

- Realizada duas oficinas macrorregionais (Nordeste e Sul) para a expansão do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas em parceria com o Programa Nacional de DST e Aids e o Ministério da Educação (MEC).
- Elaborado o Manual de Educação de Pares para Adolescentes dirigido à prevenção das DST e aids;
- Efetivado apoio técnico e financeiro para projetos de melhoria da atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, em seis estados, com altos índices de gravidez na adolescência (AC, AM, CE, PA, PI e RR).
- Concluído o Projeto Grávido Adolescer realizado no Estado do Piauí em três municípios (Teresina, Regeneração e Sítio Novo do Piauí).
- Incrementada a utilização do AZT (Zidovudina) injetável no momento do parto, de 34,8% (2002) das gestantes portadoras de HIV estimadas, para 55,84% em 2005.
- Distribuídos testes rápidos para diagnóstico do HIV em 1.142 maternidades para uso em triagem de parturientes não testadas durante o pré-natal.
- Distribuídos AZT injetável e xarope para as maternidades cadastradas, com a finalidade de profilaxia da transmissão vertical do HIV.
- Publicada a portaria que institui a política de incentivo para repasse de recursos com a finalidade de disponibilização de fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV.
- Publicada em dezembro de 2004 a portaria que institui a obrigatoriedade da realização do teste de sífilis para todas as parturientes nas maternidades da rede SUS.
- Publicada em julho de 2005 a portaria que institui a notificação da sífilis em gestantes como agravo de notificação obrigatória em todo território nacional.
- Publicada em janeiro de 2006 a portaria que normatiza a utilização da penicilina no tratamento da sífilis nas unidades básicas de saúde.
- Publicado o Manual de Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita, atualizando as normas técnicas para o diagnóstico, o tratamento e a vigilância epidemiológica da sífilis na gestação e da sífilis congênita.
- Lançada campanha de mídia para redução da transmissão vertical do HIV e sífilis em dezembro de 2005.
- Realizadas qualificações e oficinas para redução do HIV e sífilis para médicos(as), enfermeiros(as) e demais profissionais da área da Saúde.
- Ampliadas as equipes de saúde da família, totalizando 24.872 equipes distribuídas em 5.005 municípios, numa cobertura de 90% dos municípios brasileiros.
- Habilitados 90 Serviços de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), até fevereiro de 2006.
- Implantados 2.879 novos leitos de UTI, com recursos próprios, totalizando 23.062 leitos.
- Incorporado no processo de implementação do Pacto o Plano Nacional de Política para as Mulheres, aprovado na 1.ª Conferência Nacional de Política para as Mulheres, realizada em julho de 2004 e coordenada pela Secretaria Especial de Política para as Mulheres (SEPM), priorizando a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada.
- Incorporado no processo de implementação do Pacto as resoluções da Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, coordenada pela Seppir e pelo Conselho Nacional de Igualdade Racial que estabelece, com base em indicadores epidemiológicos, a proposta de elaboração de metas diferenciadas na atenção obstétrica e neonatal às mulheres negras, visando à redução/eliminação das desigualdades existentes.



COMO ADERIR AO PACTO

A redução da mortalidade materna e neonatal é um desafio para o Brasil e para os brasileiros, uma vez que essas mortes evitáveis atingem populações com menor acesso a bens sociais. Esse fato exige a mobilização de gestores e da sociedade civil na promoção de políticas e ações que busquem a melhoria da qualidade de vida e a ampliação da cultura sanitária da população, em geral, e dos profissionais de saúde, em particular, na perspectiva de que a garantia do direito à vida e à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor Saúde, embora lhe caiba garantir o acesso a serviços qualificados, mas que seja um compromisso de todos.

Entre as diversas estratégias possíveis para aderir ao Pacto, cabe aos gestores e/ou representações da sociedade civil:

- Elaborar planos municipais e regionais para a redução da mortalidade materna e neonatal, com participação da sociedade civil.
- Estimular debates nos conselhos de saúde para garantir definição de conteúdos e monitoramento da implementação das ações.
- Qualificar os profissionais dos serviços de saúde a desenvolver processos de trabalho adequados às normas e ações estratégicas do Pacto.
- Estimular debates na sociedade civil, visando pautar o tema e incorporá-lo à agenda social mediante sua relevância e magnitude.
- Organizar a vigilância epidemiológica do óbito materno e neonatal.
- E, finalmente, os gestores municipais e estaduais devem organizar, em conjunto com o Ministério da Saúde e a sociedade civil, um seminário de pactuação, cuja solicitação ao Ministério poderá ser feita por meio eletrônico ou ofício.



PACTO NACIONAL PELA
REDUÇÃO DA MORTALIDADE
MATERNA E NEONATAL

Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios
Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Sede, Sala 614 – CEP: 70058-900
(61) 3315-2187

pactonacional@saude.gov.br
www.saude.gov.br
www.saude.gov.br/proesf

Conselho Nacional de Secretários
Municipais de Saúde

Conselho Nacional de Secretários
Estaduais de Saúde

Secretaria Especial de
Direitos Humanos

Secretaria Especial de Políticas
para as Mulheres

Secretarias Estadual e
Municipal de Saúde

Secretaria Especial de Políticas de
Promoção da Igualdade Racial

Ministério
da Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Participe do Pacto
Nacional e contribua para
a melhoria da qualidade
de vida das mulheres e
crianças brasileiras.**

**Modelo de Mobilização
e Diálogo Social para a
Promoção dos Objetivos
do Desenvolvimento do
Milênio – Organização
das Nações Unidas (ONU)**

**Sociedade e Governo
juntos pela redução
da mortalidade
materna e neonatal.**

**DOIS ANOS DE PACTO
Março – 2006**

Lançado pela Presidência da República, em 8 de março de 2004, aprovado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, o **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal** tem por objetivo articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças.

Com a adesão de 24 unidades federadas e três estados em processo de pactuação, em um movimento articulado com as secretarias estaduais e municipais de saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), e a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) entre outras instituições governamentais e da sociedade civil, o pacto nacional avança no cumprimento dos objetivos propostos.

É considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um modelo de mobilização e diálogo social para promoção dos objetivos do desenvolvimento do milênio.

A luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil, onde anualmente morrem em torno de duas mil mulheres e 38 mil recém-nascidos por complicação na gravidez, aborto, parto ou pós-parto, foi sistematizada por meio do Pacto Nacional, que tem como princípios o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos fatores étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política com investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e sociedade civil.

A meta de redução de 15% da mortalidade materna e neonatal, até o final de 2006, estabelecida em seu documento fundador, busca, por meio de um agir estratégico, atingir os índices aceitáveis pela OMS, em médio e longo prazos.

Para o enfrentamento desses desafios, é necessário que o Pacto se afirme enquanto política de Estado, em que avançamos, em 22 de março de 2005, com o lançamento da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional.

No Sistema Único de Saúde, a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil é reafirmada como uma das prioridades operacionais do PACTO PELA VIDA, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite, em janeiro de 2006, e fortalecida pelos PACTOS EM DEFESA DO SUS E DE GESTÃO.

O QUE FOI FEITO EM DOIS ANOS DE PACTO NACIONAL

Adesões das unidades federadas

Adesão de 24 unidades federadas ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (AC, RR, RO, AP, AM, PA, MA, PI, CE, RN, PB, AL, SE, BA, MG, DF, ES, RJ, GO, TO, MT, MS, PR, RS); e três estados em processo de pactuação.

Seminários, encontros e debates

Realizados 186 eventos sobre a temática, em 27 unidades federadas, com a participação de 5.260 pessoas, entre gestores, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil.

Elaboração de planos para redução da mortalidade materna e neonatal, aprovada pelos conselhos municipais de saúde e comissões intergestores bipartite

Encaminhados por 71 municípios com mais de cem mil habitantes, os planos para redução da mortalidade materna e neonatal: Rio Branco (AC); Arapiraca (AL); Maceió (AL); Manaus (AM); Macapá (AP); Barreiras (BA); Camaçari (BA); Ilhéus (BA); Itabuna (BA); Jequié (BA); Juazeiro (BA); Salvador (BA); Vitória da Conquista (BA); Fortaleza (CE); Juazeiro do Norte (CE); Brasília (DF); Cachoeiro de Itapemirim (ES); Vitória (ES); Aparecida de Goiânia (GO); Goiânia (GO); Codó (MA); Imperatriz (MA); São Luís (MA); Timon (MA); Barbacena (MG); Belo Horizonte (MG); Betim (MG); Patos de Minas (MG); Pouso Alegre (MG); Ribeirão das Neves (MG); Uberaba (MG); Campo Grande (MS); Dourados (MS); Cuiabá (MT); Rondonópolis (MT); Várzea Grande (MT); Ananindeua (PA); Belém (PA); Campina Grande (PB); João Pessoa (PB); Garanhuns (PE); Petrolina (PE); Recife (PE); Vitória de Santo Antão (PE); Parnaíba (PI); Teresina (PI); Curitiba (PR); Guarapuava (PR); Campos dos Goyatacazes (RJ); Duque de Caxias (RJ); Itaboraí (RJ); Nilópolis (RJ); Petrópolis (RJ); Rio de Janeiro (RJ); Mossoró (RN); Natal (RN); Boa Vista (RR); Passo Fundo (RS); Pelotas (RS); Porto Alegre (RS); Criciúma (SC); Santa Catarina (SC); Aracajú (SE); Nossa Senhora do Socorro (SE); Bragança Paulista (SP); Cubatão (SP); Ferraz de Vasconcelos (SP); Guaratinguetá (SP); Guarujá (SP); São Paulo (SP); Palmas (TO).

Qualificação de profissionais

Qualificadas equipes de 138 maternidades de todo o País, somando um total de 552 profissionais, em seminários de atenção obstétrica e neonatal humanizadas com base em evidências científicas. Qualificadas maternidades do Distrito Federal e dos estados de Roraima, Pará, Paraíba, Alagoas, Bahia, Paraná e Santa Catarina, além de uma maternidade de referência em cada capital brasileira.

Coordenada pela área técnica da Saúde da Mulher, com as áreas da Criança e do Adolescente e Jovem, essa qualificação se constitui em uma das ações prioritárias do Pacto, cuja meta é alcançar a qualificação de 420 maternidades de referência até o final de 2006.

As qualificações tiveram como parceiros o Departamento para o Desenvolvimento Internacional (DFID), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Centro Latino Americano de Parapsicologia (Clap), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), entre outras instituições.

Realizado o Seminário Nacional de Urgências e Emergências Pediátricas (abril/2005), em cooperação técnica com a Opas, com participação de 201 profissionais na discussão sobre protocolos clínicos de atenção ao recém-nascido e à criança, e apresentação da ficha de notificação de maus-tratos e violência.

Qualificados 1.538 profissionais na atenção humanizada à criança de baixo peso – Método Canguru – em parceria com BNDES e Fundação Orsa. Qualificados 1.237 profissionais da área médica em reanimação neonatal e 1.226 auxiliares de reanimação, em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Recursos financeiros

Destinados 31 milhões de reais, provenientes do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), para 78 municípios com mais de cem mil habitantes, com indicadores de mortalidade materna e neonatal significativos; além de recursos oriundos das áreas técnicas da Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente e Jovem.

Participação em fóruns

• Nacionais

Participação na Pré-Oficina de Lideranças de Mulheres Índias para a Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança Índia (janeiro/2005); no Comitê Técnico de Saúde da População Negra (março/2005); e na Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – (Cismu) (abril/2005).

• Internacionais

Apresentado, com o apoio da ONU/Pnud/ONV/OMS, no Seminário Internacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, em Angola (outubro/2004); na I Conferência da ONU sobre Metas do Milênio, no Paquistão (dezembro/2004); no Fórum Social Mundial, em Porto Alegre (janeiro/2005); nos Encontros da OMS, em Genebra (setembro/2004 e março/2005); no

Painel de Fomento de Cooperação Técnica de Sul a Sul na Saúde Materna e da Criança, em Washington (abril/2005); e na Reunião de Vice-Ministros na Área Social do Brasil, Argentina e Venezuela, em Buenos Aires (abril/2005) e na Terceira Mesa-Redonda promovida pela ONU para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em Brasília (janeiro/2006).

Instalação e funcionamento da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional

Instituída por meio de portaria ministerial e empossada em 22 de março de 2005, a Comissão realizou três reuniões plenárias. Composta por 37 representações de gestores do Governo Federal e da sociedade civil, a Comissão tem entre seus objetivos: avaliar a implementação do Pacto; propor estratégias de ação, diretrizes, instrumentos legais e princípios éticos; acompanhar as ações dos gestores das três esferas de governo; e divulgar as ações desenvolvidas para sua efetivação. A Executiva da Comissão Nacional é composta pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) e Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir).

AÇÕES PARA A REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNA, NEONATAL E INFANTIL

- Publicada em dezembro de 2005, a portaria que garante a presença do acompanhante durante o parto, regulamentando a Lei n.º 1.108, de abril de 2005, fortalecendo, desta forma, as ações de humanização.
- Incorporado os dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) com ênfase no acolhimento e na garantia dos direitos dos(as) usuários(as) à saúde.
- Aderidos 1.017 novos municípios, no período de 2003/2004/2005, ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), totalizando 5.000 municípios e 1.289.401 de gestantes atendidas.
- Lançada a Política de Direitos Sexuais e Reprodutivos, incluindo a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais.
- Regulamentada a Notificação Compulsória dos Casos de Violência Contra Mulheres e Crianças e apoiada a implantação de 39 serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual e doméstica.
- Elaboradas normas técnicas para o atendimento humanizado ao abortamento.
- Efetivado o apoio técnico e financeiro ao projeto da Contag com objetivo de formação de multiplicadoras(es) em gênero, saúde, direitos sexuais e reprodutivos, com abrangência nacional, direcionado aos trabalhadores rurais.
- Inserido o recorte étnico-racial nas ações de atenção obstétrica e neonatal, e produzido material educativo com ênfase na atenção à saúde da mulher negra.
- Lançado o Programa Nacional de Atenção aos Portadores de Anemia Falciforme.
- Elaborada a Política Nacional para a População Indígena, contemplando ações de atenção integral à saúde da mulher e da criança índia e apoio técnico aos gestores municipais e estaduais para organização dessa atenção.
- Lançada a Proposta Nacional de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e empossado o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.
- Lançado o ensaio clínico e a produção nacional de surfactante, em parceria com o Instituto Butantã e o Laboratório Experimental do Departamento de Pediatria da USP.
- Lançada a Agenda de Compromisso Saúde Integral da Criança e a Caderneta de Saúde da Criança, com distribuição de 3,5 milhões, em 2005, e 3,8 milhões, em 2006.
- Ampliada a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, totalizando 186 serviços.
- Lançada a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal.
- Publicada a Lei n.º 11.265, em janeiro de 2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças na primeira infância e também de produtos correlatos.
- Certificados 21 novos hospitais na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), configurando um total de 329 hospitais.
- Efetivado o apoio à organização de comitês de mortalidade infantil e fetal nos estados e municípios.
- Publicada a portaria interministerial para a implementação da atenção à saúde de adolescentes privados de liberdade, e iniciado o processo de pactuação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.
- Elaborados o Manual de Organização de Serviços para a Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens e o Marco Referencial de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens.
- Impresso o Marco Legal de Saúde de Adolescentes e Jovens e o Manual de Organização e Orientação de Serviços para Adolescentes.
- Lançado o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas com cobertura para todos os 425 municípios, como política de incentivo em DST e aids.