

**COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI****ATA N.º 043/20 REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA****14 de outubro de 2020**

1 Em quatorze de outubro de dois mil e vinte às quatorze horas iniciou-se através da plataforma  
2 Google Meet à quadragésima terceira reunião do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade  
3 Materna e Infantil – CEPMMI/MS. A reunião foi conduzida pela Coordenadora **Karine**  
4 **Cavalcante da Costa - Ações em Saúde**. Estiveram presentes os membros do Comitê: **Hilda**  
5 **Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES, Carolina dos Santos Chita Raposo –**  
6 **Saúde da Criança/SES, Larissa Lisboa Monti – Saúde das Mulheres/SES, Sandra Letícia**  
7 **Souza Soares Junqueira – Rede Cegonha/SES, Fernanda Lamera – Saúde do Homem/SES,**  
8 **Danielle Priscila Mauro Hoffmann – Sociedade de Pediatria do Mato Grosso do Sul, Liliane**  
9 **Ferreira da Silva – Dsei/MS, Vanessa Chaves Miranda – SOGOMAT-SUL, Lielza Victório**  
10 **Carrapateira Molina - Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá/MS, Nayara Paniago**  
11 **Teixeira – Subsecretaria de Políticas Públicas para Mulheres, Karine Gomes Jarcem -**  
12 **Abenfo/MS, Gabriela Piazza Pinto – APS/SES, Maria de Lourdes Oshiro – ESP/SES,**  
13 **Maristela Alves Chamorro - Rede Cegonha/SES, Solange Glória de Oliveira – CAE/SES,**  
14 **Thais Dominato Silva Teixeira – NUDEM, Melissa Carolina Durau Rodrigues Macedo -**  
15 **CRAS/SES, Josaine de Sousa Oliveira – Iped Apae, Katia Cilene Araújo Tamazato –**  
16 **Cevital/SESAU, Neide Eliane Gordo de Oliveira – Conselho Estadual de Saúde, Newton**  
17 **Gonçalves Figueiredo – ESP/SES, Sumaya Graciéle Alli Frankilin Menino – Secretaria**  
18 **Municipal de Saúde de Dourados/MS. Justificativas de ausência dos seguintes membros: Thays**  
19 **Luana da Cruz – Saúde da Mulher/SESAU, Bruno Holsaback Uesato – Cevital/SESAU.**  
20 Estiveram presentes como convidados: **Cynthia Naito – Dsei/MS, Thiego Flores - Coordenador**  
21 **APS de Anastácio/MS, Andréia Dallaqua – Coordenadora da MAC de Anastácio/MS,**  
22 **Indianara Ramires Machado – Polo Base de Dourados/MS, Nádia Érica Falcão Pereira –**  
23 **Vigilância Epidemiológica de Anastácio/MS, Sílvio Moraes – Vigilância em Saúde de**  
24 **Anastácio/MS, Katia Cilene Araújo Tamazato – Cevital/SESAU, Indianara Guarani Kaiowa**  
25 **– Polo Dourados/MS, Sandra Almeida – Coordenadora do Programa de Saúde da Mulher**  
26 **do Município de Anastácio/MS. A reunião iniciou às 14 horas e 05 minutos com a fala da Hilda**  
27 **Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES sobre informes: primeiramente informou que a**  
28 **ATA da 42ª reunião do CEPMMI já está disponível no grupo do CEPMMI para todos lerem e se**  
29 **for necessário realizar alterações e que sejam informadas até o dia 21/10/2020. Outro informe foi**  
30 **sobre o Regimento Interno e a atualização dos membros do CEPMMI que será apresentado na**  
31 **reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do dia 26/10/2020, assim será postado no grupo**  
32 **do CEPMMI para todos conferirem e solicitarem as alterações caso seja necessário até dia**  
33 **21/10/2020. Karine Cavalcante da Costa - Ações em Saúde dá boa tarde a todos, deseja boas**  
34 **vindas aos membros do CEPMMI e aos participantes e inicia a reunião passando a palavra para a**  
35 **Liliane. Liliane inicia a apresentação do caso de óbito gemelar. Em relação ao histórico gemelar.**  
36 **O 1º gemelar foi classificado como óbito fetal em 31/05/2020, parto vaginal, idade gestacional**  
37 **(IG) de 21 semanas e peso 325g. Já o 2º gemelar foi classificado como óbito infantil, parto vaginal**  
38 **em 10/06/2020, IG de 22 semanas, peso 338g, encaminhado para UTI neonatal, registrado óbito 3**  
39 **horas após o parto. O histórico da gestante: M.R.M, 29 anos, casada, ensino superior completo,**  
40 **gravidez planejada e desejada. Residente na aldeia Jaguapirú em Dourados/MS. Gesta 2, aborto 1**

**COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI****ATA N.º 043/20 REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA****14 de outubro de 2020**

41 (2017) e Para 0. Estatura de 1.60 cm e peso inicial de 54.100 kg. A 1ª consulta de pré-natal da  
42 gestante foi em 27/03/2020, em que compareceu na Unidade de Saúde com resultado de Beta  
43 HCG (19/03/2020) positivo e laudo da Ultrassonografia (USG) Obstétrica (23/03/2020) com IG  
44 10s6d. Gestante apresentando peso de 54.100kg e pressão arterial (PA) 110x60 mmHg.  
45 Classificação nutricional adequada, gestação gemelar, dicoriônica e diamniótica. Realizado os  
46 testes rápidos de HIV, sífilis, hepatites B e C, com resultados não reagentes, também realizada a  
47 coleta da 1ª fase do Iped Apae. Situação vacinal completa. Foi prescrito sulfato ferroso e ácido  
48 fólico e encaminhada ao pré-natal de alto risco. A 2ª consulta do pré-natal foi realizada em  
49 15/04/2020 assintomática, peso 55 kg, PA 110x60 mmHg, IG 14s1d (USG), altura uterina (AU)  
50 18cm, classificação nutricional adequada, resultado da 1ª fase do Iped Apae com toxoplasmose e  
51 citomegalovírus (susceptíveis). Em 23/04/2020 compareceu na Unidade de Saúde solicitando  
52 declaração para confirma à gestação para apresentar no serviço. A 3ª consulta de pré-natal foi em  
53 13/05/2020 foi encaminhada ao pré-natal de alto risco, peso 56.500 kg, PA 100x60 mmHg, IG  
54 16s, AU 21cm, batimento cardíaco fetal (BCF) positivo, classificação nutricional adequada, foi  
55 solicitado USG morfológica. Histórico de atendimento de urgência: Em 23/05/2020 a gestante  
56 relata perda de pequena quantidade de secreção amarelada, de aspecto ligamentoso, sem odor ou  
57 outros sintomas. No dia 24/05/2020 gestante procurou por atendimento no Pronto Atendimento  
58 Ginecológico e Obstétrico do HU-UFGD. Na avaliação, constatado dilatação de 6 cm e um feto  
59 pélvico. Hipótese diagnóstica de Incompetência istmo cervical, sem condições de realizar  
60 cerclagem. Ficou em repouso absoluto, evoluindo para o 1º trabalho de parto vaginal. O 1º  
61 **gemelar:** recém-nascido (RN) morto em 31/05/2020, IG de 21 semanas, peso 325 g e causa morte  
62 óbito fetal na declaração de óbito foi de prematuridade extrema. O 2º parto vaginal – (2º **gemelar**)  
63 foi em 10/06/2020, sendo encaminhado para a UTI neonatal, indo a óbito 3 horas após o parto, IG  
64 de 22 semanas, peso 338 g e causa morte óbito infantil na declaração de óbito foi de sepsis  
65 neonatal precoce, síndrome do desconforto respiratório e prematuridade extrema. **Histórico de**  
66 **internação:** Parturiente realizou tratamento para corioamnionite durante a internação devida bolsa  
67 rota, alta hospitalar em 15/06/2020. Liliane ressalta que estes são os únicos dados que eles tinham  
68 para apresentação do caso clínico. Liliane encerra a apresentação do caso clínico e a Karine  
69 retoma a palavra abrindo para os participantes iniciarem os questionamentos e/ou observações  
70 referente ao caso. Hilda questiona se em algum momento o serviço procurou se informar sobre as  
71 causas que levaram a gestante a não conseguir levar enfrente as suas gestações, pois já teve duas  
72 gestações, sendo que primeira levou a um aborto e a segunda gestação de gemelar, ela teve os  
73 filhos prematuros. Hilda ainda ressalta a questão da internação da gestante que teve alta hospitalar  
74 dia 15/06/2020 e se em algum momento ela está sendo acompanhada por algum atendimento  
75 psicológico. Nenhum outro participante da reunião realizou questionamentos. Assim, Karine  
76 retoma a palavra para Liliane, que ressalta que a primeira na gestação ela tinha 26 anos de idade e  
77 teve um aborto espontâneo com IG de 17 semanas. Karine questiona a Liliane se por ser uma  
78 gestante indígena se teria algum aspecto cultural à questão do aborto. Indianara Guarani Kaiowa –  
79 Polo Dourados/MS complementa o que foi pontuado pela Liliane referindo sobre o  
80 acompanhamento da gestante, relatando que na atenção básica tem um núcleo com profissionais

**COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI****ATA N.º 043/20 REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA****14 de outubro de 2020**

81 que dão apoio, sendo que a psicóloga já realizou alguns atendimentos a esta paciente, ressaltando  
82 que é uma paciente muito acessível e que está sendo acompanhada pela equipe multiprofissional  
83 da atenção básica na saúde indígena. Vanessa Chaves Miranda – SOGOMAT-SUL resalta que  
84 essas gestações podem estar relacionadas à incontinência istmo cervical, devendo ser realizado  
85 uma investigação obstétrica para uma gestação futura fazer cerclagem com 14 semanas de  
86 gestação, também resalta que o intervalo interpartal ideal para esta mulher pensar em uma nova  
87 gestação é de 1 ano. Também relata que o método contraceptivo eficaz para prevenção de uma  
88 gestação durante este 1 ano seria o implanon. **Recomendações pelo CEPMMI:** Estudo dos  
89 abortos anteriores para prevenção de uma possível nova gestação realização de cerclagem na 13ª  
90 semana; Estudo dos métodos contraceptivos adequados para prevenir uma nova gestação:  
91 implanon (DIU não é recomendado para incompetência istmo cervical); Esclarecimento: Nascido  
92 vivo – mais de 500g ou mais de 25 cm ou mais de 20 semanas; O intervalo interpartal ideal para  
93 uma nova gestação – 1 ano; Nas próximas consultas de pré-natal atentar para o cartão da gestante  
94 quanto ao desenvolvimento das curvas de peso da gestante e de crescimento da circunferência  
95 abdominal. Karine agradece a participação da Liliane e prossegue a reunião conduzindo a palavra  
96 para a enfermeira Nádia Érica Falcão Pereira - Vigilância Epidemiológica de Anastácio/MS para  
97 apresentação do caso clínico referente a um óbito materno ocorrido no município de  
98 Anastácio/MS. Inicia a apresentação dando boa tarde a todos e diz que a apresentação é referente a  
99 um óbito materno que ocorreu em 08/07/2020. Inicia com o histórico da paciente A.M.S., de 40  
100 anos, 7ª gestação, sendo que sua última gestação foi de alto risco devido ao quadro de Hipertensão  
101 Arterial Sistêmica (HAS). Segundo o prontuário da paciente fazia uso de contraceptivo injetável  
102 mensal de maneira irregular. Não apresentava vínculo consistente na Unidade de Saúde devido as  
103 constantes mudanças de residências. **Resumindo o caso clínico:** A.M.S., 40 anos, cor parda,  
104 solteira, estudante, 7ª gestação, 04 partos vaginal e 02 abortos, com histórico de HAS sem  
105 tratamento regular. Gestação atual gemelar, data da última gestação (DUM) de 15/12/2019, idade  
106 gestacional de 33 semanas e 4 dias e o óbito ocorreu em 08/07/2020. Resumo do pré-natal, dados  
107 coletados da caderneta da gestação e prontuários. A gestante realizou o total de 06 consultas de  
108 pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo 01 com a enfermeira e 05 com o médico,  
109 além das 04 consultas que foram realizadas no pré-natal de alto risco. A 1ª consulta na ESF  
110 ocorreu no dia 09/03/2020, a gestante estava com 12 semanas, pressão arterial (PA) de 120x80  
111 mmHg, peso 79 kg (peso anterior a gestação era de 72 kg), altura de 1.56 cm e Índice de Massa  
112 Corporal (IMC) 32. Foi solicitado exames de rotina, coletada primeira fase do Iped Apae e  
113 realizados os testes rápidos de HIV, sífilis, hepatites B e C (todos com resultados negativos). A 2ª  
114 consulta foi realizada em 31/03/2020, com 15 semanas de gestação, elevação da PA 140x90  
115 mmHg, resultado de EAS com duas cruces de leucócitos, sendo prescrito Cefalexina de 500mg de  
116 6/6 horas por 7 dias e também iniciou o uso de anti-hipertensivo – metildopa de 250mg de 8/8  
117 horas. Na 3ª consulta de pré-natal ocorrida no dia 28/04/2020 a gestação apresentou PA 160x100  
118 mmHg, sendo mantida medicação anti-hipertensiva e solicitado novos exames de sangue e urina.  
119 Em sua 4ª consulta em 16/05/2020 com 26 semanas de gestação, apresentou resultado de  
120 Ultrassonografia (USG) Obstétrica sendo constato uma gestação gemelar, PA 180x100 mmHg,

**COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI****ATA N.º 043/20 REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA****14 de outubro de 2020**

121 peso 87 kg, resultado de exame de EAS com presença de leucócitos novamente, gestante foi  
122 encaminhada ao pré-natal de alto risco. Na 5ª consulta em 02/06/2020 com 28 semanas de  
123 gestação, PA 200x100 mmHg, peso 89 kg, foi encaminhada para a maternidade sendo avaliada  
124 pelo obstetra e internada para controle pressórico. Na 6ª consulta na ESF foi realizada a segunda  
125 coleta do Iped Apae. Segundo relato em prontuário a gestante fazia uso irregular do anti-  
126 hipertensivo. Referente às consultas de pré-natal no alto risco: durante a primeira consulta foi  
127 realizada a mudança na medicação anti-hipertensiva – aumento da metildopa de 500mg de 6/6  
128 horas, Nifedipina 20mg de 6/6 horas, Propanolol 40mg 1x ao dia e AAS 100mg 1 comprimido  
129 após o almoço. As vacinas da gestante estavam em dia. Em relação à assistência hospitalar.

130 **Resumo do atendimento ambulatorial:** gestante com 28 semanas, encaminhada pela ESF ao  
131 ambulatório no dia 27/05/2020 com PA de 180x100 mmHg para avaliação e conduta. Foi prescrito  
132 metildopa de 500 mg, nifedipina de 20 mg (via oral) após 2 horas, apresentou PA de 160x90  
133 mmHg após a administração das medicações por via endovenosa. Foi solicitado avaliação do  
134 obstetra. Na avaliação do obstetra: gestante com PA de 150x90 mmHg, AFU 32, DU 0/0/0, BCF  
135 134/133 bpm, toque vaginal – colo fechado, bolsa íntegra, líquido claro, sendo internada para  
136 controle da PA, período de internação de 27/05/2020 a 29/05/2020. No dia 02/06/2020 precisou  
137 ser encaminhada novamente ao ambulatório para atendimento de urgência após procurar por  
138 atendimento na Unidade Básica. Gestante com IG de 24 semana e 1 dia, deu entrada às 09:15  
139 horas com PA de 210x140 mmHg, assintomática. Foi prescrito hidralazina por via endovenosa e  
140 metildopa de 500 mg via oral e solicitado avaliação obstétrica. No atendimento do obstetra:  
141 gestante com PA de 210x140 mmHg, mesmo após a administração das medicações manteve PA  
142 alterada, BCF 145/145 bpm, internada pela segunda vez para controle de PA, sendo o período de  
143 internação de 02/06/2020 a 07/06/2020. No dia 07/07/2020 foi realizado atendimento pela  
144 urgência para realização do parto. Gestante de gemelar com IG de 33 semanas e 4 dias, múltipara,  
145 Gesta 7, Para 4 (parto vaginal), Aborto 2, hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta,  
146 relata metrossístoles frequentes, perda de tampão mucoso. Quando deu entrada ao atendimento de  
147 urgência estava apresentando PA de 180x110 mmHg, FC de 95 bpm, saturação de oxigênio de  
148 98%, colo dilatado de 9 cm, bolsa rota, feto 1 em apresentação cônica e feto 2 em apresentação  
149 pélvica. AFU de 36, DU 03/10/40, BCF do feto 1 de 80 bpm e BCF do feto 2 de 114 bpm,  
150 movimentos fetais negativos. Foi realizado 5 mg de hidralazina por via endovenosa, solicitado  
151 sondagem vesical e também solicitado anestesia e pediatra do sobreaviso. Foi indicada parto  
152 cesariana de urgência pelo médico obstetra do plantão e realizado parto operatório sem  
153 intercorrências no perioperatório. Em relação ao atendimento do anestesista que estava sobreaviso,  
154 foi realizada raqueanestesia, sendo utilizadas as seguintes medicações para a anestesia da gestante:  
155 neocaína 0.5% de 12,5 mg, morfina de 80 mcg, cefazolina de 2 g, nausedron de 8 mg. Já em  
156 relação ao atendimento do pediatra: RN 1, nascido às 19:12 horas, com peso de 1.400 g, em PCR,  
157 cianótico, realizado RCP com sucesso, intubado e medicado. Já o RN 2, nascido às 19:14 horas,  
158 pesando 1.765 g, com APGAR de 9/9, corado, ativo, após foi encaminhado para o alojamento  
159 conjunto. Resumindo o atendimento do RN 1 – foi entubado, solicitado vaga via CORE às 19:48  
160 horas pelo pediatra e cedida às 21:46 horas para a UTI neonatal da Maternidade Cândido Mariano,

**COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI****ATA N.º 043/20 REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA****14 de outubro de 2020**

161 indo a óbito na saída do Município. O resumo do atendimento do RN 2 – às 04:00 horas evoluiu  
162 com episódio de cianose em esforço respiratório, tiragem intercostal, com glicemia normal. Foi  
163 solicitado vaga pelo Pediatra via CORE às 04:19 horas e liberado no sistema a vaga às 05:29  
164 horas. Já em relação ao atendimento da puérpera: Logo que terminou a cesariana, ela seguiu para  
165 a enfermaria com monitorização contínua, PA de 110x70 mmHg, FC de 95 bpm, útero contraído,  
166 lóquios fisiológicos. Às 02:40 horas apresentou quadro súbito de dispneia, taquicardia,  
167 desorientação e hipotensão arterial grave, sendo encaminhada à sala de estabilização. O  
168 atendimento na sala de estabilização: manteve acesso periférico em MSD, monitorada e instalado  
169 suporte de oxigênio, estava hipotensa com pele fria e pegajosa, pálida, com queda de saturação de  
170 oxigênio, evoluindo para intubação orotraqueal, sem necessidade de sedação prévia. Foi instalada  
171 noradrenalina em BIC 20 ml/h, sendo utilizado tubo orotraquel nº 7, via área de fácil visualização,  
172 sem necessidade de aspiração e comprovada o correto posicionamento do tubo. Puérpera  
173 apresentava queda da PA e de FC evoluindo para uma PCR. Foi iniciado RCP com utilização de  
174 adrenalina via endovenosa de 1 mg em intervalo de 3 minutos, pulso detectado após 7 ciclos,  
175 aumento da noradrenalina para 30 ml/h com o máximo de PA registrada de 80x50 mmHg, com  
176 pulso debilitado. Foi solicitado exames de sangue e eletrocardiograma. Durante todo o  
177 procedimento foi administrado 3000 ml de volume, em 40 minutos após a estabilização da  
178 puérpera, apresentou outra PCR. É reiniciado manobras de RCP com uso de adrenalina, após 5  
179 ciclos foi detectado pulso, com queda da PA até 50x30 mmHg, aumento da noradrenalina para 45  
180 ml/h sem resposta evidenciada. Paciente apresenta um 3º episódio de PCR, reiniciado RCP 10  
181 ciclos, sem resposta. O óbito registrado às 05:03 horas da manhã, sendo que na declaração de  
182 óbito foi constatado como causa básica: choque cardiogênico, outros tipos de hipotensão e infarto  
183 agudo do miocárdio. **Na investigação domiciliar:** Em entrevista pelo profissional os familiares  
184 relataram o motivo das mudanças frequentes por questões financeiras que procurava sempre um  
185 aluguel mais barato. A gestante tinha emprego de doméstica com registro em carteira de trabalho,  
186 estudando do 3º ano do Ensino Médio no período noturno, não recebia nenhum benefício do  
187 governo, estava solteira, mãe de 04 filhos (03 meninas de 19 anos - casada, 17 anos e 15 anos e 01  
188 menino de 04 anos). Todos estes filhos eram do mesmo pai, com que manteve matrimônio por  
189 aproximadamente 15 anos. **A situação da atual da família da paciente:** deixou 4 filhos, não  
190 tinha marido, o pai do gemelar que sobreviveu é desconhecido. Então após a morte da paciente, o  
191 pai assumiu a guarda dos filhos, o gemelar teve a guarda provisória cedida à tia materna que reside  
192 em Corumbá/MS. Atualmente o pai biológico dos gêmeos é desconhecido para os familiares. A  
193 filha de 19 anos permanece casada e no momento no gestante (2º trimestre gestacional). Já a filha  
194 de 17 anos não apresenta um bom convívio com o pai, assim saiu de casa e foi morar com o  
195 namorado, não faz uso de contraceptivos e, segundo relatos de familiares, ela está bebendo,  
196 fumando e mantendo uma vida completamente desregrada. A filha de 15 anos e o filho de 4 anos  
197 atualmente estão morando com o pai, porém a filha não esta apresentando um bom convívio com o  
198 pai, pois o mesmo ingere bebida alcóolica de forma descontrolada. Todas essas informações foram  
199 coletadas in loco através da ex sogra e com a filha de 15 anos da paciente. O conselho tutelar da  
200 cidade esta ciente do caso. O CREAS está acompanhando o caso que já chegou ao Ministério

**COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI****ATA N.º 043/20 REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA****14 de outubro de 2020**

201 Público, sendo exigido um relatório mensal do acompanhamento realizado por um período de 90  
202 dias. **Fragilidades encontradas na investigação relatadas pela Secretaria Municipal de**  
203 **Saúde:** o protocolo de HAS não foi seguido; os relatórios da ESF não tinham dados do BCF e  
204 AU; falha no planejamento familiar; não havia registro de informações sobre o quadro geral da  
205 gestante durante as consultas de pré-natal; ausência de queixas nos registros das consultas de pré-  
206 natal. Karine agradece a Nádia pela participação com a apresentação do caso clínico passando a  
207 palavra aos participantes da reunião. Hilda ressalta a importância de entrar em contato com a tia  
208 do RN que sobreviveu para que seja acolhida e acompanhada com o olhar diferenciado no  
209 município de Corumbá/MS, pensando no amparo psicológico, pois em algum momento ela vai  
210 querer conhecer os familiares. Também ressalta sobre a importância das maternidades  
211 implantarem o método de longa duração e sobre implantação do protocolo de HAS. Vanessa  
212 Chaves relata que é necessário reforçar o encaminhamento que deve ter, devendo ser planejado  
213 junto à prefeitura de Anastácio/MS, a SOGOMAT-SUL e o Comitê a implantação do DIU pós-  
214 parto de maneira eficaz. Também frisou que pelo fato da paciente ser multipara, com IMC alto e  
215 pela idade de 40 anos, na 1ª consulta já deveria ter sido encaminhada para o pré-natal de alto risco,  
216 não era necessário ela ter HAS para ser encaminhada. Sendo necessário rever o protocolo de HAS  
217 na gestação para serem realizadas condutas corretas e eficazes. Relatou também que teve  
218 impressão que a paciente teve uma TVP, sendo isto visto como uma falha de assistência, pois não  
219 realizam anticoagulação, não fazem a prevenção da TVP em paciente hipertenso, obeso e  
220 puérpera. Frisou também que o choque cardiogênico que consta na declaração de óbito na verdade  
221 a paciente teve uma TVP daí o quadro de dispneia, sendo provável embolia pulmonar. Não foi  
222 realizado necropsia, mas pelo quadro clínico colocaria em primeiro lugar a embolia pulmonar  
223 como causa da morte. Sendo sugerido pela Vanessa Chagas que deveria ter a doença hipertensiva  
224 específica da gestação e a hipertensão crônica também como causas da morte. Karine agradece a  
225 participação da Vanessa e relatou que será necessário rever esta causa básica de Infarto Agudo do  
226 Miocárdio. Hilda recomenda que os profissionais de Anastácio/MS entrem no sistema e realizem a  
227 alteração da causa básica após a discussão do caso pelo CEPMMI e sugerido alteração da causa  
228 básica. Hilda passa a palavra para o doutor Paulo Ito que acrescenta dizendo que todos tem uma  
229 cooparticipação no evento que acontece, aproveitando isso como uma possibilidade de melhorias  
230 de toda a assistência prestada que envolve todos os profissionais desde a recepcionista, o ACS, a  
231 enfermagem, médico, dentre outros. Assim, deve-se aprender com o fato ocorrido para que não  
232 aconteça novamente. Ressaltando a necessidade de ser pró-ativo e o profissional da saúde fazer  
233 sua parte em se atualizar com os manuais e protocolos, para o atendimento ser realizado da melhor  
234 forma possível e com comprometimento, assim encerra sua fala. Karine agradece o doutor Paulo  
235 Ito. **As recomendações elaboradas foram:** Implantar o protocolo de HAS na gestação e capacitar  
236 os profissionais; Acompanhamento psicológico dos filhos e da família; Melhorar registro na  
237 atenção à gestante no pré-natal; realização de capacitação e implantação do DIU pós-parto em  
238 parceria com a SOGOMAT-SUL; Estabelecer critérios e protocolo para encaminhamento para  
239 estratificação de risco gestacional pela Atenção Primária à Saúde (APS) (resgatar PlanificaSus);  
240 Rever tratamento medicamentoso para gestante com HAS (início do AAS – 150mg) no pré-natal e

**COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI****ATA N.º 043/20 REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA****14 de outubro de 2020**

241 na assistência hospitalar; Realização de capacitação dos profissionais da APS para o pré-natal;  
242 Realização do ultrassom precoce para identificação do gemelar; Avaliação da função renal da  
243 gestante durante o pré-natal; Inserir o protocolo de sulfato de magnésio; Prevenir os eventos de  
244 near miss (quase morte); Horizontalização da assistência às pacientes internadas; Rever o fluxo de  
245 atenção à gestante de alto risco (equipe multiprofissional e exames preconizados – rever  
246 PlanificaSus); Realizar TVP (Trombose Venosa Profunda) no puerpério para gestantes com  
247 quadro hipertensivo grave; Introduzir o clexane no atendimento às gestantes para profilaxia da  
248 TVP; Rever causa básica do óbito “Infarto Agudo do Miocárdio”; Qualificação de todos os  
249 envolvidos no caso, desde os profissionais administrativos aos da assistência; Divulgação e  
250 capacitação da equipe nos manuais e protocolos existentes e mais atuais; Rever o tempo para  
251 resposta da Regulação da Assistência em casos graves; Qualificar os serviços hospitalares sem  
252 leitos de UTI neonatal (intubação, ventilação mecânica manual, cateterização umbilical,  
253 antibioticoterapia, incubadora, veículo adequado) antes da transferência para a referência; O  
254 hospital não tem respirador infantil, feito ventilação manual – AMBU; Rever fluxo de  
255 encaminhamento das gestantes de alto risco para referência hospitalar para parto de alto risco;  
256 SMS já iniciou o processo de compra de Unidade de Transporte com Respirador Adulto e Infantil;  
257 Elaborar cronograma de Educação Permanente para toda a Equipe da APS à atenção hospitalar  
258 para atenção e suporte ao paciente grave; Rever protocolo de encaminhamento de gestantes inter-  
259 hospitalar; Estudar os óbitos infantis no âmbito municipal, para isso reativar ou implantar os  
260 comitês de prevenção à mortalidade materna e infantil; Implantar o Plano de Cuidados Integrados  
261 entre a Atenção Hospitalar e APS. Reunião se encerra às 16 horas e 30 minutos.