

05/03/2020

---

---

# Relatório Sobre Mortes Relacionadas à Gestação, 2018 - Minas Gerais

---

---

Comitê Estadual de Prevenção da  
Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

Este relatório apresenta os principais dados relativos a mulheres que morreram durante a gravidez, parto e puerpério, independente da causa, no ano de 2018 em Minas Gerais. Tem como objetivo ser fonte de consulta para o planejamento em cuidados à saúde das mulheres em idade fértil e, em especial, das gestantes e/ou puérperas e faz parte das atividades de divulgação do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais. O relatório foi apresentado e aprovado na reunião ordinária do Comitê Estadual em 05 de março de 2020.



## Elaboração

**Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar** - Professora Associada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG e Presidente do Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do Estado de Minas Gerais.

**Ane Karine Alkmim de Sousa** - Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, referência técnica na Coordenadoria de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças - SES/MG.

**Salete Maria Novais Diniz** - Analista em Educação e Pesquisa em Saúde, Coordenadora de Monitoramento de Dados Epidemiológicos.

**Ana Flávia Sentirelli de Carvalho** - Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, referência técnica de Vigilância do Óbito Materno, infantil e Fetal - SES/MG.

**Lívia Maria Gomes Lopes** - Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, referência técnica de Vigilância do Óbito Materno, infantil e Fetal - SES/MG.

## Secretaria Executiva do CEPMMIF

**Camila Ferraz Quaresma** - Coordenação de Gestão Hospitalar - Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar

**Gisele Marçal Pimenta** - Diretoria de Regulação de Urgência e Emergência - Superintendência de Regulação

**Maria Regina Dias de Bastos** - Diretoria de Regulação de Urgência e Emergência - Superintendência de Regulação

**Nadia Aparecida Campos Dutra** - Coordenação de Investigação e Prevenção de Infecção e Eventos Adversos - Diretoria de Vigilância em Serviços de Saúde - Superintendência de Vigilância Sanitária

**Priscila de Faria Pereira** - Coordenação Estadual de Atenção Primária à Saúde - Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde - Superintendência de Atenção Primária à Saúde

## Relatório Sobre Mortes Relacionadas à Gestação, 2018 - Minas Gerais

A Morte Materna configura como uma das mais graves violações dos direitos humanos de mulheres e crianças e um problema de saúde pública por ser evitável na grande maioria dos casos. Esses óbitos refletem as condições de vida, as desigualdades sociais, a ausência ou a fragilidade de políticas sociais e leis que garantam os direitos de cidadania e a participação social. A redução desse óbito é ainda um desafio para os serviços de saúde, gestores e a sociedade como um todo.<sup>1</sup>

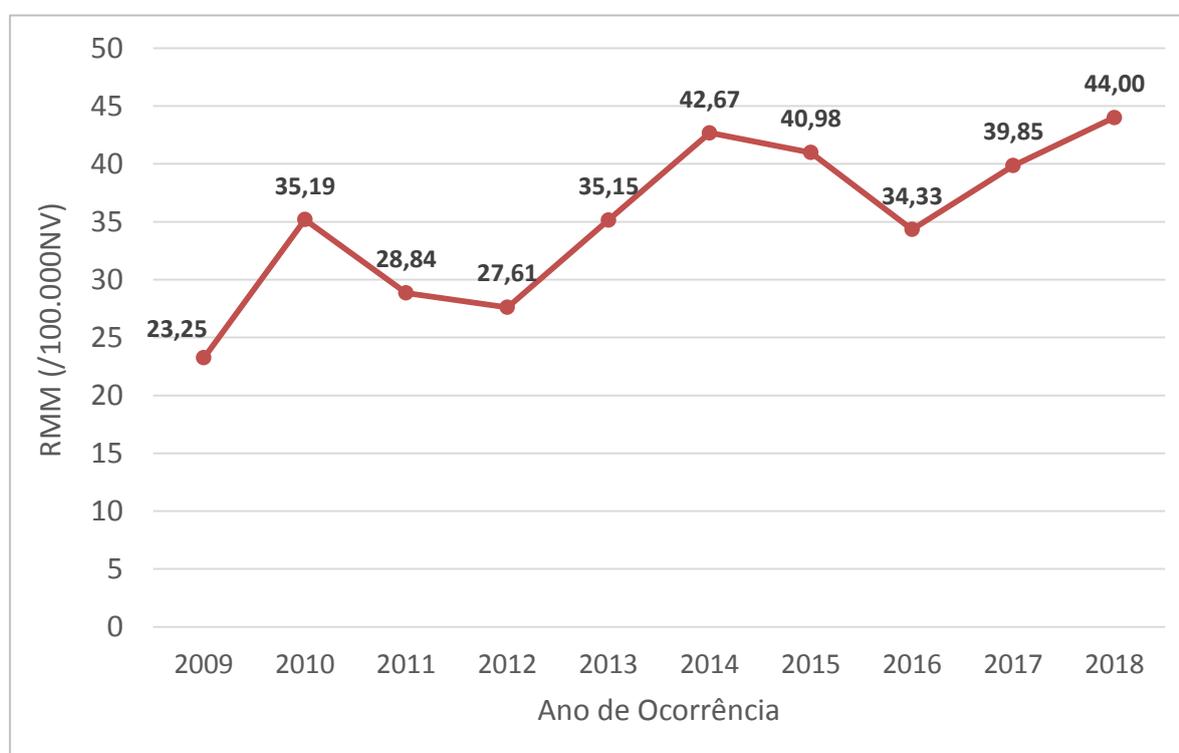
Considera-se **morte relacionada à gestação** o óbito de uma mulher enquanto grávida ou dentro de 365 dias do término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa da morte. Para fins de cálculo da **razão da mortalidade materna (RMM)** são incluídos apenas os casos de óbitos obstétricos diretos e indiretos ocorridos na gestação ou até 42 dias após o término da mesma. Os óbitos obstétricos (diretos e indiretos) ocorridos após 42 dias do término da gestação não são computados no cálculo da RMM, mas são classificados como morte materna tardia.<sup>2</sup>

Na análise da situação da mortalidade materna no mundo, países da Europa, como França, Itália e Alemanha, apresentam uma RMM entre 4 e 10 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos, enquanto, na África Subsaariana e em parte da Ásia, esse índice pode ultrapassar 1.000 óbitos por 100.000 nascidos vivos. No Brasil, a RMM em 2017 foi de 64,5 óbitos por 100.000 nascidos vivos, já em Minas Gerais, no mesmo ano, essa razão foi de 39,85.<sup>3</sup>

O gráfico 1 apresenta a série histórica da razão da mortalidade materna no Estado de Minas Gerais nos últimos 10 anos. Percebe-se uma importante oscilação nessa taxa e isso pode, pelo menos, parcialmente ser explicado pelo fato de que pequenas variações no número absoluto de óbitos determina significativo impacto na razão de mortalidade materna. Ações relacionadas à melhoria na vigilância do óbito com qualificação das investigações, bem como fortalecimento das ações dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna podem, também, impactar na RMM. No estado de Minas Gerais, em 2013, ocorreu a criação dos Grupos de Trabalho para Redução da Mortalidade Materna e Infantil e, em 2015 foi editada a resolução

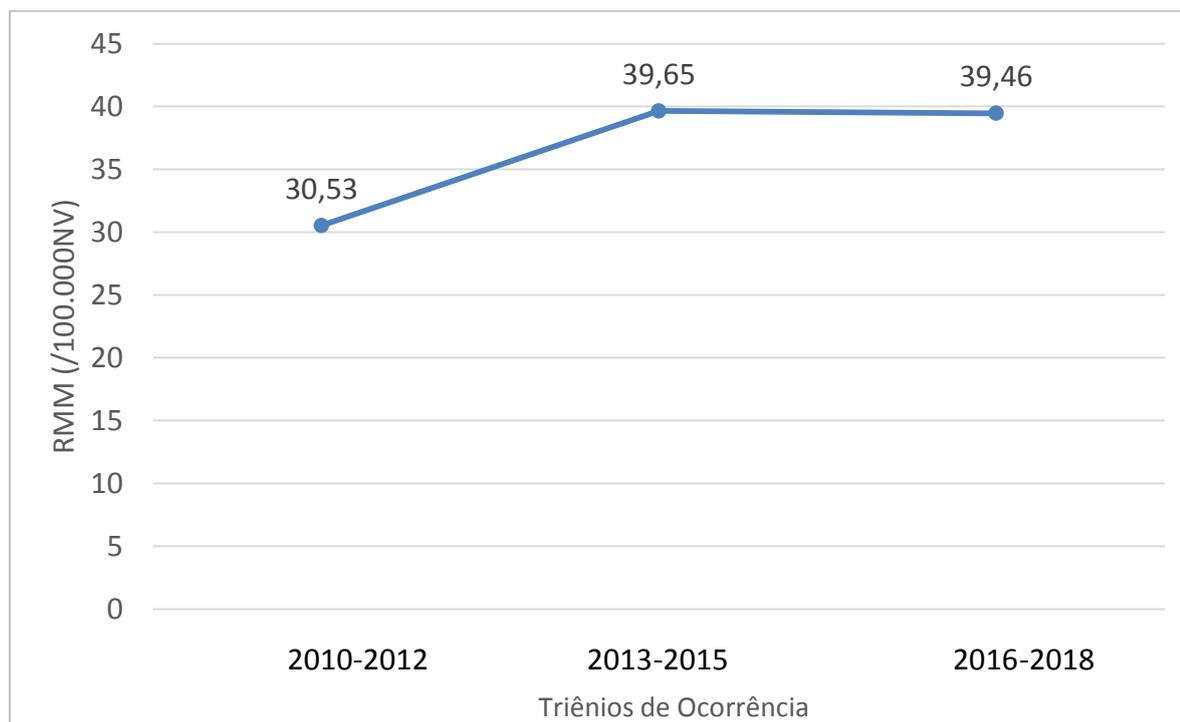
que reorganizou os comitês nos níveis estadual, regional e municipal. Nota-se que após essas ações a RMM apurada é maior do que nos anos anteriores, refletindo, em parte, o resultado dessas ações e, não necessariamente, aumentos reais na ocorrência dos óbitos. Em função disso, a análise temporal da RMM parece ser mais adequada se realizada em períodos não apenas anuais. No gráfico 2 apresentamos a RMM nos últimos três triênios e, na análise desse gráfico, identificamos que a RMM nos dois triênios que sucedem as mudanças na ação de vigilância do óbito e das ações dos Comitês permaneceu relativamente estável, embora em níveis ainda bastante elevados.

Gráfico 1 - Razão de Mortalidade Materna segundo ano do óbito. Minas Gerais, 2009 a - 2018



Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

Nota: Dados de 2017 a 2019 atualizados em 05 de março de 2020, portanto sujeitos a alterações.

**Gráfico 2 - Razão de Mortalidade Materna por triênios. Minas Gerais, 2010 - 2018**

Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

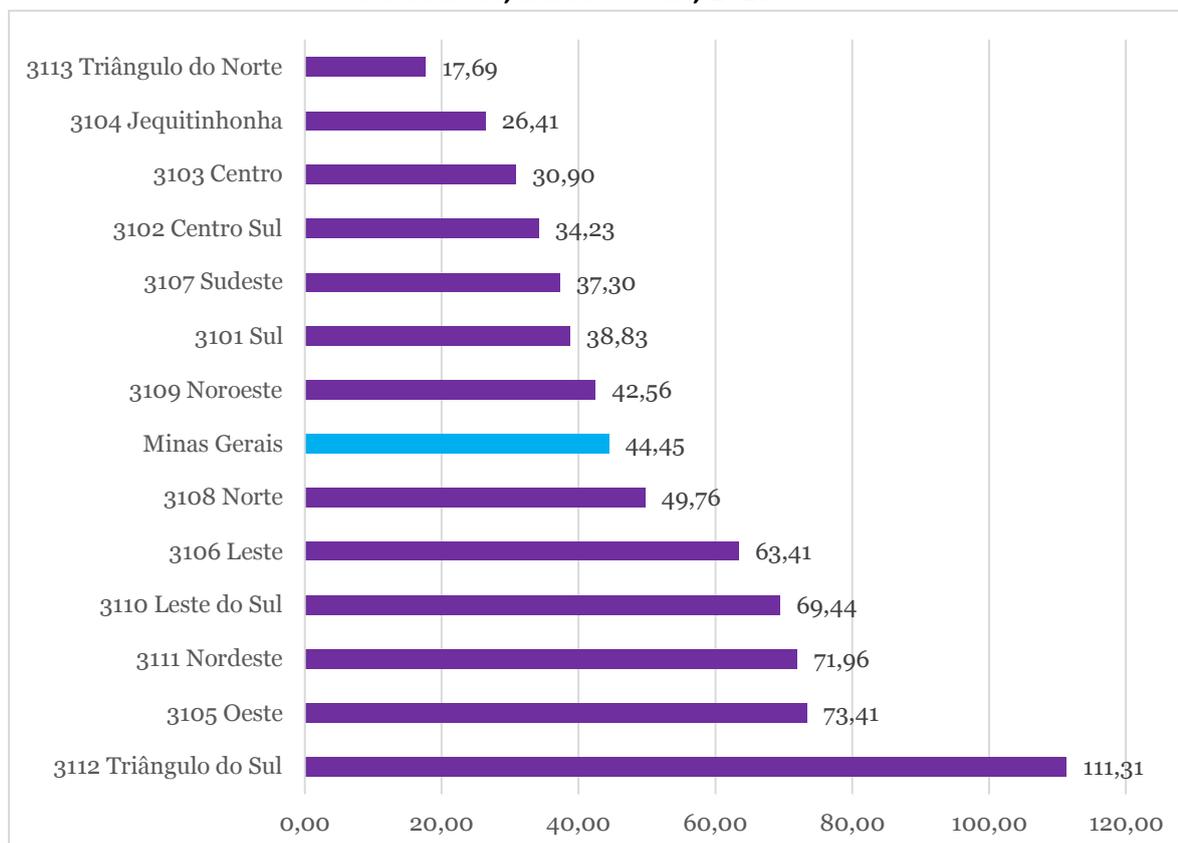
Nota: Dados de 2017 a 2019 atualizados em 05 de março de 2020, portanto sujeitos a alterações.

Para o estado de Minas Gerais, assim como para o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde, a redução da mortalidade materna é uma prioridade. O compromisso da redução da mortalidade materna não foi alcançado em 2015, como pretendido dentro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), e foi reforçado e elencado como um dos indicadores para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A redução da morte materna está inserida no terceiro objetivo dos ODS que propõe: “até 2030 reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos”. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) apresentou uma adequação das metas globais à realidade brasileira, estabelecendo que a meta da RMM deverá ser de 30 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos até 2030<sup>4</sup> e o estado de MG, na construção do seu Plano Estadual de Saúde (PES/MG), propôs uma meta de 40 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos até 2023.

De acordo com as análises dos óbitos maternos dos anos de 2017 e 2018, a RMM nas Regiões Ampliadas de Saúde variou entre 10,5 a 101,2 óbitos por 100.000 nascidos

vivos, como mostrado nos gráficos 3 e 4, e a média dessa mortalidade nesse período foi de 42,5.

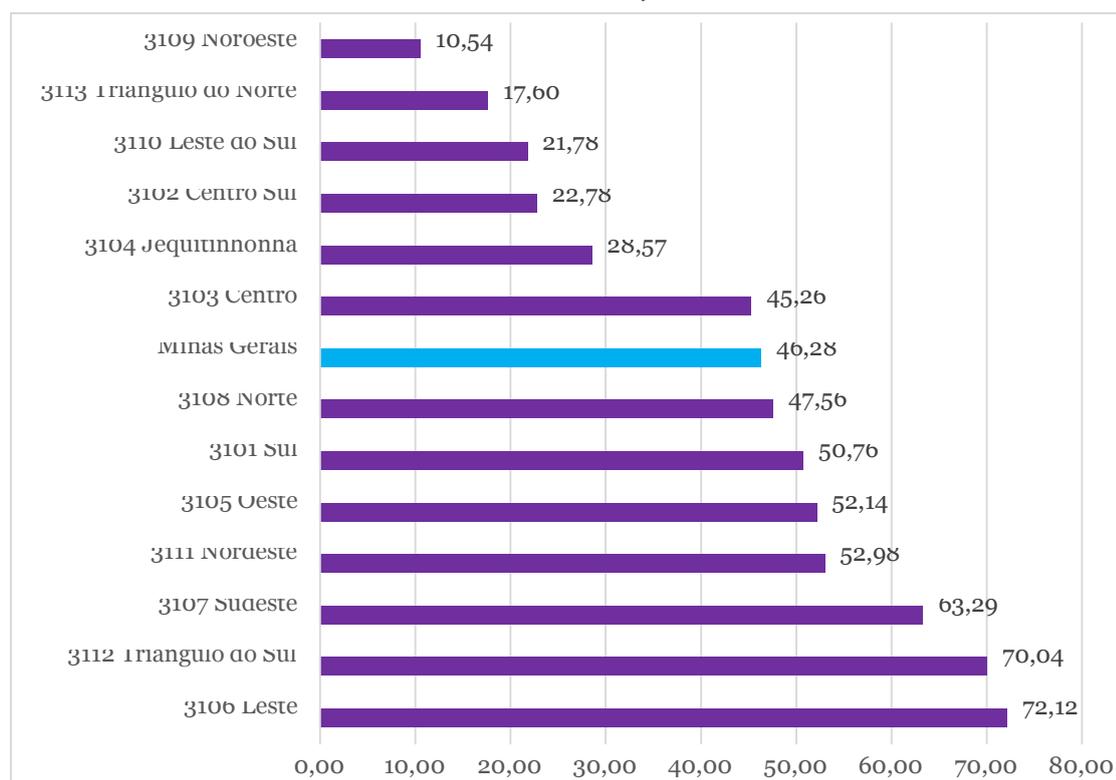
**Gráfico 3 - Razão de Mortalidade Materna por Região Ampliada de Saúde de Residência, Minas Gerais, 2017**



Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMTG

Nota: Dados de 2017 atualizados em 17 de dezembro de 2019, portanto sujeitos a alterações.

**Gráfico 4 - Razão de Mortalidade Materna por Região Ampliada de Saúde de Residência, Minas Gerais, 2018**



Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG

Nota: Dados de 2018 atualizados em 17 de dezembro de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Para a confecção deste relatório os dados de 2018 foram retirados das análises do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CEPMMIF) e, como alguns desses dados ainda não foram lançados/corrigidos no SIM, pode haver divergência com os constantes nos sistemas de informação.

O CEPMMIF analisou todos os óbitos ocorridos em mulheres no período gravídico e até um ano pós-parto/aborto, mesmo aqueles que não entram no cálculo da RMM, pois, a partir da análise desses óbitos podemos traçar um perfil epidemiológico dessas mortes, conhecer as variações geográficas em Minas Gerais e identificar com melhor clareza a real assistência prestada em nossos territórios. A tabela 1 apresenta o número de óbitos relacionados à gestação ocorridos em 2018, distribuídos por Unidade Regional de Saúde (URS). Do total, também foram estratificados os casos de morte obstétrica ocorridos na gestação ou até 42 dias pós-resolução da gestação e a Razão de Morte Materna.

**Tabela 1 - Óbitos Relacionados ao Período Gestacional e Puerpério, por Unidade Regional de Saúde - Minas Gerais, 2018**

URS	N° de óbitos	Nascidos vivos	Óbitos Obstétricos*	RMM
Alfenas	5	5557	3	54,0
Barbacena	1	6093	1	16,4
Belo horizonte	35	70836	26	36,7
Coronel Fabriciano	6	10466	6	57,3
Diamantina	4	4767	2	42,0
Divinópolis	11	15344	8	52,1
Governador Valadares	13	8943	12	134,2
Itabira	7	5387	6	111,4
Ituiutaba	0	2153	0	0,0
Januária	5	5695	4	70,2
Juiz de Fora	10	9083	7	77,1
Leopoldina	2	2621	2	76,3
Manhumirim	2	7073	2	28,3
Montes Claros	12	15524	5	32,2
Passos	1	5000	1	20,0
Patos de Minas	0	5694	0	0,0
Pedra Azul	3	3639	3	82,4
Pirapora	3	1909	2	104,8
Ponte Nova	1	3924	0	0,0
Pouso Alegre	12	11743	4	34,1
São João Del Rei	2	2687	2	74,4
Sete Lagoas	4	7358	3	40,8
Teófilo Otoni	3	6788	3	44,2
Ubá	2	5439	2	36,8
Uberaba	7	9996	7	70,0
Uberlândia	6	14889	3	20,1
Unai	1	3797	1	26,3
Varginha	10	11191	7	62,6
Total	168	263596	122	46,3

\* Óbitos obstétricos diretos e indiretos ocorridos na gestação ou até 42 dias pós-resolução da gestação.

Todos esses casos foram analisados até 20 de dezembro de 2019, à exceção de quatro casos (1 Januária, 1 Manhumirim, 1 Itabira e 1 Governador Valadares) cujos relatórios foram enviados após a data mencionada. Nos dados apresentados abaixo constam, portanto, análise de 164 casos. Nesse relatório apresentamos as análises de todo o estado, mas cada URS receberá os seus dados separadamente.

Identificando os reais problemas nas URS, das microrregiões, municípios e Unidades de Saúde, recomendamos que sejam reavaliados, identificando os reais problemas da sua URS, das microrregiões, municípios e Unidades de Saúde para que possam ser realizadas ações nestes lugares frente o alto número e tendência ao crescimento desses casos.

A tabela 2, apresentada a seguir, mostra os óbitos maternos por idade. No ano de 2018, 10 óbitos maternos (8,5%) foram em mulheres de 40 anos ou mais. Porém, vale ressaltar que considerando os 9.210 nascidos vivos de mulheres dessa faixa etária, a RMM desse grupo foi de 109 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Dentro desse contexto torna-se essencial a discussão sobre a qualidade do planejamento sexual e reprodutivo, especialmente, nas mulheres dessa faixa etária.

**Tabela 2 - Número de Nascidos Vivos e Óbitos Maternos por Faixa etária, em anos - Minas Gerais, 2018**

10-14			15-19			20-29			30-39			40 ou mais		
NV	MM	RMM	NV	MM	RMM	NV	MM	RMM	NV	MM	RMM	NV	MM	RMM
1143	-	-	32707	9	28	123048	48	39	97431	51	52	9210	10	109

NV: nascidos-vivos; MM: morte materna; RMM: razão de mortalidade materna

Em relação a raça/cor, chama atenção a razão elevada nas mulheres pretas e amarelas, como representado na tabela 3. No ano de 2018 não ocorreu óbito na população indígena. Essa característica já havia sido apontada no relatório de atividades e resultados do CEPMMIF-MG 2016-2018.<sup>5</sup>

**Tabela 3 - Óbitos Maternos por Raça/cor - Minas Gerais, 2018.**

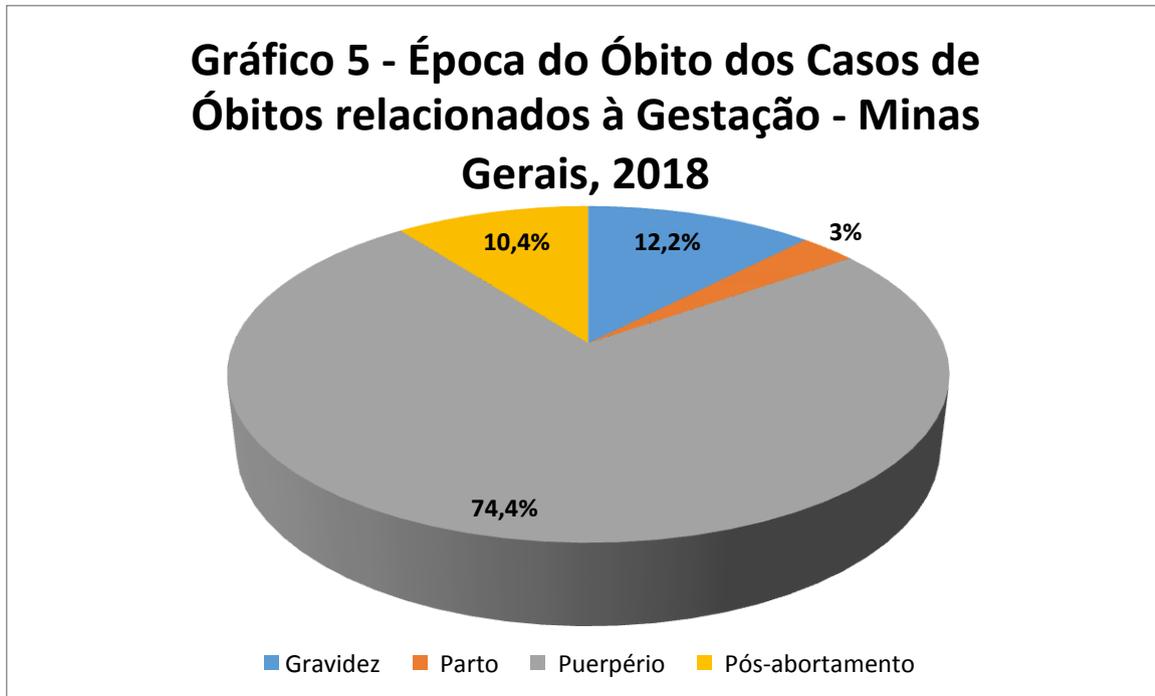
Branca			Preta			Parda			Amarela			Indígena		
NV	MM	RMM	NV	MM	RMM	NV	MM	RMM	NV	MM	RMM	NV	MM	RMM
87706	39	44,5	22241	17	76,4	145985	60	41,10	2164	2	92,4	558	-	-

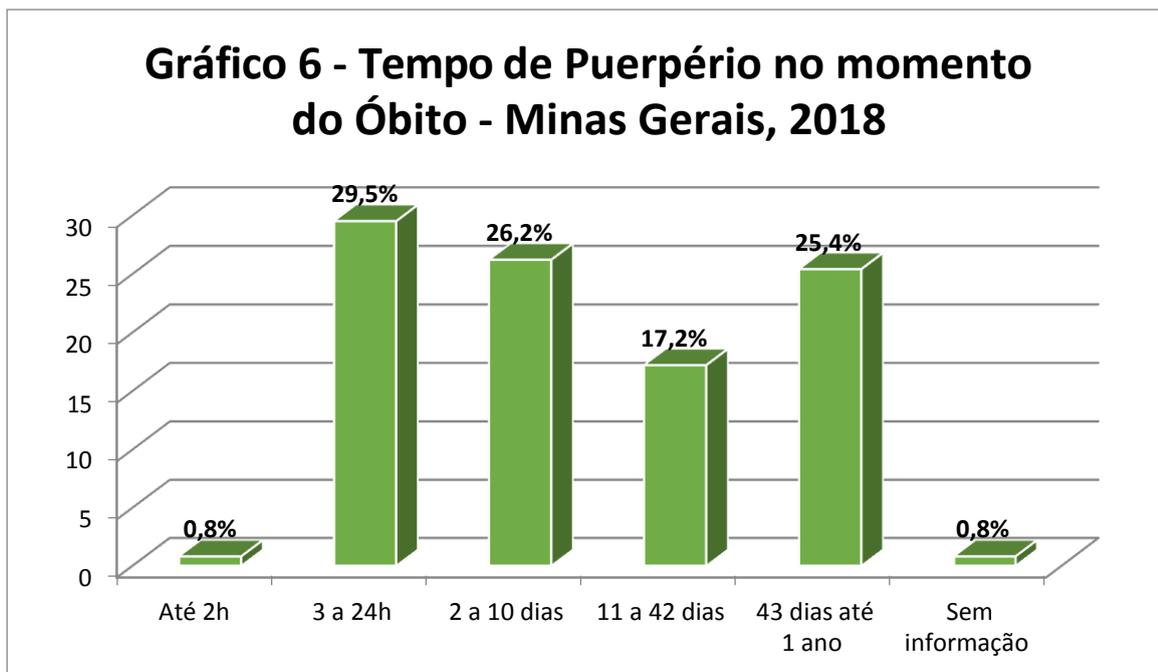
\*Em 4955 casos não foi possível identificar raça/cor da falecida.

NV: nascidos-vivos; MM: morte materna; RMM: razão de mortalidade materna

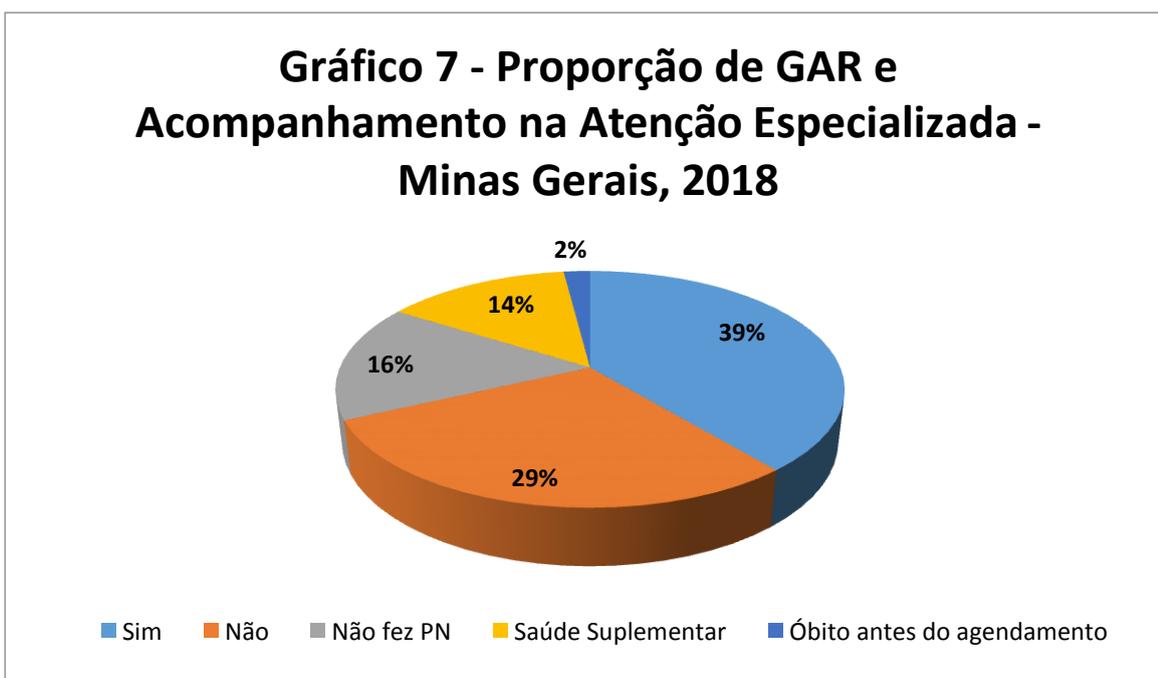
Sobre o número de consultas de pré-natal, identifica-se que 52,4% (86 casos) fez o número mínimo de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde, enquanto 11,6% dessas mulheres não realizaram nenhuma consulta pré-natal. Esses dados sinalizam para a importância da discussão sobre a qualidade da assistência prestada e a necessidade de um olhar mais criterioso para essa assistência, com a presença de capacitações com o objetivo de melhoria do cuidado prestado, uma vez que a maioria dos óbitos ocorre em mulheres que realizaram pré-natal.

Do total dos 164 casos analisados, 122 mulheres (75%) morreram durante o puerpério. Dessas, mais da metade (56,6%) morreu no período denominado puerpério recente (até 10 dias após término da gestação). Os gráficos 5 e 6 abaixo mostram detalhadamente esses dados.





Quanto a estratificação de risco das gestantes, 105 (64,0%) mulheres eram gestantes de alto risco, 56 (34,1%) de risco habitual, enquanto em 3 não foi possível estratificar, pois as informações eram insuficientes para a conclusão. Dentre as gestantes que foram classificadas como alto risco destaca-se que 29% não foram acompanhadas na atenção especializada sinalizando para duas possibilidades: ausência de estratificação adequada ou dificuldade de acesso (Gráfico 7).



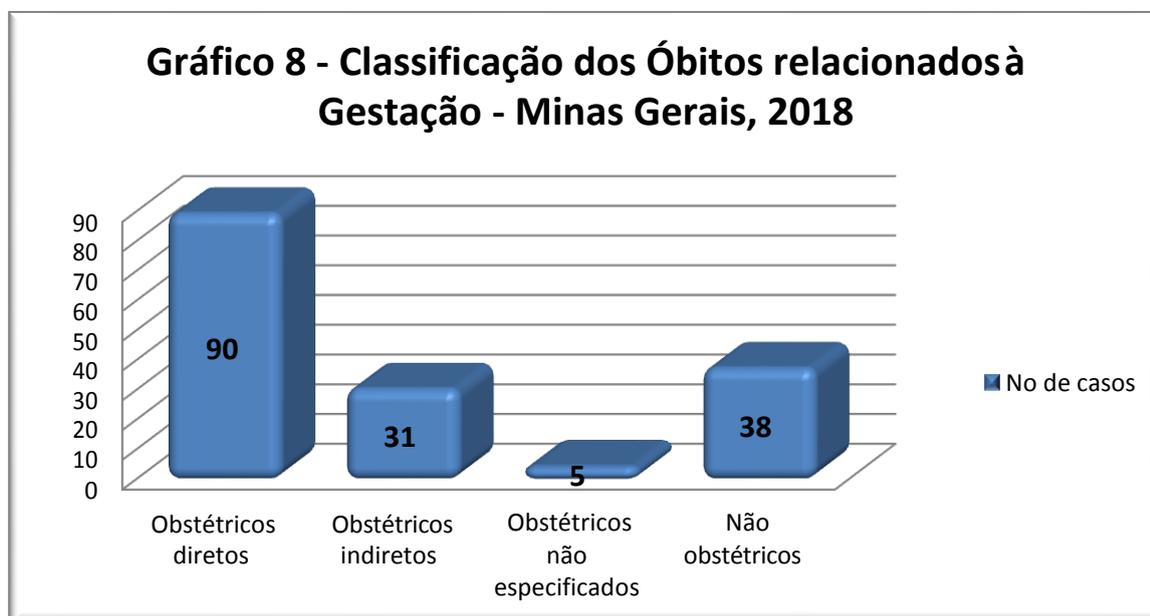
Considerando todos os óbitos relacionados à gestação, 129 mulheres (78,7%) morreram no puerpério, sendo que o parto vaginal correspondeu a 31,0% (40/129 casos) e a cesariana a 68,2% (88/129 casos) e um caso no qual não foi possível identificar a via de parto. Os restantes 35 casos equivalem a mulheres que morreram durante a gestação (19/164 casos - 11,5%) ou após abortamento (16/164 casos - 9,8%).

Dentre os casos que tiveram a cesariana como via de parto a indicação da cesariana foi considerado justificável em 69 casos (78,4%), sendo que em 11 casos (12,5%) a cesariana foi realizada em situação *perimortem* materna com o objetivo de salvar o feto. Dos casos de cesariana *perimortem* nove recém-nascidos nasceram vivos, dos quais três faleceram logo após o nascimento. Em cinco casos (5,7%) a indicação da cesariana foi considerada como pouco justificável, em seis casos (6,8%) a indicação não foi considerada justificável e em sete casos (8,0%) a indicação não foi informada.

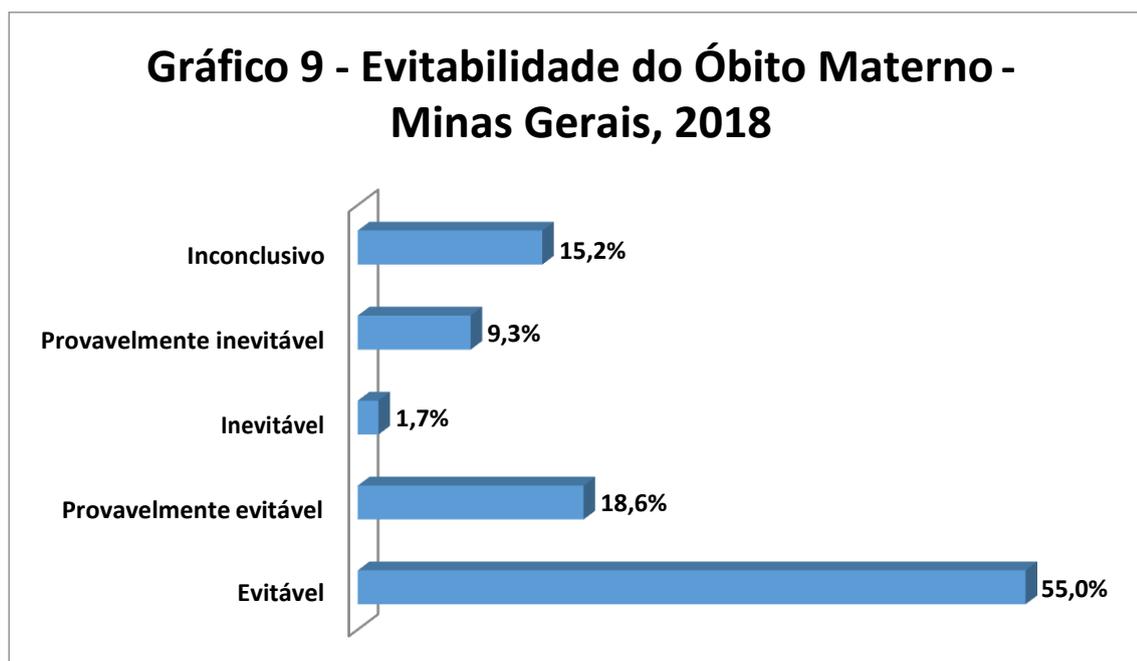
Quanto à condição do concepto, em 94 (72,9%) casos as crianças estavam vivas quando da investigação epidemiológica, 12 (9,3%) foram neomortos, 17 (13,2%) natimortos, e em 6 casos (4,7%) não conseguimos informações sobre as condições do feto/RN. Sendo assim, podemos afirmar que, pelo menos, 98 crianças (4 gestações eram gemelares) se encontravam em condições de risco social necessitando assistência diferenciada. Esse dado é de extrema relevância, pois, é bem estabelecido que o óbito materno representa importante fator de risco para mortalidade infantil.

O gráfico 8 apresenta a classificação dos óbitos relacionados à gestação, sendo que, 126 casos (76,8%) foram classificados como obstétricos, dos quais 90 casos (71,4%) obstétricos diretos, 31 casos (24,6%) obstétricos indiretos e 5 casos (3,9%) como obstétricos não especificado, pois as informações disponíveis não permitiam classificá-los como direto ou indireto. Dos 38 óbitos (38/164 - 32,8%) categorizados como não obstétricos destacam-se nove casos (23,7%) tendo como causa básica neoplasias e quatro casos (7,9%) declarados como causas mal definidas. Em relação aos óbitos em mulheres jovens com neoplasia destaca-se a pouca atenção dada ao

planejamento familiar e contracepção nesse grupo de mulheres. Serviços de verificação de óbitos disponíveis são essenciais para a redução do número de óbitos por causa mal definidas.

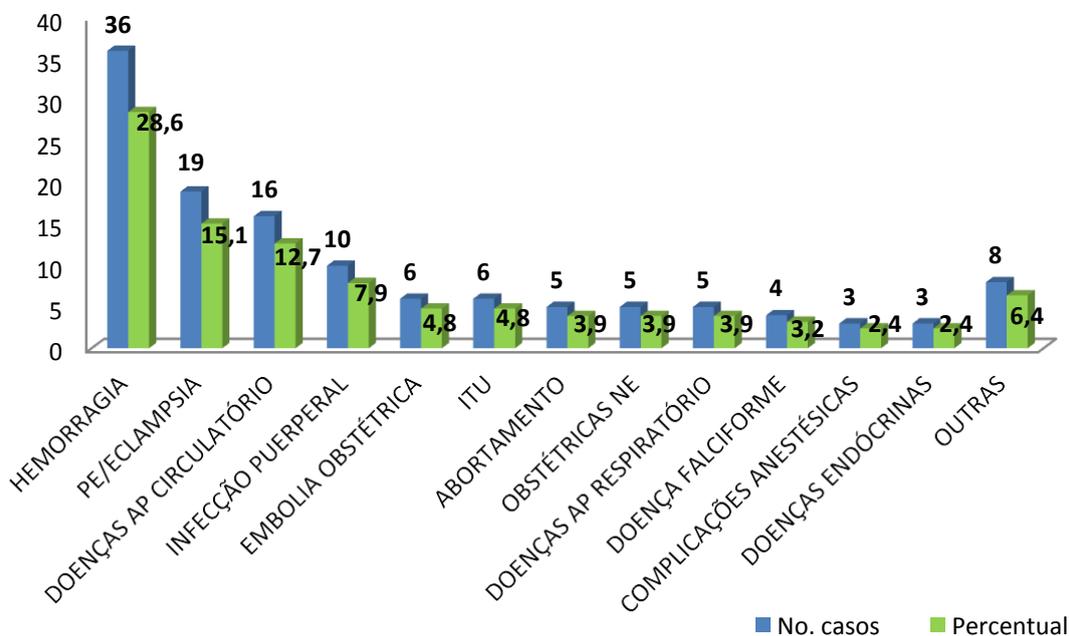


Quanto   evitabilidade dos óbitos, a grande maioria foi classificada como evitável ou potencialmente evitável, como mostra o gráfico 9, ou seja, são perdas que poderiam ter sido evitadas por adequa o na assistência prestadas a essas mulheres. Chama a aten o que em cerca de 15% dos casos a evitabilidade não pode ser estabelecida, apesar de todo o processo epidemiológico da investiga o do  bito. Esse dado pode sugerir ainda uma fragilidade na qualidade das investiga es ou dificuldades na obten o de informa es consistentes nos prontuários ambulatoriais e hospitalares, impactando no cenário epidemiológico das mortes maternas e na possibilidade de realizar recomenda es relativas   assistência dessas mulheres.



As mulheres do nosso estado ainda morrem por causas de fácil prevenção, pois se tratam de causas em que as soluções de cuidados em saúde são bem conhecidas e ofertada no Sistema Único de Saúde. No gráfico 10 estão dispostas as causas mais relevantes dos óbitos obstétricos. Qualificação do planejamento reprodutivo, da assistência no pré-natal, parto e puerpério continuam sendo os pilares da prevenção da morte materna. Chama a atenção que as hemorragias obstétricas continuam como a principal causa das óbitos obstétricos do estado, respondendo por quase 30% de todos os óbitos maternos. Vale ressaltar que dos cinco casos de óbitos por complicações do abortamento, um caso foi complicado por hemorragia. Esses dados reforçam a necessidade de implementação da Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia da OPAS/MS em todo o estado.

**Gráfico 10 - Causas do Óbito Materno - Minas Gerais, 2018**



Outras\*: 2 transtornos mentais complicando puerpério; 2 doenças do aparelho digestivo; 1 infecção pelo HIV; 1 doenças causadas por protozoários complicando a gravidez; 1 Lúpus eritematoso sistêmico; 1 peritonite por lesão de alça intestinal na cesariana.  
 PE - pré-eclâmpsia; AP - aparelho; ITU - infecção do trato urinário; NE - não especificadas

Diante das informações expostas anteriormente, sugerimos que sejam realizadas ações nos territórios, de acordo com as particularidades de cada região, e usando como base o relatório de atividades e resultados do CEPMMIF, 2016 a 2018<sup>5</sup>, que sintetizou os principais problemas encontrados nas análises dos óbitos maternos e apontou propostas de recomendações, como replicado abaixo.

Problemas encontrados nos óbitos relacionados a gestação

Atenção Primária	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baixa qualidade do Planejamento Familiar, com ênfase à dificuldade na escolha correta de método contraceptivo</li> <li>2. Falta de acesso ao Pré-natal</li> <li>3. Falta de realização da estratificação de risco gestacional em tempo oportuno e de forma continuada ao longo da gestação</li> <li>4. Ausência de cumprimento de protocolos</li> <li>5. Qualidade do cuidado insatisfatória</li> <li>6. Falta de monitoramento compartilhado com atenção especializada</li> <li>7. Pouca atenção ao seguimento de puerpério e pouca capacitação/habilidade para identificação precoce de complicações</li> <li>8. Não cumprimento das ações do 5º dia</li> <li>9. Falta de monitoramento – falta de visita domiciliar</li> <li>10. Pouca capacitação/habilidade na atenção às doenças prevalentes na infância</li> <li>11. Falta de vinculação com assistência hospitalar para intercorrências do período neonatal</li> <li>12. Falta de identificação/valorização de sinais de gravidade nas intercorrências maternas, neonatais e na infância</li> </ol>
Atenção Secundária	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificuldade de acesso para seguimento na atenção especializada para gestações de alto risco e recém-nascidos de risco</li> <li>2. Ausência/não cumprimento de protocolos</li> <li>3. Baixa qualidade do acompanhamento</li> <li>4. Dificuldade/não garantia de exames complementares especializados</li> <li>5. Pouca articulação com atenção primária</li> <li>6. Ausência de vinculação para internações e partos de alto risco</li> </ol>
Urgência e Emergência	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não valorização dos sinais/sintomas de risco</li> <li>2. Baixa capacidade de atendimento de gestantes, recém-nascidos e crianças com menos de um ano de vida</li> <li>3. Ausência/não cumprimento de protocolos</li> </ol>
Atenção Hospitalar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausência/não cumprimento de protocolos</li> <li>2. Não garantia de exames complementares</li> <li>3. Não valorização dos sinais/sintomas de risco</li> <li>4. Pouca articulação com Atenção primária e secundária</li> <li>5. Qualidade insatisfatória do cuidado para gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças com menos de um ano de vida.</li> <li>6. Baixa qualidade no preenchimento da DO</li> </ol>
Controle Social	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pouca participação do movimento social nas discussões dos casos de mortalidade materna, fetal e infantil limitando a valorização dos determinantes sociais na ocorrência do óbito materno, fetal e infantil</li> </ol>

## PRINCIPAIS PROPOSTAS PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, FETAL E INFANTIL

### 1. Atenção Primária a Saúde

- a. Garantir o Planejamento Familiar em momentos oportunos, dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito do acesso aos meios de anticoncepção ou de concepção segura nos serviços de saúde, com orientação quanto aos riscos reprodutivos.
- b. Garantir acesso oportuno e realizar captação precoce das gestantes.
- c. Garantir equipe multidisciplinar na assistência às gestantes.
- d. Seguir as diretrizes da assistência pré-natal conforme os protocolos do Ministério da Saúde e da Nota Técnica Conjunta - Critérios para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante, agosto de 2016.
- e. Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) quanto as suas atividades de acordo com as diretrizes vigentes.
- f. Orientar os profissionais sobre a assistência compartilhada com a atenção especializada nos casos de pré-natal de Alto-risco, seguindo as recomendações da Nota Técnica Conjunta - Critérios para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante, agosto de 2016.
- g. Seguir protocolo de consulta puerperal conforme estabelecido no Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa - Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- h. Intensificação das ações do 5o dia de vida do recém-nascido, com ênfase à visita domiciliar.
- i. Melhorar os cuidados no ambiente, nutrição, aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento do RN e criança até 1 ano de vida.
- j. Estimular práticas comunitárias e familiares de proteção à saúde materna e da criança.

k. Capacitar os profissionais para os cuidados e práticas de puericultura e acompanhamento no primeiro ano de vida.

## **2. Atenção Especializada a Saúde**

a. Orientar o serviço sobre a qualidade dos atendimentos, pois, essas instituições se caracterizam por estrutura assistencial que, de forma compartilhada com a atenção primária, faz seguimento diferenciado das denominadas “situações de risco”, e não apenas pela presença de médico-obstetra ou pediatra.

b. Garantir acesso oportuno para as gestantes e recém-nascidos de risco para acompanhamento especializado.

c. Garantir equipe multidisciplinar na assistência às gestantes.

d. Capacitação dos profissionais no seguimento das gestantes e RN de risco.

e. Garantir acesso à propedêutica complementar, medicamentos e imunizações específicas para os grupos de risco.

f. Vinculação das gestantes atendidas na atenção especializada com maternidades de alto risco.

## **3. Atenção Hospitalar**

a. Realizar primeiro atendimento de gestante e recém-nascido independentemente da disponibilidade de vagas.

b. Garantir equipe multidisciplinar na assistência às gestantes.

c. Documentar as informações do(a)s usuário(a)s em prontuário, conforme previsto em lei.

d. Elaboração de protocolos assistenciais com base nas diretrizes nacionais e estaduais e treinamento dos profissionais para seguimento.

e. Estimular a assistência multiprofissional na assistência ao parto, puerpério e RN baseada nas boas práticas com evidências científicas.

f. Seguir protocolo de assistência pós-parto, assistência na primeira hora, “hora ouro”.

- g. Realizar transferência, quando necessário, utilizando o sistema da Regulação (SISREG) e emitindo relatório completo das condições clínicas, exames realizados e medicações administradas.
- h. Seguir protocolo do Sistema Nacional de Regulação (SISREG).
- i. Elaboração de protocolos de seguimento ao recém-nascido.
- j. Garantia de alta responsável para todas as gestantes, recém-nascidos e crianças após internação hospitalar.
- k. Treinamento dos profissionais médicos para o correto preenchimento das DO.

#### **4. Controle Social**

- a. Dar visibilidade às recomendações retiradas das análises de casos da mortalidade materna, infantil e fetal.
- b. Priorizar os temas da mortalidade materna, infantil e fetal nas agendas do movimento social.
- c. Promover discussões sobre modelo de assistência obstétrica no Estado/País.
- d. Divulgar para as comunidades a importância dos cuidados em saúde, em especial sobre planejamento reprodutivo, boas práticas na assistência pré-natal, parto/abortamento e puerpério e seguimento da criança.

#### **5. Comitês**

- a. Garantir reuniões regulares para discussão da análise dos óbitos.
- b. Garantir adequado preenchimento das fichas-sínteses pela referência da Vigilância Epidemiológica após as discussões de análise de casos.
- c. Garantir a participação do controle social na composição dos Comitês.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 3. ed. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Guia da Vigilância Epidemiológica, 2009).
2. Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade. Organizado por Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, Marcos Augusto Bastos Dias e Mayumi Duarte Wakimoto. Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013.
3. SIM/SINASC/CPDE/DIE/SVE/SubVS/SESMG, acesso em 05 de fevereiro de 2020.
4. IPEA. Agenda 2030. ODS-Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento sustentável. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801\\_ods\\_metas\\_nac\\_dos\\_obj\\_de\\_desenv\\_susten\\_propos\\_de\\_adequa.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf)
5. CEPMMIF. Relatório de atividades e Resultados CEPMMIF 2016-2018. Disponível em [http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias\\_e\\_eventos/000\\_2019/abril\\_m aio\\_junho/24-05-Relatorio-de-atividades-e-Resultados-CEPMMIF-2016-2018.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2019/abril_m aio_junho/24-05-Relatorio-de-atividades-e-Resultados-CEPMMIF-2016-2018.pdf)