



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS

# **PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL**

(Versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores TRIPARTITE  
realizada em 18/03/04)

BRASÍLIA – 2004

Ministério  
da Saúde



Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

## ***APRESENTAÇÃO***

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. 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 com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais.

Entendendo que o enfrentamento da problemática da morte materna e neonatal implica no envolvimento de diferentes atores sociais, de forma a garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades locais da população, o Ministério da Saúde propôs a adoção deste Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal.

O presente documento pretende apresentar esta proposta, a partir da discussão destes importantes indicadores, da situação atual e de estratégias propostas para dar início a discussão com as diferentes instituições e setores sociais imprescindíveis a reversão deste quadro.

## **INTRODUÇÃO**

### **A MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NO BRASIL: UM PROBLEMA SOCIAL E POLÍTICO**

As mortes materna e neonatal estão estreitamente condicionadas à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político; ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude; e à deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém nascido.

A morte de uma mulher conseqüente à gravidez, aborto ou parto foi durante muito tempo considerada uma fatalidade. Da mesma forma a mortalidade de recém nascidos era cercada pela aura da inevitabilidade e atribuídas a “debilitas vitae” ou seja, fraqueza da vida.

Paulatinamente, estes eventos foram sendo entendidos como indicadores sensíveis da qualidade de vida de uma população, por evidenciarem em sua maioria, mortes precoces que poderiam ser evitadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Acrescente-se a isto o fato de que a mortalidade materna e neonatal não se distribui de maneira homogênea na população e o risco de morrer está relacionado com o seu nível sócio-econômico. A desigualdade social gera graves disparidades na chance de sobrevivência das mulheres e recém natos.

O Governo Brasileiro tem como uma de suas prioridades na área da saúde as políticas públicas para atenção integral à saúde da mulher e da criança, tendo assumido em Conferências Internacionais, compromissos com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e com a redução da morte materna e neonatal, como prioridade.

No entanto, ainda necessitamos que as iniciativas governamentais sejam sinérgicas para garantir a execução destas ações e que a participação social seja efetiva para assegurar o exercício da cidadania das mulheres e das crianças.

## ***1. A SITUAÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NO BRASIL***

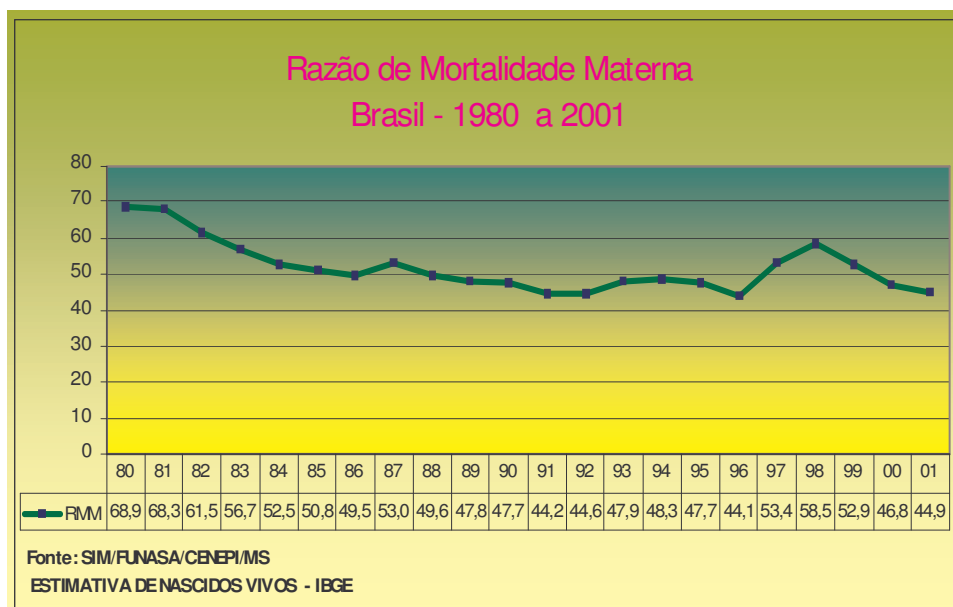
No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da morte materna e neonatal: a subinformação e o sub-registro das declarações de óbito (D. O.) A subinformação resulta do preenchimento incorreto das D.O., e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, freqüente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou à falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania.

Existe, ainda, grande possibilidade de que os óbitos femininos e infantis sejam menos registrados que os masculinos, pelo fato de que o status diferenciado da mulher torna a D.O. das mulheres um documento sem importância imediata do ponto de vista legal. Dificilmente as mulheres de baixa renda ou da zona rural, onde ocorrem mais sub-registros, tem herança ou qualquer tipo de benefício previdenciário a ser recebido.

O Brasil adotou como estratégia de melhoria da qualidade do registro, o fortalecimento dos setores de informação e vigilância epidemiológica dos estados e municípios, assim como a implantação dos Comitês de Estudo da Mortalidade Materna.

Em relação aos óbitos infantis, alguns Estados e Municípios, já desenvolvem esta ação e o Ministério da Saúde inicia processo de discussão e pactuação da “Proposta Nacional de Vigilância do Óbito Infantil”.

## MORTALIDADE MATERNA



No Brasil, em início da década de 80, a razão da morte materna, considerando-se apenas os óbitos declarados, manteve discreta tendência ao declínio. De 1987 até 1996 manteve-se estável. De 1996 a 1998 houve um aumento da razão de mortalidade materna, em especial pelo aumento da razão de mortalidade materna por causas obstétricas indiretas. Como estes óbitos são de difícil registro, sugere-se que este aumento foi devido a uma melhoria na qualidade das informações, provavelmente associada ao processo de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil através dos comitês de morte materna. De 1999 a 2001 esta razão tem apresentado uma queda, que pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar. Neste período a questão da mortalidade materna ganhou maior visibilidade e vários processos estaduais e municipais foram deflagrados para este enfrentamento.

Em 2002, a razão de morte materna obtida a partir de óbitos declarados foi da ordem de 53,4 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (SIM/SINASC). Utilizando o fator de correção<sup>1</sup> de 1,4 a razão de mortalidade materna passa a ser de 74,5 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, quando em países desenvolvidos atingem valores corrigidos de 6 a 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

As DST estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo, e como danos mais graves à saúde das mulheres temos as complicações da doença inflamatória pélvica (DIP). A infertilidade, a dor crônica e a gravidez ectópica, trazendo como consequência o aumento do risco da mortalidade materna e fetal associada, representam as sequelas mais comuns causadas

<sup>1</sup>Fator de correção identificado através de pesquisa promovida pelo Ministério da Saúde e realizada pelo Dr. Ruy Laurenti e colaboradores em 2001.

pela DIP. Na pesquisa acima mencionada, a DIP complicando a gravidez representou 20,8% dos óbitos por causas maternas indiretas e 5,3% dos casos de óbitos ocorridos no puerpério até 42 dias.

Por sua vez, a aids vem se configurando como importante causa de morte em mulheres de 10 a 49 anos no cenário nacional. A aids configura-se como a 2ª causa de morte nesta faixa etária, demonstrando que o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o óbito dessas mulheres, em 35% dos casos, foi menor que 12 meses, o que aponta o maior retardo no diagnóstico da infecção pelo HIV na população feminina infectada.

Quanto às causas de morte materna, predominam as obstétricas diretas, destacando as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas, que se mantém, há décadas, como as duas principais causas, ora seguidas pelas infecções puerperais e o aborto, ora pelas doenças do aparelho cardiovascular complicadas pela gravidez, parto ou puerpério.

## **MORTALIDADE NEONATAL**

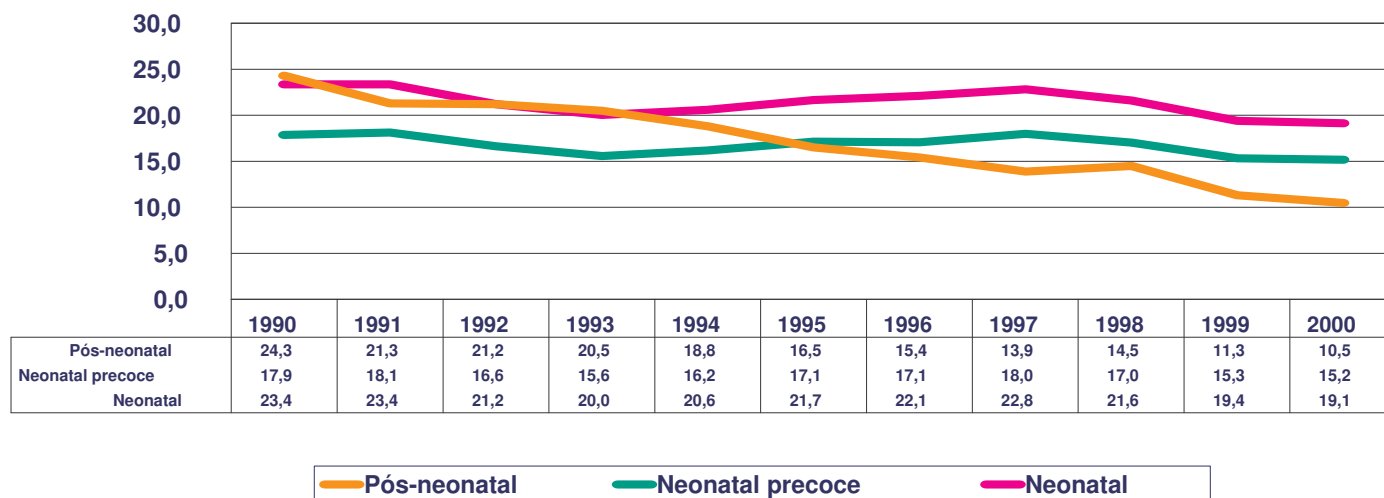
Nas últimas décadas foi observado no Brasil um declínio de 67% do coeficiente de mortalidade infantil, que passou de 85,6 óbitos infantis por mil nascidos vivos em 1980 para 28,6/1.000 nascidos vivos em 2001, tendo a queda da mortalidade observada decorrido principalmente da redução da mortalidade pós-neonatal. Esta redução é atribuída a vários fatores como as intervenções ambientais, a ampliação do acesso a serviços de saúde, o avanço das tecnologias de saúde, em especial a imunização e a terapia de reidratação oral, a melhoria do grau de instrução das mulheres, a diminuição da taxa de fecundidade, entre outros. Não obstante, a sífilis congênita, agravo considerado um verdadeiro marcador da qualidade de assistência obstétrica, mantêm-se ao longo das décadas com elevadas taxas de mortalidade, em especial a região Nordeste do País<sup>2</sup>

Os óbitos infantis pós-neonatais ocorrem em grande parte por causas evitáveis (causas perinatais, pneumonia, desnutrição e diarreia), relacionadas com a condição de vida e com o acesso da população a serviços de qualidade. Por estes motivos podemos dizer que é possível fazer mais pelas crianças e que a gestão do cuidado da saúde da criança tem um importante papel a cumprir neste cenário.

---

<sup>2</sup> Fonte: LIMA, B.G.C.-Mortalidade por Sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. J. Bras. de Patologia Clínica. V.38 n.4 RJ 2002

**ESTIMATIVAS DE TAXAS DE MORTALIDADE NEONATAL, NEONATAL PRECOCE, PÓS-NEONATAL  
POR 1.000 NASCIDOS VIVOS  
Brasil, 1990-2000**



Fonte: CENEPI-MS SIM

Como decorrência da maior redução do componente pós-neonatal nas últimas décadas, a **mortalidade neonatal** (0 a 27 dias de vida) passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em todo o Brasil em termos proporcionais a partir dos anos 90 e diferentemente do observado para a mortalidade pós-neonatal, vem se mantendo estabilizada em níveis elevados. Devemos reconhecer que os óbitos pós-neonatais são ainda importantes em nosso meio, porém a mortalidade neonatal detém um papel significativo nos, ainda, elevados índices da mortalidade infantil.

Acrescente-se que as causas perinatais se constituem não apenas como a primeira causa de mortalidade neonatal, mas também das mortes no primeiro ano de vida. Tradicionalmente a **mortalidade neonatal** tem sido considerada de mais difícil controle que a mortalidade pós-neonatal, já que esta última é mais vulnerável às melhorias globais da condição de vida. A mortalidade neonatal basicamente decorre de problemas relacionados com a gravidez e o parto, por sua vez intimamente relacionados com as características biológicas das mães, as condições sócio-econômicas das famílias e a disponibilidade e qualidade da atenção perinatal. A concentração dos óbitos neonatais no período neonatal precoce, principalmente nas primeiras horas de vida, evidencia a estreita relação entre estas mortes e a qualidade da assistência nos serviços de saúde, durante o trabalho de parto e no atendimento à criança, no nascimento e no seguimento.

## **2. PLANEJAMENTO FAMILIAR, ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E AO RÉCEM NASCIDO**

Mulheres e homens têm o direito de decidir livre e conscientemente se desejam ter filhos, o seu número, o espaçamento entre eles, devendo-lhes ser asseguradas as informações e os meios necessários para concretizar esta decisão. Têm, ainda, o direito de viver com plenitude e saúde a sua sexualidade. Assim como durante a gestação e o abortamento legal ou inseguro, as mulheres têm o pleno direito de ser atendidas com segurança e qualidade pelos serviços de saúde. Estas prerrogativas denominadas direitos sexuais e direitos reprodutivos, já reconhecidos como direitos humanos, têm sido objeto de compromissos assumidos pelo Governo Brasileiro em Conferências Internacionais, estando garantidos na Constituição Brasileira. Entretanto, no Brasil, há um longo caminho a ser percorrido para assegurá-los.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, demonstra que, aproximadamente, 10 milhões de mulheres estão expostas à gravidez indesejada. No Sistema Único de Saúde (SUS) são atendidas, anualmente, cerca de 250.000 mulheres com complicações de aborto, sendo o aborto uma das principais causas de óbito materno.

Esta pesquisa demonstra, também, que 76,7% das mulheres em idade fértil fazem uso de algum método anticoncepcional, sendo que 40,1% destas mulheres foram submetidas a laqueadura tubária, sendo que quatro em cada cinco, foram realizadas durante a cesariana, contribuindo para a alta taxa deste tipo de parto em nosso meio.

Com relação ao pré-natal, faz parte do cotidiano das gestantes, consultas rápidas, nas quais exames clínicos e laboratoriais não são realizados, perdendo-se a oportunidade de captá-las precocemente; de identificar o risco gestacional; encaminhar para o alto risco, tratar e acompanhar adequadamente; predispondo-as ao óbito materno e neonatal. Conforme a PNDS o acesso aos serviços de pré-natal constitui problema específico para a população rural, principalmente, das regiões Norte e Nordeste, já que no Brasil 85,6% das gestantes foram atendidas por médicos e/ou enfermeiras, sendo 91,4% de área urbana e 67,8% de área rural. No entanto, os valores de mortalidade materna e neonatal, a alta incidência de sífilis congênita, e a baixa cobertura de vacina antitetânica, demonstram a má qualidade do atendimento prestado no pré-natal .

Mais da metade das mortes maternas e neonatais ocorrem durante a internação para o parto/nascimento. Nesses casos, a conduta adequada é tomada quando não há mais tempo hábil para que seja eficaz. Isto resulta da inexistência de leitos e/ou de um sistema de referência



formalizado para o parto, que obriga mulheres a perambular em busca de vagas; do encaminhamento tardio de mulheres com intercorrências para hospitais de maior complexidade, principalmente, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste; e do despreparo de grande parte das maternidades para responder prontamente às urgências e emergências obstétricas e neonatais somado a indisponibilidade de sangue e hemoderivados no tempo oportuno. A PNDS mostra uma cobertura institucional de parto de 91.5%. Todavia 36% desses partos são cesarianas, um procedimento que, ao ser realizado sem indicação precisa, segundo o Centro Latino-americano de Perinatologia - CLAP, pode resultar em uma mortalidade materna até 12 vezes maior do que a observada no parto vaginal. A cesariana implica no dobro da permanência no hospital, e pode gerar transtornos respiratórios neonatais e prematuridade iatrogênica.

Apesar de muitas mortes maternas ocorrerem durante o pós-parto, o atendimento nesse período atinge apenas 28% das puérperas. Na maior parte das vezes restringindo-se à revisão ginecológica do pós-parto, sem orientação sobre amamentação, nem encaminhamento para o planejamento familiar, este último tão importante para garantir o intervalo inter-partal.

# **AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL\***

## **PARCERIAS / CO-RESPONSABILIDADES COM DIFERENTES INSTITUIÇÕES**

Diferentes atores sociais e instituições (sociedades científicas, conselhos profissionais, movimentos sociais, organizações governamentais e não-governamentais, entre outros) são fundamentais para apoiar os gestores de todas as esferas de governo para a qualificação da atenção.

## **EFETIVAR PACTOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS**

Construir pactos locais contendo a agenda de compromissos; estratégias e ações; cronograma e definições de responsabilidades, em coerência com o Plano Diretor de Regionalização.

## **CONTROLE SOCIAL**

Estimular a participação dos conselhos de Saúde a nível Federal, Estadual e Municipal na definição de conteúdos e estruturação do Pacto Nacional, bem como na implementação e acompanhamento das ações.

## **DIREITO A ACOMPANHANTE E AO ALOJAMENTO CONJUNTO**

Assegurar o direito ao acompanhante participante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e o alojamento conjunto, inclusive nos serviços privados e que seja de livre escolha da usuária.

## **GARANTIA DE ACOLHIMENTO NOS SERVIÇOS (PARTO É URGÊNCIA PREVISTA)**

Mulheres e recém-nascidos não podem ser recusados nos serviços, e peregrinar em busca de assistência. Caso a unidade não seja adequada para o tipo de atendimento necessário, a gestante deverá ser assistida até que seja garantido transporte seguro e transferência para outras unidades de maior complexidade, capazes de atender suas necessidades.

Na unidade de saúde em que forem atendidos devem saber quem é sua equipe de referência para os cuidados e ter garantida a assistência de uma equipe multiprofissional.

## **ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO**

Garantir a qualidade e ampliação de serviços de atenção ao abortamento previsto em lei. Assegurar Atenção Humanizada às Mulheres com Aborto inseguro, uma vez que o aborto é uma das principais causas de mortalidade materna.

## **SAÚDE DA MULHER TRABALHADORA**

Assegurar que a trabalhadora gestante não se exponha a fatores de risco, químico, físico, biológico ou ergonômico que possam comprometer sua gestação, parto, puerpério, bem como às condições de vida e sobrevivência do recém-nascido.

Garantir o direito da trabalhadora de amamentar seus filhos.

## **SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS E ÍNDIAS E RECÉM-NASCIDOS NEGROS E INDÍGENAS**

Oferecer atenção às mulheres e recém-nascidos negros e indígenas respeitando suas particularidades étnicas e culturais, atentando para especificidades no perfil de morbi-mortalidade destes segmentos.

## **REDIRECIONAR RECURSOS PARA PROJETOS**

Redirecionar recursos com vistas à apoiar projetos para fortalecimento de ações voltadas para tal finalidade, pactuando nas instâncias gestoras.

## **EXPANSÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**

A ampliação da Estratégia Saúde da Família permite a reorganização do sistema a partir da atenção básica, promovendo a ampliação de cobertura do planejamento familiar, pré-natal, da vigilância a saúde da mulher e da criança e do acompanhamento pós-parto e puericultura.

Qualificar a assistência ao parto domiciliar e articulá-la à atenção básica de saúde.

## **PRIMEIRA SEMANA: SAÚDE INTEGRAL**

Lançamento da “Primeira Semana: Saúde Integral” intensificará o cuidado com o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto, período em que se concentram os óbitos.

Serão desenvolvidas as seguintes ações, melhorando a cobertura e reforçando vinculação da mulher e do recém-nascido à unidade básica de saúde:

- Avaliação da mulher e do recém-nascido, atenta à saúde mental da puérpera.
- 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

## **EXPANSÃO DA OFERTA DE EXAMES LABORATORIAIS NO PRÉ-NATAL**

A ampliação de acesso ao pré-natal deve ser acompanhada da expansão da oferta de exames laboratoriais. Devem ser desenvolvidas estratégias de regionalização que assegurem esta oferta através de laboratórios regionais e/ou incorporação de

tecnologias que permitam o acesso descentralizado e imediato à avaliação especialmente o que diz respeito à sorologia.

## **IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE CONCEPÇÃO E CONTRACEPÇÃO**

Estabelecer protocolos de atendimento e garantia de oferta de métodos anticoncepcionais, com atenção ao adolescente e a mulher no climatério.

## **VIGILÂNCIA AO ÓBITO MATERNO E INFANTIL**

- Fortalecer a implementação e atuação dos Comitês de Morte Materna
- Lançar a “Proposta Nacional de Vigilância do Óbito Infantil”.
- Instalar a Comissão Nacional de Vigilância do Óbito Infantil.
- Realizar pesquisas para definir fatores de correção das razões de morte materna para o Brasil e regiões.
- Implementar serviços de verificação do óbito em âmbito estadual.

## **REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV/AIDS E SÍFILIS CONGÊNITA**

- Adotar medidas de diagnóstico precoce e tratamento de gestantes e recém nascidos. (Projeto Nascer)

## **ORGANIZAÇÃO DO ACESSO**

- Integrar os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado.
- Garantir a vinculação da gestante no pré-natal ao serviço que atenderá ao parto.
- Garantir leitos de UTI, e transferência em situação de risco.
- Centrais de leito e consultas/exames

## **ADEQUAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS**

- Regionalizar a assistência ao parto, de forma hierarquizada
- Ampliar o cadastro de leitos de UTI , neonatal e adulto (gestante)
- Implantação de leitos de UTI e semi-intensivos nos hospitais de referência para gravidez de alto risco.
- Expandir e regionalizar a rede de bancos de leite humano
- Expandir e regionalizar a rede de hemoderivados.

## **QUALIFICAÇÃO DAS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS**

- Reorganização dos Sistemas de Urgência e emergência
- Qualificação e humanização dos Serviços de Urgência, com especial atenção a urgências pediátricas e obstétricas.
- Inclusão das urgências pediátricas e obstétricas no SAMU –192.

## **REDE HOSPITALAR E CENTROS DE PARTO NORMAL.**

- Incluir a qualificação da atenção ao parto e nascimento, nos novos contratos de gestão hospitalar
- Adequação dos Hospitais de Pequeno Porte, para qualificar a atenção ao parto
- Apoiar a criação de Centros de Parto Normal.
- Incluir nos novos contratos de gestão hospitalar a adesão a boas práticas na atenção obstétrica e neonatal e os critérios da Política Nacional de Humanização.

## **GESTÃO HUMANIZADA**

Rever o modelo gestão na perspectiva de implantação da gestão participativa, que pressupõe a existência de colegiados com a participação de trabalhadores, usuários e gestores nas unidades de saúde.

Apoiar a criação de ouvidorias municipais.

## **INVESTIMENTOS NA REDE HOSPITALAR E SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICO**

Direcionar os investimentos para unidades de diagnóstico e serviços hospitalares que tenham um papel regional ampliando o acesso à diagnose por imagem (especialmente ultrasonografia) e qualificando a assistência hospitalar.

Investir na implantação de leitos de UTI em hospitais que realizam atenção obstétrica.

## **PRIORIZAÇÃO NO CUSTEIO DOS SERVIÇOS**

Definir como prioridade nos processos orçamentários de unidades hospitalares aquelas que tem um processo de referência regional para a atenção a gravidez de risco e que disponham de UTI neonatal.

Rever os valores repassados para custeio da atenção básica, especialmente os incentivos para equipes de saúde da família.

## **REQUALIFICAR HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA**

Redefinir critérios e reavaliar habilitação dos hospitais qualificados como Amigo da Criança, incorporando critérios de qualidade e humanização da assistência obstétrica e neonatal e intensificando o estímulo ao aleitamento materno.

## **REAVALIAR REDE DE HOSPITAIS DE REFERÊNCIA PARA GRAVIDEZ RISCO**

Reavaliar os hospitais qualificados como referência para gravidez de risco em função de cumprimento de critérios de referência regional, qualificação para a assistência e humanização

## **DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SUPORTE SOCIAL**

Apoiar o desenvolvimento de ações de suporte social para gestante e recém nascidos de risco.

## **FORTALECIMENTO DE PROJETOS DE PREMIAÇÃO DE SERVIÇOS EXEMPLARES**

Reforçar iniciativas que tenham como objetivo premiar hospitais que alcançaram qualidade e humanização no atendimento de gestantes e recém nascidos de risco, como: Prêmio Galba de Araújo; Prêmio Fernando Figueira; Prêmio Davi Capistrano.

## **QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO**

Definição e pactuação de “critérios mínimos para o funcionamento de maternidades”

Investimento na qualificação de maternidades e hospitais que realizam partos.

Revisão e adequação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento – PHPN.

## **ASSESSORAMENTO TÉCNICO PARA PLANEJAMENTO LOCAL E REGIONAL**

Apoio técnico das áreas de Saúde da Mulher e da criança e do grupo de Assessoramento aos estados e municípios na organização da atenção a gestante e ao recém-nascido.

## **CAPACITAÇÃO**

- Educação permanente dos profissionais envolvidos com a atenção obstétrica e neonatal.
- Formação de enfermeiras obstétricas.
- Qualificação de parteiras tradicionais e doulas.
- Capacitação para atenção as urgências obstétricas e neonatais.
- Capacitação de gestores e gerentes.
- Inclusão da temática nos grandes processos da Educação em Saúde: PROMED, PROFAE, PROESF e Pólos de Capacitação.

09 de março de 2004

---

\* Este documento contempla as sugestões apresentadas durante o *Seminário Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal*, realizado pelo Ministério da Saúde, em Brasília/DF, nos dias 10 e 11 de fevereiro de 2004, e foi aprovado na Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde.