

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI**ATA N.º 62/22 REUNIÃO****13 de julho de 2022**

1 Em treze de julho de dois mil e vinte e dois às quatorze horas iniciou-se através da plataforma Webex à
2 sexagésima segunda reunião do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil –
3 CEPMMI/MS. A reunião foi conduzida pela **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES**.
4 Estiveram presentes os membros do Comitê: Renata Picoli, Janainne Moraes Vilela Escobar, Danielle Priscila
5 Mauro Hoffmann, Angela Marisa Dias Aguiar, Jaqueline Aparecida da Silva, Bruno Holsback Uesato, Liliane
6 Dias Tenório Rodrigues, Alexandra de Sousa Castro Harada, Renata Rodrigues de Paula, Josaine de Sousa
7 Palmieri Oliveira, Caroline Monteiro Cuellar, Joseane Recalde Demenciano, Margareth Giacomassa, Barbara
8 Marconi Thiago Ferreira, Maristela Chamorro Alves, Devanildo de Souza Santos, João Batista Botelho de
9 Medeiros. E visitantes: Diana Siqueira Arias, Diana Siqueira Arias, Diana Siqueira Arias, Gabriela Guedes,
10 Mayara Carolina Cañedo, Elise Angeline Indianne Rubi Dias, Fabricia Insfran, Izabel Ferreira Macedo, Simone
11 Alencar, Ana Beatriz Bento G. Lemes, Izak Barbosa da Silva, Vanessa Micuinha Lezo, Elizaltina Faustino dos
12 Anjos, Eiza Nádila Bassoli, Aline Janaina Giunco. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES**
13 inicia a reunião falando sobre o cronograma da reunião, onde fala sobre os casos a serem estudados e que
14 ao final ocorrerá apresentação epidemiológica do estado. Devido ao número de convidados é dado um
15 alerta para que o que se discute no comitê ser sigiloso e que não são críticas aos profissionais e sim casos
16 de estudos que os municípios têm dificuldade, assim o comitê estadual assume o papel de sensibilizar os
17 municípios para que eles façam seus estudos e ao mesmo tempo ver recomendações gerais que possam
18 ser implementadas no estado em prol da melhoria da assistência materno infantil. É citado dois casos
19 infantis que já foram estudados neste ano e sobre mais dois que serão estudados na reunião. É informado
20 que o comitê já liberou recomendações nos quase seis meses de estudo que foram repassados a todos os
21 secretários municipais de saúde em todos os municípios para que seja implementada a assistência visando
22 diminuir os pontos de fragilidade identificados pelo comitê. É perguntado se todos os membros tiveram
23 acesso às recomendações feitas pelo comitê, caso contrário é solicitado para pedirem essas recomendações
24 e elas serão enviadas. Então é apresentada a pauta da reunião da presente data. É falado da aprovação da
25 ata da reunião anterior perguntando se todos os participantes leram. Após é prevista a apresentação dos
26 dados dos dois óbitos infantis, um de Coronel de Sapucaia e outro de Dourados, por fim será aberta para
27 aprovação dos informes. **Mayara Cañedo - Núcleo Regional de Saúde de Dourados** inicia a apresentação
28 de estudo de caso da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados com os dados epidemiológicos. O caso é
29 de um natimorto de A.S.A.M de 29 anos, dona de casa, etnia Kaiuá, casada, moradora da aldeia Bororó,
30 escolaridade 6ª série, sendo sua terceira gestação, 2 partos fisiológicos e sem intercorrências, nenhum
31 aborto, dois filhos vivos. Mora juntamente com o esposo, nenhum dos dois faz uso de cigarros ou bebidas
32 alcoólicas. Esposo trabalha em uma usina na cidade de Vicentina há mais de oito anos e retorna a cada
33 trinta dias. Gravidez não foi planejada, porém foi desejada pelo casal. Histórico com prontuário de
34 tratamento de sífilis (penicilina G Benzatina 7.200.000 UI) na segunda gestação de 2014. De acordo com o
35 prontuário, o esposo não tratou pelo fato de morar fora da cidade onde é difícil comunicação. Nega outras
36 comorbidades. Sem mais dados relacionados às gestações anteriores. Tratamento de sífilis recebeu
37 primeira dose em 19/08/2014, segunda dose 26/08/2014, terceira dose 02/09/2014. Gestação atual: DUM:
38 07/08/2021, DDP: 14/05/2022, IG: 7s 4d Sinais vitais: 1,55m estatura, 86,100 kg, PA: 110x70 mmHg, T:36°C.
39 Óbito em 21/05/2022. 29/09/2021 – compareceu a Unidade de Saúde Bororó I por demanda espontânea,
40 após teste rápido de gravidez positivo, foi realizado o acolhimento da gestante. Foi realizado um teste
41 rápido para HIV, sífilis, Hepatite B e C, todos com resultados não reagentes. Foram solicitados exames
42 laboratoriais, dentre eles VDRL com titulação, urocultura e USG. Cartão de vacina com esquema vacinal em
43 dia, entregue a ela sulfato ferroso e ácido fólico. 20/10/2021 – Feita consulta pré-natal, sem queixas,

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI**ATA N.º 62/22 REUNIÃO****13 de julho de 2022**

44 aguardando resultado dos exames. No dia apresentou PA: 110 x 80 mmHg, 84,300 kg, IG pela DUM: 10s 4d.
45 19/11/2021 - consulta pré-natal com queixa de dor em baixo ventre sem perdas via vaginal. Apresentava
46 abdome globoso, flácido, indolor à palpação. Apresentou PA: 110x70 mmHg, 83,600 kg, IG pela DUM: 15s
47 3d, AU: 16cm, BCF: inaudível. 15/12/2021 – Consulta pré-natal BEG, sem queixas, relata melhora das
48 queixas anteriores. Perdeu agendamento da USG (relata que o carro do plantão não a levou por falta de
49 combustível) aguardava reagendamento. No dia apresentou: PA: 100 x 80 mmHg, 84,600 kg, IG pela DUM:
50 18s 4d AU: 24 cm (suspeita de erro da DUM), BCF: 140 bpm, MF: presentes. 12/01/2022 – Consulta pré-
51 natal BEG, sem queixas no dia apresentou: PA: 90 x 60 mmHg, 84,700 kg IG/DUM 22s 4d, AU: 25 cm, BCF:
52 142 bpm, MF: presente. 16/02/2022 – Consulta de pré-natal sem queixas. PA: 90 x 60 mmHg, 88,200 kg,
53 IG/DUM: 27s 4d, AU: 27cm, BCF: 144bpm, MF: presentes. 23/03/2022 – Realizado Coleta exames. Consulta
54 de pré-natal, realizou USG no dia 21/02/2022, feto único, pélvico, longitudinal, dorso à esquerda, placenta
55 posterior, homogênea 2,5 cm, líquido amniótico normal. FC fetal: 131 bpm, peso 1132 g, IG: 27s 3d, feto
56 apresentando boa vitalidade. Foi realizado teste rápido HIV, sífilis, Hepatite B e C com todos os resultados
57 não reagentes. Aguardando resultados de exames laboratoriais, realizado vacina dTpa, solicitados exames
58 laboratoriais e USG. Paciente apresentou PA 90 x 60 mmHg, 89,500 kg, IG/DUM: 32s 2 d, AU: 30cm, BCF:
59 140 bpm, MF: presente. 06/04/2022 – consulta de pré-natal paciente referiu coriza há dois dias, ausência
60 de tosse e febre. Foi prescrito loratadina xarope. Paciente apresentou PA: 90 x 60 mmHg, 91,500 kg,
61 IG/DUM: 34d 2s, AU: 31 cm, BCF: 142 bpm, MF: presente. Início da suspeita de atraso no crescimento
62 intrauterino. 20/04/2022 – Consulta pré-natal sem queixas. Resultado de USG realizado dia 07/04/2022
63 apresentado na consulta, cefálico, D/E, cordão umbilical com duas artérias e uma veia, peso 2019 g,
64 placenta posterior grau 2, líquido amniótico normal, gestação tópica 33s 6d. Paciente recebeu orientações
65 sobre trabalho de parto, foi entregue a ela um pedido de kit enxoval. Paciente apresentou no dia PA: 90x70
66 mmHg, 92,200 kg, IG/DUM: 36s 5d, AU: 34cm mostrando restrição de crescimento, BCF: 149 bpm, MF:
67 presentes. 27/04/2022 – consulta pré-natal paciente com queixa de dor abdominal esporádica, tosse e
68 rinorreia. Nega perda de líquido via vaginal e/ou sangramentos, ao exame BEG, em auscultação cardíaca,
69 bulhas rítmicas e normofonéticas 2T sem sopro, foi orientada a procurar PAGO (Pronto Atendimento de
70 Ginecologia e Obstetrícia) do HU em caso de sinal de alarme. Paciente com PA: 110 x 70 mmHg, 94,00 kg,
71 IG/DUM: 37s 6d, IG/USG: 37s, MF: presentes. 18/05/2022 Consulta pré-natal sem queixas, nega perda de
72 líquidos ou sangramento vaginal. Foi orientado retorno semanal, ou antes, caso necessário, orientada sobre
73 trabalho de parto e puerpério. Paciente com 94,100 kg, Pa 110 x 70 mmHg, IG/DUM: 40s 4d, IG/USG: 39s 5
74 d, AU:33cm, BCF: 144 bpm: MF: presentes. Pelo cartão de gestante não havia registro do gráfico de
75 acompanhamento nutricional nem registro da curva de altura intrauterina. **Mayara Cañedo - Núcleo**
76 **Regional de Saúde de Dourados** inicia relato sobre a morte do feto. 23/05/2022 – A equipe foi informada
77 pelo Agente comunitário de Saúde que a paciente havia “perdido o bebê” no parto. Foi comunicado o fato
78 à Coordenação do Polo Base que confirmou as informações no Hospital Universitário através da Declaração
79 de óbito fetal de causa não especificada no dia 21/05/2022. 27/05/2022 – A.S.A.M compareceu na unidade
80 de saúde, comunicativa, face de tristeza, sem queixas algícas. Em conversa com a puérpera a mesma
81 informou que no dia 21/05/2022 no final da manhã começou a sentir dor pélvica e contrações, movimentos
82 fetais presentes, não apresentava perda de líquido ou sangramento vaginal, foi chamada a viatura do Polo
83 Base pelo ACS, que não demorou a levá-la ao HU, foi na companhia da irmã, (o esposo estava trabalhando
84 na fazenda), ao chegar à maternidade foi atendida rapidamente. Foi verificada pressão, toque vaginal e
85 auscultação de BCF inaudível, foi realizado USG no qual foi informada do óbito do bebê. A paciente apresentou
86 PA: 120 x 80 mmHg. A paciente relata que a irmã acompanhou o parto e que viu o bebê após o nascimento,

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI**ATA N.º 62/22 REUNIÃO****13 de julho de 2022**

87 e que o parto ocorreu sem intercorrências, foi bem atendida pela equipe da maternidade, disse não saber
88 o que levou a morte do bebê, pois estava mantendo todos os acompanhamentos e cuidados possíveis,
89 porém suspeita que talvez seja no momento do transporte até a Maternidade já que algumas estradas da
90 aldeia estão ruins devido a muitos buracos. Demonstra estar triste pelo ocorrido, oferecido apoio
91 psicológico, segue em acompanhamento pela Equipe (EMSI). De acordo com o sumário da alta, a gestante
92 deu entrada na Maternidade do HU no dia 21/05/2022 às 14:28h, apresentando dor abdominal, ausência
93 de BCF, na ocasião realizou USG no qual confirmou o óbito fetal intra-útero, IG: 40s 1d, o parto ocorreu as
94 16:30h nesse dia, sem intercorrências, HIV e VDRL não reagentes. Após o parto foi reavaliada exame físico
95 sem alterações, parto sem ruptura de membranas, prescrito cabergolina, dipirona e sulfato ferroso.
96 Permaneceu por mais um dia no hospital. Realizou exames durante pré-natal, VDRL (sífilis) não reagente,
97 Anti-HBc (Hepatite-B) – 2,12 não reagente, toxiplasmose não reagente, rubéola e citomegalovírus não
98 reagente. HIV não reagente, ressalta teste treponêmico (Filtro) – 31,78 (reagente) realizado em
99 28/10/2021. Para esse teste foi realizado uma recoleta, na recoleta teste treponêmico (soro) – superior a
100 100 (reagente) realizado em 27/10/2021. Hepatite C não reagente, *trypanosoma cruzi* não reagente,
101 hepatite B não reagente, no dia 23/03/2022 foi realizado novamente o teste treponêmico que apresentou
102 reagente 23,10. Dia 26/05/2022 realizado VDRL – não reagente. Em relação ao prontuário da paciente,
103 classificada como verde, PA: 140 x 100 mmHg. 21/05/2022 14:32 h admissão da paciente, referindo dor em
104 baixo ventre desde as 10h da manhã. Nega perdas vaginais. Refere ausência de movimentos fetais. IG: 40s
105 1d, AU: 36cm. Às 15:12h do mesmo dia a enfermeira tentou auscultar BCF, na triagem sem sucesso. 15:45:
106 encaminhada a sala de USG do PAGO, onde a ginecologista constatou ausência de BCF, ausência de fluxo
107 em cordão umbilical; ao toque vaginal, colo pérvio, 9cm, cefálico. Conversado com a paciente sobre a
108 ausência de BCF. Às 16:00h encaminhada ao Centro de Parto Normal (CPN) em companhia da irmã e da
109 enfermagem. Irmã foi informada da ausência de BCF. 14:32 - PA: 140 x 100 mmHg. Às 16:20 admitida no
110 CPN em período expulsivo, segundo a paciente a última movimentação fetal foi na madrugada. Às 16:30h
111 expulsa feto morto, único, cefálico, sexo feminino, macerado, apresentando descamação nas mãos e nos
112 pés, cabeça amolecida, saída de líquido amniótico achocolatado. Peso fetal 2.188g, est: 49 cm. PC: 32cm,
113 PT: 25cm PA: 23cm. A mãe se recusou a ver o bebê. Às 16:45 – dequitado placenta, canal de parto sem
114 laceração. Às 16:20h PA: 150x100 mmHg. Foram realizados exames no hospital. Dentre eles hemograma,
115 plaquetas normais, TGO: 68,40, TGP: 63,00, creatinina 0,59, tipagem sanguínea da mãe: O+, HIV e VDRL não
116 reagente. Alta do hospital dia 22/05/2022 às 13:20h. Declaração de óbito do natimorto, morte de causa
117 fetal não especificada. Em desfecho é questionado a causa, sofrimento fetal devido à Pré-eclâmpsia,
118 sofrimento fetal devido à exposição à sífilis. Mencionada discussão que ocorreu com a equipe de Dourados,
119 houve um mês de demora para realização dos exames após recoleta, falta crônica de combustível para
120 realização da USG, mencionado que dia 16/02 os exames já deveriam ter sido realizados para segunda fase.
121 Primeira USG com idade gestacional de 27s 3d e ainda assim continuaram fazendo cálculo da idade
122 gestacional pela DUM que gerava uma diferença relativamente grande (entre 5d e 1s), para o dia 27/04 foi
123 questionado qual seria o valor do BCF e qual a AU, carteirinha sem anotações na curva do peso e AU. 18/05
124 40s e 4d. 21/05 BCF não audível, ultrassom óbito fetal. Tinha sífilis positiva no IPED e não foi dada a devida
125 atenção. Observações feitas pelo grupo de Dourados. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das**
126 **Mulheres/SES** – Faz lembrete sobre recomendações de como evitar falhas que ainda ocorrem e que levam
127 a óbito. Faz observação sobre a zona em que mora de difícil acesso, entretanto Dourados tem uma casa de
128 apoio à puérpera e gestante que tem essa finalidade, essa gestante poderia ter ficado nessa casa de
129 puérpera e gestante e quem sabe assim poderia ter evitado a fatalidade. Não foram utilizadas as curvas da

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI**ATA N.º 62/22 REUNIÃO****13 de julho de 2022**

130 caderneta da gestante. Faz recomendação sobre uso das curvas como uma das qualificações do pré-natal
131 que devem ser solicitadas. **Bruno Hosback Uesato – Comitê de Mortalidade do município de Campo**
132 **Grande** - parabeniza a apresentação bem construída e questiona a realização do anatomopatológico da
133 placenta e anexos. **Renata Rodrigues de Paula - Enfermeira do hospital Universitário UFGD** - informa que
134 foi realizado o anatomopatológico da placenta que teve como resultado deposição de fibrina, calcificação
135 - membrana sem processo inflamatório. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** - retifica a
136 importância das informações, pois as mesmas ajudam principalmente os médicos a reverem o caso e
137 determinar possíveis causas de mortes nas crianças, e acrescenta a pergunta do Bruno que essa informação
138 (exame anato) caso tenha, devem estar no resumo do caso. **Renata Rodrigues de Paula - Enfermeira do**
139 **hospital Universitário UFGD** - Informa que na conclusão da investigação de óbito no HU colocou como
140 restrição de crescimento por provável insuficiência placentária por pré-eclâmpsia, justifica a causa
141 informando sobre a alteração laboratorial que a paciente tem ao chegar ao HU como hipertensiva e
142 alteração laboratorial em TGO e TGP. **Renata Picoli – Pesquisadora da FIOCRUZ de Mato Grosso do Sul** -
143 faz considerações sobre a apresentação e o que sentiu falta como determinantes sociais da saúde, contexto
144 de vida dessa mulher. Não há informações do pré-natal de gestações anteriores. Questiona condições de
145 transferência de renda, sustento da família, rede de apoio, moradia na aldeia. Aponta as condições do
146 estado nutricional da mulher e a necessidade de aprimoramento desse pré-natal. Questiona falta de
147 informação sobre atendimento dela em dezembro onde foi acompanhada pela equipe multidisciplinar da
148 saúde indígena, quem seriam os profissionais e como foi o acompanhamento, fala sobre a equipe de
149 nutricionistas presentes no SEI e que deveriam ter checado a perda de peso dela no início da gestação,
150 provavelmente não foi feito ganho ponderal nem estado nutricional dela. Seria preciso avaliar e ver quais
151 as condições da gestante, necessário um aprimoramento do prontuário e preenchimento da caderneta da
152 gestante. Ressalta o problema da falta do combustível para transporte dessas gestantes. Pondera a
153 possibilidade da equipe do hospital entrar em contato com a equipe do polo para uma melhor compreensão
154 do contexto. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** - Lembra que no comitê estadual há
155 representantes da política indígena, assim as recomendações retiradas desse caso devem ser repassadas
156 para o chefe do DSEI que deve repassar à população. Discussões também devem ser fortalecidas no comitê
157 de Dourados. Faz ressalva sobre repensar com Dourados e com HU até que ponto eles estão deixando
158 mulheres nessa situação se tem a casa de apoio a gestantes e a puérperas em Dourados. Deve-se repensar
159 como articular para que essas mulheres que têm dificuldade tenham acesso a essa casa em Dourados a
160 partir de 40 semanas para que ficassem com maior assistência. Questiona o relato da mãe que diz que a
161 criança parou de mexer no período da manhã, questiona também o tratamento de sífilis da mulher. Levanta
162 o questionamento de quais condutas deverão ser repassadas a partir desse caso. Recomendações para
163 melhora da equipe da saúde indígena junto à equipe de Dourados a partir desse caso. O que deve ser feito
164 para evitar óbitos infantis, é citado o serviço de acompanhamento de gestação de alto risco, é questionado
165 se foi feito estratificação de risco da gestante. Cita a potência do comitê. **Dra. Danielle Hoffmann -**
166 **representante da sociedade brasileira de pediatria** - parabeniza a Mayara pela apresentação, afirma que
167 não tem muito que pontuar a mais sobre o caso, cita a sífilis não tratada e a possibilidade de pré-eclâmpsia
168 que somente foi descoberta depois. Afirma que o óbito pode ter ocorrido por conta da sífilis não tratada e
169 por conta da pré-eclâmpsia. Recomendação de não deixar passar a sorologia e o que já foi falado. Sem nada
170 mais a acrescentar no caso. **Dr. José Jailson - representante do conselho de medicina** - parabeniza o
171 relatório detalhado e o afirma que o desfecho do caso se deve a alguma falha no final da gestação. Ao final
172 da gestação ocorreu aumento PA e o ganho de peso de forma considerável o que pode contribuir para um

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI**ATA N.º 62/22 REUNIÃO****13 de julho de 2022**

173 quadro de hipertensão arterial não tratada e comenta sobre a sífilis. Comenta sobre o fato de a paciente
174 chegar com quadro com maceração, pode-se notar que o óbito não foi tão recente quanto o dado passado
175 pela paciente. Fatores que chamaram atenção, a questão da monitoração da paciente por ser obesa e a
176 questão dos exames devido ao marido ter histórico de sífilis. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das**
177 **Mulheres/SES** - Pergunta se ocorrerá reclassificação das causas e que deverá ser incorporada às
178 recomendações feitas por Dourados, como o combustível e a gestante deve ser prioridade no transporte.
179 Se há o desejo de diminuir a mortalidade infantil necessita compromisso. Para isso muito já foi investido
180 pelo Estado. Comenta sobre estar aprimorando e buscando para que tenha melhoria da assistência. Deve
181 ser colocado no relatório como recomendação do comitê que deve haver a priorização de transportes para
182 que a gestante tenha acesso a USG, e que a gestante seja vista ao final da gravidez com olhar diferenciado,
183 comenta sobre o tratamento de sífilis que não foi feito. Confirmadamente a gestante tinha sífilis. E a
184 paciente saiu e não foi tratada continua como portadora de sífilis. Comenta que Carolina assinala em sala
185 que o que foi falado ela concorda e assina embaixo. **Devanildo Souza Santos - representante da vigilância**
186 **epidemiológica de Dourados** - agradece a Mayara pela ajuda dada, fala sobre a leitura prévia que fez do
187 caso onde se atentou para a sífilis, porém fez tratamento em 2014, e ficou com uma cicatriz sorológica
188 provavelmente e assim o teste treponêmico ficará positivo por um período considerável da vida. E depois
189 nos testes VDRL não foi detectado. Entretanto o parceiro não foi tratado, assim a situação da sífilis não
190 ficou totalmente clara. O que chama atenção é a idade gestacional meio confusa, talvez passado do
191 momento do parto. E também o momento do parto, em que situação se encontrava o feto, chama a atenção
192 que possivelmente possa estar à causa nesse momento. Entende que sífilis se tratava de uma cicatriz
193 sorológica, mas pode estar enganado. Fala que não domina bem essa parte da saúde da mulher, mas pelo
194 ponto dele parece uma cicatriz sorológica. **Mayara Cañedo - Núcleo Regional de Saúde de Dourados** -
195 Comenta que não houve desfecho do HU assim Devanildo e Elizaltina ainda não haviam discutido o caso.
196 Eles ainda não tinham nada ainda sobre a parte de necrópsia, placenta, cordão umbilical. Em relação aos
197 questionamentos da Renata, informa que não conseguiram essas informações. Fala ainda do
198 questionamento que fizeram sobre os métodos contraceptivos, tendo em vista que o marido vem uma vez
199 ao mês, eles entendem que não faz nenhum tipo de contracepção. Essas informações necessitam do polo
200 indígena e não haviam conseguido as informações. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES**
201 - Comenta sobre o risco dessa mulher engravidar novamente. **Bárbara Ferreira - membro do comitê**
202 **(representando DSEI)** - Fala sobre a coordenadora querer se manifestar, pois a mesma tem as respectivas
203 informações a respeito do caso. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** - Comenta sobre o
204 conceito de sífilis ter mudado um pouco e pede para os demais médicos comentarem. Pede para por favor,
205 que a coordenadora Gabriela se manifeste com as informações. **Bárbara Ferreira - membro do comitê**
206 **(representando DSEI)** - informa que Gabriela não consegue ligar o som. E fala sobre a situação da gestante
207 que é complicada, com mais dois filhos para ela sair da aldeia para ficar em outro lugar, há uma resistência
208 grande. Mesmo a equipe tentando informar da necessidade de ficar mais próximo e acompanhar. É uma
209 realidade difícil de entender por ser uma questão cultural. Só saem realmente na hora do parto. Informa
210 que a gestante informou que mora há 12 anos na aldeia e os outros pré-natais também foram feitos com a
211 equipe multidisciplinar. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** - Aconselha a rediscussão
212 do caso com a equipe que fez assistência à mulher. Rediscutir pontos levantados para melhorar a assistência
213 dessas mulheres. **Bárbara Ferreira - membro do comitê (representando DSEI)** - afirma que o caso foi
214 discutido pela equipe e fala sobre a ação que está ocorrendo na aldeia, com 300 pessoas que vieram do
215 Brasil todo. Ela gostaria que todos participassem, porém somente o médico pode entrar e a enfermeira não

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI**ATA N.º 62/22 REUNIÃO****13 de julho de 2022**

216 está. Afirma que vão pegar as recomendações e vão discutir novamente com a equipe. **Hilda Guimarães de**
217 **Freitas – Saúde das Mulheres/SES** - Pede se algum médico pode comentar sobre a cicatriz sorológica
218 informada pelo Devanildo, pois essa maneira de ver muda um pouco em termos de exames devido à
219 especificidade do exame. **Bárbara Ferreira - membro do comitê (representando DSEI)** - Informa que o que
220 foi falado pela Gabriela - que não foi tratada a sífilis, pois foi identificado como cicatriz sorológica. - Informa
221 que infelizmente Gabriela que está mais por dentro do caso não consegue falar devido a problemas
222 técnicos. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** - Recomenda levar a discussão do
223 tratamento de sífilis com o programa de IST/Aids, para ver a maneira como esses exames estão sendo
224 vistos, VD e resultados para que possa sair daqui com a reafirmação de qual protocolo deve ser implantado
225 quando há essa divergência de resultados entre o IPED/APAE e o VD. **Bruno Hosback Uesato – Comitê de**
226 **Mortalidade do município de Campo Grande** - Pede para tratar do fechamento do caso que a princípio fica
227 como causa indeterminada. Ele confirma com o responsável da sífilis no município de CG que o fato do
228 treponêmico dar positivo e o VDRL dar negativo provavelmente se trata de uma cicatriz, pois a mesma já
229 teve sífilis em gravidez anteriores. Comenta que devido à dúvida - se é hipertensão ou sífilis - que foi
230 perguntado no início se havia anatomopatológico da placenta. Explica a razão, quando a gestante tem pré-
231 eclâmpsia, ou se é hipertensão na gravidez, a placenta traz alguns sinais que são sugestivos de hipertensão
232 gestacional, como depósito de fibrina. Cita comentário anterior sobre ter depósito de fibrina no
233 anatomopatológico da placenta que é sugestivo de hipertensão gestacional, por conta disso pode-se
234 ratificar a análise de Dourados e fechar o caso como uma hipertensão gestacional que levou a uma
235 insuficiência placentária e a uma restrição de crescimento intra uterino, assim a maneira sugerida por
236 Dourados está correta. Letra a) restrição, b) insuficiência placentária, c) hipertensão gestacional. **Hilda**
237 **Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** - comenta que na classificação deverá constar o caso
238 como estudado pelo comitê, a orientação foi mudança da causa, então deverá ser feita essa classificação
239 porque não muda a declaração de óbito, mas muda conforme codifica no sistema do SIM, é um caso que
240 tem a ver com hipertensão e mostra à importância de se trabalhar a hipertensão na gestação para que não
241 venha a ter problemas. Em relação à sífilis, ocorre um dilema devido a ela ter tratado a sífilis e o parceiro
242 não. **Bruno Hosback Uesato – Comitê de Mortalidade do município de Campo Grande** - informa que na
243 nova nota informativa sobre a classificação ou não de sífilis congênita é para levar em consideração o
244 tratamento da mãe, não se considera a do parceiro. Se a mãe tratou de forma adequada a sífilis então o
245 caso não é sífilis congênita independente do tratamento do parceiro, antigamente levava em conta o
246 parceiro, hoje leva em consideração somente a mãe. É considerada sífilis congênita quando a mãe não
247 tratou ou foi tratado inadequadamente, ou seja, não houve tempo de tratar com todas as doses ou com
248 subdoses. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** - Questiona se pode encerrar o caso para
249 dar continuidade no outro caso. Pergunta se alguém tem mais alguma orientação a passar e reafirma sobre
250 a importância de repassar o caso no polo indígena para rever os pontos conversados. Destaca o ponto sobre
251 a dificuldade de ficar em observação na casa de apoio à puérpera e gestante, porém independente desse
252 aspecto o diagnóstico de hipertensão foi evidente e não foi observado durante o pré-natal. A criança tinha
253 um comportamento que apontava a causa. Nesse caso era importante saber qual método essa mulher
254 estaria utilizando, pois seria importante o espaçamento de gestações futuras dessa mulher. Ressalta a
255 importância de rever na aldeia indígena a conduta que será dada na saúde reprodutiva dessa mulher.
256 Lembra das melhorias do preenchimento da agenda da gestante e deixa como recomendação que deve ser
257 fortalecida. Fala que gostaria que essa discussão que está sendo feita com todos, com cada um contribuindo
258 com seu campo de domínio. É importante fazer no comitê estadual de Dourados, tendo em vista que é o

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI**ATA N.º 62/22 REUNIÃO****13 de julho de 2022**

259 segundo maior município do estado e há muitos óbitos que poderiam estar sendo discutidos. Pede a
260 contribuição com o município e HU como um todo para que assim cresça a assistência prestada na região
261 que é uma potência para assistência como um todo. Fala que vai olhar o chat para ver alguma questão não
262 levada em consideração para poder prosseguir para o próximo caso. **Devanildo Souza Santos -**
263 **representante da vigilância epidemiológica de Dourados** - Informa que foram retomadas as atividades do
264 comitê no mês passado, e informa da reunião ordinária que ocorrerá no HU e que repassará o caso e discutir
265 o mesmo. O caso será levado ao conhecimento do comitê e já levar também as recomendações. Seria um
266 caso pré encaminhado, o discutido aqui será levado para o comitê municipal na reunião ordinária. **Bruno**
267 **Hosback Uesato – Comitê de Mortalidade do município de Campo Grande** - Faz uma observação para não
268 esquecer após a discussão passar a sugestão da alteração da D.O. para o codificador do município que
269 trabalha com sistema de informações sobre mortalidade para que as alterações sejam feitas e atualizadas.
270 **Devanildo Souza Santos - representante da vigilância epidemiológica de Dourados** - Informa que já
271 repassará ao responsável. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** - Faz leitura do chat onde
272 a Gabriela DSEI pontua que existem diversas fragilidades em relação à saúde indígena, a carteirinha dentre
273 outras. Ela informa também que não participou do pré-natal e que a enfermeira não pode estar presente.
274 Fala sobre a gestante ter sido acompanhada por um nutricionista, porém não há o relato. Hilda fala sobre
275 a importância do relato caso ocorra óbito da gestante ou do bebê os relatos contam a história que servirão
276 de assistência a gestantes futuras e assim diminuir os óbitos na localidade. Qual foi a recomendação da
277 nutricionista, porque continuou aumentando o peso, sendo que a gestante era hipertensa e não foi
278 percebido. Fala da importância da discussão da rede existente em Dourados. Menciona Dourados como
279 referência em hospital de parto de alto risco, onde somente tem esse em Dourados e demais em CG e tem
280 a única casa de apoio a gestante e a puérperas credenciada pelo ministério é em Dourados. Dourados tem
281 todos os aparatos recomendados pelo ministério da saúde para diminuir os óbitos materno e infantil. Pede
282 para pensar na rede em onde estão os pontos frágeis. Comenta sobre já ter trabalhado com gestantes
283 indígenas e saber da dificuldade, entretanto ao falar do risco do óbito do bebê há uma mudança de atitude.
284 Fala sobre a necessidade de trabalhar com mulheres em idade fértil (10-49 anos) atividade física, mudança
285 de atitude alimentar antes da gravidez. Recomendação de planejamento familiar e a utilização do ácido
286 fólico antes de ocorrer a gravidez. **Renata Picoli – FIOCRUZ MS** - Fala sobre as ações de disseminação sendo
287 desenvolvidas devido a uma pesquisa em andamento de avaliação do pré-natal e parto no MS junto aos
288 povos indígenas desenvolvida pelos povos indígenas, sugere como estratégia falar sobre a casa de apoio
289 existente nessas ações para que assim tenha uma divulgação maior. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde**
290 **das Mulheres/SES** - Afirma a importância dessas ações e fala sobre trazer assuntos ao comitê de acordo
291 com a visão indígena e suas dificuldades. **Renata Picoli – FIOCRUZ MS** - Fala que fará a reunião com a equipe
292 indígena e verá quais estratégias vão estabelecer com a comunidade. **Bárbara Ferreira - membro do comitê**
293 **(representando DSEI)** - Fala de outra estratégia importante que é o convite do cacique da aldeia para
294 influenciar a população devido a palavra de poder grande desse cacique. **Hilda Guimarães de Freitas –**
295 **Saúde das Mulheres/SES** - Pergunta se fechou o caso e se pode passar para o próximo caso. **Mayara Cañedo**
296 **- Núcleo Regional de Saúde de Dourados** - Inicia apresentação do novo caso investigado pela vigilância
297 epidemiológica. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** - Faz um destaque sobre as escolhas
298 do caso junto a Mayara, que tem sido um ponto de apoio para a macrorregião de Dourados como um todo,
299 tendo intuito de fortalecer o trabalho da saúde indígena. Segundo caso de Coronel de Sapucaia é um óbito
300 indígena e foi escolhido devido ao número de óbitos que tem na cidade. Em torno de 8-9 óbitos já, objetivo
301 de chamar eles (equipe de Coronel de Sapucaia) para destaque na importância dos estudos dos obtidos

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI**ATA N.º 62/22 REUNIÃO****13 de julho de 2022**

302 desse local, se não há prestação de assistência sem saber onde precisa aprimoramento. Agradeço às
303 pessoas de Coronel de Sapucaia por aceitarem o desafio. **Mayara Cañedo - Núcleo Regional de Saúde de**
304 **Dourados** - Informa que o coordenador é Assis Machado. RN de L.T 32 anos, 07 partos normais, todos os
305 filhos vivos, reside com esposo e filhos, recebe cesta básica e bolsa família, nega patologias na família, relata
306 que não sabia que estava grávida, pois estava utilizando um método contraceptivo caseiro desde o
307 nascimento do último filho há 01 ano, não fuma, foram realizados dois testes rápidos de gravidez com
308 resultado positivo, gesta em BEG, sem queixas, nega disúria e perdas vaginais; em relação ao exame físico:
309 corada, hidratada, estável, afebril, acianótico, anictérico (lote CHEAAA), mamas íntegras, mamilos protusos,
310 abdome gravídico, indolor, turgor cutâneo, íntegro, não apresenta edema; recebeu orientação gestacional:
311 quanto à importância do pré-natal, exames, vacinas, alimentação saudável e ingestão hídrica; encaminhada
312 para consulta odontológica, solicitado USG+exames laboratoriais, realizados testes para HIV, HB e HC NÃO
313 REAGENTES, realizado coleta IPED/APAE, fornecido AF+ SF. 10/12/2021 - Gestante em BEG sem queixas,
314 nega disúria e perdas vaginais, CHEAAA, mamas íntegras; turgor cutâneo íntegro, não apresenta edemas.
315 Realizadas orientações gerais. Na consulta apresentava PA 100x50 mmHg, Peso: 55,100Kg, FC: 91 bpm SAT:
316 98%. 06/01/2020 - Ig: 18 sem +4dias, AU: 25cm; BCF: 138bpm, BEG sem queixas, nega disúria e perdas
317 vaginais; exame físico: CHEAAA, mamas íntegras, turgor cutâneo íntegro, não apresenta edema. Foi
318 orientada quanto aos sinais de alerta e a ingestão hídrica. Paciente com 56,800 Kg, PA: 110x60 mmHg, SAT:
319 95%. 11/02/2022 - BEG, sem queixas nega disúria e perdas vaginais, ao exame físico Lote CHEAAA, mamas
320 íntegras. Foi orientado a gestante sobre os sinais de alerta e suplementação. 2º trimestre. Paciente com
321 56,100 Kg, PA:110x60mmHg, FC: 80bpm T:36,4°C. 14/02/2022 - Foi solicitado USC morfológico, gestante
322 27sem +5d. Observação: apresentou alteração USC obstétrica. 04/03/2022 - Consulta de enfermagem Pré-
323 Natal IG: 26sem +5d/30sem +2d início da variação da idade gestacional de acordo com a DUM e USG, AU:
324 31cm, BCF: 131 bpm, MVF+. Em BEG, sem queixas, nega disúria e perdas vaginais ao exame físico: CHEAAA,
325 mamas íntegras não aparenta edema. 3º trimestre de gestação, orientada gestante sobre os sinais de
326 alerta, alimentação, foi realizada a coleta 2º IPED/APAE. No dia apresentou PA 100x50mmHg, FC: 80bpm,
327 SAT:98%, 58kg. 05/04/2022 - gestante de 31sem+2d DUM, 35sem+6d USG; não apresenta edemas; AB
328 gravídico, BCF e MF+; AU: 32cm na consulta PA: 100x60mmHg; 04/05/2022 – Pré-Natal: IG: 35+3/39,
329 AU:34cm, BCF: 148/MF+, gestante em BEG sem queixas, nega disúria e perdas vaginais. Ao EF CHEAAA,
330 mamas íntegras não apresenta edemas; 3º trimestre de gestação, foi orientado a gestante quanto a sinais
331 de alerta e alimentação. Paciente apresentou PA:100x60 mmHg, Peso: 57,900 Kg, T36,6°C, fc 60 bpm, SAT:
332 99%. 10/05/2022 - Puérpera 3º dia após parto marginal em Hospital Municipal de Coronel Sapucaia, sem
333 intercorrências. Ao exame físico: lote CHEAAA, mamas íntegras, mamilos protusos, apresentando-se
334 abdome flácido, indolor lóquios normais, turgor cutâneo íntegro não apresenta edema. Foi orientado a
335 puérpera quanto aos sinais de alerta, alimentação, ingestão hídrica, planejamento familiar, suplementação.
336 Paciente apresentou PA: 110x60mmHg, peso:54,300 Kg, T:36,1°C. Dia do nascimento RN 07/05/2022 - Às
337 12h a gestante deu entrada na unidade de saúde de ambulatório consciente orientada e comunicativa,
338 refere dor em BV e contrações, passou pela avaliação médica e logo após foi internada, foi realizada punção
339 venosa + MCPM segue no leito aos cuidados da enf. Às 16h gestante calma, com intensa dor em BV e
340 contrações com perda de líquido vaginal, seguiu no leito aos cuidados da enfermeira. Às 22h30min a
341 gestante foi levada a sala de parto, avaliação completa, às 22h e 40min expulsão RN vivo parto vaginal,
342 posição cefálica, sexo masculino, corado, choro forte. Com quitação espontânea da paciente, lóquios de
343 quantidade moderada. Após, encaminhada ao leito em companhia do RN, oferecido leite materno nas
344 primeiras horas de vida e seguiu aos cuidados da enfermagem. 08/05/2022 - às 10h puérpera consciente,

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI**ATA N.º 62/22 REUNIÃO****13 de julho de 2022**

345 orientada, encaminhada ao banho de aspersão, boa aceitação da dieta, sem queixas, lóquios normais.
346 09/05/2022 - às 5h puérpera calma, consciente, orientada, nega algia, lóquios normal, dormiu bem no
347 período segue no leito aos cuidados da enfermagem. Às 8h puérpera recebe alta hospitalar em companhia
348 da família. RN vivo, sexo masculino, parto vaginal, posição cefálico, corado, ativo, chora forte. Apgar 1(8) 5
349 (9) PC 33cm, Pt 34cm, est - 48cm, peso 3,195 kg. 17/05/2022 - Consulta de enfermagem - puerperal no 10º
350 dia, pós parto vaginal, em BEG, sem queixas, ao exame físico: LT. CHEAAA, mamas íntegras, mamilos
351 protusos, abdome flácido, indolor turgor cutâneo íntegro, não apresenta edema. Orientações quanto aos
352 sinais de alerta, alimentação, higiene do coto umbilical, vacinas, teste do pezinho e acompanhamento
353 semanal. Paciente apresentou PA 100x60 mmHg, peso: 53,100 Kg, T 36,2°C, SAT: 98%. 17/05/2022 -
354 Consulta puericultura: RN com 10 dias de nascido BEG, mãe sem queixas, em AME. Ao exame físico CHEAAA,
355 fontanelas, normotensas, mobilidade de pescoço + tórax simétrico e com boa expansibilidade, abdome
356 flácido indolor, RH+ genitália íntegra, turgor cutâneo preservado. RN ativo e reativo a estimulação externa.
357 Peso adequado para idade. Em AME com boa pega sucção e deglutição, higiene adequada foi orientado
358 pela enfermagem ingestão hídrica. Paciente com 3,100kg, PC 36cm, alt. 48,5 cm, T 36°C, FC: 138 bpm, FR:
359 38mrpm. Histórico: 12/11/2021 - iniciou pré-natal com idade gestacional de 10 dias. DUM: 29/08/2021,
360 DPP: 05/06/2022, segundo USG DPP: 11/05/2022. Realizou 07 consultas de pré-natal, normotensa, sem
361 queixas. Realizou testes rápidos para HIV, sífilis, HB e HC negativos, IPED/APAE 1º e 2º fase negativos, USG
362 sem alterações, exames laboratoriais apresentando leve anemia e fez usos de Sulfato ferroso 3x ao dia.
363 Teve atendimento médico, da enfermagem e odontológico. Dia 11/02/2022 realizado USG com discreta
364 dilatação do ventrículo lateral que mede 10,7 mm e das pelvis renais que medem 6,2 mm à direita e 6,9 à
365 esquerda e data prevista para parto 11/05/2022. Solicitado USG morfológica, mas não foi liberado a tempo
366 da criança nascer. 07/05/2022 - sem intercorrências, peso 3,195 kg, PC: 36 cm Alt: 48 cm, Apgar 8/9. Foi
367 realizada vacina BCG e HB no dia 09/05/2022 e teste do pezinho em 10/05/2022. 17/05/2022 - segunda
368 consulta puerperal com enfermeira. RN com 10 dias de vida, BEG mãe sem queixa, peso 3,100, FC:138 bpm,
369 FR: 38 mrpm, T:36°C, ao exame físico sem alterações, RN em aleitamento materno exclusivo, com boa pega,
370 boa sucção e deglutição, reforçado orientações anteriores. Histórico de chegada ao Hospital no dia do
371 óbito: criança de 20 dias deu entrada no pronto socorro do hospital Municipal de Coronel Sapucaia às 9:10h
372 com cianose central, pupilas midriáticas bilaterais, sem movimento respiratório, sem pulso, com distensão
373 abdominal, pele fria e sinais de marmóreo em pernas. A criança veio de ambulância, acompanhada apenas
374 pela mãe e o motorista. Mãe refere que aproximadamente às 06h da manhã ao ingerir leite materno, iniciou
375 quadro súbito de tosse e esforço respiratório. A mãe refere ter levado a criança à unidade de saúde da
376 aldeia, refere que foi atendida pela equipe de saúde, não realizado nenhuma manobra, não colocado nem
377 oxigênio e encaminhado para o hospital. Durante o transporte em ambulância refere que a criança parou
378 de respirar. Foi acionado a polícia civil I.M.LS. 25/05/2022 - L.T relata que depois que a criança mamou a
379 noite viu que ela pegou gripe, ficou com tosse, mas resolveu procurar atendimento somente na manhã do
380 dia seguinte quando percebeu que seu filho não estava bem levando a unidade de saúde de Aldeia onde
381 vive. De lá a criança foi encaminhada para o hospital, onde foi constatado o óbito, posteriormente
382 encaminhada para o IML de Ponta Porã. Segundo o relato da enfermeira: “quando a criança chegou à
383 unidade da aldeia já estava sem vida.” Desfecho do caso: O RN foi levado para o IML de Ponta Porã e o
384 resultado foi asfixia e broncoaspiração. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** - Solicita a
385 Bárbara o relato do pré-natal feito na saúde indígena. Questiona sobre a carteira da gestante, pois em
386 nenhum momento houve relato se o instrumento estava preenchido ou não. Comenta que uma mulher
387 que tem 07 filhos e não quer engravidar, até que ponto poderia orientar essa mulher porque chás caseiros

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI**ATA N.º 62/22 REUNIÃO****13 de julho de 2022**

388 como ela usava ela poderia a qualquer momento engravidar mesmo sem querer. Comenta que Renata teve
389 que sair, mas que ela poderia nos ajudar comentando o que a comunidade acha de uma mulher com 07
390 filhos. O segundo ponto que chama atenção é a causa do óbito. Como profissionais de saúde no momento
391 estamos orientando essas mulheres pós-mamada. Caso que o Bruno já havia chamado atenção para causas
392 de óbitos que também tem acontecido em CG. Deve sair alguma recomendação de condutas que devem
393 ser passadas às usuárias e manobras de ressuscitação para o caso de uma asfixia, seja por leite materno ou
394 outros. Cita os pediatras presentes e pede para que vejam junto com a sociedade de pediatria formas para
395 orientar essa rede para que conseguissem fazer manobras e assim diminuir óbitos por essa causa. Indaga
396 até que ponto a sociedade de pediatria poderia ajudar com essas capacitações. Mais uma indagação que
397 gostaria de ouvir dos técnicos que fazem parte e são membros dos comitês e que está trazendo essas causas
398 que poderiam evitar. **Carolina dos Santos Chita Raposo – Saúde da Criança/SES** - Comenta que Janaína
399 colocou as orientações sobre amamentação considerando a oferta de água para o RN. O DSEI tem uma
400 equipe de nutricionistas e fica-se sem entender como no outro caso que não havia sido questionado o
401 atendimento do nutricionista, que não tinha nenhuma recomendação, não havia no prontuário se teve
402 consulta ou não com nutricionista para o caso do ganho de peso da paciente. Precisa entender também
403 que essas orientações devem estar no prontuário também. Comenta não saber como funciona o
404 atendimento desse profissional no local, se são grupos de gestantes ou consultas. E ao falar da água para
405 o recém-nascido fica a dúvida se foi orientação para o RN ou para a mãe, como aumento da oferta de água
406 para a mãe para ela conseguir amamentar. Essa informação não fica clara, precisaria de mais informações
407 para ter certeza. **Mayara Cañedo - Núcleo Regional de Saúde de Dourados** - Comenta que tem na parte da
408 puerpera a recomendação de água e também na parte da criança o que gera a dúvida. O porquê da água
409 se o bebê tinha boa deglutição e boa sucção. Não se sabe se anotou errado, pois como é possível ver na
410 apresentação existem algumas repetições. Pode ser um equívoco que foi colocado tanto na parte da
411 puerpera como na parte do RN, mas a orientação foi só para a puerpera. Chama atenção a alteração
412 cardíaca da criança e não foi solicitado um ecocardiograma após nascimento, porque não conseguiu fazer
413 a morfológica, pois nasceu antes da hora e não teve autorização, mas também não fez um ecocardiograma.
414 Como foi para a necrópsia talvez não seja um cardiopata. **Bárbara Ferreira - membro do comitê**
415 **(representando DSEI)** - Responde à pergunta da Hilda sobre a função do nutricionista, fala que o
416 nutricionista faz o acompanhamento individual e coletivo e os dados são anotados no prontuário. Comenta
417 que gostaria que Gabriela falasse, pois a mesma tinha anotações sobre o atendimento da nutricionista no
418 prontuário. Comenta que questionou a coordenadora do polo de Amambai que respondeu que não recebeu
419 convite para participar da reunião. Comenta que tem cobrado a participação em reuniões devido às
420 investigações que são feitas com a equipe. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** -
421 Comenta que dentro do comitê estadual é divulgado o convite, e como ela (Bárbara) tem a comunidade
422 indígena sob responsabilidade ela tem autonomia para convidar. **Bárbara Ferreira - membro do comitê**
423 **(representando DSEI)** - Comenta a importância de trazer as discussões realizadas no município, que seria
424 importante pelas informações complementares. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** -
425 Comenta que deve sair uma recomendação sobre o papel da vigilância, o comitê estuda o óbito, quando
426 tem um caso deve chamar todos os parceiros e preencher a ficha para juntos construir a história. O que
427 está apresentado é um compilado das fichas que viram uma história que vai ser apresentada ao comitê
428 estadual ou municipal para que juntos possa ser tirada recomendações. Um processo que está sendo
429 construído. Tem uma proposta que é fazer pequenos simpósios de discussão quando se estuda óbitos,
430 porque sempre precisa aprimorar as discussões. Comenta que o comitê estadual está desbravando um

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI**ATA N.º 62/22 REUNIÃO****13 de julho de 2022**

431 ponto mais difícil da vigilância, que o que é feito com óbito materno e infantil deveria ser feito com outros
432 agravos para que fosse vista onde estão as fragilidades. A investigação tem esse papel, cada membro tem
433 o compromisso de fortalecer as recomendações feitas por eles mesmos. Volta a levantar um ponto do óbito
434 infantil falando da existência do comitê de estímulo ao aleitamento materno, comenta o agosto dourado,
435 então ao estudar o caso o que pode ser retirado como recomendação, que ação a mais deve ser feita para
436 que casos como esses não venham ocorrer. Questiona se os profissionais estão preparados para fazer as
437 manobras de ressuscitação ou se sempre vão precisar do corpo de bombeiros e o que o comitê pode fazer
438 de recomendação de capacitação para que a política de saúde seja fortalecida. Pede para abrirem os
439 microfones e ver o que acharam e o que dentro das instituições que representam poderiam estar apoiando
440 um ao outro para que essas ações sejam fortalecidas. **Dra. Danielle Hoffmann - representante da**
441 **sociedade brasileira de pediatria** - se apresenta representando a sociedade brasileira de pediatria,
442 comenta que já tinha dado uma lida em um caso, que é um caso de broncoaspiração, a criança poderia sim
443 estar com algum esforço respiratório, poderia ser um resfriado devido à época, ou talvez alguém que foi
444 visitar o bebê e passou algo para a criança. A mãe relata que depois que mamou pegou gripe, às vezes pode
445 não ter sido, às vezes a criança já fez uma pequena broncoaspiração e ficou mais secretiva por conta da
446 aspiração e parece gripe, fica mais catarrenta aparentemente. O que poderia não ser gripe, mas também
447 poderia ser. De qualquer forma essa criança tinha uma dificuldade respiratória, que se traduziu em
448 dificuldade para mamar e ela fez uma broncoaspiração. O ideal seria que chegando à aldeia a equipe de
449 saúde que atendeu deveria ver se tinha necessidade de aspiração de vias aéreas, oferta de oxigênio,
450 monitorização e levar para o local com recurso adequado. Não sabe se na aldeia tem esses recursos de
451 material para aspiração, oxigênio se tem enfermeiro capacitado ou se é somente algum técnico ou auxiliar.
452 No caso de bronco aspiração o que se vê, a orientação no caso de aleitamento, por mais que seja uma mãe
453 que teve 7 gestações, vê-se que tiveram muitos filhos e ainda assim tiveram dificuldade em amamentações
454 anteriores, ter muitos filhos pode não significar que seja uma mãe de dominasse aleitamento materno ,
455 pode existir alguma particularidade naquela gestação, uma dificuldade de pega da criança, dificuldade de
456 sucção, de qualquer forma sempre reforçar, espera-se que tenha sido somente um equívoco para oferecer
457 água porque não vai oferecer água e nenhum outro tipo de líquido para o bebê que tenha sido somente
458 uma forma de escrever. Se for verificado que a equipe está orientando passar líquido para o bebê precisa
459 mudar isso como recomendação. Recomendar consulta de puericultura seja com a enfermeira ou médico
460 e as orientações de aleitamento. Fala da Karine a procurando para falar sobre a possibilidade de fazer
461 capacitações da pediatria, para fazer reanimação de neonatal talvez, ou alguma capacitação para ajudar
462 nessa assistência que existe no interior antes de mandar as crianças para CG, então está sendo vista a
463 possibilidade de capacitar as equipes, mesmo pequenas capacitações já ajudariam para oferecer o básico
464 de oxigênio, aspiração, monitorização. Esse básico poderia ter feito diferença para essa criança. **Carolina**
465 **dos Santos Chita Raposo – Saúde da Criança/SES** - Concorda com a Dra. Danielle, e espera que consigam
466 fazer as capacitações, e pensar na atualização do manejo do aleitamento materno por existirem
467 profissionais novos. Miranda já fez essa solicitação para fazer atualização do curso em manejo em
468 aleitamento materno, porque é onde volta com essas questões, com mitos e atualizar o pessoal na questão
469 do aleitamento materno. Existe um mito, a sociedade acha que é muito fácil, somente colocar o bebê para
470 amamentar, são detalhes, são orientações simples, mas que precisam ser sempre lembradas. Pensar no
471 curso de manejo sabe-se que existe uma dificuldade da equipe, do DSEI vir a CG para capacitar, porque o
472 curso de manejo tem uma parte prática, poderia então levar esses profissionais por região o DSEI
473 disponibilize as equipes, não sabe se seria região de Miranda ou Dourados com dois ou três cursos somente

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI**ATA N.º 62/22 REUNIÃO****13 de julho de 2022**

474 para equipe do DSEI. **Bárbara Ferreira - membro do comitê (representando DSEI)** - comenta que em outra
475 capacitação tinham distribuído o pessoal para participar e poderia fazer no mesmo formato. Em Miranda
476 por exemplo, os polos mais próximos iriam até Miranda e já havia até feito a distribuição dos profissionais,
477 é uma participação muito necessária. **Carolina dos Santos Chita Raposo – Saúde da Criança/SES** - Comenta
478 que consegue levar dois ou três profissionais, fazer duas ou três salas ao mesmo tempo e vão fazendo a
479 capacitação. E levariam os profissionais a um lugar só e ficaria mais fácil. **Bárbara Ferreira - membro do**
480 **comitê (representando DSEI)** - esclarece o questionamento da médica, não tem aspirador, nem oxigênio
481 nas unidades. São unidades básicas na saúde indígena. **Dra. Danielle Hoffmann - representante da**
482 **sociedade brasileira de pediatria** - Questiona se existe a possibilidade de profissionais irem até regiões
483 maiores como Miranda, Três Lagoas, pois sempre vê óbito neonatal por dificuldade na reanimação.
484 Dificuldade de reanimação do recém-nascido em sala de parto e dificuldades respiratórias no geral o que
485 motiva os encaminhamentos para Santa Casa e hospital regional é principalmente dificuldade respiratória,
486 choque séptico. Pensou em fazer um dia reanimação neonatal em sala de parto, estabilização e transporte
487 de bebê mesmo que fosse algo mais simplificado e numa outra oportunidade fazer o básico, como crise
488 convulsiva, parada cardíaca, intubação, reanimação, dificuldades respiratórias. Então poderia não ter o
489 pediatra, mas tem uma equipe que estaria com um pouco mais de informação, fazer isso para enfermeiros
490 e alguns médicos e tentar organizar isso com quem conseguir. Agradece pelo relato e comenta que hoje
491 achou a reunião muito produtiva. **Mayara Cañedo - Núcleo Regional de Saúde de Dourados** - Comenta que
492 ouvindo a dra. Danielle fala do curso AIDPI neonatal que traz todos esses conteúdos como reanimação,
493 amamentação, icterícia. Comenta o caso passado no fantástico, uma criança que faleceu engasgada com a
494 maçã na creche que é o mesmo que aconteceu com essa mãe, foi colocada a criança no carro e ao chegar
495 ao hospital a criança já estava sem vida devido à falta de primeiros socorros. **Carolina dos Santos Chita**
496 **Raposo – Saúde da Criança/SES** – Comenta que se deve pensar em um modelo mais simplificado que o
497 AIDPI, devido ao tempo. Como o que a Dra. Vanessa faz. Um modelo mais prático, oficinas práticas com
498 bonecos, trabalhando um dia e meio dois, para conseguir esses profissionais também. O AIDPI precisa dos
499 profissionais cadastrados, profissionais que estão atualizados. No outro caso seria uma oficina com os
500 próprios pediatras da sociedade. Pode-se conversar com o ministério também para ver para voltar com o
501 AIDPI. Importante é fazer a atualização dos profissionais, principalmente porque a maioria dos hospitais do
502 interior não conta com pediatra, então são enfermeiros, ginecologistas e médicos generalistas que estão
503 na sala de parto. Vão atender a gestante, mas precisam também auxiliar o recém-nascido e receber o
504 recém-nascido. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** - Comenta que se deve pensar
505 também que na aldeia não existe o aparato mínimo, o que seria possível fazer nesse momento para ter um
506 aparato mínimo para dar assistência, algo a ser discutido. Outro ponto, citando o caso do fantástico, cita
507 que as equipes devem estar preparadas para dar assistência à criança daquele quadro mais grave. **Carolina**
508 **dos Santos Chita Raposo – Saúde da Criança/SES** - Comenta que já teve um aumento do óbito infantil,
509 estava mantendo uma taxa de 11, 10 e agora já está com uma taxa de 13. Um número elevado, a meta é
510 manter em 9; 9,2. É necessário trabalhar para que daqui para o final do ano consigamos reduzir essa taxa
511 de mortalidade infantil. Tem-se percebido um aumento do óbito que estava conseguindo manter estável.
512 **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** - Comenta que Bruno chamou atenção sobre essa
513 situação. Em relação a crianças que têm relação com aleitamento materno. Trabalhar manejo da
514 amamentação para que as crianças não viessem a ter essas complicações. **Carolina dos Santos Chita Raposo**
515 **– Saúde da Criança/SES** - Comenta que é um acontecimento, mas não pode causar um mito. Isso gera
516 instabilidade e redução do aleitamento materno, aumento dos bebês nas UTIs, por aleitamento materno

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI**ATA N.º 62/22 REUNIÃO****13 de julho de 2022**

517 salvar vidas. **Mayara Cañedo - Núcleo Regional de Saúde de Dourados** - Sugere levar o caso de forma mais
518 sucinta, caso autorizado pelo Assis, no outro comitê de aleitamento materno. **Carolina dos Santos Chita**
519 **Raposo – Saúde da Criança/SES** - Comenta que tem algumas pessoas que são membros do comitê do
520 aleitamento materno participando da reunião. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** -
521 Comenta da produção de vídeos sendo feita. **Carolina dos Santos Chita Raposo – Saúde da Criança/SES** -
522 Confirma a produção dos vídeos para o Agosto Dourado em relação ao aleitamento materno, a pega para
523 a população em geral. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** - Sugere que nos vídeos seria
524 importante falar dos cuidados quando a criança acaba de amamentar. O que pode fazer para não causar o
525 aumento de óbito por essa causa. Pergunta se algum pediatra tem algo mais a comentar. Devido à hora
526 fala que não dará tempo de apresentar os dados epidemiológicos. Comenta que o retirado como
527 recomendação foi a melhoria da caderneta da gestante, nessa gestante não se sabe nem se utilizou a
528 caderneta, recomendação também de rever a dificuldade de saúde reprodutiva com uma população
529 indígena, como essa mulher com a quantidade de filhos que já tem e dizendo que não queria engravidar,
530 deve-se trabalhar isso na saúde indígena fazendo com que elas tenham métodos mais seguros para não
531 engravidar, caso assim deseje, terceira recomendação de melhoria de material educativo, os vídeos, e de
532 capacitação para rede pensando principalmente na saúde indígena para melhoria dessa assistência que se
533 presta a criança. De uma maneira resumida, foi isso que fechou. Pergunta se algum membro deseja falar
534 algo mais. Pergunta se o Bruno gostaria de contribuir com algo da causa se não ficaria com a causa que saiu
535 no laudo como asfixia e broncoaspiração como causa básica. Lembra que no grupo dos membros está a ata
536 da reunião passada. Pede aprovação da ata para disponibilização para todos para ir ao site da secretaria.
537 **Carolina dos Santos Chita Raposo – Saúde da Criança/SES** - Lê mensagem no chat falando do projeto que
538 tem na UEMS de extensão direcionado aos atendimentos de urgência e emergência, síndrome do bebê,
539 cuidados e desinfecção de materiais e bancadas, cuidados na alimentação e engasgos entre outros. Ressalta
540 que essa atividade é feita com alunos indígenas bolsistas do vale universidade do curso de enfermagem da
541 UEMS. Carol parabeniza o projeto e fala da importância de ter um projeto assim. **Hilda Guimarães de Freitas**
542 **– Saúde das Mulheres/SES** - Comenta que como ela tem todo esse material, pode-se contar com ela para
543 fortalecer essa discussão sobre esses assuntos nas aldeias. **Margareth Giacomassa - UEMS** - Comenta que
544 podem sim contar com ela. **Carolina dos Santos Chita Raposo – Saúde da Criança/SES** - Agradece. **Hilda**
545 **Guimarães de Freitas – Saúde das Mulheres/SES** - Comenta que em breve estarão entrando em contato
546 com ela para melhorar esse trabalho que vira ser necessário. **Margareth Giacomassa - UEMS** - Comenta
547 que o material prevê atendimento para crianças maiores também e depois pode ser expandido para as
548 escolas. **Carolina dos Santos Chita Raposo – Saúde da Criança/SES** - Comenta que não vai dar tempo de
549 fazer a apresentação dos dados e que fica para a próxima reunião. **Hilda Guimarães de Freitas – Saúde das**
550 **Mulheres/SES** - Comenta que os dados serão disponibilizados no grupo do comitê materno infantil.
551 Pergunta se podem aprovar a ata que estava no grupo, ou se gostariam de ler a ata até sexta feira. Se até
552 sexta-feira não tiver nenhuma correção, entende-se que pode publicar a ata no comitê. Maioria concorda
553 então, fica acertado que tem até sexta feira para fazer alguma alteração, caso não façam alteração ela será
554 publicada no site da secretaria de saúde, na parte do comitê. Sugere a todos que acessem o site da
555 secretaria. Comenta que aceitam sugestão do que pode ser colocado a mais. **Hilda Guimarães de Freitas –**
556 **Saúde das Mulheres/SES** agradece a todos os presentes. Comenta que as recomendações feitas fortalecem
557 a assistência materna infantil no estado. O que é discutido de alguma maneira é fortalecido no estado. Caso
558 algum membro não conheça o compromisso feito, é só pedir novamente que o plano seja publicado em

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL/CEPMMI

ATA N.º 62/22 REUNIÃO

13 de julho de 2022

559 diário oficial para conhecimento. Pede para assinarem a lista de frequência para registro. **Carolina dos**
560 **Santos Chita Raposo – Saúde da Criança/SES** - Agradece a presença de todos e encerra a reunião.