Cartografia dos Fatores Intervenientes na Mortalidade Materna, Fetal e Infantil nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e dos Itinerários de Produção de Saúde nas Áreas Indígenas

# Introdução:

O Projeto de Apoio Integrado aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas está inserido no Plano Estratégico de Reestruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) visa prevenir óbitos maternos e infantis e fortalecer as ações de atenção básica nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, assim como, a integração das ações do SASIS-SUS às demais instâncias e serviços do SUS. O público-alvo das ações está focado, principalmente, em crianças menores de 7 anos e mulheres de 10 a 49 anos de idade.

Nesse contexto, o presente documento tem como objetivo instrumentalizar a ação do apoiador da saúde indígena para a construção de uma cartografia que possa, ao mesmo tempo, compor os diversos diagnósticos sobre a situação de saúde, demografia, situação sócio-econômica, singularidades culturais e situação dos serviços de saúde dos DSEI e compor subsídios para a definição de linhas de ação para um Plano de Redução de Mortalidade Materna e Infantil no DSEI apoiado.

# Metodologia proposta:

A produção de uma cartografia consiste em compor um mapa. Todavia, a noção de cartografia aqui utilizada pretende a construção de um mapa que não é exatamente o da geografia física. Não se trata de um mapa dos lugares geográficos.

Uma cartografia, neste Projeto, será composta por uma articulação deliberada de mapas. Esses mapas, por sua vez, deverão ser compostos pelo apoiador, em relação com as equipes de gestão e atenção dos DSEI, outros apoiadores do MS, com gestores, trabalhadores e usuários dos municípios e estados que se relacionam com o DSEI apoiado e com os indígenas que lá vivem.

O mapa, nesse caso, é uma composição textual organizada pelo apoiador e validada com os outros sujeitos. Cada mapa deverá se constituir observando:

* As relações entre os sujeitos em determinado território: entre trabalhadores da atenção, da gestão, entre usuários/indígenas, membros do controle social, relações de cuidado, de trabalho, de gestão, etc.
* As relações entre instituições, organizações, serviços, redes (de atenção, sociais, etc.).
* Os processos de gestão, de atenção/assistência, de organização do trabalho, do cuidado, da vigilância, processos culturais relevantes;
* Os fluxos que compõem as relações entre os sujeitos, instituições e organizações e que determinam acesso, equidade, integralidade e o próprio direito à vida e à saúde dos povos indígenas;
* Os entraves, nós críticos, conflitos, dificuldades para garantir acesso, equidade, integralidade na saúde indígena, vistos sob diversas perspectivas e racionalidades em cada território;
* Os desafios enfrentados, as práticas de cuidado, gestão e atenção em uso em determinado território, as invenções, as inovações que sujeitos lançam mão para garantir acesso, equidade, integralidade da saúde indígena em cada território.

Trataremos na construção da Cartografia dos Fatores Intervenientes na Mortalidade Materna, Fetal e Infantil nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e do Itinerário de Produção de Saúde[[1]](#footnote-1) nas Áreas Indígenas da constituição de pelo menos dois mapas interligados. O primeiro deles tem relação direta com o foco prioritário do Projeto de Apoio Integrado aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas na questão da mortalidade indígena infantil e materna, para o qual foram definidos alguns âmbitos de ação do apoio:

* Ampliação da capacidade dos DSEI de notificar e informar a ocorrência de óbitos maternos e infantis indígenas;
* Ampliação da consistência e confiabilidade das informações de óbitos materno e infantil indígena;
* Ampliação, qualificação e aceleração da investigação dos óbitos maternos e infantis indígenas em tempo oportuno (até 60 dias) para subsidiar ações de redução dessa mortalidade;
* Ampliação da capacidade de análise e de intervenção das equipes de gestão e atenção dos DSEI sobre os fatores intervenientes na mortalidade materna e infantil indígena.
* Formulação, planejamento, implementação e avaliação de ações para redução da mortalidade materna e infantil indígena;

O segundo mapa que compõe essa cartografia tem relação com outro grande foco prioritário do Projeto, definido como Qualificação da Atenção e da Gestão da Saúde Indígena na interface DSEI, estados e municípios, para o qual também se definem alguns âmbitos:

* Ampliação da capacidade de análise e intervenção das equipes de gestão e atenção dos DSEI sobre as condições de saúde e redes de cuidado disponíveis e acessadas pelas populações indígenas;
* Ampliação da compreensão de necessidades de saúde e de cuidado das populações indígenas aldeadas e não aldeadas[[2]](#footnote-2), incluindo especificidades étnicas e culturais, em cada DSEI, estados e municípios envolvidos, para formulação, planejamento, implementação e avaliação de ações de qualificação da atenção e da gestão da saúde indígena;
* Formulação, planejamento, implementação e avaliação de ações de integração das redes de atenção e cuidado da saúde indígena em cada DSEI, com as Redes de Atenção à Saúde Prioritárias, ampliando capacidade de governança regional e qualificação da contratualização de serviços entre DSEI e Regiões de Saúde definidas a partir dos dispositivos do Decreto 7508.

Considerando esses âmbitos de ação do apoio como ponto de partida, ou seja, como perspectiva que anuncia necessidades de mudança na atenção à saúde indígena, mudanças essas que implicam ao mesmo tempo em alteração e aprimoramento de processos de gestão nos DSEI, a construção da cartografia aqui proposta tem o propósito de:

* Documentar achados e movimentos do apoio em ato, nas realidades de trabalho que o apoiador vai constituindo nos DSEI no seu trabalho de “apoiar”;
* Socializar com as diversas instâncias interessadas nesse Projeto, em especial com as outras instâncias da SESAI/MS, os movimentos, formulações e interferências que a ação do apoio junto aos DSEI for produzindo ao longo do tempo;
* Subsidiar a tomada de decisão, formulação de planos de ação dos DSEI, de outras instâncias da SESAI/MS, outras áreas do MS, outras áreas da Gestão Federal e outras instâncias federativas para qualificação e garantia dos direitos à vida e à saúde dos povos indígenas.

## Etapa 1 da Cartografia:

### Primeiro movimento:

Constituição dos arranjos[[3]](#footnote-3) de encontro com os sujeitos do contexto:

* Constituir arranjo de encontro com o coordenador do DSEI: definir formas de encontro, estabelecer regime de conversação[[4]](#footnote-4), organizar pautas;
* Constituir arranjo de encontro com Chefe de DIASI e áreas técnicas dos DSEI: definir formas de encontro, estabelecer regime de conversação, organizar pautas;
* Constituir arranjo de encontro com o CONDISI: formas de encontro, regime de conversação, pautas;
* Constituir arranjo de encontro com comunidades indígenas: definir formas de encontro, estabelecer regime de conversação, organizar pautas;
* Constituir arranjo de encontro com as EMSI: definir formas de encontro, estabelecer regime de conversação, organizar pautas;
* Constituir arranjo de encontro com outros apoiadores do MS: definir formas de encontro, estabelecer regime de conversação, organizar pautas;
* Constituir arranjo de encontro com Estado(s) e Municípios da(s) região(ões) de saúde em relação com o DSEI: definir formas de encontro, estabelecer regime de conversação, organizar pautas;

Arranjo de encontro trata-se de uma forma organizacional que realize a constituição de um regime de relação e de conversação entre os sujeitos. É preciso encontrar os sujeitos nos territórios. Esses encontros podem ser mais ou menos frequentes, presenciais ou à distância, diretos ou mediados por tecnologia (telefone, computador, rádio). O regime de conversação que o arranjo de encontro pode constituir vai definir que padrão de relação se pode estabelecer com os interlocutores (sujeitos): esparso, frequente, mais ou menos íntimo, fazendo circular mais ou menos afetos, possibilitando ações mais ou menos “junto”. Será o arranjo dos encontros, os regimes de conversação, as pautas que poderão ou não serem abordadas e o que pode ou não ser decidido nesses encontros que definirão as relações de apoio que se estabelecerão concretamente.

Sugere-se que as relações com o coordenador do DSEI, chefe de DIASI, áreas técnicas do DSEI e Condisi, sejam mais constantes e frequentes, com reuniões periódicas e regulares, com método de reunião qualificado[[5]](#footnote-5). Que as relações com as EMSI (Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena) sejam também mais frequentes e regulares possível. Que os arranjos de encontro com apoiadores do MS e com sujeitos de estados e municípios da região de saúde sejam definidos em função das necessidades e das pautas, evitando agendas excessivas e burocráticas com baixa efetividade.

**ATENÇÃO:** ao se constituir esse movimento do apoiador, logo na primeira semana de trabalho, deve ser formulado e pactuado com o coordenador do DSEI e a respectiva Referência de Apoio na coordenação do apoio DASI um **Plano de Atividades** **mensal,** no qual conste a programação dos encontros, viagens, objetivos propostos para o período;

Segundo Movimento: definição de interlocutores/informantes privilegiados.

A partir dos arranjos de encontro o apoiador deve esforçar-se em identificar quem são os “informantes privilegiados” que terão maior condição imediata de compartilhar informações relevantes para a construção da Cartografia. Esses informantes são sujeitos que assumem papéis específicos e que transitam nos territórios podendo concentrar informações relevantes sobre questões de interesse para a cartografia. Para definir quem são os informantes privilegiados, é preciso ter bem definido quais as questões de interesse para a construção dos mapas/cartografia.

Nesse primeiro período, após a primeira oficina de apoiadores em Brasília, o foco inicial prioritário deve ser a qualificação da informação de óbito nos DSEI, em especial, da mortalidade materna e infantil, mas também a identificação de outras causas relevantes de mortalidade nas populações indígenas em cada DSEI.

Em função disso, o apoiador deve identificar quem são os informantes privilegiados que podem permitir e facilitar o seu acesso à informação existente sobre mortalidade nos DSEI, criando condições para mapear:

* Condições concretas dos processos de identificação/notificação de óbitos de indígenas em cada DSEI apoiado e sujeitos envolvidos; problemas e resultados já consolidados (usar referência de mortalidade no ano de 2012 e 2013);
* Qualidade/consistência/confiabilidade da informação de óbito indígena (2012 e 2013) disponível em cada DSEI apoiado, sujeitos e processos envolvidos; problemas e resultados já consolidados;
* Condições concretas dos processos de investigação de óbitos de indígenas em cada DSEI apoiado e sujeitos envolvidos; problemas e resultados já consolidados (usar referência de mortalidade no ano de 2012 e 2013);
* Qualidade/consistência/confiabilidade da investigação de óbito indígena (2012 e 2013) disponível em cada DSEI apoiado, sujeitos e processos envolvidos; problemas e resultados já consolidados;

Terceiro Movimento**:** Registro de mapa provisório

A partir de memórias de reunião, anotações e documentos reunidos/disponibilizados, conversas com os informantes privilegiados e observações, o apoiador deve organizar as informações compondo um texto descritivo-analítico que consolide de maneira organizada o estado da arte a respeito das condições, processos e sujeitos envolvidos na produção, consolidação e qualificação das informações de óbito (identificação, notificação e investigação), com ênfase na mortalidade materna, infantil e outras causas muito relevantes em cada DSEI, salientando diferenças regionais e étnicas que por ventura possam ocorrer, tendo como referência o ano de 2012 e 2013. Observar os cuidados éticos na identificação de pessoas e instituições envolvidas.

Na construção desse registro de mapa provisório o apoiador poderá contar com a orientação de sua(s) Referências de Apoio no DASI, por meio da Comunidade Saúde Indígena na Rede HumanizaSUS, podendo aproveitar inclusive a interação com outros apoiadores nesse espaço.

Quarto Movimento**:** validação

Tendo um texto sido produzido (terceiro movimento realizado) o apoiador deve validar este texto nos arranjos de encontro do apoio, em especial com o coordenador do DSEI, Chefe de DIASI, técnicos que participaram do processo, EMSI envolvidas e CONDISI. A partir dessa validação, pretende-se que este texto seja “publicável”, ou seja, possa ser compartilhado com outros sujeitos fora do contexto do DSEI. Desse modo, os sujeitos envolvidos no processo terão poder de definir o modo como as informações produzidas no contexto do apoio serão compartilhadas com outros, preservando as relações de confiança, ao mesmo tempo em que demarca a necessidade de ir se constituindo uma dimensão pública do trabalho e da operacionalização das políticas públicas que compõem o SUS.

Quinto Movimento**:** encadeamento na construção de outros mapas

Aproveitando a discussão da validação do texto do registro provisório, o apoiador deve propor que os sujeitos envolvidos componham um primeiro Plano de Ação do DSEI com os seguintes objetivos:

* Melhorar a capacidade do DSEI de notificar e informar a ocorrência de óbitos maternos e infantis indígenas e de outras causas relevantes;
* Garantir a consistência e a confiabilidade das informações de óbitos materno e infantil indígena;
* Qualificação, ampliar e acelerar a investigação dos óbitos maternos e infantis indígenas em tempo oportuno (até 60 dias)[[6]](#footnote-6) para subsidiar ações de redução dessa mortalidade;
* Intervir em fatores condicionantes da mortalidade materna e infantil indígena já identificados.

**OBS: propõe-se que uma das ações desse primeiro Plano de Ação seja o envolvimento das EMSI na formulação das ações de redução de mortalidade, garantindo, pelo menos, que os casos de morte materna e infantil (até 7 anos) identificados sejam todos discutidos pela EMSI de referência, gerando um relatório simplificado de investigação de óbito em até 60 dias da ocorrência.**

A partir desses últimos movimentos (quarto e quinto) da construção da cartografia, serão propostas novas etapas de mapeamento.

## Sobre as ferramentas de comunicação, coordenação do trabalho e fluxos de documentos e produtos entre o apoiador de saúde indígena no DSEI e a coordenação do apoio no DASI, contratações básicas primeira etapa:

Conforme consta no texto do Projeto de Apoio aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas o arranjo de coordenação do Projeto conforma um Núcleo de Coordenação do DASI/SESAI:

A Coordenação geral é do Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI/SESAI) e equipe técnica, que terão as seguintes atribuições:

- Fazer a gestão do apoio aos DSEI no âmbito da SESAI, nas relações com as demais áreas do MS, assim como nas articulações intersetoriais;

- Coordenar o Projeto de Apoio aos DSEI;

-Articular com os DSEI e CONDISI;

-Articular com a SAS/PNH e demais áreas da atenção à saúde e redes temáticas e prioritárias.

-Organizar a qualificação e acompanhamento do desempenho dos apoiadores, juntamente com a equipe da PNH;

-Organizar/promover o matriciamento para os apoiadores (articular com as referências técnicas das redes temáticas e conforme as necessidades).

 Para tanto, a coordenação do apoio no DASI constituirá, em composição com a Política Nacional de Humanização (PNH-SAS/MS), um grupo de Referencias de Apoio que se ocupará em fazer a relação de gestão do trabalho, supervisão clínico-institucional, acompanhamento avaliativo do apoio na relação cotidiana com cada apoiador que está em território.

### Ferramenta de Colaboração em Rede Virtual

Como ferramenta de colaboração e comunicação entre a coordenação do apoio no DASI, as referencias de apoio e os apoiadores em território dos DSEI, será utilizada a plataforma virtual da Rede HumanizaSUS, acessível no sítio [www.redehumanizasus.net](http://www.redehumanizasus.net), no qual se constituiu o espaço de comunidade (Comunidade Saúde Indígena) no qual os apoiadores, coordenadores e referências de apoio poderão desenvolver, discutir e acompanhar suas ações de apoio, permitindo o acompanhamento das ações mesmo à distância.

Para acessar a Comunidade, cada apoiador deverá inicialmente se cadastrar na Rede HumanizaSUS. Como a comunidade é fechada ao público em geral, o administrador da ferramenta irá adicionar os apoiadores, depois de cadastrados na Rede, na Comunidade, permitindo seu acesso e uso.

### Cuidados Éticos

A ferramenta disponível permitirá postagem de produções e relatórios, acesso a documentos e material de apoio para formação do apoiador e subsídios para qualificar as ações de apoio. Permitirá também a discussão em ferramentas de fórum.

Haverá possibilidade de postagem de publicações na comunidade e também na Rede HumanizaSUS aberta. Considerando as questões éticas envolvidas nesse projeto, tais como a necessidade de autorização para a divulgação de documentos oficiais, será necessário cuidado com a circulação e divulgação de informações sigilosas.

### Coordenação e acompanhamento do Projeto de Apoio

A cada etapa e movimentos da composição da cartografia, serão solicitados relatórios e produtos do apoiador. Desse modo, inicialmente teremos os seguintes instrumentos de acompanhamento e gestão do trabalho dos apoiadores, nessa primeira etapa do Projeto:

* **Plano de atividades mensal:** encontros, viagens, objetivos propostos para o período subsequente;
* **Relatório movimento 1:** sobre a constituição dos arranjos de encontro para organização do trabalho do apoio em cada DSEI: espaços de reunião combinados, sujeitos envolvidos, periodicidade dos encontros, compromissos assumidos, sujeitos e pautas a serem abordadas;
* **Relatório de Atividades Mensal:** contento descrição sumária dos movimentos realizados, participação em encontros e reuniões e outras atividades realizadas, destacando as principais pautas abordadas e encaminhamentos mais importantes;
* **Produto 1: Texto Mapa Provisório Etapa 1**, incluindo descrição e situação do processo de validação com os sujeitos do DSEI.
* **Produto 2: Plano de Ação do DSEI** em sua primeira versão discutida e pactuada pelo menos com o chefe do DSEI.

## Algumas definições importantes:

**Morte materna (óbito materno)**

Morte Materna e a morte de uma mulher durante a gestação ou ate 42 dias apos o termino da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. E causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não e considerada Morte Materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

**Taxa de Mortalidade Infantil (Coeficiente de Mortalidade Infantil)**

Conceituação: Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação: Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Reflete de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. Expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade (componentes da mortalidade infantil).

Usos: Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

**Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (Coeficiente de Mortalidade Neonatal Precoce)**

Conceituação: Número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação: Estima o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida. Reflete de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Usos: Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade neonatal precoce, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

**Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia (Coeficiente de Mortalidade**

**Neonatal Tardia)**

Conceituação: Número de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação: Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 7 aos 27 dias de vida. Reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Usos: Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade neonatal tardia, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

**Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (Taxa de Mortalidade Infantil Tardia,**

**Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal)**

Conceituação: Número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Interpretação: Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 28 aos 364 dias de vida. De maneira geral, denota o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário. Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, a mortalidade pós-neonatal é, frequentemente, o componente mais elevado.

Usos: Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade pós-neonatal, identificando tendências e situações de desigualdade que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas sobretudo na área ambiental – e de ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

**Taxa de Mortalidade Perinatal (Coeficiente de Mortalidade Perinatal)**

Conceituação: Número de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O período perinatal começa em 22 semanas completas (ou 154 dias) de gestação e termina aos sete dias completos após o nascimento, ou seja, de 0 a 6 dias de vida (período neonatal precoce). Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais. Para efeito de comparação internacional a OMS / CID-10 utiliza a taxa de mortalidade fetal tardia, que considera os fetos acima de 28 semanas de gestação.

Interpretação: Estima o risco de um feto nascer sem qualquer sinal de vida ou, nascendo vivo, morrer na primeira semana. De maneira geral, reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer, bem como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Usos: Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade perinatal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsidiar a avaliação da qualidade da assistência prestada à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Tem grande aplicação nas áreas de ginecologia e obstetrícia, por agrupar os óbitos ocorridos antes, durante e logo depois do parto. Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

**Taxa de Mortalidade Fetal (Coeficiente de Mortalidade Fetal)**

Conceituação: Número de óbitos fetais (ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm) por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Para efeito de comparação internacional a OMS / CID-10 utiliza a taxa de mortalidade fetal tardia, que considera os fetos acima de 28 semanas de gestação. Os nascimentos totais incluem os nascidos vivos e os óbitos fetais.

Interpretação: Estima o risco de um feto nascer sem qualquer sinal de vida. De maneira geral, reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer, bem como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto.

Usos: Analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade fetal, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsidiar a avaliação da qualidade da assistência prestada à gestação e ao parto. Tem grande aplicação nas áreas de ginecologia e obstetrícia, por agrupar os óbitos ocorridos antes e durante o parto. Contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, prestando-se para comparações nacionais e internacionais. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

**Outros Conceitos Importantes – Glossário**

Abortamento: é a expulsão ou extração de um produto da concepção com menos de 500g e/ou estatura menor que 25 cm, ou menos de 22 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e sendo espontâneo ou induzido.

Aborto: é o produto da concepção expulso no abortamento.

Declaração de Nascido Vivo: documento padrão do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, que tem como finalidade cumprir as exigências legais de registro de nascimentos vivos, atender princípios de cidadania e servir como fonte de dados para as estatísticas de saúde.

Declaração de Óbito: documento padrão do Sistema de Informações sobre Mortalidade, que tem por finalidade cumprir as exigências legais de registro de óbitos, atender aos princípios de cidadania e servir como fonte de dados para as estatísticas de saúde.

Idade gestacional calculada: em geral avaliada pelo obstetra, considerando-se o tempo entre o primeiro dia do último período menstrual normal e o parto.

Idade gestacional estimada: idade gestacional baseada no exame físico do recémnascido.

Morte hospitalar: morte que ocorre a qualquer momento em unidade hospitalar, independente do tempo transcorrido entre a chegada do paciente e a sua morte. A morte que ocorre com menos de 4 horas após chegada no hospital aponta a situação de gravidade da criança e deve ser considerada na análise de evitabilidade. É ainda frequente constar como morte hospitalar na Declaração de Óbito os casos em que a criança já chegou morta no hospital, o que também merece análise sobre as circunstâncias do óbito e do acesso aos serviços de saúde.

Morte em outro serviço de saúde: ocorre em qualquer estabelecimento de saúde, exceto hospital (UBS, ambulatório, consultório, serviço de urgência, serviço de referência/especialidade, etc.).

Morte no trajeto para o hospital ou serviço de saúde: ocorre em qualquer tipo de veículo/transporte ou não, no trajeto para o serviço de saúde.

Morte em via pública: ocorre em local público, no trajeto ou não para o serviço de saúde.

Morte domiciliar: morte que ocorre dentro do domicílio.

Nascido vivo: é o produto de concepção expulso ou extraído do corpo materno, independentemente da duração da gravidez, que, depois da separação respire ou apresente qualquer sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

Natimorto ou óbito fetal: é a morte do produto da gestação antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum outro sinal de vida como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Partograma: representação gráfica da curva de dilatação cervical durante o trabalho de parto, para avaliação e acompanhamento do trabalho de parto; recomendado pela OMS e considerado importante instrumento para indicação das intervenções oportunas nas complicações no nascimento. (OMS, 1994; MS, 2001).

Recém-nascido de baixo peso (RNBP): RN com peso ao nascer menor que 2.500 gramas.

Recém-nascido de muito baixo peso (RNMBP): RN com peso ao nascer menor que 1.500 gramas.

Recém-nascido de extremo baixo peso (RNEBP): RN com peso ao nascer menor que 1.000 gramas.

Recém-nascido pré-termo: RN com idade gestacional entre 37 e 41 semanas.

Recém-nascido pré-termo: RN com idade gestacional menor que 37 semanas de gestação, ou seja, até 36 semanas e seis dias.

Recém-nascido pré-termo extremo: RN com idade gestacional menor que 32 semanas de gestação, ou seja, entre 22 e 31 semanas e seis dias.

Recém-nascido pré-termo tardio: RN com idade gestacional entre 32 e 36 semanas de gestação.

Recém-nascido pós-termo: RN com idade gestacional maior ou igual que 42 semanas.

RN AIG (recém-nascido adequado para a idade gestacional): RN com peso ao nascer entre o percentil 10 e o percentil 90 para curva de crescimento intra-uterino.

RN PIG (recém-nascido pequeno para a idade gestacional): RN com peso ao nascer abaixo de percentil 10 para a curva de crescimento intra-uterino.

RN GIG (recém-nascido grande para a idade gestacional): RN com peso acima do percentil 90 para a curva de crescimento intra-uterino.

Reanimação do recém-nascido: considera-se reanimação quando foram realizados procedimentos de ventilação/uso de oxigênio com pressão positiva e/ou massagem cardíaca e/ou uso de drogas vasoativas.

Sofrimento fetal/asfixia ao nascer: Índice de Apgar menor que 7 no primeiro e minuto de vida.

Sofrimento fetal/asfixia moderada: Índice de Apgar entre 6 e 4 no primeiro e minuto de vida.

Sofrimento fetal/asfixia grave: Índice de Apgar menor que 4 no primeiro e minuto de vida.

1. Utilizamos a denominação “itinerário de produção de saúde”, como forma de ampliar a definição de “itinerários terapêuticos”. Os itinerários terapêuticos “são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc.)5. Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória” (Cabral et al, 2011). Com a denominação de cuidado pretendemos incluir o conceito de Redes de Produção de Saúde na construção desses itinerários. [↑](#footnote-ref-1)
2. A gestão da atenção à saúde de populações indígenas aldeadas e não aldeadas é uma questão complexa, pois as primeiras estão sob gestão federal e as não aldeadas sob gestão dos estados e municípios. Dependendo do tipo de serviço e nível de atenção (atenção básica, média e alta complexidade) os desafios de governança na gestão de recursos e prestação de serviços são ainda mais complicados pois há um histórico de problemas a ser enfrentados e um arcabouço normativo a ser aperfeiçoado. Entretanto, no âmbito da construção dessa cartografia, é fundamental o entendimento dos processos de adoecimento e atenção à saúde de toda a população indígena de uma região, distinguindo com mais clareza as singularidades presentes na atenção, morbidade e mortalidade de indígenas aldeados e não aldeados. [↑](#footnote-ref-2)
3. Definimos “arranjo” neste contexto como uma forma organizacional concreta de funcionamento em um estabelecimento, serviço, organização. Constituir um “arranjo de encontro” significa fazer operar a forma organizacional concreta como as pessoas se encontrarão para conversar, discutir, planejar, tomar decisões, avaliar processos e resultados. Exemplos de arranjos de encontro são: reuniões, colegiados, fóruns de discussão, entre outros. [↑](#footnote-ref-3)
4. Definimos “regimes de conversação” dos arranjos de encontro o padrão comunicacional que se estabelecerá nesses ou a partir desses arranjos. A maneira como o encontro deve propiciar trocas entre os sujeitos participantes. A construção da definição de periodicidade dos encontros, pautas pertinentes e não pertinentes, decisões que podem ser tomadas nesses encontros vão constituir o regime de conversação. [↑](#footnote-ref-4)
5. Em termos mais simplificados, um método de reunião qualificado implica em procurar garantir que as pessoas envolvidas em uma reunião saibam o objetivo que justifica o encontro, que as pautas a serem abordadas sejam minimamente preparadas, que haja tempo adequado para desenvolver discussão pertinente ao tema, que se garanta a circulação da palavra e que o fechamento do encontro seja coerente com os objetivos, resultando uma efetiva produção dos participantes. Em outros momentos de oficina trataremos de alguns métodos de encontro. [↑](#footnote-ref-5)
6. O parâmetro de 60 dias como tempo máximo aceitável entre a ocorrência do óbito e a sua investigação, no caso da mortalidade indígena, em especial infantil e materna, justifica-se pelo fato de que o objetivo maior é a redução dessa mortalidade, sendo a qualificação da informação e da investigação de óbito um objetivo intermediário. Esse tempo máximo foi determinado em função de análise de viabilidade e para permitir que seja possível interferir nas causas determinantes de mortalidade em tempo de evitar novos óbitos. [↑](#footnote-ref-6)