

EDITORIAL

The role of nurses in government policies to reduce maternal and neonatal Morbidity and Mortality

The Women's Health Division of the Brazilian Ministry of Health (2003-2006) reports stabilization in maternal deaths since 2000. The reduction of maternal deaths per 100 thousands newborns from 51.52 in 2000, 50.23 in 2001, 53.77 in 2002, and 51.74 in 2003 to 54.35 deaths⁽¹⁾ per 100 thousands newborns in 2004 is associated with the improvement in the Brazilian family planning and quality obstetric care. However, this number continues to be unacceptable because in developed countries the number of maternal deaths is around 6-20 deaths per 100 thousands newborns.

On the other hand, infant deaths occurring in the first year of life are associated with several perinatal factors. These primary perinatal factors are health state and nutrition, level of education and quality of life, and quality of care during the prenatal, delivery, and postpartum period. Neonatal deaths became the main component of infant death since 1990. Neonatal deaths in 2003 were 15.8 per 1000 newborns and in 2004 were 15.0 per 1000 newborns. In addition, the decrease in infant deaths from 33.2 per 10000 newborns in 1996 to 22.64 per 1000 newborns in 2004 is associated with the improvement of quality post neonatal care.

Reducing maternal and neonatal morbidity and mortality rates is challenging. To overcome these factors, there is a need of a prenatal health care plan that includes strategies to prevent vertical HIV transmission, to eradicate congenital and gestational syphilis, to eradicate neonatal tetanus, to establish a national program to motivate normal delivery and decrease unnecessary cesarean sections, promote qualified and human obstetric and neonatal care including assistance to women and teenagers during abortion.

Nursing leadership in these processes has been legally and institutionally recognized through "Documents of the Brazilian Ministry of Health (Portarias do Ministério da Saúde)" such as "Humanization in Prenatal and Delivery Program (Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento)", "National Policy for Obstetric and Neonatal Care (Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal)", "National Agreement for the Reduction of Maternal and Neonatal Mortality (Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna and Neonatal)", and National Policy for Primary Care (Política Nacional de Atenção Básica).

Considering that nurses' main role is to care for the individual, family, community, and society, establishment of nursing practice in reproductive health under the focus epidemiological and gender, requires a new knowledge and ethical role from nurses. This new knowledge must incorporate health as a right and the principles of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005t. 822 p., il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Prof. Dra. Janine Schirmer
Livre-Docente da Disciplina de Enfermagem Obstétrica

La importancia de la enfermera en las acciones gubernamentales de reducción de la morbimortalidad materna y neonatal

El informe de gestión del Área Técnica de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud (2003-2006) apunta hacia la estabilización de la mortalidad materna, a partir del 2000, siendo la razón de muerte materna (RMM) de 51.52 en el 2000, de 50.23 en el 2001, de 53.77 en el 2002, de 51.74 en el 2003 y de 54.35 óbitos⁽¹⁾ por 100 mil nacidos vivos en el 2004, pudiendo estar asociada a la mejoría en la calidad de la atención obstétrica y a la planificación reproductiva. Entre tanto, los números demuestran que la situación aun es inaceptable, pues en países desarrollados este indicador oscila entre 6 a 20 óbitos por 100 mil nacidos vivos.

Por otro lado, la mortalidad por causas perinatales representa actualmente el principal contingente de las muertes en el primer año de vida. Los factores causales están íntimamente ligados a las condiciones de salud y nutrición, nivel de escolaridad y de vida de las mujeres, así como a la calidad de la atención prestada durante el período prenatal, en el parto y al recién nacido. La disminución de la mortalidad infantil observada en el País – de 33.2/1,000 nacidos vivos en 1996 a 22.64/1,000 nacidos vivos en el 2004 – es consecuencia principalmente de la caída del componente post-neonatal. La mortalidad neonatal pasó a ser el principal componente de la mortalidad infantil en términos proporcionales a partir de los años 90 y, la Tasa de Mortalidad Neonatal fue de 15.8/1,000 nacidos vivos en el 2003 y de 15.0/1,000 nacidos vivos en el 2004.

El reto de reducir los indicadores de morbimortalidad materna y neonatal en el plano asistencial exige acciones de salud, especialmente volcadas a la atención básica que se inician en el período prenatal con el establecimiento de un plan para la reducción de la transmisión vertical del VIH, eliminación de la sífilis en la gestación y congénita, eliminación del tétano neonatal y, alcanzar asistencia en el espacio hospitalario por medio de una campaña nacional a favor del parto normal, reducción de las cesáreas innecesarias y promover la atención obstétrica y neonatal calificada y humanizada, incluyendo la asistencia al aborto en condiciones inseguras, para mujeres y adolescentes.

La participación de la Enfermería en este reto recibió el reconocimiento, en el plano legal e institucional, para asumir un papel de liderazgo que fue refrendado en la última década por Decretos del Ministerio de Salud tales como: Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento, Política Nacional de Atención Obstétrica y Neonatal, Pacto Nacional por la Reducción de la Mortalidad Materna/ Neonatal y Política Nacional de Atención Básica.

Considerando que el objeto de trabajo de la enfermería es el cuidado, en su dimensión individual y colectiva, construir la práctica de enfermería en la salud reproductiva bajo el enfoque epidemiológico y de género exige una nueva postura ética en la construcción colectiva de las prácticas y saberes. Esta construcción debe estar orientada por la concepción de salud como derecho y por los principios básicos del Sistema Único de Salud.