

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA
REGIÃO: MATA ATLÂNTICA – TURMA II

TÍTULO

IMPLANTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA QUALIFICAR A
ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL REALIZADA PELOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES
MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE INDÍGENA, DSEI-CE

AUTORAS:

MARIA DO SOCORRO LITAIFF RODRIGUES DANTAS
MARISÂNGELA DUTRA DE ALMEIDA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena,
da Universidade Federal de São Paulo.
Orientador (a): Prof. (a) Anabele Pires Santos

Fortaleza, CEARÁ

2017

IMPLANTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA QUALIFICAR A
ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL REALIZADA PELOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES
MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE INDÍGENA, DSEI-CE

AUTORAS:

MARIA DO SOCORRO LITAIFF RODRIGUES DANTAS

MARISÂNGELA DUTRA DE ALMEIDA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena,
da Universidade Federal de São Paulo.

Orientador (a): Prof. (a) Anabele Pires Santos

Fortaleza, CEARÁ

2017

AGRADECIMENTOS

Aos nossos filhos, esposos e familiares, pelas “ausências” e por sua amorosa paciência;

Aos colegas de trabalho, pelas contribuições;

Aos responsáveis pelo Curso de Especialização em Saúde Indígena, da Universidade Federal de São Paulo e Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, pela oportunidade singular;

Às nossas tutoras Thais Fernandes e Catherine Kaperaviczus Tamassia Andrade por toda dedicação e presteza;

À nossa orientadora Anabele Pires Santos por toda atenção, devida orientação e consistentes ponderações;

Aos gestores do Sistema Único de Saúde e Subsistema de Saúde Indígena, especialmente a Coordenadora Distrital do DSEI-CE, Meire de Souza Soares Fontes pela oportunidade e aprendizado;

Aos indígenas pela confiança e perseverança na busca de um sistema de saúde com menos iniquidades.

RESUMO

Estudo descritivo de caráter intervencionista objetiva reduzir e prevenir a mortalidade infantil indígena cearense por causas evitáveis. Será implantada uma estratégia de intervenção educativa para qualificar a assistência ao pré-natal realizada pelos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena Ceará, durante o ano de 2018. Para tanto serão identificados os condicionantes dos óbitos mediante o modelo explicativo de hierarquização de determinantes distais, intermediários e proximais da mortalidade infantil, proposto por Mosley e Chen (1984). Através do conhecimento das causas básicas da mortalidade fetal e infantil, será construído um fluxograma de informações do serviço de atenção perinatal e serão realizadas atividades de educação permanente com os profissionais para monitoramento e avaliação do serviço para atenção perinatal. As ações a serem realizadas devem considerar o processo histórico, político e social das populações indígenas e a atuação profissional em contexto intercultural, visando melhorias nos indicadores de mortalidade infantil da população alvo. O presente projeto de intervenção pode subsidiar a implementação de políticas públicas referentes a atenção perinatal dos indígenas cearenses.

Palavras-chave: População Indígena; Mortalidade Infantil; Enfermagem Neonatal; Cuidado pré-natal.

LISTA DE SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
CASAI	Casa de Apoio à Saúde Indígena
CMI/TMI	Coeficiente ou Taxa de Mortalidade Infantil
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONLOSI	Conselho Local de Saúde Indígena
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
DSEI CE	Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará
OMS	Organização Mundial de Saúde
SESA CE	Secretaria de Saúde do Ceará
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
TMF	Taxa de Mortalidade Fetal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Taxa de mortalidade infantil por 100.000 habitantes, na população indígena e não indígena do Ceará e Brasil, entre 2012 a 2016.

Tabela 2- Número absoluto de Óbitos infantis e nascidos mortos indígenas, DSEI-CE – entre Janeiro 2012 a Junho 2016.

Tabela 3- Número absoluto de Nascimentos indígenas, DSEI-CE – entre Janeiro 2012 a Junho 2016.

Tabela 4- Coeficientes de Mortalidade no período perinatal indígena, DSEI-CE, entre Janeiro de 2012 a Junho de 2016.

Tabela 5- Proporção de óbitos infantis, segundo o Componente, Ceará, entre 2012 a 2016.

Tabela 6- Coeficiente de Mortalidade Infantil entre população indígena e não indígena no estado do Ceará,entre 2012 a 2016.

Tabela 7- Óbitos infantis indígenas, segundo os Componentes de Mortalidade Infantil. DSEI-CE, entre 2012 a 2016.

Tabela 8 - População total aldeada e ausente, segundo a cobertura de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, localidade, etnia, no ano de 2017.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mortalidade Infantil População Indígena, no Ceará e Brasil, entre 2012 a 2016

Figura 2- Coeficiente de mortalidade infantil, taxa de natimortalidade e taxa de mortalidade perinatal indígena, DSEI-CE, entre 2012 a 2016.

Figura 3- Proporção de óbitos infantis segundo os componentes, óbito neonatal precoce, óbito neonatal tardio e óbito pós-neonatal, Ceará, entre 2012 a 2016.

Figura 4- Coeficiente de Mortalidade Infantil, segundo os componentes, óbito neonatal precoce, óbito neonatal tardio e óbito pós-neonatal de indígenas e universo do Ceará, entre 2012 a 2016.

Figura 5- Proporção de óbitos infantis indígenas, segundo os componentes, óbito neonatal precoce, óbito neonatal tardio e óbito pós-neonatal, DSEI-CE, entre 2012 a 2016.

Figura 6 - Modelo explicativo de hierarquização de Determinantes distais, intermediários e proximais da mortalidade infantil, proposto por Mosley e Chen (1984)

Figura 7 - Mapa do Território, por Polo Base e Município, DSEI-CE, 2017.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-Characterização do Distrito Sanitário Especial Indígena CEARÁ, ano 2017.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	-----	09
2. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS	-----	20
3. METODOLOGIA	-----	21
4. CRONOGRAMA, MATERIAIS e MÉTODOS	-----	27
5. RESULTADOS ESPERADOS	-----	28
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	-----	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	-----	30
ANEXOS	-----	34

1- INTRODUÇÃO

A Mortalidade Infantil (MI) é a terminologia utilizada para designar todos os óbitos de crianças menores de 1 ano ocorridos em determinada área em dado período de tempo. Seu instrumento de medida, utilizado como indicador de saúde, é o Coeficiente ou Taxa de Mortalidade Infantil (TMI). É um instrumento muito utilizado em saúde pública por refletir as condições de vida de uma população dado que a criança com menos de 1 ano de idade é extremamente sensível às condições ambientais. Por outro lado, é um indicador mais sujeito a distorções. Dentre estas se salientam: o sub-registros de óbitos e o de nascimento, a definição de nascido vivo no ano, o registro de óbito por local de ocorrência e/ou por local de residência, as declarações erradas de causa de morte e da idade da criança (LAURENTII, 1975).

O Coeficiente ou Taxa de Mortalidade Infantil (CMI/TMI) é calculado dividindo-se o número de óbitos de crianças menores de 1 ano pelos nascidos daquele ano, em uma determinada área, e multiplicando-se por 1.000 o valor encontrado. Mede, portanto, o risco de morte para crianças menores de 1 ano (KERR-PONTES & ROUQUAYROL, 2003).

O Período Perinatal, segundo a publicação da 10^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), tem seu início na 22^a semana de gravidez ou o equivalente a um peso fetal igual ou superior a 500g (OMS, 1993; LAURENTI *et al.*, 1994, 1997), prolongando-se até o sétimo dia após o nascimento (168 horas de vida)(ALMEIDA, 1996).

O CMI é o principal indicador de saúde de uma população, sendo a relação entre o número de crianças falecidas que não chegaram a completar 1 ano de idade, em relação ao total de crianças nascidas vivas no mesmo período e espaço, multiplicado por 1000. O CMI tolerado a pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de até 10/1000nv. Estabelece que a partir de 50 por mil as taxas são altas e abaixo de 20 por mil são baixas (UNICEF, 2006).

No Brasil, entre 1990 e 2012, o CMI caiu 68,4%, chegando a 14,9 mortes para

cada 1.000 nascidos vivos. A média do CMI brasileira tem se apresentado em torno de 15,1/1000nv, estando a média estadual em 12,9/1000nv. A Tabela 1 e a Figura 1 apresentam a Taxa de Mortalidade Infantil na população indígena e não indígena do Ceará e Brasil, entre os anos 2012 a 2016. A Região Nordeste, onde a situação de mortalidade na infância era crítica há 25 anos, teve a mais acentuada queda no período.

No Brasil, nos últimos 15 anos, o índice de mortalidade infantil indígena caiu 58% – em 2000, era 74,61 mortes por mil nascidos vivos e, atualmente, é 31,28. Ao se compararem as taxas de mortalidade infantil (TMI) dos 34 DSEI com a média nacional para o ano de 2001, Souza, Santos e Coimbra Jr (2010) apontaram que com exceção de um único distrito, o do Ceará (11,3/1000nv), os demais apresentam valores muito mais elevados, sendo a maior taxa a do DSEI Kaiapó-Pará (161,3/1000nv), seguida pelo DSEI Xavante (133,6/1000nv). Atualmente a mortalidade infantil indígena ainda é quase três vezes maior do que a média nacional, de 13,8 óbitos a cada mil nascidos vivos (BRASIL, 2016). As maiores vítimas da mortalidade infantil são as crianças indígenas. Elas têm duas vezes mais risco de morrer antes de completar 1 ano do que as outras crianças brasileiras. A desnutrição infantil está associada às principais causas dessas mortes: diarreia, infecções respiratórias e malária. Entre as crianças indígenas que residem na Região Norte, o percentual de desnutrição crônica chega a 40%, enquanto a prevalência no País é, em média, de 7% (UNICEF, 2015).

Referente à estratificação da população quanto a “raça/cor”, os resultados devem ser tratados com cautela, pois em alguns sistemas de informação consultados esta variável foi recentemente introduzida e ainda não atingiram proporções adequadas para análise do CMI por este quesito, dada a incompletude de mais de 10% do campo “raça/cor” nas análises do CMI (BRASIL, 2015). Além de problemas no preenchimento da variável raça/cor nas Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e Declarações de Óbitos (DO), (CARDOSO, SANTOS E COIMBRA Jr, 2005), conforme descrito por SANTOS & COIMBRA (2005) os dados disponíveis não permitem traçar de forma satisfatória o perfil epidemiológico dos povos indígenas, dado que estão ausentes os elementos quantitativos necessários para análises abrangentes e sofisticadas e destaca que, ainda assim, não restam dúvidas de que e as condições de

saúde dos povos indígenas são precárias, colocando-os em uma posição de desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional (PAGLIARO, H., AZEVEDO, MM., & SANTOS, 2005).

Recentemente o Ministério da Saúde lançou uma série de ações para reduzir em 20% das mortes de bebês e crianças indígenas com até cinco anos de idade. A meta deve ser atingida em 2019, através do fortalecimento e ampliação da assistência impactando nos óbitos evitáveis, causados, por exemplo, por doenças respiratórias, parasitárias e nutricionais. Cerca de 65% das mortes de bebês têm essas causas. Ao contrário do que acontece no restante do País, metade das mortes de bebês indígenas acontece após o primeiro mês de vida (BRASIL, 2016).

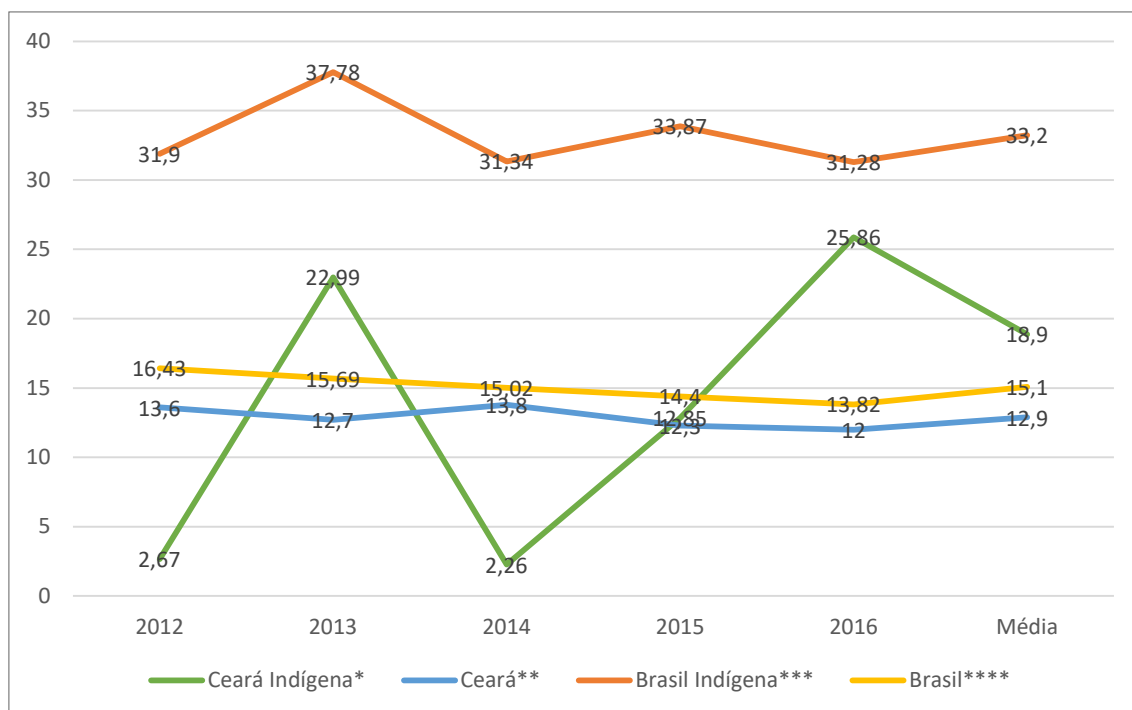
Tabela 1. Taxa de mortalidade infantil por 100.000 habitantes em população indígena e não indígena no Ceará e Brasil, entre 2012 a 2016.

Localidade	2012	2013	2014	2015	2016	Média
Ceará Indígena*	2,67	22,99	2,26	12,85	25,86	18,9
Ceará**	13,6	12,7	13,8	12,3	12	12,9
Brasil Indígena***	31,9	37,78	31,34	33,87	31,28	33,2
Brasil****	16,43	15,69	15,02	14,4	13,82	15,1

Fonte: *SIASI/DSEI-CE/SESAI/MS, 2016. ** Informe Epidemiológico SESA-CE, de 22 08 2016. SESA/Coprom/Nuias. ***Fonte: Sesai/MS. **** IBGE, 2017 (BRASIL, 2017 d).

Consideradas as análises preliminares do primeiro quinquênio - 2012 a 2016 - com 100% de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) implantadas, na mesma configuração territorial de 18 municípios no Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará-DSEI-CE, a média da TMI, no período, chegou a 18,88/1000 nv, tendo apresentado o maior índice em 2016 (25,86/1000nv) (Tabelas 1 e 3). Embora observe-se o viés em analisar pequenos números, em que somente no final da série atingimos um denominador maior que 1000 nascidos vivos (n=1165) (Tabela 2, Tabela 3), ao final do período a média superou a do estado do Ceará (12,9/1000nv) e da nacional (15,1/1000nv), ficando abaixo somente da média da TMI específica da população indígena que alcançou 33,2/1000nv (Tabela 1 e Tabela 2) (Figura 1).

Figura 1. Mortalidade Infantil População Indígena, no Ceará e Brasil, 2012 a 2016.



Fonte: *SIASI/DSEI-CE/SESAI/MS, 2016. **Informe Epidemiológico SESA-CE, de 22 08 2016.SESA/Coprom/Nuias. ***Fonte: Sesai/MS. **** IBGE, (BRASIL, 2017 d).

Em relação ao viés de pequeno número, Campanário (2005) testou a robustez e o funcionamento do Modelo Evadan pela comparação com os dados estimados por Pagliaro (2002), por meio de técnica direta. Por intermédio deste exercício, verificou a factibilidade de sua aplicação para outras populações indígenas de pequena escala, mas esclarece que uma simples alteração em qualquer variável dos componentes da mortalidade como a fecundidade, migração ou a população, provoca mudanças no total populacional e em sua composição por sexo e grupos etários e, por conseguinte, nas taxas que medem os níveis das outras variáveis. Desta forma, sugere que para inconveniente acima pode ser superado pelo cálculo de taxas brutas de mortalidade, que dividem o número total de mortos num determinado período pela população média do mesmo período e, quanto maior o período, melhor a estimativa, pois haverá mais mortos no numerador e menos oscilações.

Tabela 2. Número absoluto de óbitos infantis e nascidos mortos indígenas, DSEICeará, entre Janeiro de 2012 a Junho de 2016*.

Óbitos/Ano	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Neonatal precoce	1	1	1	4	4	11
Neonatal tardia	0	2	0	0	1	3
Pós-neonatal	0	5	0	2	1	8
NM (fetal)	1	7	4	5	2	19
Total	2	15	5	11	8	41

Fonte: *SIASI/DSEI-CE/SESAI/MS, 2016.

Tabela 3. Número absoluto de nascimentos indígenas, DSEICeará, entre Janeiro de 2012 a Junho de 2016*.

Nascimentos/Ano	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Nascidos vivos	374	348	443	467	232	1165
Nascidos mortos	1	7	4	5	2	19
Total	375	355	447	472	234	1184

Fonte: *SIASI/DSEI-CE/SESAI/MS, 2016.

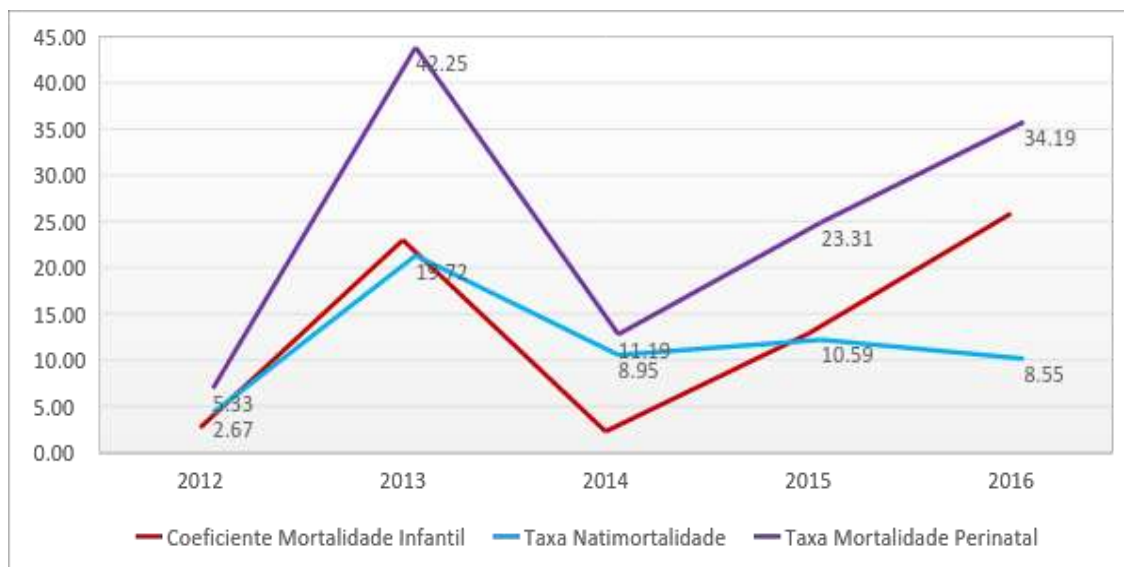
Embora a TMI *per si* já seja um problema que deve ser destacado, adicionalmente, observa-se que a Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) no DSEI-CE apresentada alta frequência, no período, alcançando 16,5/1000 nascidos, acima da média estadual (CEARÁ, 2016) e brasileira (BITTENCOURT *et al*, 2013), onde os índices da TMF e TMI se assemelham (Tabela 3, Figura1).

Tabela 4. Coeficientes de Mortalidade no período perinatal indígena, DSEI-CE, entre Janeiro de 2012 a Junho de 2016*.

Coeficientes/Taxas/Ano	2012	2013	2014	2015	2016	Média
Coeficiente Mortalidade Infantil	2,67	22,99	2,26	12,85	25,86	18,88
Coeficiente Mortalidade Neonatal	2,67	8,62	2,26	8,57	21,55	12,02
Coeficiente Mortalidade Neonatal Precoce	2,67	2,87	2,26	8,57	17,24	9,44
Coeficiente Mortalidade Neonatal Tardio	0,00	5,75	0,00	0,00	4,31	2,58
Coeficiente Mortalidade Pós-Neonatal	0,00	14,37	0,00	4,28	4,31	6,87
Taxa Natimortalidade	2,67	19,72	8,95	10,59	8,55	16,05
Taxa Mortalidade Perinatal	5,33	42,25	11,19	23,31	34,19	34,63

Fonte: *SIASI/DSEI-CE/SESAI/MS, 2016.

Figura 2. Coeficiente de mortalidade infantil, taxa de natimortalidade e taxa de mortalidade perinatal indígena, DSEI-CE, entre 2012 a 2016.



Fonte: *SIASI/DSEI-CE/SESAI/MS, 2016.

Numa cadeia de situações, adicionalmente, destaca-se que as TMI e TMF, associadas, denotada na Taxa de Mortalidade Perinatal que alcançou 34,63/1000n no período (Tabela 4, Figura 2), o que seria de fato a verdadeira TMI, denotando o caráter invisível do natimorto, o luto silencioso (FRAEN *et al*, 2011), não reconhecido socialmente, ocasionado pela confusão entre natimorto e aborto, associado a baixa qualidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério (CEARÁ, 2016) e a fatores culturais (NATIONS, 1982)

Este fato pode ser demonstrado através da análise de óbitos infantis, por período, destacando que a maioria ocorre no período neonatal (Tabela 5, Figura 2) tanto na população cearense como na população indígena do Ceará (Tabela 6, Tabela 7, Figura 3 e Figura 4, Figura 5).

Este quadro é inversamente proporcional ao apresentado pela população indígena em todo o país no período entre 2003 e 2009, quando a mortalidade infantil variou entre 60/1000nv e 40/1000nv, sendo 30/1000nv no período neonatal e, destes, 2/3 em crianças com mais de 7 dias de vida (20/1000nv) (FUNASA, 2010). Observa-se que no ano seguinte a implantação do Subsistema de Saúde Indígena, ano 2000, o CMI em nível nacional apresentava-se de modo semelhante ao da região nordeste (74,6 e 76,6/1000nv). No entanto, ao final do período, no ano 2009, a do nordeste diminuiu menos da metade da taxa inicial,

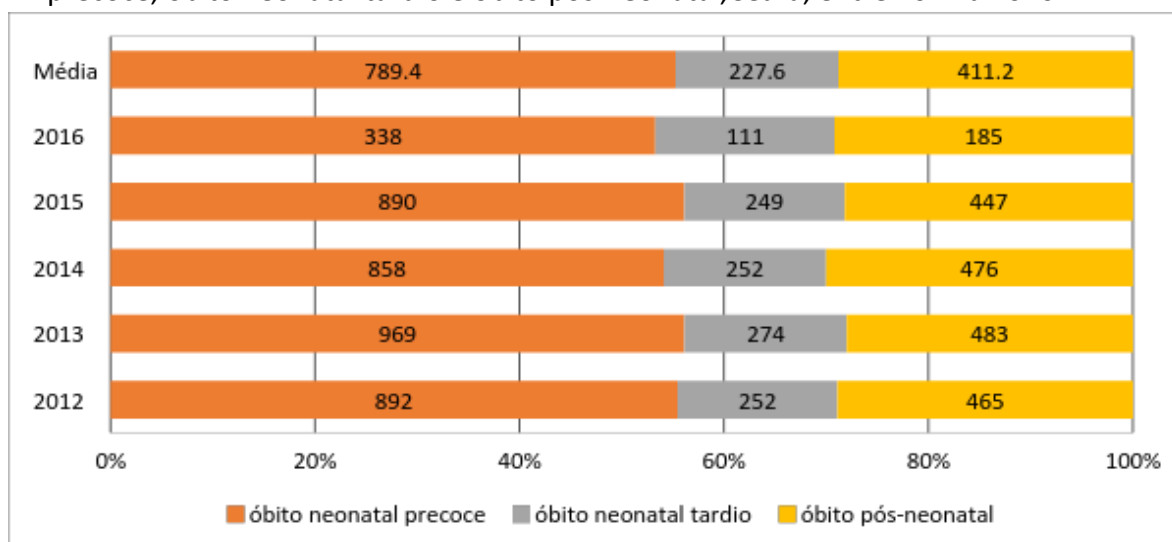
chegando a 27,2/1000nv enquanto que a nacional ainda se manteve alta, alcançando o valor de 41,9/1000nv para CMI (FUNASA, 2010).

Tabela 5. Proporção de óbitos infantis, segundo o Componente. Ceará, entre 2012 a 2016**.

Componentes de Mortalidade Infantil	2012	2013	2014	2015	2016	Média
óbito neonatal	1144	1243	1110	1139	449	1017
óbito neonatal precoce	892	969	858	890	338	789,4
óbito neonatal tardio	252	274	252	249	111	227,6
óbito pós-neonatal	465	483	476	447	185	411,2

Fonte: ** Informe Epidemiológico SESA-CE, de 22 08 2016. SESA/Coprom/Nuias. Embora não citado pela fonte, imagina-se que os indígenas estejam contidos nos dados do Estado.

Figura 3. Proporção de óbitos infantis, segundo os componentes óbito neonatal precoce, óbito neonatal tardio e óbito pós-neonatal, Ceará, entre 2012 a 2016**.



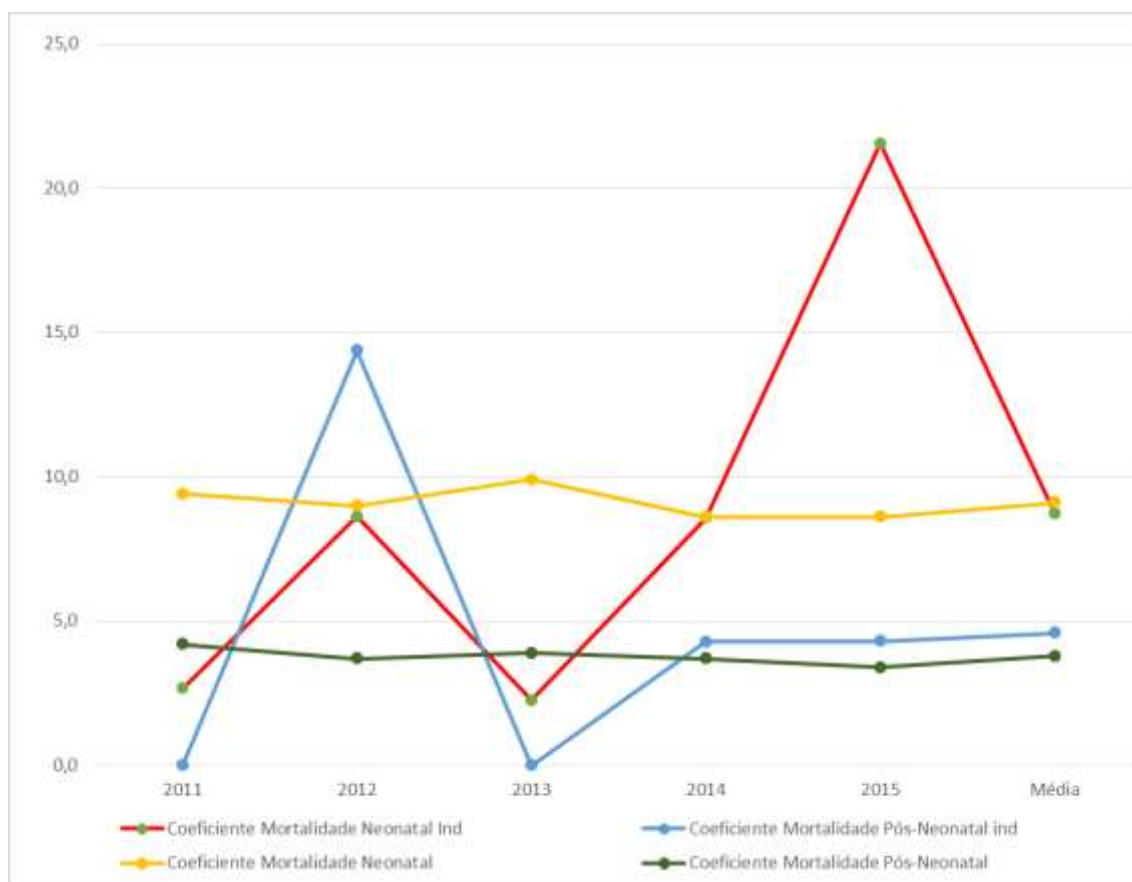
Fonte: ** Informe Epidemiológico SESA-CE, de 22 08 2016. SESA/Coprom/Nuias. Embora não citado pela fonte, imagina-se que os indígenas estejam contidos nos dados do Estado.

Tabela 6. Coeficiente de Mortalidade Infantil entre população indígena e não indígena no estado do Ceará, entre 2012 a 2016.

DSEI-CE*	2012	2013	2014	2015	2016	Média
Coeficiente Mortalidade Neonatal Ind	2,6	8,6	2,2	8,5	21,5	12,0
Coeficiente Mortalidade Pós-Neonatal Ind	0,0	14,3	0,0	4,2	4,3	6,8
SESA-CE**	2012	2013	2014	2015	2016	Média
Coeficiente Mortalidade Neonatal	9,4	9	9,9	8,6	8,6	9,1
Coeficiente Mortalidade Pós-Neonatal	4,2	3,7	3,9	3,7	3,4	3,78

Fonte: *SIASI/DSEI-CE/SESAI/MS, 2016. ** Informe Epidemiológico SESA-CE, de 22 08 2016; SESA/Coprom/Nuias. Dados parciais sujeitos a revisão.

Figura 4. Coeficiente de Mortalidade Infantil, segundo os componentes, óbito neonatal precoce, óbito neonatal tardio e óbito pós-neonatal de indígenas e do universo do Ceará, 2012 a 2016.



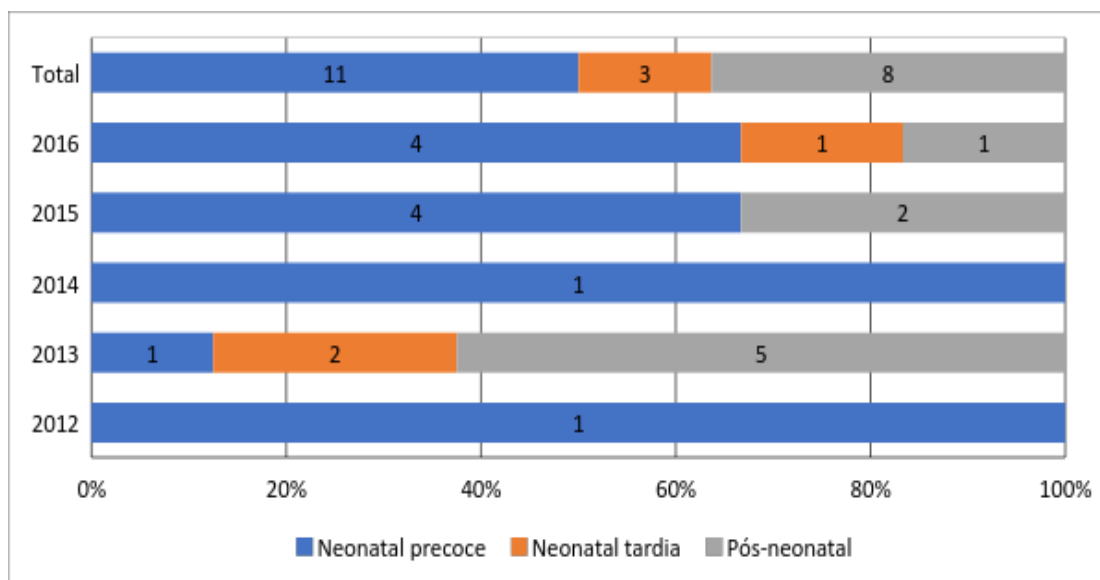
Fonte: *SIASI/DSEI-CE/SESAI/MS, 2016. ** Informe Epidemiológico SESA-CE, de 22 08 2016. SESA/Coprom/Nuias.

Tabela 7. Óbitos infantis indígenas, segundo os Componentes de Mortalidade Infantil. DSEI-CE, entre 2012 a 2016*.

Componentes da Mortalidade Infantil	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Neonatal precoce	1	1	1	4	4	11
Neonatal tardia	0	2	0	0	1	3
Pós-neonatal	0	5	0	2	1	8

Fonte: Fonte: *SIASI/DSEI-CE/SESAI/MS, 2016.

Figura 5. Proporção de óbitos infantis indígenas, por componente Neonatal Precoce, Neonatal Tardio e Pós-Neonatal, DSEI-CE, entre Jan 2012 a Jun 2016**.



Fonte: *SIASI/DSEI-CE/SESAI/MS, 2016.

Há poucos estudos sobre as causas de mortes em crianças indígenas, sobretudo em menores de ano. Souza, Santos e Coimbra Jr. (2010) apontaram como principais causas de óbito em crianças Xavante menores de 5 anos, no período 1999-2002 foram as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (24,6%) e as do aparelho respiratório. Gastaud, Honer & Cunha (2008) relatou que embora os óbitos indígenas tenha representado apenas 10,7% da amostra (n=164), o estudo identificou que o maior número de mortes infantis (54,3%; 834/1.537) foi por afecções originadas no período perinatal, sendo essas afecções, na maioria, em menores de sete dias (83,4%; 668/801).

Desta forma, o planejamento de atividades voltadas à qualificação da atenção ao pré-natal, especialmente àquelas gestantes de risco cujas causas dos óbitos abaixo relacionadas apontam para possíveis causas evitáveis, desde que assistido devidamente, com uma rede hierarquizada e organizada para este processo.

A partir do pressuposto de que a TMI sintetiza as condições de bem-estar social, político e ético de uma dada população e por meio do acompanhamento desta taxa é possível entender os determinantes da qualidade de vida de um povo como a

renda, o emprego, os níveis de educação, as condições de habitação e saneamento e o acesso aos serviços de saúde (LEITE *et al*, 1997).

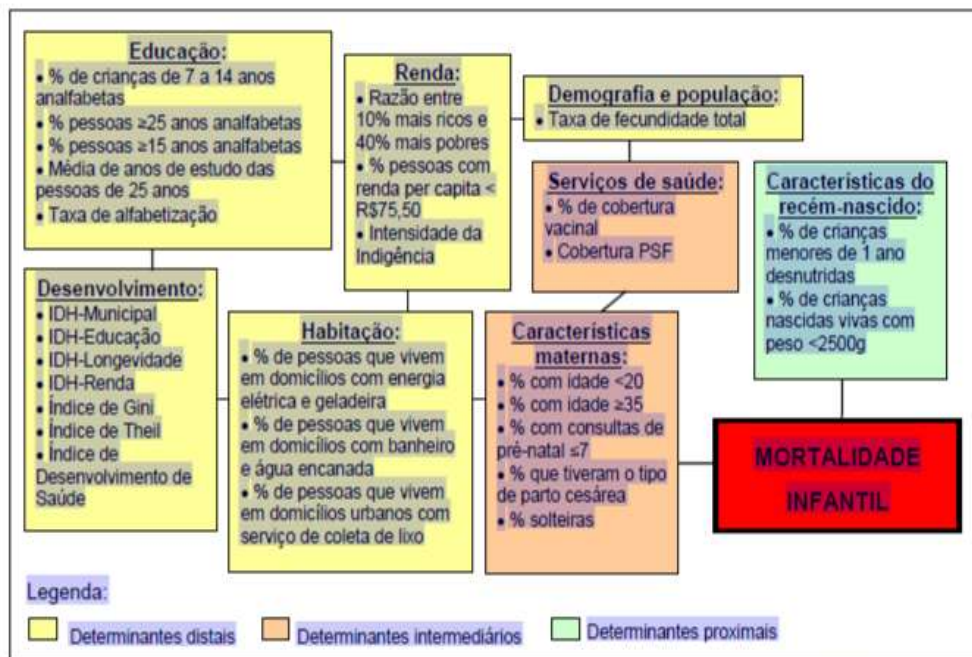
Modelos hierarquizados identificados por diversos autores têm sido utilizados como modelos explicativos com objetivo de destacar os pontos vulneráveis da população infantil, mediante o modelo originalmente proposto por Mosley e Chen (1984) e modificado por diversos autores (JOBIM; AERTS, 2008; CONDE-AGUDELO *et al.*, 2005; BARROS; VICTORA; HORTA, 2001) (Figura 6). Neste sentido, segundo Victora (2001) a renda familiar, grau de instrução dos pais, número e tipo de eletrodomésticos para avaliar os níveis de pobreza ou riqueza, raramente são a causa direta de enfermidades infantis. Esses fatores apontam para uma maior probabilidade de se relacionarem a determinantes proximais ou intermediários, potencializando o risco. Ainda, os autores conceituam os determinantes distais os relacionados às variáveis socioeconômicas, os intermediários às condições do ambiente, da doença e de condições de saneamento e higiene e, por último, os determinantes proximais às características biológicas e comportamentais próprias do indivíduo.

Desta forma, o marco conceitual para este estudo seguirá o modelo acima descrito (Figura 6) que abrange os possíveis determinantes distais, intermediários e proximais da mortalidade infantil (MOSLEY & CHEN, 1984; JOBIM; AERTS, 2008; CONDE-AGUDELO *et al.*, 2005; BARROS; VICTORA; HORTA, 2001).

Victora (2001) afirma que devido à predominância de causas perinatais na mortalidade de crianças brasileiras, as medidas de maior potencial são aumentos na qualidade e cobertura do atendimento pré-natal e ao parto, seguidos pelo manejo integrado de doenças infecciosas e de problemas nutricionais. Além disso, melhorias no pré-natal e parto também contribuiriam para reduzir a mortalidade materna.

Finalmente, considerando as competências do serviço de saúde, o presente projeto de intervenção abordará algumas causas proximais da mortalidade infantil, com foco nas causas evitáveis (MALTA *et al*, 2007) quais sejam a qualificação do pré-natal com atividades de capacitação em serviço, monitoramento e avaliação, além da avaliação da gestão dos insumos e provimento de exames básicos elementares.

Figura 6. Modelo explicativo de hierarquização de Determinantes distais, intermediários e proximais da mortalidade infantil, proposto por Mosley e Chen (1984).



2- OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Implantar uma estratégia de intervenção educativa para qualificar a assistência ao pré-natal realizada pelos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena, Distrito Sanitário Especial Indígena Ceará, durante o ano de 2017.

2.1 Objetivos Específicos

- Conhecer as causas básicas da mortalidade fetal e infantil;
- Construir um fluxograma de informações do serviço de atenção perinatal;
- Realizar capacitação, monitoramento e avaliação do serviço para atenção perinatal.

3- METODOLOGIA

3.1 População, Delineamento do estudo, coleta e análise de dados

O presente projeto se caracteriza como de intervenção em serviço de saúde e trabalhará com dados secundários do Distrito Sanitário Especial Indígena Ceará (DSEI-CE), Brasil.

O Quadro 1 e a Figura 7 caracterizam o DSEI-CE que coincide com a Unidade Federada do estado do Ceará sediado em Fortaleza, capital cearense, com 1 Casa de Apoio a Saúde Indígena (CASAI) e 5 unidades de saúde próprias. A população adscrita aldeada é de 25.529, sendo que 7.150 indivíduos se encontram ausentes, totalizando 32.679 pessoas (BRASIL, 2017 b, c), pertencentes a 14 etnias, os Anacé, Gavião, Jenipapo-Kanindé, Kalabaça, Kanindé, Kariri, Pitaguary, Potyguara, Tabajara, Tapeba, Tremembé, Tupinambá, Tapuia-Kariri e Tubiba-Tapuia, todos falantes do português.

Dentre as 100 aldeias indígenas, a maioria (70%) e as mais populosas (com 50% da população total), encontram-se nas periferias da Região Metropolitana de Fortaleza e as menos populosas e mais dispersas em áreas rurais, nas periferias das cidades, nos sertões, serras e matas pelo interior do estado, sendo o menor grupo no Litoral, com 12% da população. Estes se constituem por espaços físicos diminutos, em que os indígenas apresentam dificuldade de caça/coleta, subsistência com alimentos oriundos de plantações, conforme (Quadro 1), abrangendo 18 municípios, agrupados em 9 Polos Base, sob o controle social de 1 Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) e 13 Conselhos Locais de Saúde Indígena (CONLOSI).

As Terras Indígenas possuem espaços físicos que muitas vezes não correspondem ao território original desses povos, sendo extremamente pequenos não correspondendo às necessidades de moradia, de produção de alimentos e migração, o que ocasiona a exposição dos indígenas ao risco de drogas ilícitas, alcoolismo, prostituição e outras violências. A questão de acesso a terra também está ligada ao surgimento do sedentarismo. Todas estas questões se torna um desafio a atuação do serviço de saúde, dada a multicausalidade dos agravos e a especificidade da atenção enquanto população indígena, especialmente se considerando sua condição de marginalidade (SOUZA, SANTOS & COIMBRA Jr, 2010).

No intuito de atender o preconizado na Política Nacional de Atenção à Saúde da População Indígena, no campo da Atenção Primária, o DSEI-CE é estruturado com Polos Base, Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena. A Tabela 8 descreve Populaçãototalaldeada e ausente¹, segundo a cobertura de EMSI, por Polo Base, município, aldeia, ano 2017, 9 Polos Base, localizado em 18 municípios, correspondendo 22 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por Médico, Enfermeiro, Dentista, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal, Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN), atuando em contexto intercultural.

Quadro 1. Caracterização do Distrito Sanitário Especial Indígena CEARÁ, ano 2017.

EXTENSÃO TERRITORIAL	148.920,538 Km ² (Fonte: IBGE, 2010)	
MUNICÍPIO SEDE DO DSEI	Fortaleza	
ENDEREÇO	Rua Tomás Acioli, nº 1595 – Fortaleza - Ceará	
E-MAIL	dseice.sesai@saude.gov.br	
Nº DE MUNICÍPIOS COM POPULAÇÃO INDÍGENA	18	
POPULAÇÃO INDÍGENA	Aldeados: 25529 Ausentes: 7150 Total: 32.679(População SIASI Fev/2017)	
ETNIAS LÍNGUA FALADA	14 etnias: Anacé, Gavião, Jenipapo-Kanindé, Kalabaça, Kanindé, Kariri, Pitaguary, Potyguara, Tabajara, Tapeba, Tremembé, Tupinambá, Tapuia-Kariri e Tubiba-Tapuia. Língua Falada: Português	
Nº DE PÓLOS-BASES/MUNICÍPIOS	POLOS-BASE: 9	MUNICIPIO - 18
	AQUIRAZ	AQUIRAZ
	ARATUBA	ARATUBA
		CANINDÉ
	CAUCAIA	CAUCAIA
SÃO GONÇALO DO		

¹ O termo “ausente” significa que o indígena está fora de seu território.

		AMARANTE
	CRATEÚS	CRATEÚS
		NOVO ORIENTE
		QUITERIANOPOLIS
	ITAREMA	ACARAÚ
		ITAPIPOCA
		ITAREMA
	MARACANAÚ	MARACANAÚ
		PACATUBA
	MONSENHOR TABOSA	BOA VIAGEM
		MONSENHOR TABOSA
		TAMBORIL
	PORANGA	PORANGA
SÃO BENEDITO	SÃO BENEDITO	
Nº DE CONSELHOS DE SAÚDE	<p>1 Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI</p> <p>13 Conselhos Locais de Saúde Indígena - CONLOSIs:</p> <p>CONLOSI TAPEBA CONLOSI ANACÉ CONLOSI PITAGUARY CONLOSI TREMEMBÉ CONLOSI TAPUIA KARIRI CONLOSI TABAJARA-KALABAÇA (Crateús e Poranga) CONLOSI KANINDÉ CONLOSI POTYGUATAPUIA CONLOSI KRANOQUI CONLOSI TABAJARA CONLOSI GENIPAPO-KANINDÉ CONLOSI POTIJARA</p>	
Nº DE POSTOS DE SAÚDE PRÓPRIOS	5	
Nº DE CASAIs	1 –Local: Fortaleza	
Nº DE ALDEIAS INDÍGENAS	100	
MEIO DE TRANSPORTE (PREDOMINANTE)	Terrestre	

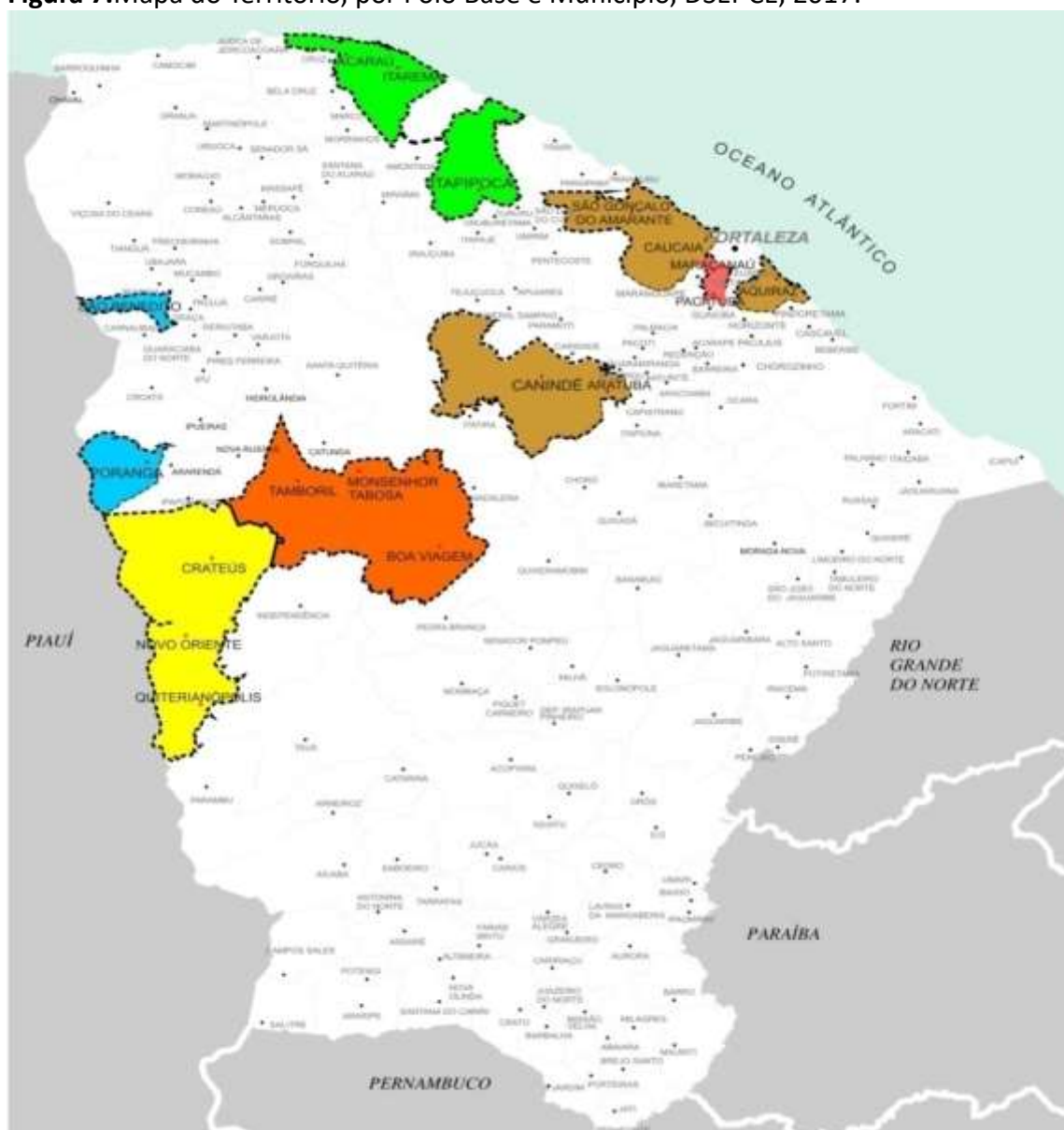
Fonte: SIASI/DSEI-CE/SESAI/MS, 2017 (BRASIL, 2017 b,c).

Tabela 8. População total aldeada e ausente, segundo a cobertura de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, localidade, etnia, no ano de 2017.

POLO BASE	MUNICÍPIO	Nº DE EMSI	Etnia	Nº de pessoas	
AQUIRAZ	AQUIRAZ	01	Jenipapo-Kanindé	411	
ARATUBA	ARATUBA	01	Kanindé	1.053	
	CANINDÉ			110	
CAUCAIA	CAUCAIA	05	Tapeba	10.192	
	SÃO GONÇALO DO AMARANTE		Anacé	189	
CRATEÚS	CRATEÚS	03	Tupinambá	23	3.098
			Kariri	166	
			Tabajara	1321	
			Kalabaça	195	
			Potyguara	1393	
	NOVO ORIENTE		379		
QUITERIANOPOLIS	Tabajara	598			
ITAREMA	ACARAÚ	04	Tremembé	302	3727
	ITAPIPOCA			547	
	ITAREMA			2.878	
MARACANAÚ	MARACANAÚ	03	Ptaguary	3.439	4512
	PACATUBA			1.073	
MONSENHOR TABOSA	BOA VIAGEM	03	Potyguara	281	430
			Tubiba-Tapuia	149	
	MONSENHOR TABOSA		Gavião	54	3.936
			Tabajara	61	
			Potyguara	449	
			Potyguara	3372	
	TAMBORIL		Potyguara	216	310
Tabajara		94			
PORANGA	PORANGA	01	Tabajara	1516	1.516
			Kalabaça	53	
SÃO BENEDITO	SÃO BENEDITO	01	Tapuia-Kariri	688	
09	18	22	14	31149	

Fonte: DSEI-CE/SESAI/MS, 2017 (BRASIL, 2017 b, c).

Figura 7. Mapa do Território, por Polo Base e Município, DSEI-CE, 2017.



Fonte: DSEI-CE/SESAI/MS, 2017 (BRASIL, 2017 b, c).

Legenda:

PÓLO-BASE	MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA
AQUIRAZ	AQUIRAZ
ARATUBA	ARATUBA E CANINDÉ
CAUCAIA	CAUCAIA E SÃO GONÇALO DO AMARANTE
CRATEÚS	CRATEÚS ,NOVO ORIENTE E QUITERIANÓPOLIS
ITAREMA	ACARAÚ, ITAPIPOCA E ITAREMA
MARACANAÚ	MARACANAÚ E PACATUBA
MONSENHOR TABOSA	BOA VIAGEM, MONSENHOR TABOSA E TAMBORIL
PORANGA	PORANGA
SÃO BENEDITO	SÃO BENEDITO

Estudo descritivo de caráter intervencionista, a ser realizado em 5 etapas. A etapa inicial será através da coleta de dados secundários de condicionantes dos óbitos mediante o modelo explicativo de hierarquização de determinantes distais, intermediários e proximais da mortalidade infantil, proposto por Mosley e Chen (1984) a serem retiradas das fichas de acompanhamento perinatais em uso. As informações também serão retiradas das fichas de investigação de óbito perinatais do serviço de saúde indígena; para os óbitos sem causa definida, será usado o instrumento de Autópsia Verbal (WHO, 2007). Mediante o elenco de causas se iniciará a segunda etapa com a elaboração de um fluxograma seguido da elaboração do material didático para subsidiar a qualificação dos profissionais de saúde e, finalmente, será aplicada capacitação dos profissionais. A quarta fase será o monitoramento da atenção perinatal, através do acompanhamento do desfecho dos pré-natais do período do ano 2017 e finalmente, na 5ª etapa será realizada avaliação do serviço de atenção perinatal, sendo esta etapa baseada nos princípios do Programa de Qualidade da Atenção Primária (PMAQ-ANEXO A) (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017a).

As atividades para aplicação do conteúdo técnico elaborado serão em serviço, através de processo de educação permanente.

As atividades do presente projeto serão realizadas em V etapas:

Etapa I: Identificar as causas básicas da mortalidade fetal e infantil;

Etapa II: Organização de um fluxograma;

Etapa III: Capacitação;

Etapa IV: Monitoramento da atenção perinatal;

Etapa V: Avaliação do serviço de atenção perinatal.

Análise dos dados será através da composição de tabelas e gráficos do programa Excel, onde serão tabulados todos os dados a cada etapa do estudo.

4-CRONOGRAMA E MATERIAIS:

Etapa	Prazos – Ano 2018											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Etapa I: Identificar as causas básicas da mortalidade fetal e infantil;	x	x										
Etapa II: Organização de um fluxograma;		x	x									
Etapa III: Capacitação;						x						
Etapa IV: Monitoramento da atenção perinatal;							x	x	x	x	x	
Etapa V: Avaliação do serviço de atenção perinatal.												x

Serão utilizadas fichas de atendimento perinatal, tais como cartão da gestante, cartão de vacinação da mulher e da gestante, ficha de acompanhamento perinatal, fluxograma de acompanhamento pré-natal, assim como fichas de investigação de óbito, assim como todos os documentos que possam elucidar as condições e causas dos óbitos infantis.

5- RESULTADOS ESPERADOS

- Espera-se identificar as causas básicas da mortalidade fetal e infantil no DSEI-CE;
- Melhorar o serviço prestado a comunidade indígena após a implantação do fluxograma de informações do serviço de atenção perinatal construído;
- Capacitar os profissionais, monitorar e avaliar o serviço para ofertar uma atenção perinatal adequada.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A redução da mortalidade infantil sempre esteve presente na agenda governamental brasileira. Uma atenção maior deve ser voltada as populações indígenas do país, uma vez que a mesma apresenta valores superiores a TMI quando comparada à população nacional, sendo este um dos focos da Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança, recentemente implantada.

Neste contexto, ações que promovam a qualificação do trabalho dos profissionais de saúde indígena devem ser prioritárias, objetivando a ampliação sobre os conhecimentos na prevenção da mortalidade infantil. Ressalta-se que essas ações devem considerar o processo histórico, político e social de cada população indígena que vive no estado do Ceará. Além do reconhecimento pelo profissional de saúde do contexto intercultural ao qual está inserido.

O presente projeto de intervenção tem como relevância a materialização da organização e qualificação da atenção à saúde da criança indígena, de modo a prevenir especialmente as mortes infantis evitáveis por ações básicas de saúde inseridas no SUS. O projeto também pode subsidiar a implementação das políticas públicas referentes a atenção perinatal para população indígena cearense, visando melhorias nos indicadores de mortalidade infantil dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, N. M. G. S., 1996. *Mortalidade Perinatal no Município de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

BARROS, FC; VICTORA, CG; HORTA, BL. Ethnicity and infant health in Southern Brazil: a birth cohort study. *International Journal of Epidemiology* 2001; 30: 1001-1008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal Brasil. Cidadania e Justiça. 2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/11/governo-lanca-acoes-para-reduzir-mortalidade-de-criancas-indigenas> (acessado em 04/06/17).

____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Volume 46. Nº 10 – 2015. p. 2.

____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Os Indígenas no Censo Demográfico 2010. Primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro. 2012b.

____. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php (acesso em 27/07/2017) 2017a.

____. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/noticias-sesai/17611-prestacao-de-contas-sesai> (acesso em 29/01/2017) 2017b.

____. Brasília. 2013. Disponível em www.saude.gov.br/sesai (acesso em 14/01/2017). 2017c.

____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em síntese. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>

(acesso em 29/01/2017) 2017d.

BITTENCOURT LJ, NUNES MO, OLIVEIRA JJF, CARON J. Risk of eating disorders in school children from Salvador, Bahia according to race. *Rev Nutr* 2013; 26(5):497-508.

CAMPANÁRIO, Paulo. Estimativas de Fecundidade e de Mortalidade de Populações de Pequena Escala Através de um Modelo Demográfico. In: PAGLIARO, H., AZEVEDO, MM., & SANTOS, RV. orgs. *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Associação Brasileira de Estudos Populacionais/Abep, 2005. 192 [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ 2005; 103 a 117.

CARDOSO, Andrey Moreira, SANTOS, Ricardo Ventura & COIMBRA Jr, Carlos E. A. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2005; 21: 1602-1608.

CEARÁ, Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Boletim Epidemiológico. Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, 22 de Agosto de 2016. 7 pg. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins> (acessado em 31/01/2017).

CONDE-AGUDELO, A.; BELIZÁN, J. M.; NORTON, M. H.; ROSASBERMÚDEZ, A. Effectoftheinterpregnancy intervalo n perinatal outcomes in Latin American. *Obstetrics&Gynecology* 2005; 106: 359-366.

Fraen, F., Cacciatore, J., McClure, E., Kuti, O., Jokhio, A., Islan, M., Shiffman, J. (2011). Stillbirths: why they matter. *The Lancet*, 377, pp. 1353-1366. Recuperado em 07 de junho de 2011, de <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673610622325.pdf?id=4d037fefcb72946c:-32241060:130703535c3:23401307556715688>.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Indígena. *Vigilância em saúde indígena: síntese dos Indicadores 2010*. Brasília: FUNASA, 2010.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *ECA 25 anos. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Avanços e desafios para a infância e a adolescência no Brasil*. 2015. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/ECA25anosUNICEF.pdf>

(acessado em 04/06/2017).

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Mortalidade de Crianças. Infância ainda vulnerável. Situação da Infância Brasileira 2006. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_008_019_Mortalidade.pdf (acessado em 04/06/17).

GASTAUD, Ana Lúcia Gomes da Silva, HONER, Michael Robin, CUNHA, Rivaldo Venancio da. Mortalidade infantil e evitabilidade em Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2002. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2008; 24: 1631-40.

JOBIM, R.; AERTS, D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2008: 179-187.

KERR-PONTES, L.R. & ROUQUAYROL, M.Z. Medidas da Saúde Coletiva. In: *Epidemiologia & Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro 2003; 37-82.

LAURENTI R, A mortalidade materna em áreas urbanas na América Latina: o caso de São Paulo. Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1994; 116 (1): 18-25.

LAURENTI R, BUCHALLA CM. Maternal and child health indicators: implications of the tenth revision of the international classification of diseases. *Rev Panam Salud Publica* 1997;2:13-7.

LAURENTI, R. Fatores de erros, na mensuração da mortalidade infantil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 9, n. 4, dez. 1975.

LEITE, AJML, MARCOPITO LF, DINIZ, RL, SILVA AVS, Souza LCB, BORGES JC, SÁ, HLC. Mortes perinatais no município de Fortaleza, Ceará: o quanto é possível evitar? *J Pediatr*, Rio de Janeiro 1997; 73: 388-94.

MALTA, D.C, DUARTE, E.C, ALMEIDA, M.F, DIAS, M.A.S, MORAIS NETO, O.L, MOURA L, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *EpidemiolServSaúde* 2007; 16: 233-44.

MOSLEY, W.H. & CHEN, L.C. Na analytical framework for the study os child survival in developing countries. In: Mosley WH, CHEN LC. *Child survival: strategies for research*.

Pop DevelVer 1984: 25-48.

NATIONS, Marilyn K; *Illness of the Child: The Cultural Context of Childhood Diarrhea in Northwest Brazil*. "University of California, Berkeley with the University of California, San Francisco". 1982.

OMS (Organização Mundial da Saúde), 1993. *CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª Revisão*. São Paulo: Edusp.

PAGLIARO, H., AZEVEDO, MM., & SANTOS, RV. Demografia dos povos indígenas no Brasil: um panorama crítico. In PAGLIARO, H., AZEVEDO, MM., & SANTOS, RV. orgs. *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Associação Brasileira de Estudos Populacionais/Abep, 2005. 192 [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 11.

PAGLIARO, Heloísa. *A Revolução Demográfica dos Povos Indígenas: a experiência dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso (1970-1999)*, 2002. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SANTOS, Ricardo Ventura & COIMBRA Jr, Carlos E. A. Cenários e Tendências da Saúde e da Epidemiologia dos Povos Indígenas no Brasil. In COIMBRA Jr. (Carlos K. A. (org.)). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/ABRASCO, 2005. p. 14.

SOUZA, Luciene Guimarães de, SANTOS, Ricardo Ventura, COIMBRA Jr., Carlos Everaldo Alvares. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva* 2010: 1465-1473.

VICTORA, C.G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil, pré-escolar e materna no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2001: 3-69.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing cause of death*. Geneva: World Health Organization; 2007.

ANEXOS

ANEXO A – Instrumentos de avaliação de saúde mais perto de você – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (BRASIL, 2012 a; BRASIL, 2017).

The screenshot shows the official website of the PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). The page is in Portuguese and includes the following elements:

- Header:** "Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)"
- Logo:** The PMAQ logo, which consists of the letters "PMAQ" in a stylized font with a smiley face.
- Text:**
 - A paragraph describing the program's goal: "O PMAQ tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde."
 - A paragraph explaining the program's structure: "O programa atua a partir de recursos de incentivo federal para os municípios participantes que integram melhoria no quadro de qualidade no atendimento. O programa foi lançado em 2011 e agora, em 2015, inicia seu 3º ciclo com a participação de todos os equipes de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Estratégia Saúde da Família), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que se encontram em conformidade com o PMAQ."
- Diagram:** A circular diagram representing the PMAQ cycle, with the following stages: "MONITORAMENTO", "ANÁLISE DE DESEMPENHO", "REVISÃO DE DESEMPENHO", "REVISÃO DE DESEMPENHO", "REVISÃO DE DESEMPENHO", "REVISÃO DE DESEMPENHO", "REVISÃO DE DESEMPENHO", "REVISÃO DE DESEMPENHO", "REVISÃO DE DESEMPENHO", "REVISÃO DE DESEMPENHO".
- Ciclos do PMAQ:** A section with three buttons labeled "3º Ciclo", "2º Ciclo", and "1º Ciclo".
- Módulos do Sistema PMAQ:** A section with four buttons: "Relatório Descritivo", "Relatório Analítico", "Adesão AB/SB/NASF", and "Adesão CEO".