o
19 outro terá condição de contribuir com o Comitê. Lembrando que é importante saber que a
20 pessoa que vem para representar a instituição não terá voz para votar, mas finalizou
21 dizendo que podem convidar as pessoas que tenham interesse de participar das reuniões.
22 Ressaltou que o Comitê esta sendo re-organizado, e assim que concluída a indicação da
23 nova composição, essa será enviada ao setor jurídico para publicação dos membros do
24 Comitê, e após publicação todos serão informados. Disse que a reunião do dia foi
25 pensada na recepção dos novos membros do Comitê. Após, **Hilda** questionou se havia
26 alguma sugestão de pauta, não havendo, expôs a pauta composta de seis itens: ORDEM
27 DO DIA 1.1. Apresentação dos novos membros do CEPMMI 1.2. Anuência do Regimento
28 Interno APRESENTAÇÃO E DEBATES: 2.1. Conceitos Básicos sobre Mortalidade
29 Materna – Hilda G. de Freitas, Gerência Saúde Mulher/SES – 10 min 2.2. Resultados da
30 Oficina Pós-Caravana – Resumo do Trabalho Integrado “Rede Cegonha, Saúde da
31 Mulher, Saúde da Criança e Alimentação e Nutrição” – Maiene Oliveira, Gerência Rede

MATERNAL INFANTIL**ATA N.º 015/15 REUNIÃO****14 de setembro de 2015**

32 Cegonha/SES – 10 min 2.3. Situação Epidemiológica da Mortalidade Materna e Infantil
33 em Mato Grosso do Sul – Hilda G. Freitas/SES, Gerência Saúde Mulher/SES – 10 min 2.4.
34 Estudo de caso de óbito materno em Campo Grande – Paulo S. Ito e Bruno H. Uesato,
35 CMPMMIF/SESAU – 20 min 3. INFORMES: 3.1. Encontro Nacional de Vigilância do Óbito
36 Infantil e Materno e Sistemas de Informação sobre Mortalidade Materna e Nascidos Vivos
37 – Welton P. Felix, Gerência Saúde Criança/SES – 5min 3.2. Informes Gerais. **Hilda** deu
38 oportunidade para que os membros fizessem alguma sugestão de pauta, não houve
39 sugestão de alteração, a mesma foi aprovada pelos membros. Não houve correção da Ata
40 nº14, sendo aprovada por todos. **Hilda** iniciou a sua apresentação dizendo que os
41 Comitês de Prevenção da Mortalidade Materno e Infantil são organismos de natureza
42 interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam identificar todos os óbitos
43 maternos, de Mulheres em Idade Fértil, infantis para apontar medidas de intervenção para
44 sua redução na região de abrangência, também é um importante instrumento de controle
45 social. Esclareceu que para a Organização Mundial em Saúde, óbitos em Mulheres em
46 Idade Fértil - MIF é a partir dos 15 a 49 anos, mas no Brasil considera a partir dos 10 a 49
47 anos. Morte Materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o
48 término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É
49 causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas
50 tomadas em relação a ela. Não é considerada Morte Materna a que é provocada por
51 fatores acidentais ou incidentais. Morte Materna é dividida em obstétrica e não obstétrica.
52 Morte materna obstétrica direta são complicações obstétricas durante a gravidez, o parto
53 ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de
54 eventos resultantes de qualquer dessas causas, por exemplo: gravidez terminada em
55 aborto, aborto infectado, transtornos hipertensivos da gravidez, parto ou puerpério. A
56 indireta são doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante
57 esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos
58 efeitos fisiológicos da gravidez. Exemplo: hipertensão prévia, diabetes mellitus,
59 cardiopatias, sífilis, tuberculose, malária, hepatites, doenças causadas pelo HIV. Morte
60 materna tardia, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas que ocorrem num período
61 de 43 a 364 dias após o fim da gravidez, não é incluída no cálculo da razão de
62 mortalidade materna. Morte materna não obstétrica é resultante de causas incidentais ou

MATERNO INFANTIL**ATA N.º 015/15 REUNIÃO****14 de setembro de 2015**

63 acidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo. Falou sobre a diferença da morte
64 materna direta e da indireta, a morte materna direta quando as informações na
65 Declaração de Óbito DO permitem classificar o óbito como materno. Não declarada
66 quando as informações na DO não permitem classificar como óbito materno, apenas com
67 os dados obtidos nas investigações que se permite tratar como óbito materno. A seguir
68 falou sobre a regulamentação de fluxos e prazos especiais para notificação, investigação
69 e registro de óbito materno considerando a Portaria GM 1.1119/2008. Seguindo a pauta,
70 **Maiene**, Gerente da Rede Cegonha, disse que a Rede Cegonha é um Programa do
71 Ministério Saúde, que tem como principal objetivo fortalecer a assistência materno-infantil,
72 assegurando às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à
73 gravidez, parto, abortamento. Expôs o resultado da Oficina Pós-Caravana, trabalho
74 integrado entre Rede Cegonha, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Alimentação e
75 Nutrição, disse que o trabalho é realizado em dois (2) dias, no qual o primeiro dia, é
76 trabalhado com a Atenção Básica do município, contando com a participação de um
77 responsável por cada Unidade de Saúde do município, mais o responsável pelo Centro de
78 Referência de Assistência Social (CRAS) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF),
79 um responsável pela área materna infantil do hospital e as áreas técnicas da Secretaria
80 Municipal de Saúde (Saúde da Mulher, da Criança, da Alimentação e Nutrição e Rede
81 Cegonha) e no segundo dia, o trabalho é feito com o Hospital com a participação das
82 áreas técnicas do município (Saúde da Mulher, da Criança, da Alimentação e Nutrição,
83 Rede Cegonha, Auditoria e responsável pela PPI) e da direção do Hospital, assim como a
84 equipe médica e de enfermagem responsável pela área materna-infantil. No primeiro dia é
85 trabalhado o fluxo da gestante durante o pré-natal, parto e puerpério assim como todas as
86 ações, exames, procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde que devem ser
87 realizados com a gestante/puérpera e com o recém-nascido. No segundo dia, é
88 apresentada ao hospital, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IAHC) em que são
89 mostradas as ações que devem ser feitas para que o Hospital se torne Amigo da Criança
90 e da Mulher, após é feita a conferência da Contratualização Hospitalar, a qual já deve
91 conter e avaliar os indicadores da Rede Cegonha e após é feito o Monitoramento e
92 Avaliação da Rede Cegonha, através de visita in loco conforme instrumento do Ministério
93 da Saúde. Este trabalho já foi realizado em Coxim, Ponta Porã, Três Lagoas e Paranaíba

MATERNAL INFANTIL**ATA N.º 015/15 REUNIÃO****14 de setembro de 2015**

94 e durante estas visitas tem sido verificado que o ponto mais frágil da assistência na
95 Atenção Básica, uma vez que os hospitais já estão se mobilizando e melhorando as
96 práticas assistenciais durante o pré-parto, parto e pós-parto, principalmente após a
97 contratação das Enfermeiras Obstetras. Quanto à Atenção Básica foi verificada uma
98 inexistência de protocolos, normas e rotinas locais, e ao mesmo tempo, os profissionais
99 não utilizam os protocolos do Ministério da Saúde já existentes. Após apresentação da
100 Gerente da Rede Cegonha, ficou deliberado que concluindo os relatórios pós caravana,
101 Maíene irá disponibilizá-los aos membros presentes. Na sequência, **Welton**, técnico da
102 Gerência da Saúde da Criança, expôs sobre sua participação e o da Hulda da Divisão de
103 Informações em Saúde, no Encontro Nacional de Vigilância do Óbito Infantil e Materno e
104 Sistemas de Informação sobre Mortalidade Materna e Nascidos Vivos, nos dias 12 a 14
105 de agosto 2015, em Brasília. **Welton** informou que durante esses três dias de
106 capacitação, houve alguns momentos em que o grupo era separado, em uma sala
107 ficavam o pessoal da Vigilância em Saúde e em outra sala o grupo do Sistema de
108 Informação sobre Mortalidade. Disse que durante roda de conversa com representantes
109 do Amazonas, Goiás, Tocantins e Mato Grosso, **Welton** percebeu que o estado de Mato
110 Grosso do Sul quando comparado com outros estados, tem apresentado um Comitê
111 atuante, pois muitos estados nunca tiveram Comitês constituídos, cuja realidade local da
112 vigilância epidemiológica é bastante fragilizada. Apresentou ao grupo o painel de
113 monitoramento do Ministério da Saúde atualizado, que apresenta dados mais recentes, da
114 notificação quanto da investigação. Informou o site para monitoramento:
115 <http://svs.aids.gov.br/dashboard>, nesse dashboard seleciona-se o desejado dentre as
116 opções, tanto referente à mortalidade infantil quanto a materna. Mostrou que é possível
117 criar vários gráficos, com variáveis: por ano, por grupo etário, por indicador, por
118 localidade, por raça e cor, além de gerar gráficos diversos que podem ser utilizados em
119 apresentações, relatórios, enfim. Por fim, **Hilda** mostrou a Situação Epidemiológica do
120 Estado, falou sobre a razão da mortalidade materna de 2010 a 2015, 2010 (74,76), 2011
121 (68,80), 2012 (68,64), 2013 (52,01), 2014 (59,04) e 2015 (72,07). Disse que o cálculo é
122 feito pelo número de óbitos maternos dividido pelo número de nascidos vivos multiplicado
123 por cem mil nascidos vivos. A seguir, mostrou graficamente uma série histórica sobre a
124 mortalidade materna dos anos 2010 a 2015, em 2010 houve 30 óbitos, 2011 (29), 2012

MATERNAL INFANTIL**ATA N.º 015/15 REUNIÃO****14 de setembro de 2015**

125 (29), 2013 (22), 2014 (26) e 2015 (16) e segundo a Organização Mundial de Saúde
126 considera o índice de morte materna de aceitável 20 mortes, médio 20 e 49 mortes, alto
127 50 e 149 mortes, muito alto + 150 mortes, e por esse parâmetro o Estado apresenta um
128 índice considerado **alto**. **Renata**/FIOCRUZ informou sobre o Projeto “Mortalidade Materna
129 Indígena: aspectos epidemiológicos e de atenção à saúde da mulher no Mato Grosso do
130 Sul, apresentado na reunião do dia 13 de julho ao Comitê, dizendo brevemente que os
131 objetivos do projeto são estimar a razão de mortalidade materna de mulheres indígenas,
132 identificar a distribuição dos óbitos maternos de mulheres indígenas e identificar as
133 principais causas de mortes maternas e quantificar aquelas que poderiam ser
134 consideradas evitáveis no Estado do Mato Grosso do Sul, disse que saiu o resultado do
135 edital e o projeto de pesquisa foi aprovado, foram 662 propostas em toda linha de
136 pesquisa, sendo um total de 45 projetos aprovados e a partir da aprovação, já estão
137 sendo levantados dados para a pesquisa. Foi deliberado apresentar resultados futuros do
138 projeto ao Comitê. Por motivos adversos, Dr Paulo Ito e Enfº Bruno não compareceram à
139 reunião, não havendo estudo de caso de óbito materno da capital. **Hilda** pediu desculpas
140 pelo cumprimento parcial da pauta e disse que o estudo de caso da capital será para a
141 próxima agenda. Agradeceu aos membros e convidados pela participação. Nada mais
142 havendo a ser tratado, a reunião foi encerrada às onze horas.