22

Informe da Atenção Básica

# PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Ano V, maio/junho de 2004 ISSN 1806-1192

## Por que um Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal para o Brasil do século XXI?

A desigualdade social gera graves disparidades na chance de sobrevida das mulheres e recém-natos. Por esse motivo, a razão de mortalidade materna e a proporção de crianças que morrem antes dos 28 dias de vida são considerados indicadores sensíveis das condições de vida e saúde de uma população. Portanto, o enfrentamento da morte materna e neonatal exige ações governamentais para melhoria da qualidade da assistência prestada a mulheres e recém-nascidos, bem como ações intersetoriais, sendo fundamental a articulação com os diferentes segmentos da sociedade civil organizada.

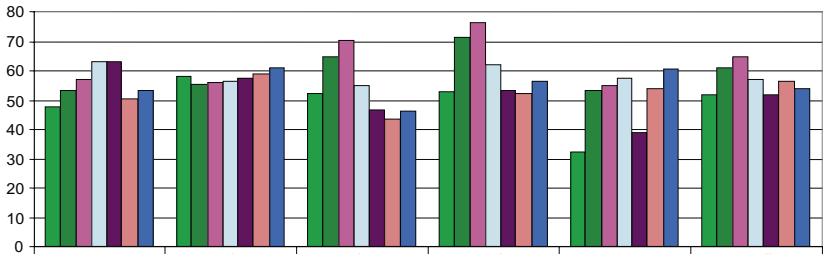
Outra razão para a proposição de um pacto é o fato de os índices de mortalidade materna e neonatal de nosso País se apresentarem em patamares elevados, mostrando que os programas nacionais ou estaduais existentes não conseguiram de fato reorganizar os serviços, promovendo a qualificação da atenção obstétrica e ao recém-nascido e o planejamento familiar, bem como não comprometeram efetivamente a sociedade (gráficos 1 e 2). As altas taxas encontradas se configuram como uma violação dos Direitos Humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras. É portanto, da maior relevância a garantia do exercício de cidadania das mulheres e crianças brasileiras.

### O que é o Pacto?

O PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL é um movimento político que precisa estar calcado na estrutura, nos programas e nas ações do setor Saúde, mas que não se restringe a esse setor, sendo a expressão da política de governo para enfrentamento da problemática que envolve a morte materna e a neonatal. Consiste na execução de um conjunto de ações articuladas, das diferentes esferas de governo, pela qualificação da atenção obstétrica e neonatal e que não podem prescindir da atuação da sociedade civil organizada.

### Gráfico 1

**Razão de Mortalidade Materna por Regiões, Brasil 1996-2002**



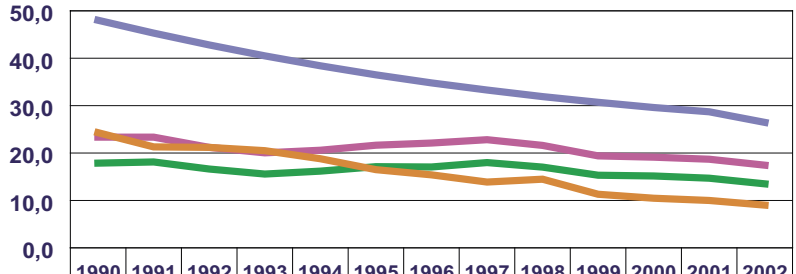

| | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste | Brasil |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.996 | 47,5 | 58,0 | 52,4 | 52,8 | 32,5 | 51,9 |
| 1.997 | 53,1 | 55,2 | 64,7 | 71,5 | 53,3 | 61,2 |
| 1.998 | 57,1 | 56,2 | 70,1 | 76,2 | 54,9 | 64,9 |
| 1.999 | 63,1 | 56,3 | 54,7 | 61,9 | 57,2 | 57,1 |
| 2.000 | 63,0 | 57,4 | 46,7 | 53,1 | 39,1 | 51,6 |
| 2.001 | 50,1 | 59,2 | 43,6 | 52,2 | 54,1 | 56,2 |
| 2.002 | 53,2 | 60,8 | 45,9 | 56,6 | 60,3 | 53,6 |

Fonte: SIM/SVS/MS

### Gráfico 2

**ESTIMATIVAS DE TAXAS DE MORTALIDADE NEONATAL, NEONATAL PRECOCE, PÓS-NEONATAL E INFANTIL POR 1.000 NASCIDOS VIVOS**

**Brasil, 1990-2002**




| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pós-neonatal | 24,3 | 21,3 | 21,2 | 20,5 | 18,8 | 16,5 | 15,4 | 13,9 | 14,5 | 11,3 | 10,5 | 10,0 | 9,0 |
| Neonatal precoce | 17,9 | 18,1 | 16,6 | 15,6 | 16,2 | 17,1 | 17,1 | 18,0 | 17,0 | 15,3 | 15,2 | 14,7 | 13,5 |
| Neonatal | 23,4 | 23,4 | 21,2 | 20,0 | 20,6 | 21,7 | 22,1 | 22,8 | 21,6 | 19,4 | 19,1 | 18,7 | 17,4 |
| Infantil | 48,0 | 45,3 | 42,8 | 40,5 | 38,4 | 36,5 | 34,8 | 33,3 | 31,9 | 30,7 | 29,6 | 28,7 | 26,5 |

Pós-neonatal — Neonatal precoce — Neonatal — Infantil

# QUAIS AS AÇÕES ESTRATÉGICAS ASSUMIDAS NO PACTO PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL ?

- Estimular a participação dos Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais na definição de conteúdos e estruturação do Pacto Nacional, bem como na implementação e acompanhamento das ações.
- Efetivar Pactos Estaduais e Municipais.
- Articulação de parcerias co-responsáveis entre diferentes instituições.
- Assegurar o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e o alojamento conjunto, inclusive nos serviços privados.
- Garantir que mulheres e recém-nascidos não sejam recusados nos serviços ou peregrinem em busca de assistência (parto é urgência prevista). Caso a unidade não seja adequada para o tipo de atendimento necessário, a gestante deverá ser assistida até que sejam garantidos transporte seguro e sua transferência para outras unidades.
- Expansão da atenção básica mediante Estratégia Saúde da Família.
- Aderir à iniciativa "Primeira Semana: Saúde Integral" que intensificará o cuidado com o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto. Serão desenvolvidas as seguintes ações, melhorando a cobertura e reforçando a vinculação da mulher e do recém-nascido à unidade básica de saúde: avaliação da mulher e do recém-nascido; orientação e apoio ao aleitamento materno; vacinas da puérpera e do recém-nascido; teste do pezinho; orientação para contracepção; agendamento da consulta de puericultura e de puerpério.
- Organizar acesso, integrando os níveis de gestão, garantindo continuidade do cuidado.
- Adequar a oferta de serviços, regionalizando e hierarquizando a assistência ao parto e ao RN, ampliando leitos de maior complexidade e expandindo rede de bancos de leite humano e de hemoderivados.
- Requalificar hospitais Amigos da Criança e reavaliar rede de hospitais de referência para gestantes de risco.
- Qualificar e humanizar a atenção ao parto, ao nascimento, ao abortamento legal ou ao abortamento inseguro.
- Redirecionar recursos para projetos.
- Reduzir a transmissão vertical do HIV/aids e sífilis.
- Gestão humanizada na perspectiva de implantação da gestão participativa.
- Priorizar o custeio dos serviços de unidades de referência regional na atenção à gravidez de risco e que tenham leitos de UTI neonatal.
- Fortalecimento de projetos para Premiação de Serviços Exemplares.
- Expansão da oferta de exames laboratoriais no pré-natal.
- Investimentos na rede hospitalar e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.
- Investir na qualificação de maternidades e hospitais que realizam parto e serviços de urgência para atenção às mulheres e aos recém-nascidos.
- Incluir as urgências pediátricas neonatais e obstétricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.
- Apoiar Centros de Parto Normal.
- Garantir acesso ao planejamento familiar, oferecendo ações educativas e métodos anticoncepcionais.
- Implantar e apoiar ações de vigilância do óbito materno e infantil.
- Priorizar a capacitação e a educação permanente de todos os profissionais envolvidos na atenção obstétrica e neonatal.
- Proteger a trabalhadora gestante para que não se exponha a fatores de risco que possam comprometer sua gestação.
- Oferecer atenção a mulheres e recém-nascidos negros e indígenas, respeitando suas peculiaridades étnicas e culturais.
- Apoiar o desenvolvimento de ações de suporte social para gestante e recém-nascidos de risco.
- Promover ações de controle social na implementação das ações propostas pelo pacto.

## EXPEDIENTE

**Elaboração:**
Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
**Jornalista responsável:**
Camilla Sá Freire
(Reg. Prof. 5003/14 DF)
**Editor responsável:**
Edneusa Nascimento

**Tiragem:**
46.000 exemplares
**Informações:**
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
Edifício Sede, 6.º andar, sala 635.
CEP: 70058-900 – Brasília-DF
Tels.: (61) 315-2185 / 315-3434
Fax: (61) 226-4340
*E-mail*: avaliacao.dab@saude.gov.br

**Produção:**
EDITORA MS/CGDI/SAA/SE /MS
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610,
Brasília-DF CEP: 71200-040
Tels.: (61) 233-2020/233-1774 Fax: (61) 233-9558
*E-mail*: editora.ms@saude.gov.br
*Home page*: http://www.saude.gov.br/editora
OS 0514/2004

Ministério da Saúde
BRASIL UM PAÍS DE TODOS