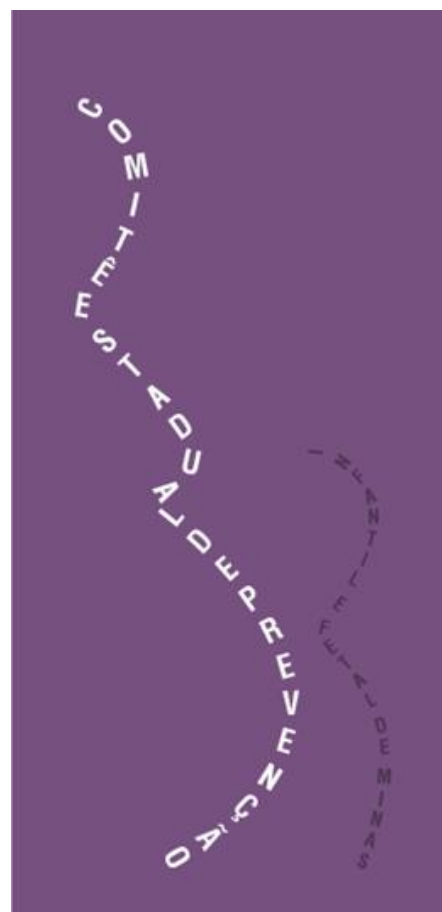


Comitê Estadual de
Prevenção à Mortalidade
Materna, Infantil e Fetal

CEPMMIF

RELATÓRIO DE ATIVIDADES E RESULTADOS

PERÍODO 2016-2018



Este relatório foi apresentado e aprovado na reunião ordinária do CEPMMIF de 27/02/19.
Este relatório foi apresentado na reunião de colegiado da SRAS-SES/MG em 08/05/19.
Os gráficos das páginas 17 a 27 foram atualizados em 17/04/19.

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

Saete 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

Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar – Presidente do CEPMMIF

Ane Karine Alkmim de Sousa – Coordenadoria de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças

Roberta Souto Rocha Faria - Coordenadoria de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças

Hélio Renato Neri - Coordenadoria de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças

Salete Maria Novais Diniz - Vigilância do Óbito Materno, infantil e Fetal

Ana Flávia Sentirelli de Carvalho - Vigilância do Óbito Materno, infantil e Fetal

Lívia Maria Gomes Lopes - Vigilância do Óbito Materno, infantil e Fetal

Luciana Mesquita Lara - Diretoria de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência

Camila Ferraz Quaresma - Diretoria de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência

Maria Regina Dias de Bastos - Diretoria de Regulação Assistencial

Gisele Marçal Pimenta - Diretoria de Regulação Assistencial

Helyonara Magalhães dos Santos Ribeiro - Coordenação Atenção Especializada

Nádia Aparecida Campos Dutra - Diretoria de Vigilância em Serviços de Saúde

Priscila de Faria Pereira - Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

Introdução	4
Vigilância do Óbito	5
Composição do Comitê Estadual	6
Situação atual dos Comitês Regionais do Estado de Minas Gerais	7
Demonstrativo de reuniões ordinárias	12
Ações da Secretaria Executiva do CEPMMIF em apoio às URS	13
Outras ações desenvolvidas pelo CEPMMIF	14
Situação das investigações dos óbitos fetais, infantis, de mulheres em idade fértil e maternos em Minas Gerais e qualidade das declarações de óbitos	18
Situação da mortalidade materna no Estado de Minas Gerais	22
Situação da mortalidade infantil no Estado de Minas Gerais	27
Metodologia da análise dos casos de morte materna pelo CEPMMIF	32
Metodologia da análise dos casos de morte infantil pelo CEPMMIF	34
Principais dados sobre a análise de casos pela Secretaria Executiva do CEPMMIF	36
Principais propostas para redução da mortalidade materna, fetal e infantil	37
Anexo 1 – Questionário para diagnóstico situacional dos CRPMMIF	40
Anexo 2 – Orientações, sugestões e recomendações para CRMMIF	41
Anexo 3 – Nota Técnica nº /SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018	45
Anexo 4 – Orientações para construção de relatório executivo	50
Anexo 5 – Critérios para encaminhamento de óbitos infantis	52

INTRODUÇÃO

A estratégia de análise dos óbitos maternos de forma qualificada foi iniciada no estado de Minas Gerais (MG) em 1995. A Resolução SES 098/95 de 30 junho de 1995 determinou a criação de comitês de prevenção da morte materna no âmbito estadual e nas regionais de saúde ligado diretamente à Secretaria de Estado de Saúde de MG (SES-MG), através da Diretoria de Promoção à Saúde da Superintendência de Epidemiologia. Em 2004, a partir da Resolução SES Nº 0589 de 26 de outubro de 2004, o Comitê Estadual de Prevenção da Morte Materna (CEPMM) passou a ser vinculado diretamente à Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, da Superintendência de Atenção à Saúde, na Subsecretaria de Políticas e Ações da Saúde. Na mesma data foi publicada a Resolução SES nº 0590, que criou os Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção da Mortalidade Infantil com a mesma vinculação do CPMM. Esses comitês foram bastante atuantes até o final da primeira década dos anos 2000, mas a partir daí passaram a ter atuação menos ativa. Em 2013, a SES-MG retomou a implantação dos comitês como estratégia consolidada para a redução da mortalidade materna e infantil publicando a Resolução SES-MG nº 4.031 de 19 de novembro de 2013 que unificou os Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna e os Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil, criando um Comitê único de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal para integrar as ações de promoção, prevenção e acompanhamento da assistência à saúde da gestante, parturiente, puérpera, recém-nascido e criança até um ano de vida. Em novembro de 2015 alguns pontos foram ajustados a partir da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.226 de 18 de novembro de 2015 e Resolução SES/MG nº 5.016 de 18 de novembro de 2015, como a possibilidade dos municípios de uma mesma região se agruparem e constituírem um comitê compartilhado; o enfoque nas vulnerabilidades dos diferentes grupos sociais; a criação de uma secretaria executiva como órgão permanente com composição, finalidades e atribuições definidas em Regimento Interno; e racionalização da composição dos comitês, alterando “composição mínima” por composição preferencial. As alterações foram realizadas com o propósito de facilitar a implementação, atuação e os processos de trabalho dos comitês nos diversos níveis. A partir da publicação dessa última Resolução a atuação do Comitê Estadual foi retomada. O presente relatório tem como objetivo apresentar o trabalho desenvolvido nos anos de 2016 a 2018.

VIGILÂNCIA DO ÓBITO

A investigação de óbito é de competência da Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde e, de forma complementar, da Vigilância em Saúde no nível estadual, observando-se as orientações de manuais e formulários disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio da SES-MG. A obrigatoriedade da investigação do óbito infantil consta na Portaria GM/MS nº 72, de 11 de Janeiro de 2010, e da investigação do óbito materno e de mulher em idade fértil na Portaria GM/MS nº 1.119 de 05 de Junho de 2008.

A Vigilância Epidemiológica de Óbitos constitui-se de um conjunto de ações capazes de proporcionar o conhecimento dos determinantes/condicionantes de saúde e dos registros das ocorrências da morte e de suas causas. Tem por competência conhecer o número, o perfil, os potenciais fatores de evitabilidade dos óbitos e seus determinantes. O processo investigatório é uma importante estratégia para melhorar o registro de óbitos e qualificar os dados e, com isso, dar mais visibilidade ao problema. Também exerce papel relevante como instrumento para a melhoria dos Sistemas de Informação em Saúde e como fonte de evidências para o aprimoramento da atenção à saúde no país.

Os objetivos são direcionados ao progresso da qualidade de assistência à saúde, subsidiando a implantação e/ou implementação de medidas que reduzam a mortalidade com uma visão crítica dos problemas sociais, assistenciais e análise da evitabilidade, atuando para prevenção de novas ocorrências.

É importante ressaltar que a participação agregada da vigilância epidemiológica e dos setores encarregados da assistência direta é essencial, uma vez que os objetivos principais das atividades não se limitam apenas na melhoria das estatísticas vitais, mas também da qualidade e conformação do cuidado de saúde. Nesse sentido, é imprescindível a articulação junto aos Comitês de Mortalidade, que a partir da avaliação da qualidade da assistência à saúde prestada poderão subsidiar políticas públicas e as ações de intervenção.

COMPOSIÇÃO DO COMITÊ ESTADUAL

O CEPMMIF é composto pela representação das seguintes entidades:

1. Coordenadoria de Atenção à saúde das Mulheres e Crianças
2. Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar
3. Diretoria de Políticas de Atenção Primária
4. Diretoria de Análise de Situação de Saúde
5. Diretoria de Vigilância em Serviços de Saúde
6. Diretoria de Regulação Assistencial
7. Conselho Regional de Medicina
8. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais
9. Sociedade Mineira de Pediatria
10. Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras – Seccional Minas Gerais
11. Escola/Faculdade de Medicina
12. Escola/Faculdade de Enfermagem
13. Hospitais Públicos de Minas Gerais
14. Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais
15. Hospitais Universitários ou de Ensino
16. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
17. Conselho Estadual de Saúde
18. Conselho Estadual da Mulher
19. Organizações Não Governamentais relacionadas à saúde da mulher
20. Organizações Não Governamentais relacionadas à saúde da criança
21. Ministério Público de Minas Gerais
22. Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa de Estado de Minas Gerais
23. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais

Em outubro de 2015 apenas as Unidades Regionais de Saúde (URS) de Alfenas, Belo Horizonte, Divinópolis, Itabira, São João Del Rei, Sete Lagoas, Uberlândia e Varginha informaram ter seus comitês regionais estruturados e com atuação regular. As URS de Barbacena, Montes Claros e Patos de Minas não manifestaram sobre a situação do comitê, enquanto as demais 17 URS informaram que não possuíam comitê estruturado, como mostra o mapa abaixo:

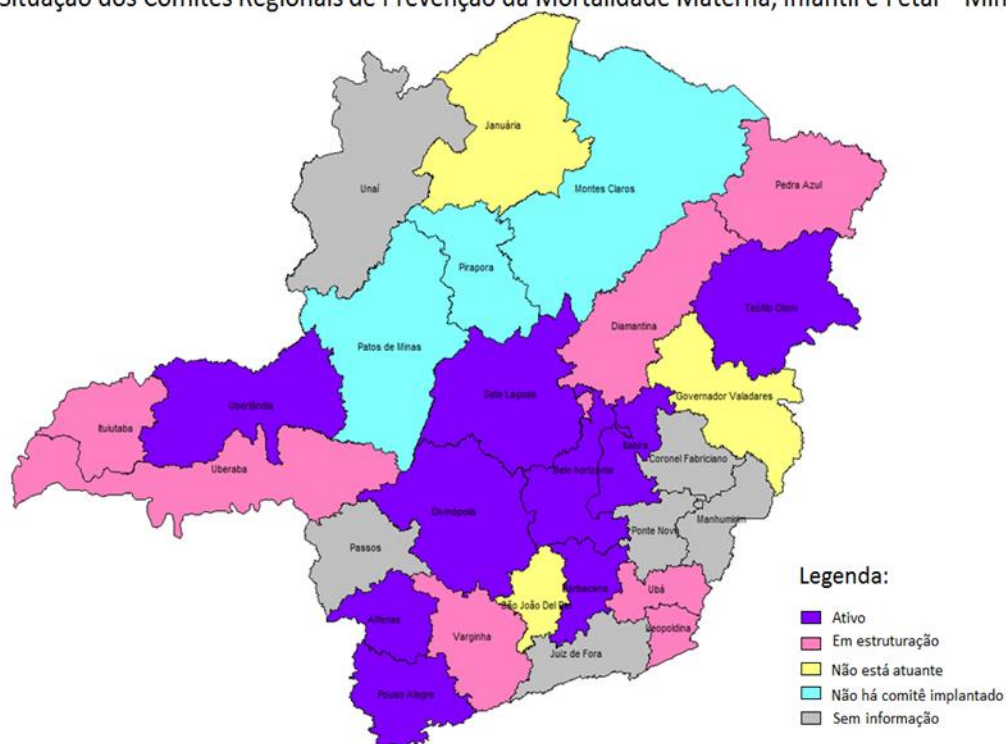
O mapa mostra os limites municipais do estado de Minas Gerais. Os municípios são coloridos conforme segue:

- Vermelho:** Municípios com Comitê Estruturado.
- Azul claro:** Municípios sem comitê regional ou sem informação disponível.

Municípios vermelhos visíveis no mapa incluem: Uberlândia, Sete Lagoas, Leopoldina, Alfenas, Varginha e São João del-Rei.

Em 2016 foi enviado um questionário às URS (Anexo 1) solicitando a relação dos membros, a frequência da realização das reuniões, as dificuldades e os dados dos óbitos discutidos nas últimas reuniões, por reunião realizada. O questionário teve como objetivo levantar a situação dos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Nesse levantamento não foram recebidas respostas de 6 URS, enquanto 9 URS relataram comitês ativos, 7 estavam em estruturação, 3 não possuíam comitês implantados e 3 possuíam comitês estruturados, porém não atuantes, conforme imagem abaixo.

Situação dos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal – Minas Gerais, 2016



Entre as 16 URS que possuíam comitês ativos ou em estruturação, 9 URS informaram ter realizado reunião no primeiro semestre de 2016 e 7 não realizaram, sendo que 2 dos comitês regionais que não realizaram reunião no 1º semestre de 2016 se caracterizaram como ativos.

As URS apontaram as seguintes dificuldades quanto à implantação ou desenvolvimento das ações do comitê:

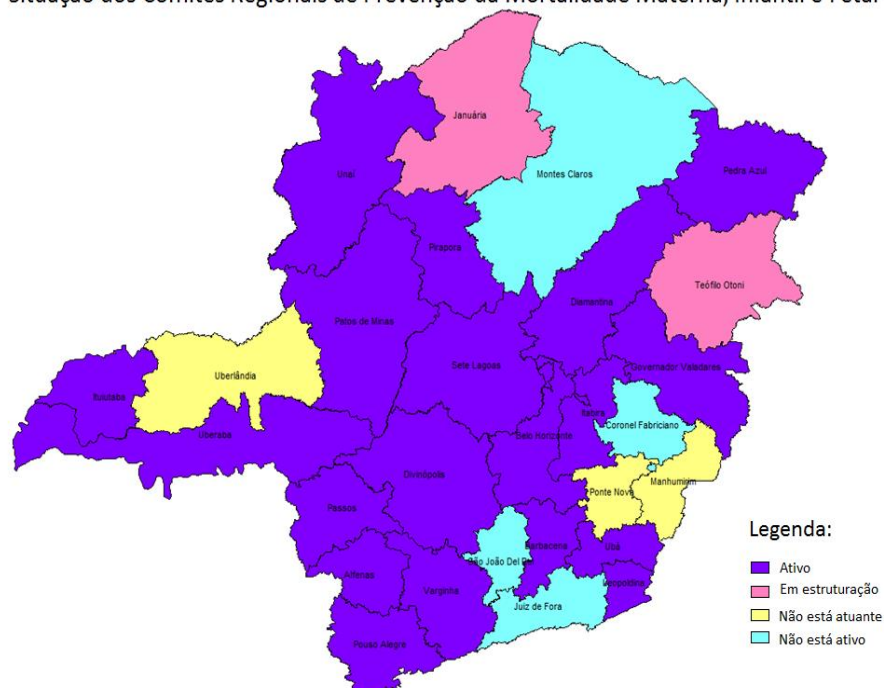
- Pouco comprometimento dos membros;
- Prontuários inexistentes, incompletos, com pouca informação e letra ilegível;
- Pouco ou nenhum envolvimento do gestor na implementação das recomendações feitas pelo comitê;
- Não ocorrência de mudanças efetivas na prática assistencial;
- Não cumprimento de prazos;
- Falta de adesão dos representantes dos municípios ao Comitê Regional;
- Carência de profissionais com disponibilidade para atuar no comitê regional;
- Falta de vivência/experiência dos membros no Comitê de Mortalidade (o que abordar, o que dizer?);
- Choque de agenda, principalmente, dos membros que são de municípios, sobrecarga de programas pelos servidores membros do comitê regional;
- A não obrigatoriedade de uma Secretaria Executiva na composição do Comitê Regional;
- Dificuldade para inserir o profissional médico na composição do comitê para contribuir na análise dos óbitos;
- Limitações dos comitês municipais em termos de investigação de óbitos;
- Ausência de elo entre os níveis de atenção à saúde e os comitês regionais e municipais intensificando as limitações nas investigações;
- Ausência de representantes dos serviços de referência (atenção secundária e terciária) nas reuniões do comitê;
- Dificuldade de articulação entre as referências da vigilância e da assistência;
- Dificuldade de acesso ao prontuário em alguns hospitais e poucas informações disponíveis;
- Comitês Municipais com dificuldade na composição por ausência de alguns membros ou membros com múltiplas funções.

Para todas as dificuldades apontadas pelas URS foi redigido um relatório com orientações, sugestões e recomendações (Anexo 2).

A partir desse diagnóstico, as URS foram agrupadas por blocos de especificidade, para as quais foram realizadas ações diversas de acordo com as necessidades identificadas. Foram realizadas videoconferências em blocos por URS para orientações, também foi estabelecido que o monitoramento dos comitês regionais seria periódico, a partir do envio das atas resumidas. Foram realizadas discussão de casos por videoconferências com as URS, uma das principais estratégias utilizada pela secretaria executiva do CEPMMIF para auxiliar os Comitês Regionais e Municipais na análise de óbitos. Outra ação relevante foram as reuniões realizadas pelo CEPMMIF nas URS e na sede da SES-MG para treinamentos com a presença dos municípios,

Em 2017, houve aumento substancial dos comitês regionais de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal. Dezenove URS possuíam comitês ativos, enquanto 3 URS estavam com os comitês estruturados, porém não realizavam reuniões periódicas, 2 URS estavam com o comitê em estruturação e apenas 4 URS não estavam com os seus comitês ativos, conforme mapa abaixo:

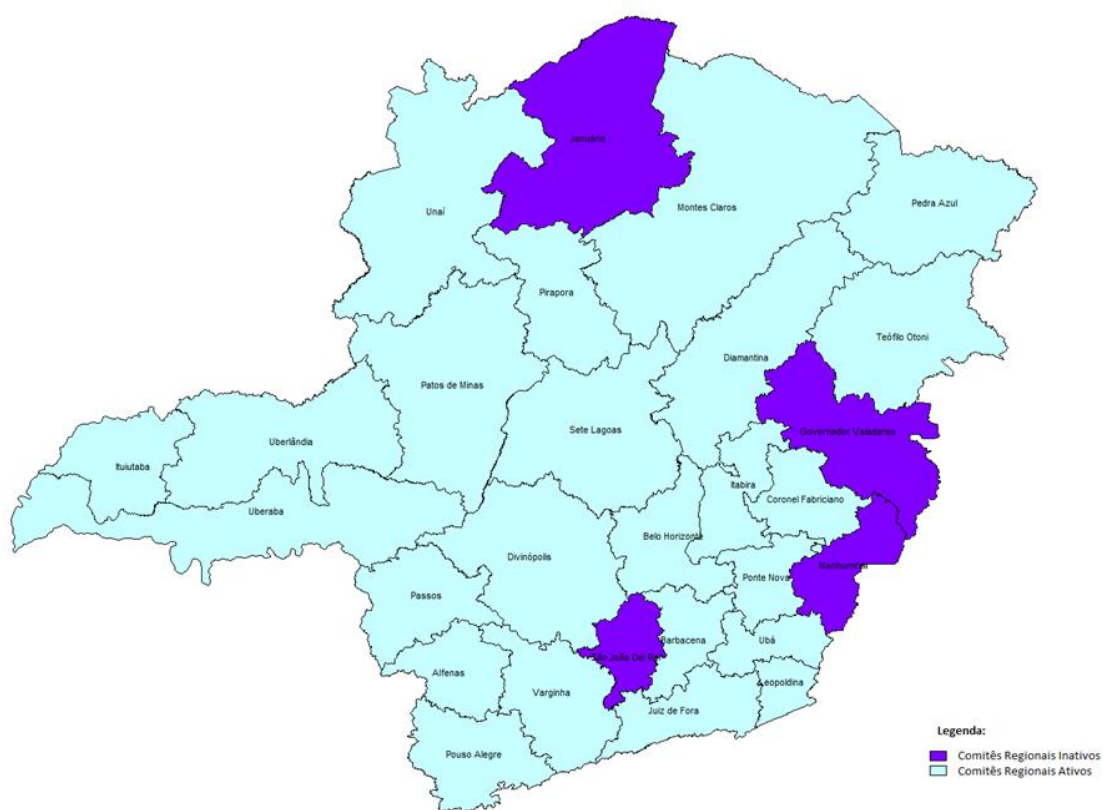
Situação dos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal – Minas Gerais, 2017



Em relação a existência de regimento interno, 17 comitês regionais possuíam seus regimentos internos, 4 comitês não haviam enviado ao CEPMMIF, as outras 6 URS estavam com seus comitês em estruturação ou não estavam ativos.

Em 2018, o monitoramento dos comitês regionais ocorreu por meio das atas das reuniões ordinárias dos mesmos. Como apoio, para os casos discutidos sem a presença do comitê regional, foram encaminhados relatórios nos quais constavam a classificação do óbito e da evitabilidade listando os seus fatores e as propostas para recomendações.

Situação dos Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal – Minas Gerais, 2018



DEMONSTRATIVO DE REUNIÕES ORDINÁRIAS

A Tabela abaixo demonstra as reuniões ordinárias realizadas e as canceladas durante o triênio.

ANO	MÊS	REUNIÃO ORDINÁRIA
2016	JANEIRO	NÃO PREVISTA
	FEVEREIRO	Reunião de Posse 18/02/2016
	MARÇO	Cancelada
	ABRIL	Realizada – 07/04/2016
	MAIO	Realizada – 05/05/2016
	JUNHO	Realizada – 02/06/2016
	JULHO	NÃO PREVISTA
	AGOSTO	Realizada – 04/08/2016
	SETEMBRO	Cancelada
	OUTUBRO	Realizada -06/10/2016
	NOVEMBRO	Cancelada
	DEZEMBRO	Realizada – 07/12/2016
2017	JANEIRO	NÃO PREVISTA
	FEVEREIRO	Realizada – 02/02/2017
	MARÇO	Realizada – 08/03/2017
	ABRIL	Realizada – 19/04/2017
	MAIO	Evento CEPMMIF
	JUNHO	Realizada - 23/06/2017
	JULHO	NÃO PREVISTA
	AGOSTO	Realizada – 16/08/2017
	SETEMBRO	Cancelada
	OUTUBRO	Realizada – 18/10/2017
	NOVEMBRO	NÃO PREVISTA
	DEZEMBRO	NÃO PREVISTA
2018	JANEIRO	NÃO PREVISTA
	FEVEREIRO	Cancelada
	MARÇO	Cancelada
	ABRIL	Realizada – 11/04/2018
	MAIO	Evento CEPMMIF
	JUNHO	Realizada – 13/06/2018
	JULHO	Realizada – 04/07/2018
	AGOSTO	Realizada – 08/08/2018
	SETEMBRO	Cancelada
	OUTUBRO	Realizada - 03/10/2018
	NOVEMBRO	Realizada – 14/11/2018
	DEZEMBRO	Cancelada

Obs.: As atas de todas as reuniões ordinárias estão disponíveis no livro de atas do CEPMMIF

AÇÕES DA SECRETARIA EXECUTIVA DO CEPMMIF EM APOIO ÀS URS

Como já comentado anteriormente, uma das ações da Secretaria Executiva do CEPMMIF em apoio às URS foi a realização de diversas reuniões para análise de casos, sendo que algumas dessas reuniões foram realizadas por videoconferência contando com a participação das referências regionais e dos municípios de residência e de ocorrência dos casos. No caso das reuniões realizadas na Secretaria Executiva sem a presença referências regionais e/ou municipais a Regional emitia-se relatório com informações sobre a classificação do óbito, os fatores de evitabilidade identificados e a sugestão de propostas a serem implementadas na assistência. No primeiro momento optou-se apenas por enviar as recomendações a serem desenvolvidas, sem enviar os fatores de evitabilidade identificáveis, para desvincular a visão equivocada de o comitê ter função coerciva e punitiva. A forma de implementar as propostas é de responsabilidade dos municípios e URS.

OUTRAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO CEPMMIF

1. DESENVOLVIMENTO DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

Em processos de refinamento operacional do CEPMMIF-MG, em abril de 2018, em reunião com os dirigentes das URS, foi identificada a necessidade de criação de Procedimento Operacional Padrão (POP) para fomentar a criação dos comitês regionais e municipais de prevenção do óbito materno, fetal e infantil, de modo a organizar e orientar esse processo, sendo os comitês compartilhados ou não. Durante a confecção desse POP surgiu a necessidade da criação de outro POP, construído em conjunto com a Vigilância do Óbito, para orientar o processo de elaboração de recomendações para a prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal. Os POPs orientam sobre a descrição de todo o processo analisado, desde o momento que ocorreu o óbito até o levantamento dos fatores de evitabilidade e elaboração de propostas.

2. NOTA TÉCNICA nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018

Os manuais dos Comitês de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil, bem como a Resolução SES/MG Nº 5.016, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2015, determinam que esses Comitês como organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional devem preservar o caráter confidencial, não coercitivo ou punitivo, ético, técnico, educativo e consultivo. Reafirmam, também que suas finalidades são: analisar os óbitos maternos, infantis e fetais com o objetivo de identificação de fatores de evitabilidade; avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e a criança para subsidiar as políticas públicas; e elaborar propostas de medidas de intervenção para redução destes óbitos.

Uma situação que gera muito conflito e angústia entre os membros dos Comitês é a solicitação de envio dos relatórios de análise de casos para órgãos externos ao Comitê. Buscando organizar essa situação e garantir o cumprimento do caráter confidencial e não punitivo dessa ação em maio de 2018 editamos a Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018 (Anexo 3) que foi assinada pelo Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde, Subsecretário de Vigilância e Proteção à Saúde e pela presidência do Comitê Estadual, enviada para a Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais, Polícia Civil do Estado de Minas Gerais, Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais, Procuradoria da República em Minas Gerais,

Superintendência Regional da Polícia Federal em Minas Gerais, Defensoria Pública da União no Estado de Minas Gerais, Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, Tribunal Regional Federal da 1ª Região, Advocacia Geral do Estado de Minas Gerais e disponibilizada na página eletrônica do CEPMMIF-MG. O objetivo da nota técnica foi fornecer esclarecimentos sobre demandas em relação ao fornecimento de informações sigilosas reafirmando que “os relatórios dos Comitês são importantes ferramentas para a gestão no planejamento da saúde de um território e não devem ser utilizados para outros fins que não os explicitados nas legislações pertinentes à sua existência.

3. EVENTOS ESTADUAIS REALIZADOS

Em 2016 foi realizada uma oficina de capacitação sobre investigação e análise de óbitos maternos, infantis e fetais com participação das referências técnicas da vigilância epidemiológica do óbito e de representantes dos comitês regionais.

Em junho de 2017 foi realizado o “1º Simpósio colaborativo: Morte Materna e Responsabilidade Social” uma parceria entre SES-MG e Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Tal evento foi direcionado para profissionais da saúde e referências técnicas das URS envolvidos na assistência à saúde da mulher e na vigilância do óbito. Nesse evento um dos temas abordados foi a relação da mortalidade materna com a situação social de exclusão e opressão a qual as mulheres estão submetidas. Apesar de alguns avanços, as desigualdades sociais ainda constituem uma das principais marcas no Brasil. O panorama e as diretrizes nacionais para redução da mortalidade materna foram apresentados pela coordenadora geral da saúde das mulheres, representando o Ministério da Saúde. A programação incluiu a abordagem sobre a representação social da morte materna e estimulou os participantes a refletir sobre as situações que tornam o parto um evento ameaçador à vida das mulheres e o significado da morte.

Em maio de 2018 foi realizado o encontro para a redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, evento direcionado para as referências técnicas da vigilância do óbito e da saúde das mulheres e crianças das URS e membros do comitê estadual. Nesse ano, o evento contou com a discussão das questões jurídicas e éticas da investigação dos óbitos, também apresentou uma discussão sobre as causas não obstétricas de morte de mulheres durante a gravidez e

puerpério, com ênfase nas questões do feminicídio e violência contra a mulher, além de apresentar o tema ressurgimento de doenças imunizáveis. A participação e as interfaces com os diversos setores da SES-MG (atenção básica, atenção especializada, regulação, vigilância sanitária, atenção farmacêutica) foram temas amplamente debatidos no evento. Valorizando a participação do controle social e a necessidade de encarar o tema da mortalidade como uma questão que envolve toda a sociedade a conferência de abertura abordou o impacto social da mortalidade materna, infantil e fetal.

3. PÁGINA ELETRÔNICA DO CEPMMIF-MG

O CEPMMIF dispõe de uma página no site da SES/MG para apoiar os demais comitês. É um instrumento que pode ser acessado por qualquer pessoa de qualquer lugar e tem como finalidade apoiar a estruturação e atuação desses comitês. A página pode ser acessada pelo link <http://www.saude.mg.gov.br/servidor/comites-estadual-regionais-municipais-e-hospitalares-de-prevencao-de-mortalidade-materna-infantil-e-fetal> e contém a documentação que regulamenta o comitê estadual, o seu histórico, os instrumentos legais e de apoio, documentos elaborados pelo CEPMMIF e material dos treinamentos e eventos.

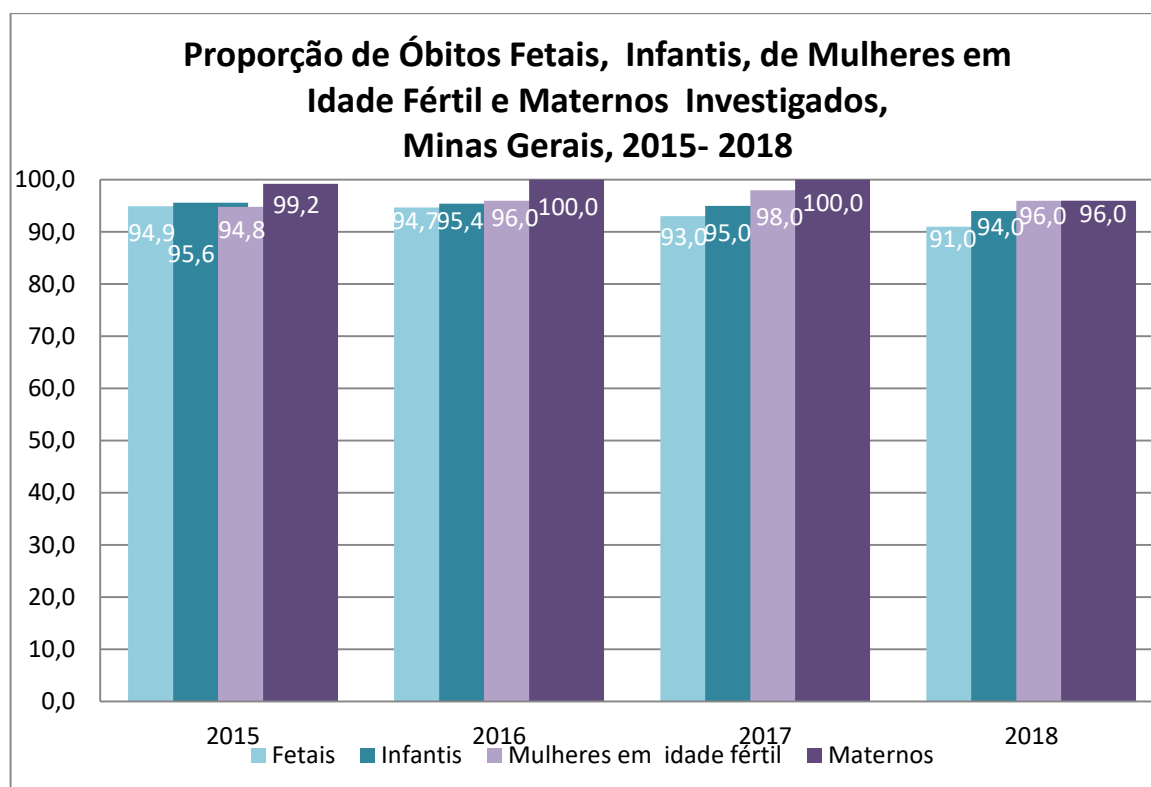
4. PARTICIPAÇÃO DO CEPMMIF EM EVENTOS REGIONAIS OU MUNICIPAIS

DATA	EVENTO	LOCAL
2015	Reunião Ampliada da Comissão Nacional de Mortalidade Materna	Brasília - DF
2015	II Encontro Regional de Prevenção do Óbito Materno, infantil e Fetal da Região Ampliada Oeste	Divinópolis
2016	Capacitação sobre os Comitês e Vigilância do Óbito Fetal, Infantil e Materno de Manhumirim.	Manhumirim
2016	Capacitação sobre os Comitês e Vigilância do Óbito Fetal, Infantil e Materno em Sete Lagoas.	Ubá
2017	III Encontro Regional de Prevenção ao Óbito Materno, Infantil e Fetal da Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais	Divinópolis
2017	Capacitação sobre os Comitês e Vigilância do Óbito Fetal, Infantil e Materno em Sete Lagoas.	Sete Lagoas
2017	Curso de Capacitação em Vigilância de Óbitos e prevenção da mortalidade Materna, Fetal e Infantil	Itabira
2017	Curso de Capacitação em Vigilância de Óbitos e prevenção da mortalidade Materna, Fetal e Infantil	Diamantina
2018	Oficina Tripartite sobre Mortalidade Materna e na Infância	Brasília - DF
2018	O Perfil dos Óbitos Materno, Infantil e Fetal em Juiz de Fora: Revelando Fatos, Propondo Melhorias	Juiz de Fora
2018	Curso de Capacitação em Vigilância de Óbitos Maternos, Fetais e Infantis	Sete Lagoas

SITUAÇÃO DAS INVESTIGAÇÕES DOS ÓBITOS FETAIS, INFANTIS, DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MATERNOS EM MINAS GERAIS E QUALIDADE DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITOS

A adequada qualificação das causas básicas de óbito é uma das bases essenciais para a formulação de políticas de saúde pública e tomadas de decisões acerca de intervenções para a prevenção das chamadas causas evitáveis. Para que isso seja alcançado, o processo de investigação dos óbitos deve ser corretamente estruturado e realizado em tempo oportuno. Ainda nos dias atuais, a subnotificação é um problema a ser enfrentado na análise dos dados de mortalidade em nosso país. Essa situação exige que em, praticamente, todas as unidades da federação os dados de mortalidade precisem ser recalculados utilizando fatores de correção que são definidos pelo Ministério da Saúde.

De acordo com as normativas da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, para que os dados de mortalidade não tenham que ser recalculados com base em fatores de correção a cobertura da investigação deve ser de, pelo menos, 98% para todos os óbitos da categoria. O gráfico abaixo mostra que apesar de Minas Gerais ter uma boa cobertura de investigação dos óbitos maternos, infantis, fetais e de mulheres em idade fértil ainda precisamos investir nesse processo objetivando alcançar a meta estabelecida, principalmente no que se refere aos óbitos fetais e infantis. Para tanto, é imprescindível que a organização do processo de vigilância epidemiológica desses óbitos seja aprimorada e que os comitês regionais e municipais realizem regularmente as análises dos casos para a incorporação no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) das correções das causas básicas, quando necessário.



Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Nota: Dados de 2017 a 2018 atualizados em 17 de abril de 2019, ainda sujeitos a alterações.

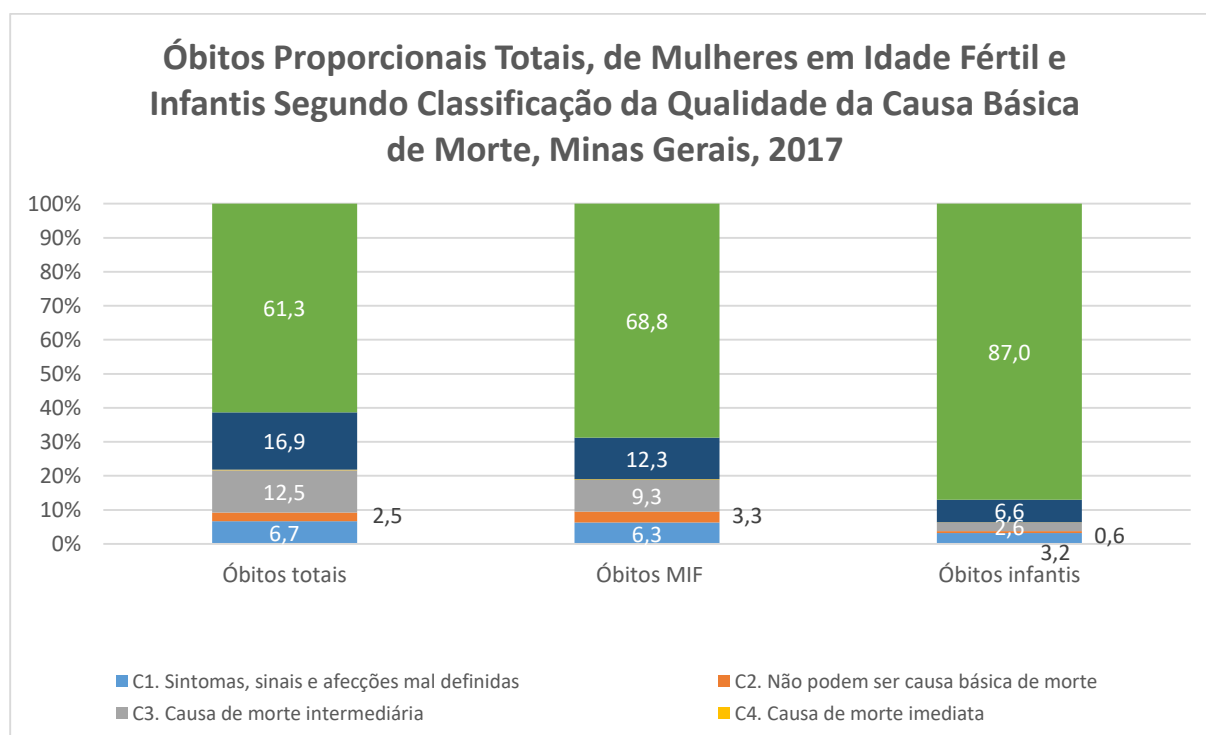
Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST

Outra questão essencial é a qualidade do preenchimento das declarações de óbitos. A Declaração de Óbito (DO) é distribuída pelo Ministério da Saúde por meio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A declaração ou atestado de óbito tem como finalidade não só confirmar a morte, mas, ainda, a definição da *causa mortis* e dos interesses de ordem legal e médico-sanitária e o profissional médico tem obrigação legal, ética e jurídica pelo preenchimento completo da mesma. Em situações excepcionais, nos locais onde não existe médico, o óbito pode ser declarado por duas testemunhas idôneas que tiverem presenciado ou verificado a morte. Condições mal definidas ou vagas, omissão ou inversão na sequência de eventos clínicos ocorridos antes da morte podem resultar em estatísticas de mortalidade de má qualidade, com prejuízos para a Saúde Pública, fragilizando a aplicação das estatísticas no apoio a programas assistenciais ou preventivos de saúde.

Atualmente, na avaliação da qualidade da informação sobre mortalidade considera-se importante analisar não apenas as causas mal definidas que compõem o capítulo XVIII da CID-10, mas, também, outras causas mal definidas e diagnósticos incompletos de outros capítulos

da CID-10. Todas essas causas são denominadas códigos *garbage*. O processo desenvolvido pela investigação do óbito e análise dos casos pelos comitês de prevenção dos óbitos tem como um dos seus objetivos promover correções nos dados inseridos no SIM, pois a qualidade do preenchimento das declarações de óbitos deixa a desejar do ponto de vista epidemiológico.

Considerando os dados de 2017, como apresentado no gráfico abaixo, identificamos que cerca de 30% dos óbitos de mulheres em idade fértil e 13% dos óbitos infantis ocorridos no estado de Minas Gerais foram classificados como códigos *garbage*, o que justifica a necessidade da revisão dos casos lançados no SIM, bem como a discussão sobre a necessidade de capacitação dos profissionais médicos para o correto preenchimento do atestado de óbito.



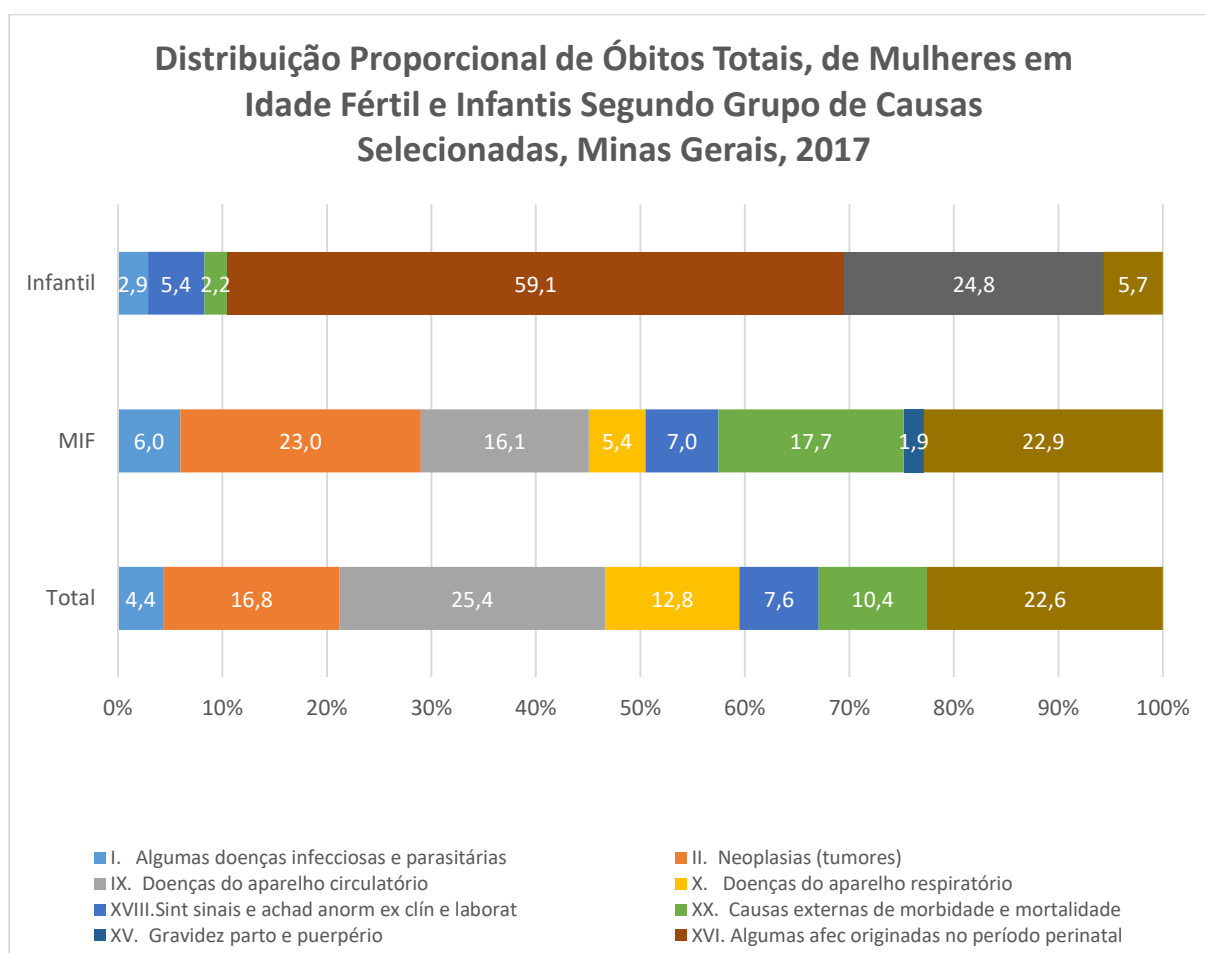
Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Nota: Dados de 2017 a 2018 atualizados em 17 de abril de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST

Analisando os grupamentos de mortalidade em menores de um ano no estado de Minas Gerais podemos identificar que as afecções do período perinatal respondem por praticamente 60% desses óbitos. Isso demonstra que os mesmos cuidados com o planejamento reprodutivo, assistência obstétrica que impactam na mortalidade materna são determinantes na

mortalidade infantil. Além disso, ações específicas para assistência ao recém-nascido são também essenciais para a redução da mortalidade infantil. Em relação as mulheres em idade fértil, as neoplasias respondem por 23% e as causas externas respondem por 17,7% de todas as causas, sendo essas as principais causas de mortes nesse grupo etário sinalizando para a necessidade de fortalecimento das políticas de atenção à saúde integral das mulheres, com ênfase no enfrentamento à violência e às medidas de prevenção e rastreamento das neoplasias. As mortes maternas por causas obstétricas representam 1,9% dos óbitos de mulheres em idade fértil, mas dado o seu potencial de evitabilidade e as consequências sociais emocionais desse evento tem importância capital em qualquer sociedade.



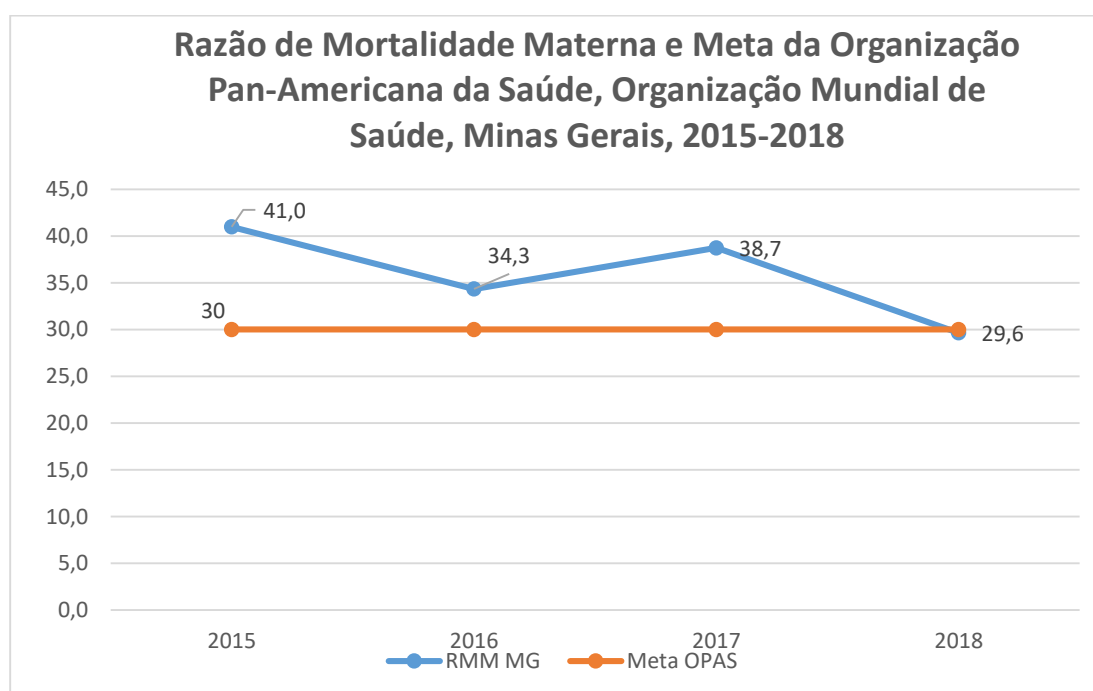
Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Nota: Dados de 2017 a 2018 atualizados em 17 de abril de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST

SITUAÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Em Minas Gerais, assim como no Brasil como um todo, a meta dos Objetivos do Milênio em reduzir a mortalidade materna para 35 mortes/100.000 nascidos vivos não foi alcançada, apesar de se identificar uma tendência à queda nessa razão. Em 2015, o Brasil juntamente com outros países adotou a nova agenda de desenvolvimento sustentável que resultou em oito Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Em 2018, o IPEA publicou a proposta de adequação das metas globais da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável à realidade brasileira. Dentro da meta 3 que engloba os princípios para assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, o objetivo 3.1 sinaliza o compromisso brasileiro de até 2030, reduzir a razão de mortalidade materna para, no máximo, 30 mortes por 100.000 nascidos vivos. O gráfico abaixo mostra a razão da mortalidade materna em Minas Gerais no período do 2015 a 2018. Vale ressaltar que os dados referentes aos anos de 2017 e 2018 ainda são parciais e, portanto, sujeitos a revisão.

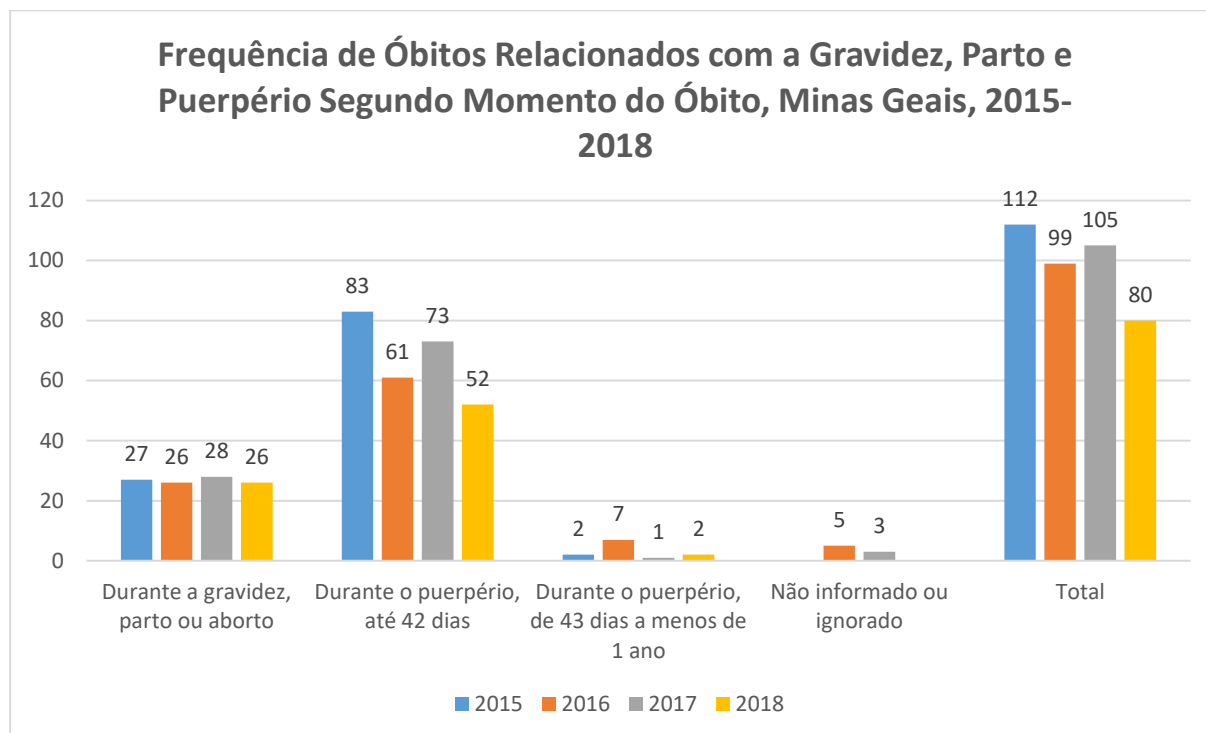


Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Nota: Dados de 2017 a 2018 atualizados em 17 de abril de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST

Ao analisar o momento de ocorrência dos óbitos relacionados à gravidez, parto e puerpério chama a atenção que a maioria dos casos ocorre no período puerperal até 42 dias após o parto, ressaltando a importância da assistência à puérpera tanto no pós-parto imediato como após a alta hospitalar.



Fonte: SIM/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Dados de 2017 e 2018 atualizados em 17 de abril de 2019, portanto sujeitos a alterações.

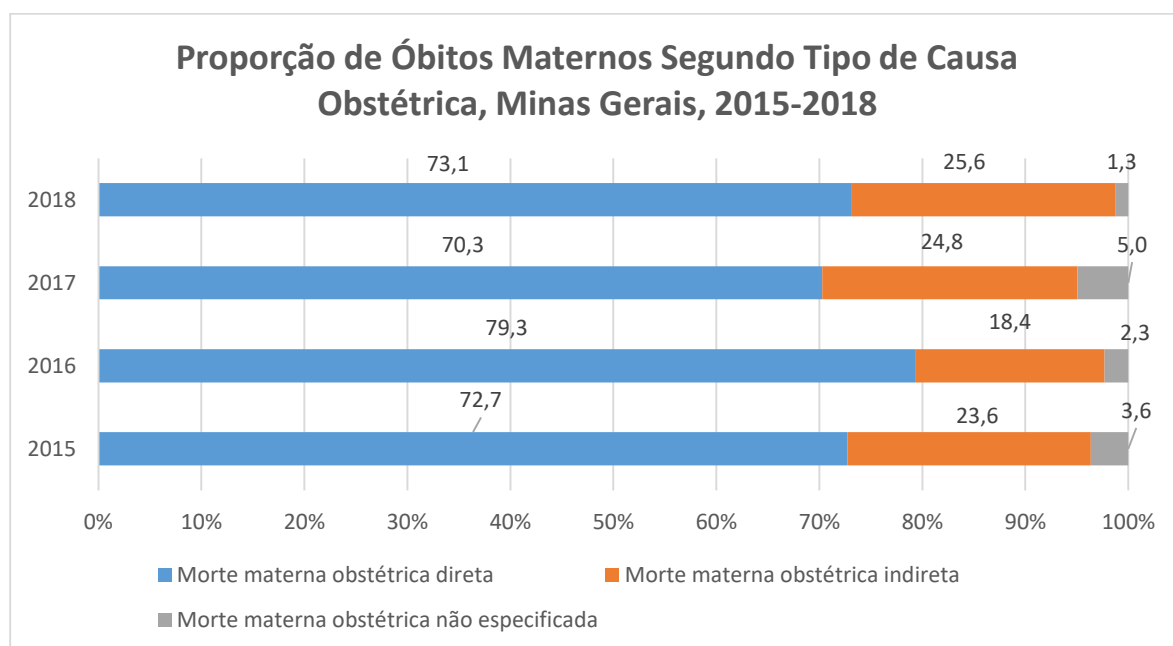
Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST

A literatura aponta que a maior possibilidade de evitabilidade dos óbitos maternos é na prevenção das mortes por causas diretas. São consideradas causas diretas aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultante de qualquer dessas causas. A prevenção das causas diretas envolve a qualificação do planejamento reprodutivo em mulheres com doenças crônicas, a assistência obstétrica especializada durante a gestação, o parto e o puerpério.

O gráfico a seguir mostra a frequência e proporção de óbitos maternos distribuídos por tipo de causa obstétrica. Chama a atenção que as causas obstétricas diretas respondem por cerca de 75% dos óbitos maternos, o que demonstra a insuficiência da assistência obstétrica, já que

essas mulheres são jovens e saudáveis e perderam suas vidas pela ocorrência da gravidez. Os dados da literatura sugerem que 10 a 15% das gestações são consideradas de “alto risco” e cerca de um quarto das mortes maternas ocorrem exatamente nesse grupo de mulheres com doenças prévias como mostrado no gráfico abaixo. O planejamento reprodutivo com atenção diferenciada para esse grupo de mulheres, a adequada estratificação do risco gestacional durante todo o seguimento pré-natal, o acesso oportuno aos serviços especializados em gestação de alto risco e acompanhamento rigoroso desse grupo é também um fator determinante na redução da mortalidade materna.

Apesar da pequena proporção, os óbitos que foram considerados “mortes maternas obstétricas não especificadas” reforçam a fragilidade na assistência obstétrica e na documentação dessa assistência, pois, mesmo com todo o processo de investigação e análise dos casos em cerca de 2-5% das ocorrências não foi possível obter dados que permitissem identificar de forma clara a causa dos óbitos. Os serviços de verificação de óbitos, se existentes, poderiam permitir a qualificação desses óbitos e, com isso, a melhoria dos dados epidemiológicos.

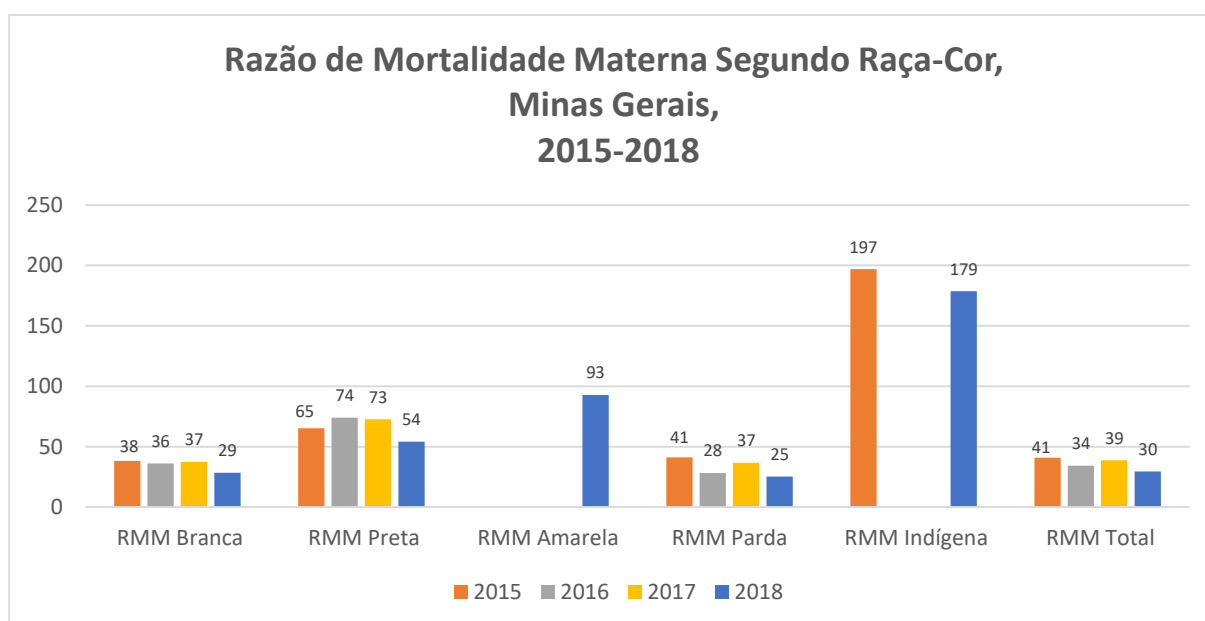


Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Nota: Dados de 2017 a 2018 atualizados em 17 de abril de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST

A cor/raça continua, lamentavelmente, sendo um marcador de risco de morte. No gráfico abaixo é possível identificar esse fato. A razão de morte materna na população negra foi 1,9 vezes maior que a razão média de mortalidade materna do estado e, também, quase o dobro da RMM da raça-cor branca. A questão da população indígena é também muito grave e exige uma análise especial, pois sinaliza para as diferenças no cuidado em saúde das populações vulneráveis. Diante desse cenário, podemos identificar que um dos princípios essenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) que é a equidade precisa ser revisto nas tomadas de decisões nos planejamentos em saúde. O reconhecimento das necessidades de grupos específicos e atuação para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos esses quais esses grupos estão submetidos precisam estar, efetivamente, nos princípios que norteiam as políticas de saúde.

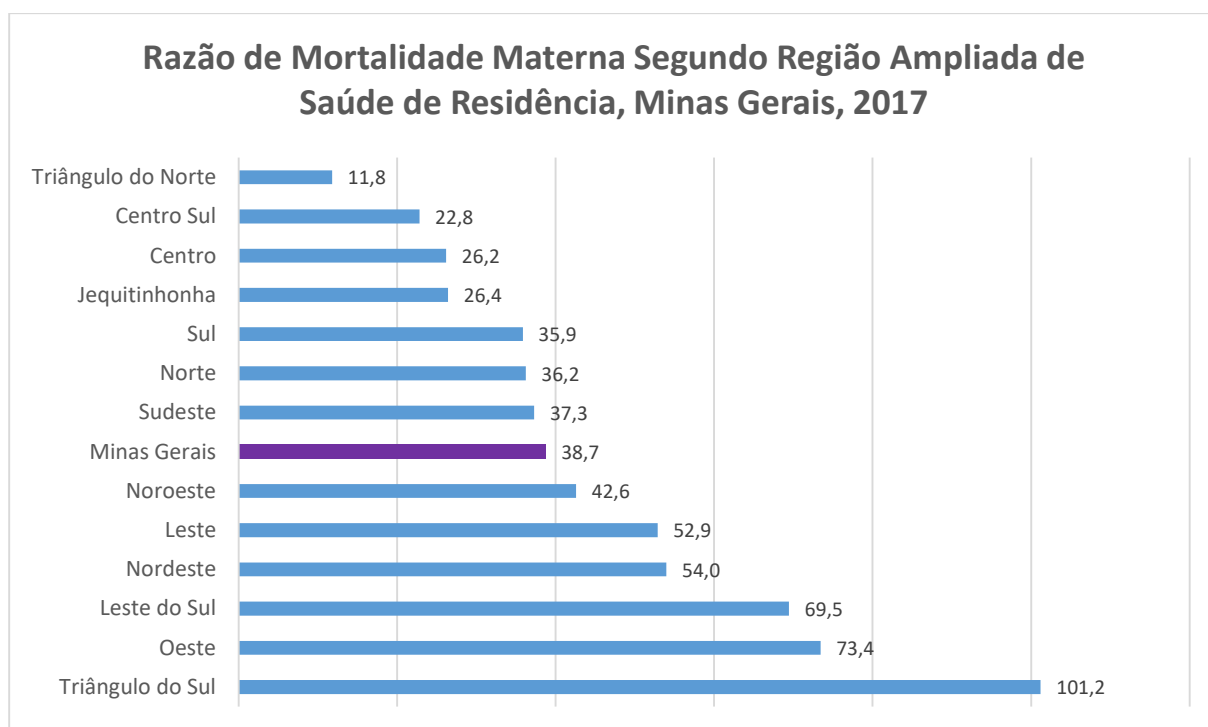


Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Nota: Dados de 2017 a 2018 atualizados em 17 de abril de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST

Os dados epidemiológicos, também, demonstram que o risco de uma mulher morrer por complicações da gravidez, parto e puerpério é diferente nas diversas regiões do estado como pode ser reconhecido no gráfico abaixo.



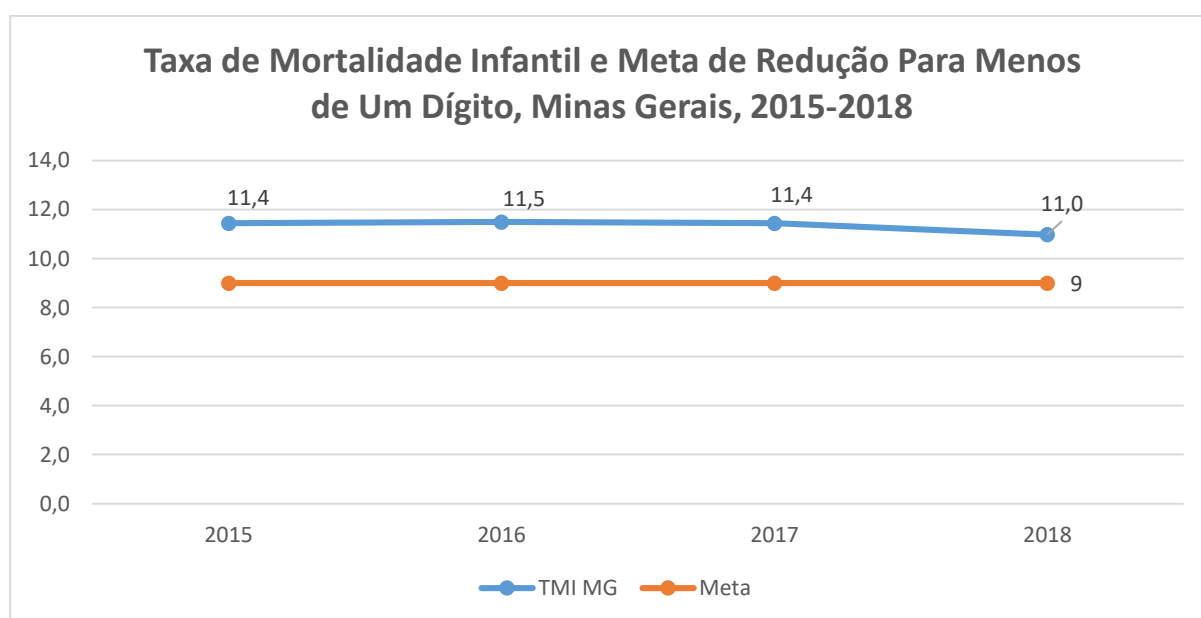
Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMTG

Nota: Dados de 2017 a 2018 atualizados em 17 de abril de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST

SITUAÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Diferentemente da razão da mortalidade materna, o Brasil alcançou a meta dos Objetivos do Milênio para a taxa de mortalidade infantil. Em função disso, na Agenda de 2030 o compromisso brasileiro definiu como meta enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para, no máximo, 5 por mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, no máximo, 8 por mil nascidos vivos. No gráfico abaixo podemos perceber que a taxa de mortalidade infantil no estado de Minas Gerais sugere uma tendência à estabilidade exigindo, por isso, construção de estratégias de enfrentamento muito bem delineadas.

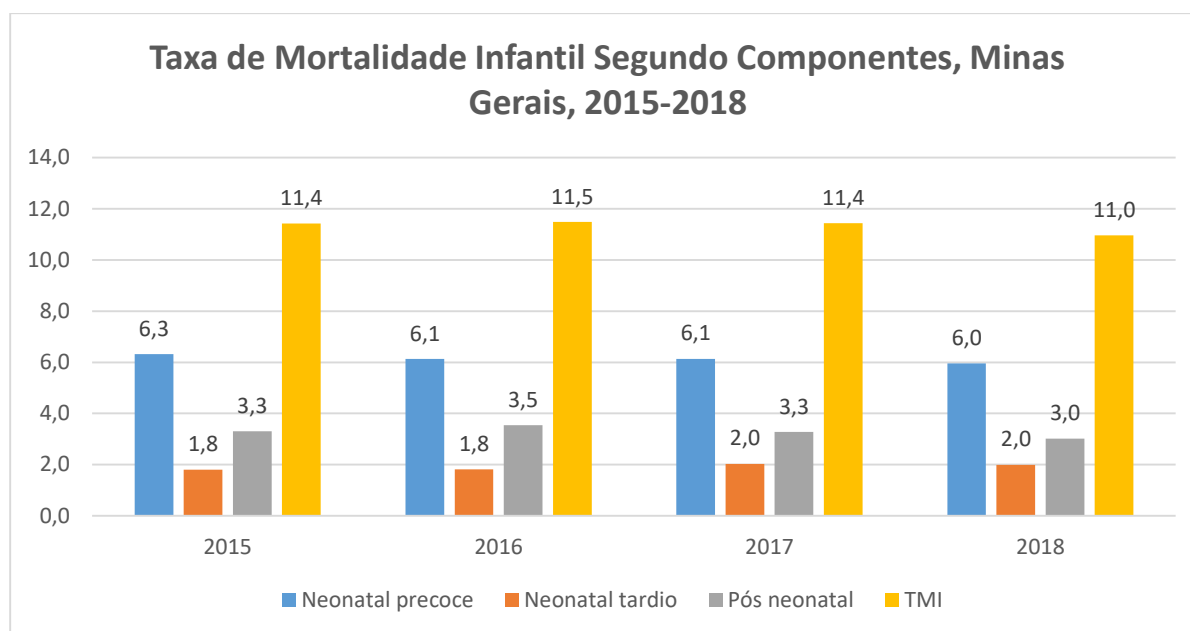


Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Nota: Dados de 2017 a 2018 atualizados em 17 de abril de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST

Ressalta-se que, como apresentado acima, a maior proporção dos óbitos em crianças até um ano de idade é decorrente das afecções originadas no período perinatal sinalizando para a premente necessidade de qualificação da assistência ao período da gestação e nascimento em nosso estado. O gráfico abaixo apresenta as taxas de mortalidade infantil por componentes, com destaque para a mortalidade neonatal. Os dados sinalizam que a mortalidade neonatal responde por 75% da TMI e que o componente neonatal precoce responde isoladamente por cerca de 55% de todos os óbitos em menores de um ano.

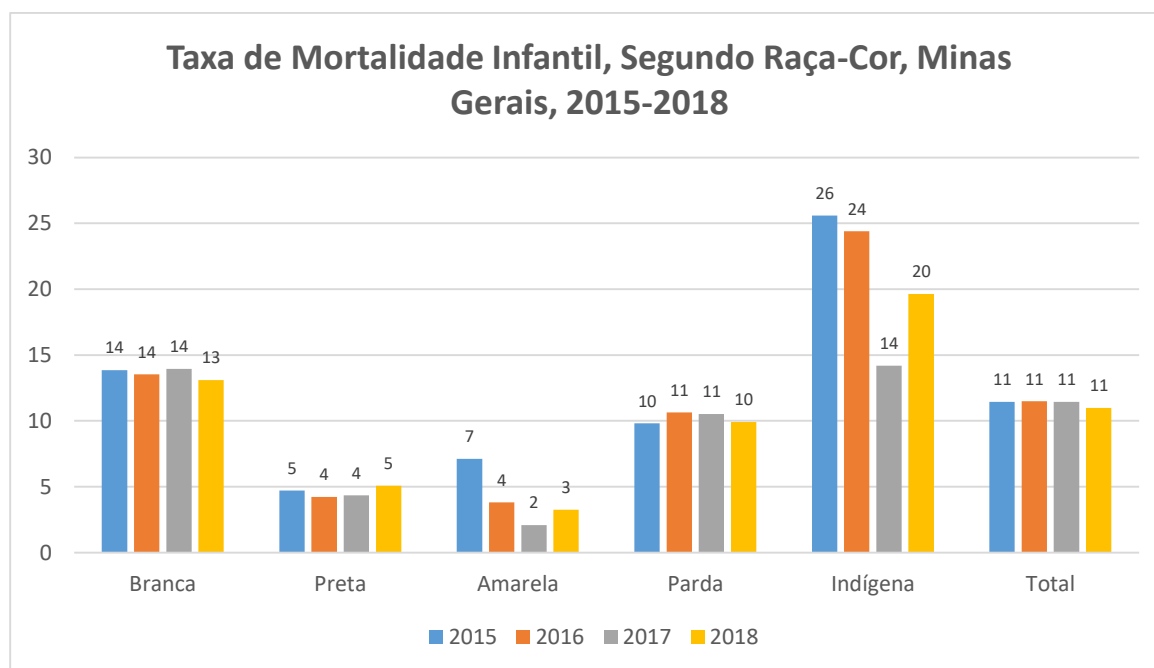


Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Nota: Dados de 2017 a 2018 atualizados em 17 de abril de 2018, portanto sujeitos a alterações.

Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST

Na análise da mortalidade infantil por raça/cor destaca-se de forma preocupante a taxa na população indígena que é mais do que o dobro da taxa geral do estado.

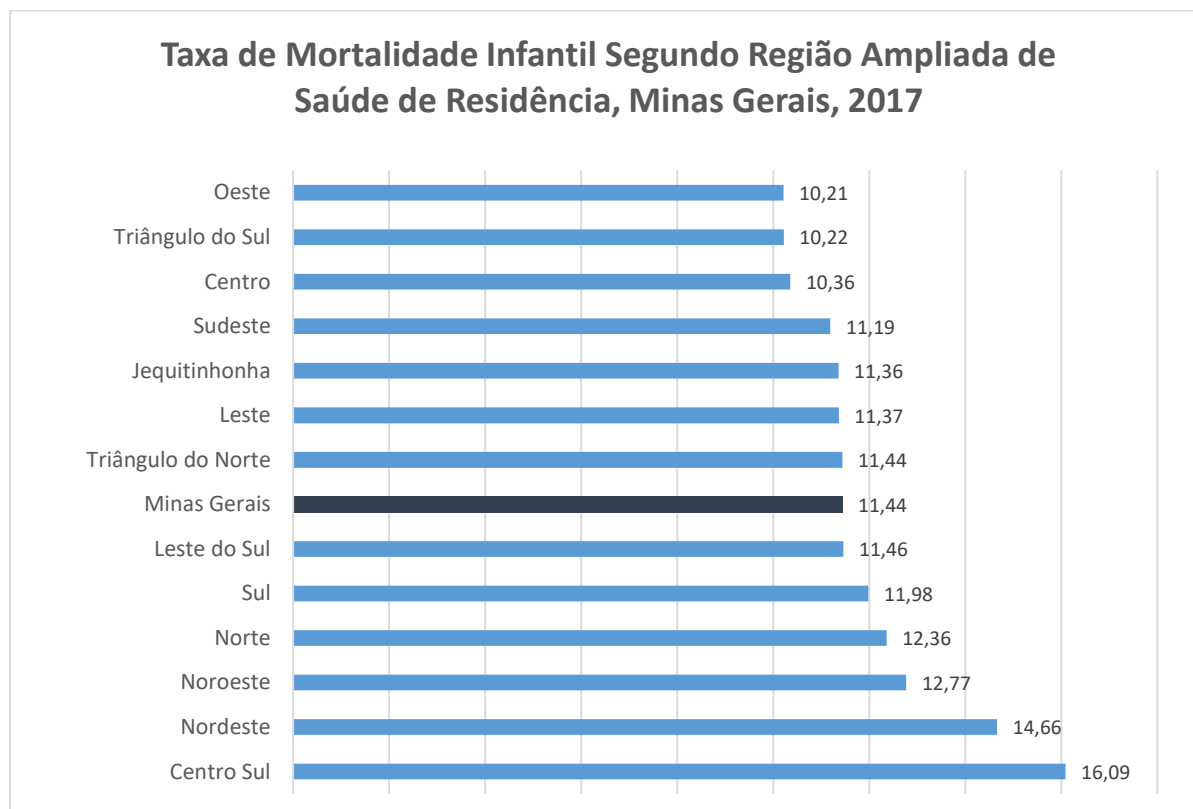


Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Nota: Dados de 2017 a 2018 atualizados em 17 de abril de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST

Embora a taxa de mortalidade infantil geral do estado de Minas Gerais esteja dentro das metas definidas pela Organização Mundial de Saúde, quando analisamos os dados por região é possível identificar a significativa discrepância no risco de morte entre as regiões ampliadas de saúde de residência.

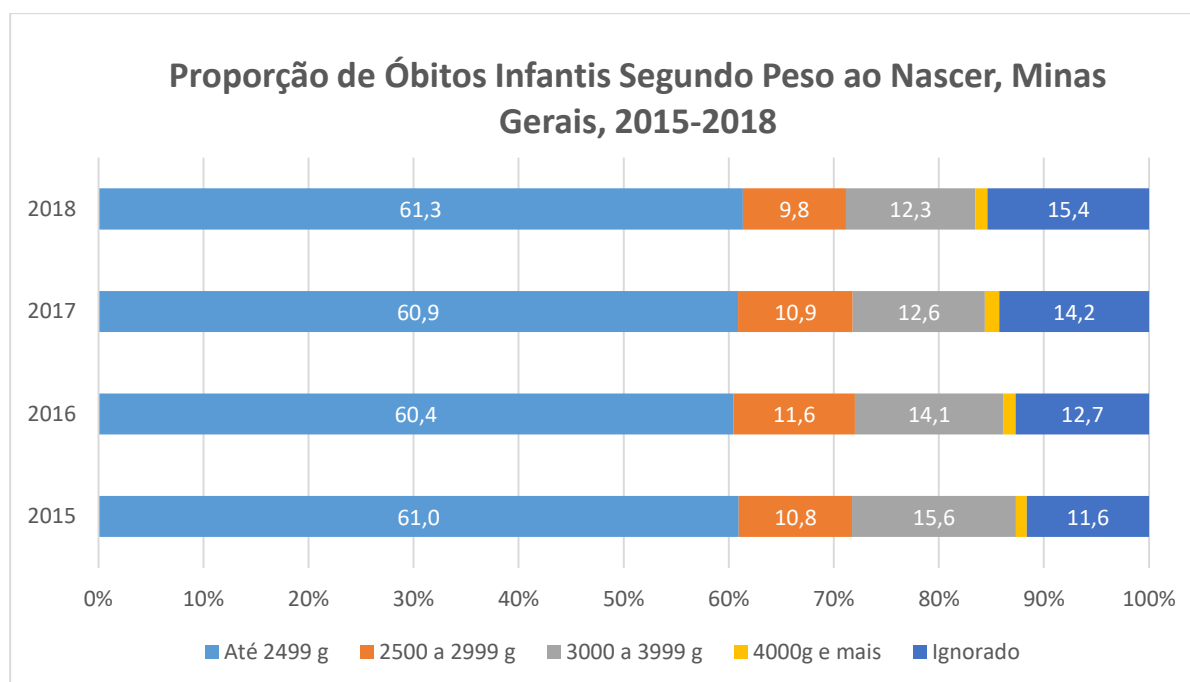


Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Nota: Dados de 2017 a 2018 atualizados em 17 de abril de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST

O peso ao nascer é, também, um fator determinante no risco de morte de crianças como pode ser observado no gráfico a seguir. O baixo peso ao nascer tem como etiologias a prematuridade e a desnutrição fetal, sendo assim, o seu enfrentamento exige a qualificação do planejamento reprodutivo e da assistência pré-natal, tanto para a prevenção desses nascimentos, quanto para a organização de leitos de cuidados neonatais progressivo. Outro dado relevante que pode ser inferido desse gráfico é o grande percentual de casos sem informação do peso ao nascer na DO, reforçando a necessidade de qualificação dos profissionais médicos para o correto preenchimento desse documento.



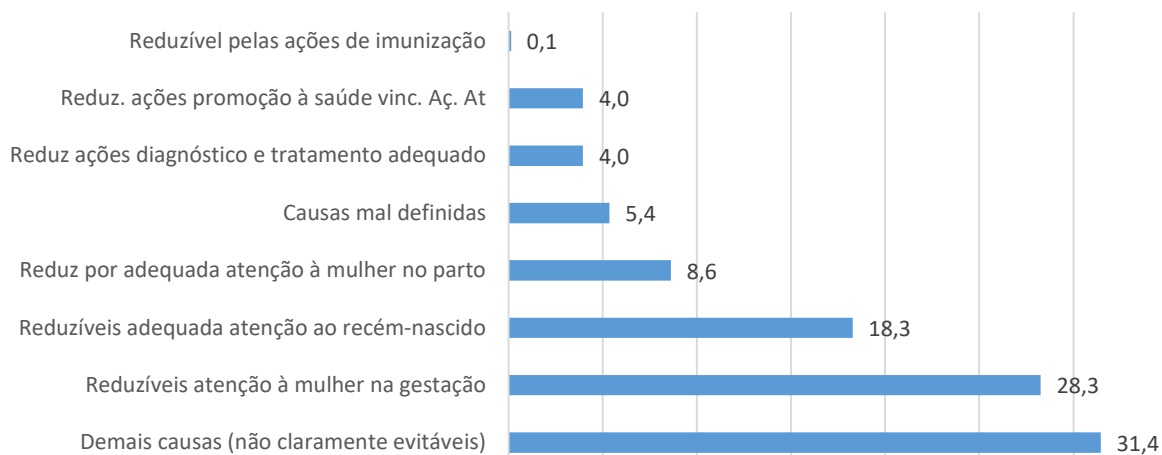
Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMT

Nota: Dados de 2017 a 2018 atualizados em 17 de abril de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST

Outro dado relevante na análise da TMI é identificação da proporção de óbitos evitáveis. Os gráficos apresentados abaixo mostram a proporção de óbitos infantis segundo a Classificação de Mortes Evitáveis por intervenções no SUS do Brasil e sua distribuição por Região Ampliada de Saúde reforçando, mais uma vez, que as ações de planejamento reprodutivo, assistência à gravidez, parto e ao recém-nascido são as mais determinantes nessas mortes.

Proporção de Óbitos Infantis Segundo Classificação de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil, Minas Gerais, 2017

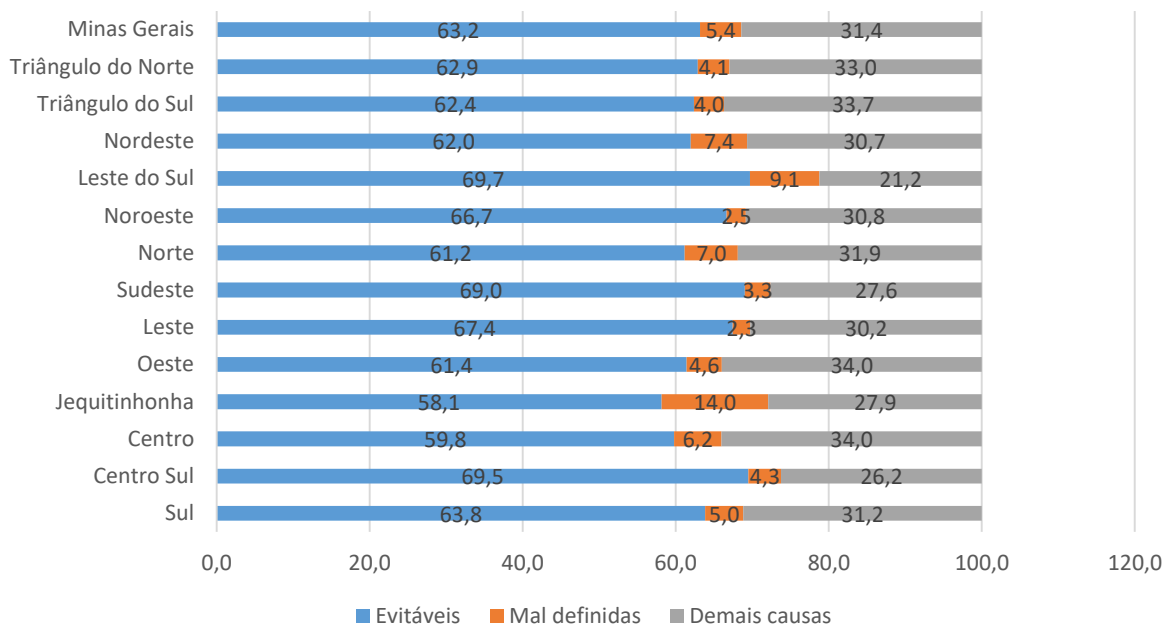


Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Nota: Dados de 2017 a 2018 atualizados em 17 de abril de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST

Proporção de Óbitos Infantis Segundo Classificação de Mortes Evitáveis por Intervenções do Sistema Único de Saúde, e Região Ampliada de Saúde de Residência, Minas Gerais, 2017



Fonte: SIM/SINASC/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Nota: Dados de 2017 a 2018 atualizados em 17 de abril de 2019, portanto sujeitos a alterações.

Elaboração: Diretoria de Análise de Situação de Saúde/SVEAST

METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS CASOS DE MORTE MATERNA PELO CEPMMIF

Desde a recomposição do CEPMMIF a sua secretaria executiva optou por realizar análise de 100% dos casos de mortes maternas ocorridas em residentes do estado de Minas Gerais. Essa ação, como já mencionada, foi considerada prioritária não apenas para alcançar um real mapeamento da situação da morte materna no estado, mas, também, para auxiliar os comitês regionais e municipais na qualificação dessa análise. Para garantir o compromisso com o sigilo, que é um dos princípios éticos essenciais dos comitês, a secretaria executiva desenvolveu um guia, posteriormente transformado em POP, para a confecção de um relatório executivo com base nas informações obtidas pela referência da vigilância do óbito – investigação hospitalar, ambulatorial e domiciliar – deveria ser a fonte para a discussão e análise de caso pelos membros dos comitês (Anexo 4). Para garantir a qualidade dos relatórios executivos os membros da secretaria executiva tinham antes da discussão dos casos acesso a todas as fichas de investigação, documentos complementares, cópia da DO original e do SIM. Para cada caso podiam ser emitidos até 2 relatórios: um pela vigilância do óbito sobre sugestões e recomendações da secretaria executiva no que referia aos dados lançados no SIM, incluindo proposta de modificação de causa básica, quando pertinente e outro pela Coordenação de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças com as recomendações para a atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar e para o comitê regional/municipal.

Apesar desse planejamento o Comitê Estadual ainda não conseguiu receber a totalidade dos casos identificados no SIM para análise. Vale ressaltar que tantos os casos de mortes obstétricas como as não obstétricas são incluídas na discussão da secretaria executiva. No caso de mortes obstétricas todas as classificadas como tardias são também analisadas individualmente pelos membros da secretaria executiva.

A partir de setembro de 2018, considerando a situação de organização dos comitês regionais e a melhoria na qualidade dos relatórios executivos, o CEPMMIF passou a não considerar mais ação prioritária a discussão de todos os casos de morte materna podendo, assim, assumir outras ações estratégicas também relevantes para sua atuação. Sendo assim, para os casos de 2018 a secretaria executiva passará a trabalhar na discussão de casos de forma integral apenas

quando solicitada pelas URS, representadas pelo seu comitê regional ou pela referência da vigilância do óbito. Todos os casos serão revistos quanto ao preenchimento das partes I e II da Doença SIM, bem como quanto à codificação da causa básica, com ênfase para os casos caracterizados como por causas básicas inespecíficas ou incompletas (*Garbage Codes*) disponíveis no site <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/codigos-garbage/>.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS CASOS DE MORTE INFANTIL PELO CEPMMIF

O quantitativo de óbitos infantis e fetais no Estado é bastante significativo. De acordo com os dados disponíveis no TABNET-MG foram registrados 2.912 óbitos em crianças com menos de 1 ano de vida e 2.757 óbitos fetais no ano de 2016, e 2.980 óbitos em menores de um ano e 2.764 óbitos fetais no ano de 2017, o que equivale a uma média de 16 óbitos infantis e fetais por dia. Com isso, a análise de todos esses casos de forma individual é inviabilizada no nível da secretaria executiva do CEPMMIF. Em função disso, no nível central foram privilegiadas ações que permitiriam a qualificação das investigações dos óbitos no nível municipal e regional. Também foi optado pela análise por amostragem sendo construída e revista anualmente uma lista de critérios para o encaminhamento de relatórios para discussão pela secretaria executiva (Anexo 5). Outro grande desafio para a análise dos óbitos infantis pela secretaria executiva foi a ausência de profissional médico-pediatra dentro da Coordenadoria de Atenção às Mulheres e Crianças da SES-MG. A partir de segundo semestre de 2017, foi conseguido a cessão parcial de uma médica-pediatra para auxiliar nessa ação e, atualmente, a Coordenadoria de Atenção às Mulheres e Crianças conta com um segundo médico-pediatra que participa da secretaria executiva.

Em junho de 2018 foi realizado um levantamento no SIM web sobre os óbitos infantis ocorridos nos primeiros 5 meses do ano. Baseado nesse relatório, a preocupante realidade da mortalidade infantil em Minas Gerais foi reafirmada com estimativa de ocorrência de cerca de 7 óbitos de crianças com menos de 1 ano de vida por dia, sendo que 54,7% dos casos são de crianças entre 0-6 dias de vida.

Diante esse cenário foi proposta uma nova estratégia para análise dos óbitos infantis, que consistia em realizar ações por blocos de causa com ênfase nos grupos das causas evitáveis. Para isso, foi feito um levantamento dos óbitos infantis nos últimos 5 anos a fim de classificar as causas mais prováveis. Em face desse levantamento definiu-se que o primeiro bloco a ser analisado seria o composto pelos óbitos por causas imunizáveis, com consequente realização de oficina com os municípios identificados como prioritários. A realização da oficina foi adiada em função da necessidade do momento epidemiológico do risco de surto de sarampo no estado que exigiu da coordenação de imunização desenvolvimento de ações específicas.

Atualmente, à semelhança do que irá ocorrer com os óbitos maternos, o foco da secretaria executiva será avaliar de forma mais oportuna os óbitos caracterizados como por causas básicas inespecíficas ou incompletas (*Garbage Codes*) e realizar análise por amostragem dos casos notificados dentro dos grupos categorizados como “causas evitáveis”.

PRINCIPAIS DADOS SOBRE A ANÁLISE DE CASOS PELA SECRETARIA EXECUTIVA DO CEPMMIF

Na tabela abaixo sintetizamos os principais problemas identificados nas análises dos óbitos maternos e fetais ocorridos em Minas Gerais.

Tabela - Problemas identificados com maior frequência

Atenção Primária	1. Baixa qualidade do Planejamento Familiar, com ênfase à dificuldade na escolha correta de método contraceptivo 2. Falta de acesso ao Pré-natal 3. Falta de realização da estratificação de risco gestacional em tempo oportuno e de forma continuada ao longo da gestação 4. Ausência de cumprimento de protocolos 5. Qualidade do cuidado insatisfatória 6. Falta de monitoramento compartilhado com atenção especializada 7. Pouca atenção ao seguimento de puerpério e pouca capacitação/habilidade para identificação precoce de complicações 8. Não cumprimento das ações do 5º dia 9. Falta de monitoramento – falta de visita domiciliar 10. Pouca capacitação/habilidade na atenção às doenças prevalentes na infância 11. Falta de vinculação com assistência hospitalar para intercorrências do período neonatal 12. Falta de identificação/valorização de sinais de gravidade nas intercorrências maternas, neonatais e na infância
Atenção Secundária	1. Dificuldade de acesso para seguimento na atenção especializada para gestações de alto risco e recém-nascidos de risco 2. Ausência/não cumprimento de protocolos 3. Baixa qualidade do acompanhamento 4. Dificuldade/não garantia de exames complementares especializados 5. Pouca articulação com atenção primária 6. Ausência de vinculação para internações e partos de alto risco
Urgência e Emergência	1. Não valorização dos sinais/sintomas de risco 2. Baixa capacidade de atendimento de gestantes, recém-nascidos e crianças com menos de um ano de vida 3. Ausência/não cumprimento de protocolos
Atenção Hospitalar	1. Ausência/não cumprimento de protocolos 2. Não garantia de exames complementares 3. Não valorização dos sinais/sintomas de risco 4. Pouca articulação com Atenção primária e secundária 5. Qualidade insatisfatória do cuidado para gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças com menos de um ano de vida. 6. Baixa qualidade no preenchimento da DO
Controle Social	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

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 à 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 à 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 à 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.

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS CRPMMIF**Questionário Sobre os Comitês Regionais – 2016**

Unidade Regional de Saúde: _____

1. Membros do comitê (titular e suplente(s)) – Nome, entidade que representa, cargo que ocupa, contato de E-mail e telefone.
2. Com qual frequência são agendadas as reuniões?
3. Reuniões de 2016 (até março de 2016):

- Preencher planilha por reunião:

Data da reunião: ____/____/____				
Membros presentes:				
Número da DO	Tipo de óbito (Fetal, Infantil, Materno, Mulher em idade fértil)	Data do óbito	Classificação do óbito*	Observações

4. Algum município da SRS/GRS possui comitê municipal ou compartilhado de prevenção da mortalidade materna infantil e Fetal? Especificar os municípios.
5. Quais as principais dificuldades encontradas na implantação do Comitê Regional de Saúde, caso a SRS já tenha o comitê implantado, quais as principais dificuldades encontradas na atuação do comitê?

ANEXO 2 - ORIENTAÇÕES, SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES PARA CRPMMIF

Retorno Sobre Dúvidas Gerais sobre Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal – dezembro de 2016

- **Compromisso dos membros** – O Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CEPMMIF) sugere que as reuniões sejam realizadas em horário de serviço do profissional, que haja acordo com a instituição para a liberação do mesmo, para que o profissional possa participar.
- **Prontuários inexistentes, incompletos, com pouca informação e letra ilegível** – Recomendação para o gestor, realização de reuniões com as equipes de saúde, e articulação com a Vigilância Sanitária para implantação de protocolo para preenchimento para uso/anotações em prontuário médico
- **Pouco ou nenhum envolvimento do gestor na implementação das recomendações feitas pelo comitê; Não ocorrem mudanças efetivas na prática assistencial; Não cumprimento de prazos** – De acordo com a 3ª ed. do Manual dos comitês de mortalidade materna do Ministério da Saúde, é indispensável que os gestores da área de Saúde tenham conhecimento dos problemas existentes em sua região. Só assim eles podem investir de forma eficiente em políticas que atendam às necessidades sanitárias de sua população. Desse modo, a presidência do comitê ou todo o colegiado deve trabalhar para manter a interlocução permanente com os gestores em sua área de abrangência de modo a participar da elaboração dos planos anuais para redução da mortalidade materna. O comitê também deve procurar o diálogo com outras instituições não pertencentes ao segmento Saúde, mas que estejam envolvidas na resolução da problemática da morte materna, de forma a solicitar a sua participação na implementação de alternativas. O CEPMMIF também sugere que seja realizado fórum perinatal e que as recomendações sejam levadas ao conselho de saúde.
- **Falta de adesão dos representantes dos municípios ao Comitê Regional** - O CEPMMIF sugere que as reuniões sejam realizadas em horário de serviço do profissional, que haja acordo com a instituição para a liberação do mesmo, para que o profissional possa participar. Sugere ainda que se tiver discussão de caso, que seja solicitada a presença dos representantes dos municípios dos casos a serem tratados.

- **Carência de profissionais com disponibilidade para atuar no comitê regional** – O CEPMMIF sugere que as reuniões sejam realizadas em horário de serviço do profissional, que haja acordo com a instituição para a liberação do mesmo, para que o profissional possa participar.
- **Falta de vivência/experiência dos membros no Comitê de Mortalidade (o que abordar, o que dizer?)** – Sugerimos a leitura dos materiais no link <http://www.saude.mg.gov.br/servidor/comites-estadual-regionais-municipais-e-hospitalares-de-prevencao-de-mortalidade-materna-infantil-e-fetal>.
- **Falta de informação da última referência do comitê de mortalidade materna, fetal e infantil sobre os membros** – É necessário que o comitê registre suas atividades em livro ata, o que inclui a nomeação dos membros. Caso o comitê não possua esse registro, sugerimos que inicie o processo.
- **A não obrigatoriedade de uma Secretaria Executiva na composição do Comitê Regional** – De acordo com o art. 23 da Resolução SES/MG Nº 5.016 de 2015, os Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Compartilhados deverão elaborar seu Regimento Interno, a partir do escopo da Resolução, onde devem ser definidos objetivos, finalidades, estrutura e funcionamento. Sendo assim fica a critério da SRS, conforme suas particularidades, definir a respeito da obrigatoriedade da secretaria executiva em seu regimento interno.
- **Inexistência do profissional médico na composição do comitê para contribuir na análise dos óbitos** - O Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CEPMMIF) sugere que as reuniões sejam realizadas em horário de serviço do profissional, que haja acordo com a instituição para a liberação do mesmo, esclarecendo que as ações do comitê é uma importante estratégia para estabelecer políticas mais eficazes de atenção à mulher conceito e criança.
- **Limitações dos comitês municipais em termos de investigação de óbitos:** Cabe a Vigilância em Saúde Regional treinar as equipes municipais para a investigação do óbito. No período de 04 a 08 de julho de 2016 foi ministrada uma capacitação pela vigilância do óbito na CAMG contando com a presença de todas as regionais de saúde, por ser inviável a participação de todos os membros do comitê, o representante presente teria como função multiplicar as informações para o seu grupo e municípios de sua responsabilidade. O evento tinha dentre os objetivos gerais:

- Descrever os passos de investigação dos óbitos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Utilização e análise de dados na avaliação dos critérios de evitabilidade dos óbitos;
- Identificar, avaliar e recomendar as medidas de prevenção dos óbitos;
- Elaborar relatórios de investigação dos óbitos (preliminar e final);
- Divulgar informações relacionadas às investigações dos óbitos.
- **Ausência de elo entre os níveis de atenção à saúde e os comitês regionais e municipais intensificando as limitações nas investigações:** A Resolução SES/MG Nº 5.016, de 18 de novembro de 2015, sugere no seu art. 15 representantes dos níveis da atenção à saúde. A investigação dos óbitos é realizada pela vigilância do óbito, pertencente a vigilância epidemiológica e não pelo comitê, para o comitê cabe analisar os óbitos maternos, infantis e fetais para apontar medidas de intervenção para a sua redução.
- **Ausência de representantes dos serviços de referência (atenção secundária e terciária) nas reuniões do comitê:** O comitê constitui-se como importante instrumento de gestão que permite avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e a criança, para subsidiar as políticas públicas. É necessário que seja solicitada a gestão a participação dos representantes dos serviços de referência, sugere-se que as reuniões sejam realizadas em horário de serviço do profissional e que haja acordo para a liberação dos mesmos.
- **Referência (lotada no NRAS) detém outras atribuições completamente diferenciadas do Comitê, se o mesmo estivesse em vinculação a Vigilância do óbito tivesse mais efetividade:** O Comitê Estadual está vinculado à Coordenação de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças, já os comitês regionais e municipais/compartilhados podem estar vinculados à área técnica assistencial da saúde da mulher e da criança ou à Vigilância em Saúde, de acordo com as particularidades de cada um. Ressaltamos que é atribuição da vigilância do óbito realizar a investigação dos casos que subsidiarão a atuação do comitê a qual está relacionada a assistência à saúde. O comitê tem como objetivos gerais:
 - Analisar os óbitos maternos, infantis e fetais com o objetivo de identificação de fatores de evitabilidade;
 - Avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e a criança para subsidiar as políticas públicas; e
 - Elaborar propostas de medidas de intervenção para redução destes óbitos.

- **Dificuldade de acesso ao prontuário em alguns hospitais e poucas informações disponíveis:** A consulta aos prontuários é da responsabilidade da Vigilância Epidemiológica local, que por sua vez tem garantido na legislação o acesso aos prontuários.
- **Impedimento de obter cópia dos prontuários para análise:** O prontuário médico é um documento do paciente, sobre guarda da instituição de saúde, sendo assim, a cópia do documento não é permitida a terceiros.
- **Comitês Municipais com dificuldade na composição por ausência de alguns membros ou membros com múltiplas funções:** Há a possibilidade de criação de comitês municipais compartilhados.

ANEXO 3 – NOTA TÉCNICA nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018**ESTADO DE MINAS GERAIS****SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE****SRAS/DATE - CASMC Coordenação de Atenção a Saúde das Mulheres e das Crianças****Nota Técnica nº 1/SES/SUBPAS-SRAS-DATE-CASMC/2018****PROCESSO Nº 1320.01.0003930/2018-15****1. ASSUNTO**

Esclarecimento sobre demandas extrajudiciais em relação ao fornecimento de informações sigilosas, bem como as competências dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.

2. REFERÊNCIAS

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;
- a Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil (Rev. Epidemiol. Serv. Saúde, 2007)
- a Portaria Nº 1119/GM/MS, de 05 de junho de 2008 que regulamenta a Vigilância de óbitos Maternos.
- o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna – SAS/MS, 2009, que refere sobre a estratégia de criação e fortalecimento dos comitês de morte materna nos âmbitos nacional, regional, estadual, municipal e hospitalar.
- o Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal SVS/MS, 2009, que se refere a estruturação de Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal (municipais, regionais e estaduais), fornece subsídios e orientações para o seu funcionamento e para a vigilância dos óbitos.
- a Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil (Rev. Epidemiol. Serv. Saúde, 2010).
- a Portaria Nº 72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010, que estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (pública e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).
- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- a Resolução SES/MG Nº 3999 de 31 de outubro de 2013, que dispõe sobre a vigilância do óbito infantil e óbito materno em Minas Gerais.
- a Resolução SES/MG Nº 5.016, de 18 de novembro de 2015, que estabelece a composição do

Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CEPMMIF), o qual prevê, inclusive, a representatividade de entidades e órgãos, tais quais o Ministério Público de Minas Gerais, Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Enfermagem e Organizações Não Governamentais relacionadas à saúde da mulher.

- a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, que define o óbito materno e infantil como agravo de notificação compulsória presente na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;

- o Regimento Interno do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal de Minas Gerais – CEPMMIF/MG, aprovado em 07 de abril de 2016, que define e regula o funcionamento do CEPMMIF/MG; e

- que o CEPMMIF tem sido em diversas ocasiões demandado por diversas instâncias a enviar informações a respeito dos casos de óbitos ocorridos no estado para fins judiciais.

3. ANÁLISE

Esse documento tem como objetivo esclarecer as particularidades das ações e funções do CEPMMIF, a saber:

Os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, conforme previsto nos Manuais do Ministério da Saúde (Manual dos Comitês de Mortalidade Materna – SAS/MS, 2009 e Manual de Orientações para Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil, 2004) e na Resolução Estadual (Resolução SES/MG Nº 5.016, de 18 de novembro de 2015), são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam analisar os óbitos maternos, infantis e fetais a fim de apontar medidas de intervenção para a sua redução e qualificação da assistência na região de abrangência. Representam, também, um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher e da criança. Os Comitês não têm em sua análise característica de julgamento individual e/ou institucional da assistência, mas sim, traçar o perfil da mortalidade e seus fatores predisponentes, promover uma atuação técnico-científica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa e de acompanhamento da execução de políticas públicas.

O processo de investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais é atribuição da equipe de vigilância epidemiológica prevista nas Portarias Ministeriais Nº 1119/GM/MS de 05 de junho de 2008 e Nº 72/GM/MS de 11 de janeiro de 2010, que definem prazo de 120 dias para o encerramento da investigação. O processo de investigação é desencadeado pela Declaração de Óbito (DO). Posteriormente, é realizada a coleta de dados sobre o óbito subsidiado pelas fichas de investigação de óbito padronizadas pelo Ministério da Saúde. Essas fichas são utilizadas para coleta de dados em prontuários, ambulatoriais e hospitalares, e na entrevista com a família. O processo tem a finalidade de identificar fatores de risco como estratégia que possa contribuir para a adoção de medidas de prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. Portanto, não se trata de um processo que tenha como foco apenas os eventos diretamente relacionados à ocorrência do óbito, mas sim, organizar todas as informações referentes ao indivíduo que faleceu (mulher, criança, feto), incluindo características socioeconômicas, escolaridade, acesso e qualidade de acesso ao sistema de saúde em todos os níveis, com atenção especial à atenção ao ciclo gravídico-puerperal e infância. Os Comitês utilizam os dados obtidos nesse processo realizado pela epidemiologia, que é consolidado e sintetizado constituindo um Relatório Executivo, que subsidia a análise das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, segundo a possibilidade de sua prevenção.

Para que as análises dos casos de óbitos materno, infantil e fetais possam ser realizadas por todos os níveis dos Comitês, todas as informações precisam estar finalizadas, garantindo assim que os Comitês possam cumprir efetivamente suas finalidades como explicitadas na Resolução Estadual: I - analisar os óbitos maternos, infantis e fetais com o objetivo de identificação de fatores de evitabilidade; II - avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada à mulher e a criança para

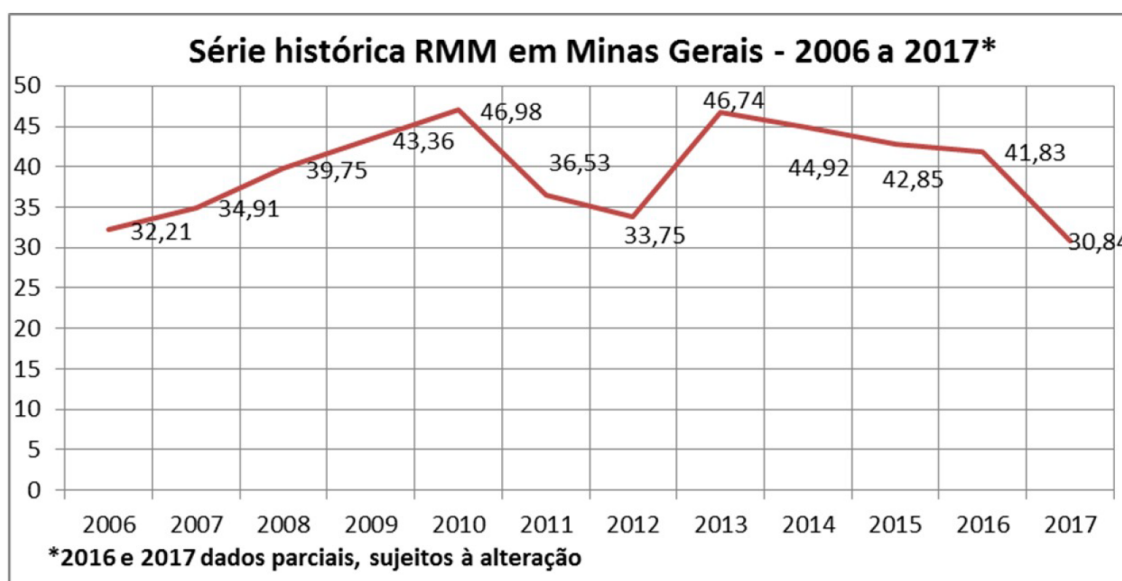
subsidiar as políticas públicas; e III - elaborar propostas de medidas de intervenção para redução destes óbitos.

O método de análise de evitabilidade de óbito realizado nos Comitês não se refere ao julgamento da assistência no evento imediatamente associado à morte do indivíduo, mas a avaliação de todo o percurso de vida daquele (a) cidadão (ã), com ênfase nos fatores associados à comunidade, à família, à mulher/criança, à sociedade, às instituições e aos profissionais. Para resguardar o sigilo das informações, os membros do comitê assinam o termo de confidencialidade e sigilo.

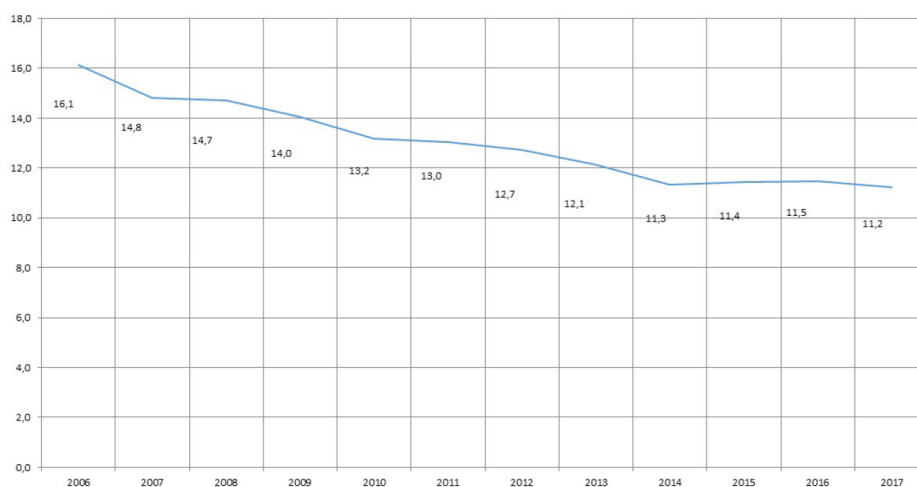
Destacam-se como funções desses Comitês:

Informação

- Participação na correção e na qualificação das estatísticas oficiais, fortalecendo os sistemas de informações;
- Assegurar a comparabilidade dos dados de mortalidade materna e infantil em todos os níveis, possibilitando a análise de tendências da mortalidade e a identificação dos subgrupos mais vulneráveis.
- Divulgação de relatórios para todas as instituições e os órgãos competentes que possam intervir na redução da mortalidade, conhecendo a situação e identificando fatores determinantes para sua redução.
- Divulgação de informações, históricos, instrumentos legais, de apoio e material utilizado em treinamentos e eventos na página da SES-MG no link <http://www.saude.mg.gov.br/servidor/comites-estadual-regionais-municipais-e-hospitales-de-prevencao-de-mortalidade-materna-infantil-e-fetal>.
- Divulgação sobre a situação da mortalidade materna, infantil e fetal no estado. Abaixo as séries históricas de Razão de Morte Materna (RMM) e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em Minas Gerais:



Serie histórica TMI em Minas Gerais - 2006 a 2017*



*2016 e 2017 dados parciais, sujeitos à alteração

Educação

- Promoção da discussão de casos clínicos nos comitês hospitalares;
- Promoção do debate sobre a persistência dos níveis de mortalidade materna, infantil e fetal a partir de evidências epidemiológicas;
- Promoção do debate sobre a problemática da mortalidade materna, fetal e infantil através da realização de eventos de prevenção, de programas de reciclagem e de educação continuada e da produção de material educativo;
- Conscientização dos formuladores de políticas públicas, das instituições de assistência, das equipes de saúde e da comunidade sobre a gravidade dos óbitos maternos/infantis, seus efeitos sociais, de saúde e as formas de evitá-los.

Definição de Medidas Preventivas

- Elaboração de propostas de medidas de intervenção para a redução do óbito materno, fetal e infantil a partir do estudo de todos os casos.

Mobilização

- Promoção da interlocução entre todas as instituições pertencentes a qualquer dos poderes públicos ou setores organizados da sociedade civil, com a finalidade de garantir a execução das medidas apontadas.
- Qualificação do conhecimento, quantitativa e qualitativamente, sobre os níveis da morte materna e infantil, suas causas e fatores de risco associados.
- Realização de eventos. Em 1º de junho de 2017 a SES- MG e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) com apoio do CEPMMIF promoveram o 1º Simpósio colaborativo: Morte Materna e Responsabilidade Social. Em decorrência do Dia Internacional de Luta Pela Saúde da Mulher e o Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna (28 de maio), o evento teve como objetivo a abordagem sistêmica do contexto da

mulher na sociedade e da representação social do óbito materno, bem como as estratégias institucionais para redução da mortalidade materna. O evento também teve o intuito de reforçar o compromisso da SES-MG e da FHEMIG com as ações para redução da mortalidade materna no estado.

4. CONCLUSÃO

Dessa forma, conclui-se que os relatórios dos Comitês são importantes ferramentas para a gestão no planejamento da saúde de um território e não devem ser utilizados para outros fins que não os explicitados nas legislações pertinentes à sua existência.

Atenciosamente,

Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar
Comitê Estadual de Prevenção
da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

Homero Cláudio Rocha Souza Filho
Subsecretário de Políticas e Ações de
Saúde

**Rodrigo
Fabiano do
Carmo Said**
Subsecretário de
Vigilância e
Proteção à
Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Regina Amélia Lopes Pessoa Aguiar, Servidor(a) Público(a)**, em 04/04/2018, às 16:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Homero Cláudio Rocha Souza Filho, Subsecretário(a)**, em 11/04/2018, às 11:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Fabiano do Carmo Said, Subsecretário(a)**, em 12/04/2018, às 11:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0458639 e o código CRC F4402213.

ANEXO 4 – ORIENTAÇÕES PARA CONSTRUÇÃO DO RELATÓRIO EXECUTIVO

Elaboração do Relatório Executivo

Este documento visa repassar algumas orientações a serem observadas no momento de construção do Relatório Executivo de óbito materno e infantil.

De maneira geral o mesmo deve ser escrito em ordem cronológica dos eventos a fim de facilitar o raciocínio clínico. Deve-se prezar pela imparcialidade, utilizar as iniciais dos nomes e não citar nominalmente nem os profissionais de saúde nem as instituições envolvidos na história daquele óbito. Outra observação importante é não tirar cópias de prontuários. A cópia do cartão pré-natal poderá ser realizada apenas se a família permitir. Caso contrário, os dados devem ser transcritos.

O principal objetivo da confecção do relatório é reunir todas as informações necessárias para classificação daquele óbito, favorecendo e otimizando a discussão do mesmo.

Itens a serem observados na confecção do relatório materno:

Dados da gestante	• Iniciais do nome, idade, ocupação, escolaridade, raça/cor, situação conjugal, doenças prévias, gestações anteriores, tipos de partos, número de filhos vivos, doenças prévias, uso de medicamentos/drogas, contracepção prévia...
Informações do pré-natal	• Descrever todas as consultas, onde foram realizadas (atenção básica, atenção especializada, saúde suplementar), classificação de risco; resultados de exames com data e hora de solicitação e da avaliação pela equipe assistencial; histórico vacinal, medicamentos utilizados; intercorrências, internações...
Informações da internação (gestação, parto e puerpério)	• Descrever toda a internação, medicamentos utilizados (dose e horários); procedimentos realizados (quais e horários); resultados de exames com data e hora de solicitação e da avaliação pela equipe assistencial...
Transferência	• Houve transferência? Tipo de transporte utilizado, intercorrências, qual profissional de saúde acompanhou; • Anexar Relatório SUS fácil
Informações sobre o puerpério	• Descrever as consultas puerperais, onde foram realizadas (atenção básica, atenção especializada), complicações, resultados de exames, internações....
O relatório foi avaliado pelos Comitês	• Encaminhar as recomendações e a classificação de evitabilidade • Se não foi analisado pelo Comitê qual a justificativa?

Itens a serem observados na confecção do relatório infantil/fetal:

Dados da criança e da mãe	• Criança: Iniciais do nome, idade, raça/cor, doenças prévias, uso de medicamentos. • Mãe: Iniciais do nome, idade, ocupação, escolaridade, raça/cor, situação conjugal, doenças prévias, gestações anteriores, tipos de partos, número de filhos vivos, doenças prévias, uso de medicamentos/drogas, contracepção prévia...
História do Parto/Nascimento/Período Neonatal	• Dados da gestação (número de consultas pré-natal, intercorrências maternas/fetais), dados do parto (idade gestacional, tipo de parto, peso ao nascimento, Apgar, intercorrências, complicações), dados do período neonatal (se nascido vivo)
Informações da internação	• Óbito fetal: descrever se foram realizados exames anatomopatológico da placenta, necropsia ou outros exames laboratoriais • Óbito infantil: Descrever toda a internação, medicamentos utilizados (dose e horários); procedimentos realizados (quais e horários); resultados de exames com data e hora de solicitação e da avaliação pela equipe assistencial • Em caso de atendimento(s) antes da internação descrever com detalhes, incluindo data e horário do atendimento, dos procedimentos e de exames complementares
Transferência	• Houve transferência? Tipo de transporte utilizado, intercorrências, qual profissional de saúde acompanhou; • Anexar Relatório SUS fácil
O relatório foi avaliado pelos Comitês?	• Encaminhar as recomendações e a classificação de evitabilidade • Se não foi analisado pelo Comitê qual a justificativa?

OBSERVAÇÃO:

Deverão estar anexados a todos os Relatórios Executivos: Cópia da DO e DNV; Fichas de Investigação; DO do sistema; Cópia do cartão da gestante/criança e outros exames que julgarem necessários (se autorizados).

ANEXO 5 – CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTOS DE ÓBITOS INFANTIS



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL E
SAÚDE DO TRABALHADOR
Diretoria de Análise de Situação da Saúde

Memorando circular- DASS / SVEAST / SES – nº 01/2016

Belo Horizonte, 29 de janeiro de 2016.

Aos Coordenadores de Epidemiologia,
Referências e Enfermeiros de Vigilância de Óbitos
Superintendência / Gerência Regional de Saúde

Prezada (o) senhora (o),

No ano de 2015 registramos 97 óbitos maternos e 6269 óbitos de mulheres em idade fértil em Minas Gerais. Foram registradas no módulo SIMWEB, até o momento, 79,3 % de investigações ou 5048 fichas síntese informadas. Os óbitos infantis e fetais somaram 5122 e foram investigados 70,3% ou 3599 fichas síntese informadas.

Em 2016 estamos incorporando algumas medidas para agilizar e qualificar as investigações de óbitos. Entre elas a maior divulgação nos municípios e estabelecimentos de saúde da resolução 3999, de 31 de outubro de 2013, que dispõe sobre a vigilância do óbito infantil e óbito materno em Minas Gerais, tornando obrigatória a notificação de óbitos infantis e maternos no prazo de 48 horas.

Foi incorporado a Secretaria Executiva do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal o pediatra Dr. Norberto Machado que está contribuindo na análise dos óbitos infantis. Devido ao grande volume de óbitos infantis foram estabelecidos alguns critérios para encaminhamento de relatórios para discussão pela Secretaria Executiva através da Diretoria de Análise de Situação da Saúde.

Óbitos infantis ocorridos a partir de 2016

Todos os óbitos de menores de um ano por Sífilis Congênita, HIV (AIDS) e toxoplasmose - (na investigação verificar se realizou (quando e resultado) o VDRL, Anti HIV e sorologia para toxoplasmose);

Todos os óbitos por doenças imunizáveis;

Todas as gastroenterites;

Quando a mãe também evoluir para óbito;

Óbitos definidos como prioritários pela DASS;

Óbitos definidos como prioritários pela G/SRS e ou SMS e/ou que causem grande comoção local;

Óbitos por microcefalia (fetais e infantis ocorridos a partir de 2015)

Óbitos com causas mal definidas sem assistência médica.

Lembrando que todo relatório deverá conter também as Fichas de Investigação, Cópia da Declaração de Óbito Original, Cartão da Gestante, Cartão de Vacina, Declaração de Nascidos Vivos e outras informações complementares que julgarem necessário.

Salientamos que os critérios elencados são para encaminhamento de relatórios para a DASS, o que não exclui a responsabilidade de investigação e análise ampla e detalhada de todos os óbitos pela vigilância e/ou comitê municipal e regional. Os comitês locais devem promover uma reflexão conjunta sobre a evitabilidade do óbito, recomendações e medidas de prevenção.

Para investigação de óbitos infantis prevalecem os definidos na portaria 72 de 11 de janeiro de 2010 -

"Para fins de investigação, são critérios mínimos de caso todos os óbitos:

I - pós-neonatais (28 dias a 1 ano incompleto de vida ou 364 dias);

II - neonatais (0 a 27 dias de vida); e,

III - fetais (natimortos).

"Parágrafo único: Considerando-se o menor potencial de prevenção dos óbitos com malformação congênita grave ou complexa ou letal, sua investigação é facultativa."

Cordialmente,

Salete Maria Novais Diniz
Coordenadora de Pesquisas e Investigações
Epidemiológicas

Deise Aparecida dos Santos
Diretora de Análise de Situação da Saúde

Deise Aparecida dos Santos
Diretora de Análise de Situação da Saúde
BR/3036/AS/SES/MS
Moz. 69172-7

Secretaria Estadual de Saúde - DASS/CGSIS/ Prédio Minas 13º Andar Lado Par
Rodovia Prefeito Glascom - s/nº Bairro Serra Verde - BH/MG CEP: 31630-900
Telefone: (31) 3916-0318