

**MATERNAL INFANTIL****ATA N.º 021/16 REUNIÃO****05 de dezembro de 2016**

1 Em cinco de dezembro de dois mil e dezesseis, às oito horas e quarenta dois minutos, na sala de  
2 Situação em Saúde/SES, iniciou-se a vigésima primeira reunião do Comitê Estadual de Prevenção da  
3 Mortalidade Materna e Infantil – CEPMMI/MS. A reunião foi conduzida pela técnica **Hilda Guimarães**  
4 **de Freitas**, Gerente da **Saúde da Mulher/CEAB/SES/MS**. Estiveram presentes: **Ana Paula Rezende**  
5 **Goldfinger/ESP/MS**, **Andryéli Matos Barbosa /DSEI/MS**, **Karine Cavalcante da Costa**  
6 **/CEAB/SES/MS**, **Janaina Andreotti Dantas /CVISA/SES/MS**, **Luciene Higa de Aguiar /Sdmulher**  
7 **/CEAB/SES/MS**, **Maria Cristina Mendes Bignardi Pessôa /CRN/MS**, **Maria de Lourdes Oshiro**  
8 **ESP/SES**, **Nancineide da Silva Gonçalves /SPPM/MS**, **Vera Lúcia Ramos /SdAdolescente**  
9 **/SES/MS**, **Renata Palópoli Picoli /FIOCRUZ/MS** Convidados: **Maiene Nádia Lopes Oliveira**  
10 **/CEAB/Rede Cegonha/MS**, **Ramão Antonio Vargas /Hospital Sidrolândia/CPN**. Representantes  
11 Instituições: **Alessandra Lira de Rezende Corrêa /IPED/APAE**, **Carlos Alberto da Silva Castro**  
12 **/ABENFO**, **Paulo Saburo Ito /HRMS/CMPMIF**, **Rayanne Valentim Ribeiro /Abenfo** Apresentaram  
13 justificativa de ausência: **Karine Ferreira Barbosa /CIEVS/CEVE/SVS/SES/MS**, **Aline Schio**  
14 **/CVISA/SES/MS**. **Hilda** iniciou a reunião cumprimentando a todos. Após apresentações dos  
15 presentes, expôs a seguinte pauta: Ordem do dia: Aprovação ata nº 20º reunião 03/10/2016,  
16 aprovação da pauta nº 21/16. 1. Aprovação calendário 2017 2. Estudo de caso óbito materno por  
17 doença falciforme e recomendações 3. Ações de impacto para redução da mortalidade materno  
18 infantil em 2016 4. Experiência de MS - Centro de Parto Normal de Sidrolândia 5. Informes. Seguindo  
19 a pauta, houve a aprovação unânime do calendário 2017, todas primeiras terças-feiras, a cada dois  
20 meses, nas seguintes datas: 07/02/2017; 4/4/2017; 6/6/2017; 1/8/2017; 3/10/2017; 5/12/2017. Na  
21 sequência, **Janaina** apresentou sobre a Doença Falciforme (DF) sendo uma das enfermidades  
22 genéticas e hereditárias mais comuns no mundo, causada por uma mutação no gene que produz a  
23 hemoglobina A, originando a hemoglobina S, uma herança recessiva. Apesar das particularidades que  
24 distinguem as DFs, todas têm manifestações clínicas e hematológicas semelhantes, a de maior  
25 significado clínico é a Anemia Falciforme (AF). A gravidez em mulheres com DF é considerada de alto  
26 risco e deverá ser acompanhada em serviço especializado e com a presença de hematologista, com  
27 um intervalo de duas semanas para as consultas de pré-natal, até a 26ª semana, e, após tal período,  
28 em consultas semanais. A gravidez pode agravar a DF e suas complicações, incluindo aumento das  
29 crises vaso-oclusivas no pré e no pós-parto, infecções no trato urinário, complicações pulmonares,  
30 trombose venosa profunda, anemia, pré-eclâmpsia e óbito. É imprescindível que gestantes com DF e  
31 complicação potencialmente grave sejam atendidas em instituições que tenham equipe composta por  
32 hematologistas, obstetras, clínicos e intensivistas treinados na sua abordagem. **Janaina** expôs sobre  
33 o histórico de gestante residente no município de Corumbá, 22 anos, solteira, ensino fundamental  
34 completo, portadora de Anemia Falciforme com acompanhamento no Hospital Regional MS, utilizava  
35 Hidroxiureia\*, negou outras patologias, negou tabagismo ou alcoolismo. Primigesta, gravidez  
36 “planejada”, DUM em 20\01\2016 e realizou BHCG em 25\04\2016. Realizou 05 consultas de Pré-  
37 Natal intercaladas na UBSF e no Alto Risco – Centro de Saúde da Mulher do município de Corumbá.  
38 A mãe da paciente relatou que o início tardio do pré-natal foi devido ela estar “enjoada de médicos”.  
39 Quando decidiu iniciá-lo, foi até a Unidade de Saúde, porém estava sem teste rápido ou TIG, tendo  
40 que fazê-lo particular; 29/4 - Primeira consulta Parto Normal, sem informações no cartão gestante,  
41 pois não havia Enfermeiro na Unidade e apenas este profissional que realiza a abertura do cartão  
42 gestante; 24/5 - USG OBSTÉTRICO: Sem anormalidades; 20/06 - PN na UBSF, 22sem, PA 110\70,  
43 BCF + e MV+; 05/07 PN no CSM, 24sem1d, PA 130\80, BCF+ e MV+; Prescrito Crevagin e solicitado  
44 exames; 07/07 - PN na UBSF, 24sem3d, PA 100\60, BCF 136 e MV+; 02/08 - PN no CSM, 28sem, PA

**MATERNAL INFANTIL****ATA N.º 021/16 REUNIÃO****05 de dezembro de 2016**

45 100\60, BCF+ e MV+; Solicitado Doppler. Orientada quanto à necessidade de hemotransfusão (HMG  
46 01/07 com Hb 7,3 e Ht22%), porém já estava com consulta agendada com Hematologista em CG;  
47 04/08 - Consulta com hematologista. Segundo relatos, esta não achou necessário hemotransfusão,  
48 assim como medicação EV (ferro). Assinado termo de esclarecimento e responsabilidade sobre a  
49 medicação Hidroxiureia.\* (mãe da paciente informou que parou com essa medicação assim que  
50 soube da gestação, porém continuava pegando para entregar à Associação); 25/08 - Dirigiu-se ao  
51 Pronto Socorro Municipal devido à falta de ar, dores nos joelhos e quadril. Estando grávida, foi  
52 encaminhada à maternidade da Santa Casa de Corumbá onde realizou USG obstétrico que não  
53 evidenciou anormalidades. Sendo assim, o médico encaminhou-a novamente ao Pronto Socorro  
54 municipal, alegando que nada poderia fazer na maternidade (SIC), onde foi internada para tratamento  
55 clínico no dia seguinte; 28/08 - Transferida para o CTI devido ao agravamento do caso com crise  
56 falcêmica. Neste dia, a Associação Corumbaense das Pessoas com Doença Falciforme (ACODFAL)  
57 entrou em contato com a hematologista do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul e esta contactou  
58 o médico assistente em Corumbá para que solicitasse transferência para Campo Grande por UTI  
59 aérea; 29/08 - Diagnosticado óbito fetal. Montada junta médica com o chefe do CTI, GO assistente,  
60 GO especialista em alto risco e Diretor do hospital, que decidiram não induzir o parto, pois o feto  
61 poderia permanecer intraútero por 7 dias caso não houvesse rompimento da bolsa, que seria  
62 arriscado parto cesariana devido ao risco de infecção, o município não teria recursos para a  
63 continuidade do tratamento e que o mais indicado seria esperar a melhora do tempo para o avião  
64 realizar o transporte; 30/08 - Corumbá ainda sem teto para pouso e decolagem; Informações que a  
65 bolsa havia rompido e já estava com infecção. Transfusão de 3 bolsas de sangue, sem melhora.  
66 Tentado induzir o parto normal, sem sucesso. Na recepção, a ACODFAL foi informada que já havia  
67 perdido a vaga e que teriam que começar o processo novamente. Solicitado vaga zero. Justificativa  
68 no documento de solicitação: Gestante de 32 sem com crise falcêmica. Hb 6,2g\dl, Ht 17%,  
69 Bilirrubinas 46,7 após transfusão de 03 concentrados de hemácias; USG 30\08 evidenciando feto  
70 morto; Paciente sem condições clínicas para procedimento cirúrgico e ausência de hematologista na  
71 cidade; 31/08 - transferida para o HRMS por volta das 12h; Admitida 31\08 às 14h48 no HRMS em  
72 vaga zero, 31 semanas, em crise falcêmica, feto morto retido, rebaixamento de nível de consciência e  
73 sepse. Realizado parto cesárea às 16h, FM de 1.585 gramas, macerado. Apresentou instabilidade  
74 hemodinâmica logo após o parto. Encaminhada ao CTI. Devido à piora clínica, em 02\09  
75 encaminhada para Histerectomia com descrição de útero de coloração amarelada com infiltrado  
76 purulento de volume aumentado. Evoluiu com CIVD com necessidade de politransfusão (11 bolsas de  
77 papa de hemácias, 08 de plasma e 11 de plaquetas). Óbito em 04\09\2016. Não realizado necropsia.  
78 ORIGINAL. Parte I - A) Choque séptico B) Síndrome de disfunção de múltiplos órgãos C) Feto retido  
79 D) -- Parte I – REVISTA Parte I A) Síndrome de disfunção de múltiplos órgãos B) Choque séptico C)  
80 Feto retido D) - Parte II Anemia falciforme. A seguir, **Karine** apresentou recomendações referentes ao  
81 caso à Unidade de Saúde/USF; à Unidade de Saúde/Hospital; à Associação Corumbaense das  
82 pessoas com Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias; ao Estado e ao Município, após  
83 discussão e revisão pelos membros, ficaram as seguintes recomendações: Mulheres com doença  
84 falciforme devem ser encaminhadas aos serviços que disponibilizam métodos contraceptivos de longa  
85 duração; Realizar a captação precoce da gestante até a décima segunda semana de gestação; Após  
86 conhecimento de pacientes com diagnóstico de DF o serviço deverá reforçar aspectos educativos  
87 sobre planejamento familiar, mantendo o registro dos participantes das ações de planejamento  
88 reprodutivo, adotando o Protocolo do Ministério da Saúde, caderno nº 32, além de sensibilizar a

**MATERNAL INFANTIL****ATA N.º 021/16 REUNIÃO****05 de dezembro de 2016**

89 equipe quanto à importância do planejamento reprodutivo para pessoas com traço ou com doença  
90 falciforme; Fazer a vinculação da gestante à maternidade de referência; Realizar a eletroforese de  
91 hemoglobina em mulheres com traço ou DF em idade fértil; No período pré-concepcional revisar o  
92 quadro vacinal e realizar os exames laboratoriais rotineiros, incluindo urocultura; O encaminhamento  
93 para o serviço de referência de gestação de alto risco deverá ser realizado o mais breve possível, ou  
94 seja, assim que for identificada a gravidez; A hidroxiuréia NÃO deve ser utilizada na gestação, sendo  
95 necessário interromper o uso até no mínimo três meses antes da gestação; O intervalo entre as  
96 consultas de pré-natal deverá ser de até duas semanas até a 26ª semana de gravidez e após esta as  
97 consultas deverão ser semanais; Tratamento de bacteriúria assintomática e uso de ácido fólico  
98 (5mg/dia) são obrigatórios na gestação; Além dos exames de rotina devem ser realizados: função  
99 renal e hepática, bilirrubina, lactato desidrogenase, proteinúria de 24h e contagem de reticulócitos e  
100 plaquetas. A pesquisa de anticorpos irregulares deve ser realizada e repetida com regularidade,  
101 independente da tipagem sanguínea materna, pelo maior risco de aloimunização; Deverá ser  
102 realizado a fenotipagem eritrocitária da gestante e do recém nato obrigatoriamente, este solicitado  
103 pelo médico; No primeiro trimestre também está indicado a ecocardiografia da gestante para avaliar  
104 hipertensão pulmonar; Atenção para presença de infecções e desidratação; Registro adequado e  
105 completo das informações em prontuários e no cartão da gestante; A responsabilidade de abertura do  
106 Cartão da Gestante NÃO é exclusiva do Enfermeiro, devendo esta rotina ser feita ou pela Enfermeiro  
107 ou pelo Médico da unidade; Realizar o levantamento das gestantes do território e garantir o  
108 acompanhamento através da visita domiciliar do ACS e demais membros da equipe de saúde;  
109 Executar busca ativa das gestantes que não compareceram às consultas pré-natais.  
110 RECOMENDAÇÕES PARA A UNIDADE DE SAÚDE / HOSPITAL - O serviço deverá possuir um  
111 protocolo para encaminhamento e transferência de pacientes, bem estabelecido; O serviço deverá  
112 dispor de reservas de Concentrado de Hemácias para utilização em casos de urgência/emergência;  
113 Capacitar toda a rede de Atenção Básica à Atenção Especializada, incluindo a Rede de Urgência e  
114 Emergência no manejo clínico da DF; Instituir em Unidade Hospitalar Comissão de Estudo de Óbito.  
115 Garantir suporte básico e avançado ao município RECOMENDAÇÕES PARA A ASSOCIAÇÃO  
116 CORUMBAENSE DAS PESSOAS COM DOENÇAS FALCIFORMES E OUTRAS  
117 HEMOGLOBINOPATIAS (ACODFAL) - Orientar aos pacientes e familiares em caso de interrupção do  
118 uso da Hidroxiuréia (HU) ou em caso de óbito, se faz necessária a devolução do medicamento para a  
119 Casa da Saúde\*\* e, quando este for entregue diretamente à Associação, esta deve devolvê-los para a  
120 Casa da Saúde\*\*. RECOMENDAÇÕES PARA O ESTADO: Estabelecer dentro da rede de assistência  
121 a gestação de alto risco um fluxo e rotina para assistência a gestantes com DF, incluindo um médico  
122 hematologista; Incluir no Programa Estadual de Proteção à Gestante a eletroforese de hemoglobina  
123 em parceiros das mulheres com traço ou DF; RECOMENDAÇÕES PARA O MUNICÍPIO: Possuir um  
124 serviço referência no município para cadastro e acompanhamento de pacientes com diagnóstico de  
125 DF; Disponibilização dos exames de pré-natal em tempo adequado. A seguir, **Enfº Ramão** expôs  
126 sobre a Casa de Parto Normal no município de Sidrolândia, pertencente a Sociedade Beneficente  
127 Dona Elmíria Silvério Barbosa, sendo esta uma Unidade de Saúde de atendimento humanizado e de  
128 qualidade, exclusiva ao parto normal de baixo risco, do tipo I Intra-Hospitalar (CPNi), conforme  
129 PORTARIA Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015, que redefine as diretrizes para implantação e  
130 habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A CNP  
131 foi inaugurada em 08/03/2016 e construída e equipada com recursos próprios e oriundos de doações  
132 com investimentos na ordem de R\$ 322 mil – obra e equipamentos. Funciona em escala de 24h há

**MATERNAL INFANTIL****ATA N.º 021/16 REUNIÃO****05 de dezembro de 2016**

133 três meses (desde setembro). **Ramão** informou que a CNP realizou de março a dezembro um total de  
134 126 partos; 09 encaminhamentos; 114 Partos assistidos por Enf. Obst; 12 Partos assistidos por  
135 Médico; 100% presença do acompanhante durante o trabalho de parto, de livre escolha da mulher.  
136 Média de idade: 15 - 39anos. O CPN é composto por 3 (três) quartos PPP e tem capacidade de  
137 atendimento, com produção mínima de 480 (quatrocentos e oitenta) partos anuais e média de 40  
138 (quarenta) partos mensais. As gestantes que são atendidas possuem idade gestacional de 37 a 41  
139 semanas e 6 dias; Gestação de baixo risco; Parto de risco habitual; Gestação com feto único;  
140 Gestante com idade de 15 a 40 anos; Apresentação cefálica fletida; Frequência cardíaca fetal (FCF)  
141 variando entre 110 à 160 bpm, sem desacelerações após as contrações; Gestante com ou sem pré-  
142 natal, com exames dentro da normalidade; Trabalho de parto em fase ativa (contrações uterinas que  
143 produzem dilatação cervical > 3cm); Ausência de mecônio; Parturiente em bom estado geral, afebril,  
144 eupneica, normotensa, ausculta pulmonar e cardíaca adequadas, *sem intercorrências obstétricas e/*  
145 *ou clínicas*; Ausência de macrossomia (peso fetal estimado < 4.000 g) / CIUR/ PIG; Ausência de  
146 cesárea prévia e /ou cirurgias ginecológicas prévias; Rotura de membranas até 6 horas no momento  
147 da admissão. Finalizou a reunião agradecendo a participação de todos, nada mais havendo a ser  
148 tratada, a reunião foi encerrada às onze horas e trinta e oito minutos. **Ramão** falou sobre a  
149 Humanização que é permitir o protagonismo da mulher durante o parto, não fazer intervenções que  
150 comprovadamente sejam necessárias. A assistência esta baseada nas evidências científicas. Onde o  
151 atendimento tem como pilar o respeito; o carinho; compreensão; empatia; equidade; assistência  
152 segura para a mãe e para bebê. A incorporação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento  
153 pelas equipes de cuidado é, sem dúvida, uma das ações com maior impacto na redução da morbi-  
154 mortalidade materna e neonatal. Finalizou mostrando alguns relatos de experiência e algumas  
155 imagens. Após apresentadas ações já realizadas pelo serviço que esta atuante há nove meses,  
156 **Ramão** pediu o apoio do Comitê para que este reforce junto ao Ministério da Saúde a oficialização  
157 desta instituição e o repasse federal. Ao final ficou estabelecido o compromisso do CEPMMI respaldar  
158 por meio de documento oficial ao Ministério da Saúde. **Hilda** informou sobre a situação da mortalidade  
159 materna, totalizando 24 óbitos maternos declarados em 14 municípios: Agua Clara (1); Amambai (1);  
160 Anaurilandia (1); Aral Moreira (1); Campo Grande (6); Corumbá (3); Dourados (3); Juti (1); Naviraí (1);  
161 Ponta Porã (1); Rio Verde de MT (1); Porto Murtinho (1); Tacuru (1) e Três Lagoas (2). **Hilda**  
162 agradeceu a presença de todos, nada mais a ser tratado, a reunião encerrou às 11:26h. Ficando o  
163 próximo encontro marcado para o dia 07 de fevereiro de 2017.