

Adequação da assistência pré-natal ofertada à mulher indígena: características maternas e dos serviços de saúde

Adaptation of prenatal care offered to indigenous women: maternal characteristics and health services

Adecuación de la atención prenatal ofrecida a mujeres indígenas: características maternas y de los servicios de salud

Gislaine Recaldes de Abreu (<https://orcid.org/0000-0002-8325-5660>)¹

Renata Pálopi Picoli (<https://orcid.org/0000-0002-3753-6832>)²

James Robert Welch (<https://orcid.org/0000-0002-9094-5491>)³

Carlos E. A. Coimbra Junior (<https://orcid.org/0000-0003-4085-1080>)³

Resumo Este estudo teve como objetivo analisar a adequação do pré-natal ofertada à mulher indígena e sua associação com características maternas e do serviço de saúde. Trata-se de estudo transversal, de abrangência estadual, realizado com 461 mulheres indígenas que tiveram parto e/ou receberam atendimento pós-parto imediato, em municípios de Mato Grosso do Sul, entre 2021 e 2022. Elaborou-se um indicador de adequação mínima do pré-natal, sendo classificado como adequado quando a mulher iniciou o pré-natal no 1º trimestre gestacional, realizou ≥ 7 consultas e teve registrados dos exames de rotina. Para estimar as razões de chance ajustadas e os fatores associados à adequação do pré-natal, utilizou-se modelos de regressão logística. Verificou-se que 67,2% iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, 51,8% realizaram ≥ 7 consultas, e 40,6% tiveram registro dos resultados de exames. Cerca de 1 (uma) a cada 4 (quatro) indígena conseguiu atingir a adequação proposta, as características maternas associadas foram etnia, região de moradia e local de residência. A assistência pré-natal evidenciou iniquidades em saúde, com baixos índices de adequação no pré-natal e piores índices entre as mulheres que moravam em aldeias e acampamentos da região sul do estado.

Palavras-chave Saúde dos povos indígenas, Assistência Pré-Natal, Saúde Materna, Serviços de Saúde

Abstract This study aimed to analyze the adaptation of prenatal care offered to Indigenous women and its association with maternal characteristics and health services. This is a cross-sectional study, conducted with 461 Indigenous women who gave birth and/or received immediate postpartum care in the municipalities of Mato Grosso do Sul, between 2021 and 2022. An indicator of minimum prenatal adequacy was developed, which was classified as adequate when the woman started prenatal care in the 1st trimester of pregnancy, had ≥ 7 consultations, and had routine exams recorded. Logistic regression models were used to estimate the adjusted odds ratios and factors associated with prenatal adequacy. It was found that 67.2% began prenatal care in the 1st trimester, 51.8% had ≥ 7 consultations, and 40.6% had exam results recorded. About 1 in 4 Indigenous women achieved the proposed adequacy; the associated maternal characteristics were ethnicity, region of residence, and place of residence. Prenatal care revealed health inequities, with low adequacy rates in prenatal care and worse rates among women living in villages and settlements in the southern region of the state.

Key words Health of Indigenous Peoples, Prenatal Care, Maternal Health, Health Services

Resumen Este estudio tuvo como objetivo analizar la adecuación de la atención prenatal ofrecida a las mujeres indígenas y su asociación con las características de los servicios de salud. Se trata de un estudio transversal, con cobertura estatal, realizado con 461 mujeres indígenas que dieron a luz y/o recibieron atención posparto inmediata en municipios de Mato Grosso do Sul entre 2021 y 2022. Se desarrolló un indicador de adecuación mínima de la atención prenatal, clasificándose como adecuada cuando la mujer inició el control prenatal en el primer trimestre del embarazo, tuvo ≥ 7 consultas y contó con registros de exámenes de rutina. La información relativa a la prescripción de medicamentos durante el embarazo fue excluida de este indicador por mala cumplimentación. Se utilizaron modelos de regresión logística para estimar los odds ratios ajustados y los factores asociados con la adecuación de la atención prenatal. Se encontró que el 67,2% inició el control prenatal en el primer trimestre, el 51,8% tuvo ≥ 7 consultas y el 40,6% contaba con registro de resultados de exámenes. Alrededor de una de cada cuatro mujeres indígenas lograron alcanzar la adecuación propuesta. Las características maternas asociadas fueron etnia, región de residencia y domicilio. La atención prenatal reveló inequidades en salud, con bajas tasas de adecuación de la atención prenatal y peores tasas entre las mujeres que vivían en aldeas y campamentos en la región sur del estado.

Palabras clave Salud de los pueblos indígenas, Atención Prenatal, Salud Materna, Servicios de Salud

¹ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Av. Costa e Silva s/nº, Bairro Universitário. 79070-900 Campo Grande MS Brasil. gislaine.abreu@ufms.br

² Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-MS). Campo Grande MS Brasil.

³ Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Apesar do destaque dado à saúde materna e infantil nos Objetivos do Milênio (ODM) e do Desenvolvimento Sustentável (ODS), bem como dos esforços globais no sentido de alcançar esses objetivos, a atenção às questões étnico-raciais nessa assistência tem sido limitada¹⁻³. Estudo realizado a partir de dados de 36 países de baixa e média renda traz evidências da persistência de desigualdades sociais que afetam de forma diferenciada minorias étnicas e contribuem com as condições de saúde destas populações¹. Situações envolvendo desfechos desfavoráveis de saúde entre populações indígenas se apresentam de forma contínua assim como a manutenção de piores indicadores³.

Estas situações são evidentes quando se investiga a saúde materna e infantil dos povos indígenas, caracterizadas por dificuldades de acesso e de realização de um pré-natal adequado, maiores ocorrências de mortalidade materna e infantil, bem como de riscos aumentados para eventos adversos da gravidez⁴.

Nesse contexto, a assistência pré-natal constitui um componente indispensável na atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. O pré-natal de qualidade objetiva proporcionar acolhimento à mulher desde o início da gestação, bem como diagnosticar, tratar e controlar morbidades maternas e fetais, assegurando, no fim da gestação o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal, fator fundamental para se atingir a redução da morbimortalidade materna e perinatal⁵⁻⁸.

Dados da Pesquisa Nascer no Brasil evidenciam que, apesar do índice de cobertura da assistência pré-natal, estabelecido pelo Ministério da Saúde como a distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal, ser maior que 61,0% em todas as regiões do país, ao se avaliar os componentes essenciais dessa assistência, como período em que ocorre o início do pré-natal, realização e registro de exames de rotina, os índices de adequação ainda são considerados baixos com importantes diferenças regionais⁶. Aspectos estes também observados em estudos anteriores que apontaram a existência de falhas na assistência pré-natal em diferentes contextos, tais como dificuldades no acesso, início tardio do pré-natal, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, comprometendo assim a qualidade e efetividade da assistência⁷⁻⁹.

Nesse cenário, mostra-se significativo o número de mulheres indígenas com dificuldades de acesso a um pré-natal de qualidade, com importantes diferenças na oferta e acesso a essa assistência em vários países do mundo, inclusive no Brasil^{2,4,10,11}.

Essas diferenças ocorrem por inúmeros fatores, como dificuldades de transportes para populações residentes em áreas remotas e rurais; de acesso aos exames preconizados na gravidez e dificuldades de comunicação^{10,12,13}.

Importante estudo nacional sobre a atenção pré-natal de mulheres indígenas evidenciou cobertura de 90,4%, no entanto, demonstrou falhas na assistência, caracterizadas por início tardio do pré-natal (apenas cerca de 30% iniciaram no 1º trimestre), número inadequado de consultas (somente 16% realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal) e baixas solicitações e registros de exames preconizados (glicemia 53,6%, urina 53%, hemograma 56,9% e citologia oncótica 12,9%) e prescrições de suplementação para essa população¹¹.

Considerando a importância de o pré-natal ser resolutivo e estratégico para a saúde materna e infantil da população indígena, e aliado ao cenário do estado de Mato Grosso do Sul que é o terceiro estado do país com maior número de indígenas residentes, representado por 116.346 pessoas indígenas segundo dados do Censo realizado em 2022¹⁴, o artigo traz como contribuição a identificação das ações voltadas para a gestante indígena, com vistas a aprimorar o cuidado no acompanhamento pré-natal executados pelo Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS).

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi analisar a adequação do pré-natal ofertado à mulher indígena no Mato Grosso do Sul e sua associação com características maternas e do serviço de saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, de abrangência estadual e desenvolvido em dez (10) municípios do estado de Mato Grosso do Sul, contemplando doze (12) unidades hospitalares e uma (1) casa de parto normal, no período de 21 de novembro de 2021 a 24 de agosto de 2022.

O estado de Mato Grosso do Sul tem o 3º maior número de população indígena do país, representado por 116.346 pessoas, o que corresponde a 4,22% da população total do estado.

Nos 79 municípios do Estado houve registro da presença de indígenas, sendo que os municípios de Campo Grande, Dourados, Amambai, Aquidauana e Miranda, tiveram o maior quantitativo de pessoas indígenas¹⁴.

Participaram do estudo mulheres indígenas que residiam em terras indígenas, acampamentos ou comunidades urbanas do estado de Mato Grosso do Sul, que tivessem tido o parto e/ou recebido atendimento pós-parto imediato em uma das 12 (doze) unidades hospitalares ou 1 (uma) casa de parto, com filho nascido vivo de qualquer peso ou idade gestacional (IG) e que portavam a caderneta da gestante ou ficha perinatal, durante sua internação hospitalar. Foram excluídas da pesquisa mulheres indígenas com tiveram óbito fetal e mulher que sofreu aborto espontâneo ou provocado.

O estudo foi realizado em duas etapas: na primeira, foram selecionados os municípios com uma média mensal de registro de quatro (4) nascidos vivos de mulheres indígenas no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) para o ano de 2018 e que tivessem como sede um serviço do SasiSUS (Polo-Base ou DSEI).

Do total de 79 municípios, onze (11) contemplaram esses critérios. Houve uma (1) recusa por parte de um município, totalizando dez (10) municípios investigados, com doze (12) unidades hospitalares e uma (1) casa de parto normal do estado de Mato Grosso do Sul (MS).

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizada a equação da amostra aleatória simples sem reposição, com correção para o tamanho populacional, tendo como base o número de nascidos da raça/cor indígena (2.173), no estado de Mato Grosso do Sul em 2018, registrados no Sinasc, prevalência de 58% de mulheres que realizaram pelo menos sete consultas pré-natal com nível de confiança 95% e erro amostral máximo aceitável de 5%. Foi estimado que, para responder aos objetivos do estudo, seria necessário incluir 320 mulheres indígenas na amostra, além disso, prevendo a ocorrência de eventuais perdas, ao tamanho da amostra foi acrescido em 20% totalizando um mínimo de 384 entrevistas.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: inicialmente as mulheres foram convidadas a participar do estudo por meio de entrevista durante a sua internação, no período de 24 a 48 horas após o parto, para a coleta de dados sobre características socioculturais. Em seguida, as informações sobre a realização do pré-natal foram extraídas da caderneta da gestante ou ficha perinatal, mediante autorização da mulher. Os

instrumentos de coleta foram elaborados a partir de documentos oficiais e estudos nacionais sobre atenção pré-natal^{5,6,11,15,16}, que foram previamente testados antes do início da pesquisa. Os dados foram coletados em formato impresso e posteriormente digitados no *software* REDCap versão 6.17. Por pesquisadores bolsistas previamente treinados e revisados, sistematicamente, por especialistas na área de atenção obstétrica.

As variáveis coletadas na entrevista com a mulher foram: idade, escolaridade, etnia, região e local de moradia; e na caderneta da gestante foram coletados dados referentes às características obstétricas e a realização do pré-natal atual: paridade, data de início do pré-natal, número de consultas, realização e registro do resultado de teste rápido antissifilis, teste rápido anti-HIV, exame de VDRL/Sífilis (*Venereal Disease Research Laboratory*), hemograma, exame de urina (EAS), glicemia de jejum, ultrassonografia obstétrica e prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso na gestação, tipo da unidade de saúde em que fez o pré-natal e profissionais envolvidos na consulta pré-natal.

Com relação à região de moradia, os municípios foram categorizados em três regiões do estado de Mato Grosso do Sul: Norte (Miranda, Aquidauana e Sidrolândia), Sul (Amambai, Antônio João, Tacuru, Dourados, Caarapó, Iguatemi), e a capital Campo Grande. Quanto ao local de moradia, foram separados em área urbana e rural.

Foi elaborado o índice de adequação do pré-natal que considerou indicadores adaptados de estudos anteriores^{6,11,16}, e os critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde^{5,15}, que atenda aos quatro eixos propostos: *Eixo 1*: início do pré-natal com até primeiro trimestre gestacional; *Eixo 2*: número de consultas de pré-natal recomendado para a idade gestacional no momento parto, considerando o calendário de sete consultas proposto pela OMS¹⁵. A idade gestacional foi calculada a partir da data da última menstruação, sendo o número de consultas considerado adequado quando a gestante realizou 100% das consultas mínimas previstas para a idade gestacional no momento do parto; *Eixo 3*: realização e registro do resultado de 1 (um) teste rápido antissifilis, 1 (um) teste rápido anti-HIV, 1 (um) *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL/Sífilis), 1(um) hemograma, 1 (um) exame de urina (EAS), 1 (um) exame de glicemia de jejum e 1 (uma) ultrassonografia obstétrica; *Eixo 4*: prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso, na gestação.

Posteriormente, elaborou-se um indicador de adequação mínima do pré-natal, sendo classificado como adequado quando a mulher iniciou o pré-natal no 1º trimestre gestacional, realizou sete ou mais consultas e teve os resultados dos exames de rotina registrados na caderneta da gestante. O Eixo 4 não foi incluído na análise da adequação do pré-natal devido à ausência de registro de dados desse item para 68 das 461 mulheres.

Foi realizada análise descritiva das características maternas e dos serviços de saúde. Para verificar se ocorreu de forma homogênea de acordo com características maternas (idade, escolaridade, etnia, região e local de moradia) ou o serviço de saúde no qual a mulher fez o pré-natal (tipo da unidade de saúde e profissionais que realizaram as consultas de pré-natal), foram utilizados o teste Exato de Fisher e o teste Qui-Quadrado com 95% de confiança¹⁷.

Para estimar as razões de chance ajustadas e avaliar quais das variáveis estudadas estão associados à adequação do pré-natal entre mulheres indígenas do Mato Grosso do Sul, foram estimados modelos de regressão logística. Na análise multivariada foram avaliados os modelos com todas as variáveis estatisticamente significativas ($p < 0,05$) como modelos brutos.

A pesquisa a foi aprovada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o número 5393.703/2020.

Resultados

Participaram deste estudo 461 mulheres indígenas. Destas a maioria tinha idade entre 20 e 34 anos (65,7%), era da etnia Guarani (65,5%) e com ensino fundamental (51,8%). Em relação à moradia, 69,0% residiam na região Sul do estado de Mato Grosso do Sul e 86,6% em aldeias localizadas em área rural. No tocante à paridade, mais de dois terços eram múltiparas, 85,9% tiveram seu pré-natal realizado em Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) localizadas em seus territórios e 58,1% foram atendidas por equipe multiprofissional (médica/o e enfermeira/o) (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra o índice de adequação do pré-natal, segundo cada eixo de análise. Em relação ao Eixo 1, 67,2% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional. A maioria destas mulheres tinha ensino médio (75,6%) ($p < 0,05$) e era da etnia Terena, 82,7% ($p < 0,05$) e residia na região Norte do estado de Mato Grosso do Sul (89,8%) ($p < 0,05$).

Tabela 1. Distribuição das mulheres indígenas segundo características maternas e do serviço de saúde, Mato Grosso do Sul, 2021-2022.

Características maternas e do serviço de saúde do pré-natal	Mulheres indígenas	
	n	%
Total	461	n.a.
Faixa etária (anos)		
12 a 19	120	26,0
20 a 34	303	65,7
35 e +	38	8,2
Escolaridade		
Nenhuma	48	10,4
Ensino fundamental	239	51,8
Ensino médio	174	37,7
Etnia		
Guarani	302	65,5
Terena	159	34,5
Região de moradia		
Sul	318	69,0
Norte	120	26,0
Campo Grande	23	5,0
Local de moradia		
Rural	399	86,6
Urbana	62	13,4
Paridade		
Primípara	145	31,5
Múltipara	316	68,5
Tipo da unidade de saúde onde fez o pré-natal		
UBSI	396	85,9
USF	60	13,0
Outros	5	1,1
Profissionais envolvidos na consulta pré-natal		
Médico	19	4,1
Enfermeiro	174	37,7
Médico e enfermeiro	268	58,1

Notas: Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), Unidade de Saúde da Família (USF).

Fonte: Autores.

Para o Eixo 2, um pouco mais da metade (51,8%) das mulheres realizou sete ou mais consultas. Destaca-se que 60,8% ($p < 0,05$) das gestantes assistidas por equipe multiprofissional realizaram o número adequado de consultas (Tabela 2).

No tocante ao registro dos resultados de exames de rotina no pré-natal (Eixo 3) menos da metade (40,6%) das mulheres atingiu o índice de adequação. Dentre essas, as da etnia Terena tiveram quase que o dobro de adequação no registro dos resultados de exames de rotina no pré-natal (57,9%) ($p < 0,05$) quando comparadas às mulhe-

Tabela 2. Distribuição das mulheres indígenas segundo características maternas e do serviço de saúde, de acordo com a adequação de cada eixo de avaliação do pré-natal, Mato Grosso do Sul, 2021-2022.

Características maternas e do serviço de saúde do pré-natal	Eixo 1 adequado		Eixo 2 adequado		Eixo 3 adequado		Eixo 4 adequado	
Total	307	67,2	239	51,8	187	40,6	368	93,6
Faixa etária (anos)								
12 a 19	73	60,8	56	46,7	49	40,8	97	92,4
20 a 34	210	70,0	165	54,5	121	39,9	239	93,4
35 e +	24	64,9	18	47,4	17	44,7	32	100,0
Escolaridade ¹								
Nenhuma	26	54,2	21	43,8	17	35,4	38	95,0
Ensino fundamental	151	63,7	119	49,8	93	38,9	189	93,6
Ensino médio	130	75,6	99	56,9	77	44,3	141	93,4
Etnia ^{1,3,4}								
Guarani	178	59,1	155	51,3	95	31,5	248	95,8
Terena	129	82,7	84	52,8	92	57,9	120	89,6
Região de moradia ^{1,3,4}								
Sul	185	58,5	165	51,9	105	33,0	265	96,4
Norte	106	89,8	63	52,5	69	57,5	87	88,8
Campo Grande	16	69,6	11	47,8	13	56,5	16	80,0
Local de moradia ⁴								
Rural	262	66,2	202	50,6	156	39,1	332	95,1
Urbana	45	73,8	37	59,7	31	50,0	36	81,8
Paridade								
Primípara	95	65,5	77	53,1	65	44,8	116	92,8
Multípara	212	68,0	162	51,3	122	38,6	252	94,0
Unidade de saúde onde fez o pré-natal ^{3,4}								
UBSI	263	66,9	203	51,3	156	39,4	327	95,6
USF	41	69,5	33	55,0	26	43,3	37	78,7
Outros	3	60,0	3	60,0	5	100,0	4	100,0
Profissionais envolvidos na consulta pré-natal ²								
Médico	14	77,8	8	42,1	3	15,8	12	92,3
Enfermeiro	106	61,3	68	39,1	69	39,7	127	93,4
Médico e enfermeiro	187	70,3	163	60,8	115	42,9	229	93,9

Notas: Eixo 1) Início do pré-natal no 1º trimestre gestacional (n=457); Eixo 2) Número de consultas adequadas para a idade gestacional no parto (n=461); Eixo 3) Registro dos resultados dos exames de rotina e realização de ultrassonografia obstétrica (n=461); Eixo 4) Prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso na gestação (n=393). ¹Associação estatisticamente significativa no Eixo 1 (p<0,05). ²Associação estatisticamente significativa no Eixo 2 (p<0,05). ³Associação estatisticamente significativa no Eixo 3 (p<0,05). ⁴Associação estatisticamente significativa no Eixo 4 (p<0,05).

Fonte: Autores.

res Guarani, 31,5%. As mulheres que residiam na região Norte do estado de Mato Grosso do Sul (57,5%) ou em Campo Grande (56,5%) (p<0,05) conseguiram atingir um índice adequado para os exames de rotina, que representa quase o dobro do obtido para as que residiam na região sul do estado de Mato Grosso do Sul (33%). O Eixo 4 alcançou maior proporção para o índice de adequação (93,6%). As mulheres da etnia Guarani, que residiam na região Sul do estado de Mato

Grosso do Sul, em área rural e que foram atendidas em UBSI atingiram mais de 95,0% de adequação (p<0,05) (Tabela 2).

Quanto à adequação mínima do pré-natal, observou-se que das 461 mulheres analisadas somente para 103 destas o pré-natal foi considerado adequado. Quanto à etnia, menos de 17,0% das mulheres Guarani conseguiu atingir, e esse percentual foi mais que o dobro para as Terena (34,0%) (p<0,05).

Cerca de 35,0% ($p < 0,05$) das mulheres que residiam na região Norte do estado de Mato Grosso do Sul e um terço (1/3) ($p < 0,05$) das que residiam em área urbana foram classificadas como adequação mínima do pré-natal. Verificou-se que 27,1% ($p < 0,05$) das mulheres indígenas que foram atendidas por equipe multiprofissional realizaram o pré-natal adequado (Tabela 3).

Os modelos brutos de regressão logística evidenciam que, dentre as características maternas associadas à adequação mínima do pré-natal estão a etnia, região e local de moradia e ser atendida por equipe multiprofissional. Mulheres Terena apresentam cerca de 2,6 vezes mais chances

(IC95%: 1,6-4,0) quando comparadas às mulheres Guarani. Mulheres que residiam na região Norte do estado de Mato Grosso do Sul tem 2,5 vezes mais chances (IC95%: 1,6-4,1) do que as que residiam na região Sul do estado de Mato Grosso do Sul, assim como as que residiam em área urbana tinham suas chances aumentadas em 1,8 vez (IC95%: 1,0-3,3) quando comparadas à da área rural. Identificou-se que ser atendida por uma equipe multiprofissional aumentou quase duas vezes (IC95%: 1,2-3,1) as chances de adequação mínima do pré-natal (Tabela 3).

Os resultados das razões de chances, obtidas por meio do modelo ajustado, indicaram que

Tabela 3. Distribuição das mulheres indígenas segundo características maternas e do serviço de saúde, de acordo com a adequação mínima do pré-natal e razões de chances brutas, Mato Grosso do Sul, 2021-2022.

Características maternas e do serviço de saúde do pré-natal	Adequação mínima do pré-natal ^a			Modelo bruto		
	n	%	IC95%	OR	IC95%	Valor de p
Total	103	22,5	(18,9-26,6)	n.a.	n.a.	n.a.
Faixa etária (anos)						
12 a 19	21	17,5	(11,7-25,4)	1,0		
20 a 34	73	24,3	(19,8-29,5)	1,5	(0,9-2,6)	0,131
35 e +	9	24,3	(13,1-41,0)	1,5	(0,6-3,7)	0,358
Escolaridade						
Nenhuma	11	22,9	(13,1-36,9)	1,0		
Ensino fundamental	44	18,6	(14,1-24,0)	0,8	(0,4-1,6)	0,487
Ensino médio	48	27,9	(21,7-35,1)	1,3	(0,6-2,8)	0,491
Etnia ^b						
Guarani	50	16,6	(12,8-21,3)	1,0		
Terena	53	34,0	(27,0-41,8)	2,6	(1,6-4,0)	<0,001
Região de moradia ^b						
Sul	55	17,4	(13,6-22,0)	1,0		
Norte	41	34,7	(26,7-43,8)	2,5	(1,6-4,1)	<0,001
Campo Grande	7	30,4	(15,2-51,6)	2,1	(0,8-5,3)	0,126
Local de moradia ^b						
Rural	83	21,0	(17,2-25,3)	1,0		
Urbana	20	32,8	(22,2-45,5)	1,8	(1,0-3,3)	0,042
Paridade						
Primípara	33	22,8	(16,6-30,3)	1,0		
Múltipara	70	22,4	(18,1-27,4)	1,0	(0,6-1,57)	0,939
Tipo da unidade de saúde onde fez o pré-natal						
UBSI	85	21,6	(17,8-26,0)	1,0		
USF	16	27,1	(17,3-39,8)	1,3	(0,7-2,5)	0,346
Outros	2	40,0	(1,0-80,0)	2,4	(0,4-14,7)	0,338
Profissionais envolvidos na consulta pré-natal ^b						
Uniprofissional	31	16,2	(11,6-22,2)	1,0		
Multiprofissional	72	27,1	(22,1-32,7)	1,9	(1,2-3,1)	0,007

Notas: ^aAdequação global mínima do pré-natal = ter iniciado o pré-natal no 1º trimestre gestacional; e ter realizado o nº de consultas pré-natal adequado para a idade gestacional no parto; e ter resultado registrado dos exames de rotina (n=457). ^bValor de p do teste Qui-Quadrado <0,05. n.a.=Não se aplica.

Fonte: Autores.

mulheres indígenas que residiam na região Norte do estado de Mato Grosso do Sul tinham cerca de cinco vezes (IC95%: 2,6-8,4) mais chances de adequação mínima do pré-natal, quando comparadas às mulheres que residiam na região Sul. Assim como, mulheres atendidas por equipe multiprofissional tinham cerca de quatro vezes mais chances de adequação do pré-natal quando comparadas as que foram atendidas por equipe uniprofissional (médico ou enfermeiro) (Tabela 4).

Discussão

O presente estudo demonstrou iniquidades em saúde no índice de adequação da assistência pré-natal ofertado às mulheres indígenas de Mato Grosso do Sul, já que somente 1 (uma) a cada 4 (quatro) indígena (25% da população total estudada) teve seu pré-natal considerado adequado.

Trabalhos semelhantes a este estudo, realizados a partir de dados da pesquisa nascer no Brasil avaliaram a adequação do pré-natal a partir do trimestre gestacional quando foi iniciado o pré-natal, número total de consultas realizadas e exames preconizados (mesmos indicadores usados neste estudo) e mostraram valores de adequação acima de 60%^{6,8}. Resultados muito acima dos aqui encontrados.

Neste estudo os melhores índices foram observados na região Norte do estado de Mato Grosso do Sul, na área urbana e para as mulheres da etnia Terena e as atendidas por equipe mul-

tiprofissional. Embora, o início do pré-natal e o número de consultas tenham apresentado índice de adequação acima de 50%, seus percentuais ficaram abaixo do recomendado por instituições nacionais e internacionais^{5,15}.

Os achados do estudo foram superiores ao identificado no Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, cujo percentual de mulheres indígenas que iniciaram o seu pré-natal no primeiro trimestre foi apenas 33,0% e cerca de 21% delas tiveram ≥ 7 consultas¹¹. Estudo evidenciou que entre as mulheres não indígenas, o percentual de adequação de consultas foi de 73%, no conjunto do território nacional¹⁸.

Os achados evidenciaram situações de desigualdades em saúde, caracterizadas por maior adequação no início do pré-natal no primeiro trimestre, entre as indígenas com maior escolaridade e que pertenciam a etnia Terena. A maior adequação de consultas ocorreu entre as indígenas que tiveram o pré-natal atendidas por médicos e enfermeiros. Destaca-se, que as desigualdades apresentam estreita relação com as piores condições de acesso à assistência pré-natal⁹, e mostram-se frequentes em países em desenvolvimento e em mulher com menor idade e baixa escolaridade^{4,18}.

É reconhecida a importância do início do pré-natal no primeiro trimestre e do número adequado de consultas para o desenvolvimento de uma gestação saudável e segura para o binômio mãe e feto, e para a garantia do acesso a diagnóstico e intervenções em tempo oportuno para prevenir possíveis complicações na gestação^{6,10,11,15}.

A adequação do registro de resultados de exames de rotina mostrou lacunas relativas à qualidade da assistência, visto que menos de 50% das mulheres indígenas tiveram adequação dos registros de exames, o que pode indicar que os exames não foram realizados ou não foram registrados pelo profissional de saúde, na caderneta da gestante. Ressalta-se que a incompletude de registros de exames na caderneta da gestante indígena, pode trazer implicações negativas para a assistência pré-natal, sobretudo pela importância do direito à informação à mulher para orientar o cuidado adequado na gestação e para a redução da morbimortalidade materna e infantil^{11,19}.

Este índice de adequação mínima do pré-natal mostrou-se pior para as indígenas da etnia Guarani, que viviam na região Sul de Mato Grosso do Sul e que foram atendidas em UBSI, isto pode ter implicado em dificuldades de acesso aos

Tabela 4. Resultados do modelo de regressão logística ajustado sobre a adequação mínima do pré-natal entre mulheres indígenas, Mato Grosso do Sul, 2021-2022.

	Modelo ajustado		
	OR	IC95%	Valor de p
Região de moradia			
Sul	1,0		
Norte	4,7	(2,6-8,4)	<0,001
Campo Grande	1,7	(0,7-4,5)	0,250
Profissionais envolvidos na consulta pré-natal			
Uniprofissional	1,0		
Multiprofissional	3,6	(2,0-6,5)	<0,001

Notas: Resultados do modelo ajustado com as variáveis região de moradia e profissionais envolvidos na consulta pré-natal. Os termos de interação não apresentaram significância estatística (Norte* Multiprofissional p=0,072; Campo Grande* Multiprofissional p=0,126).

Fonte: Autores.

serviços laboratoriais, por dificuldades de integração do Subsistema Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) com os gestores de saúde municipais, na pactuação do quantitativo da oferta de exames do pré-natal necessários para atender a população indígena e ainda problemas de logística de transporte das gestantes indígenas das aldeias para os municípios de referência para a realização dos exames.

Quando se trata de avaliação da qualidade da atenção ao pré-natal no Brasil, há inúmeros estudos que reforçam a importância da realização de exames laboratoriais no acompanhamento da gestação e na prevenção de possíveis complicações e/ou diminuição de riscos para o binômio mãe e feto^{6,11,16}.

O quarto eixo analisado foi a prescrição de medicamentos durante a gestação (ácido fólico e sulfato ferroso), tendo alcançado elevados índices de adequação, semelhantes ao encontrado entre as gestantes não indígenas^{10,20}, e mais que o dobro do encontrado no Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas¹¹. As prescrições seguem orientações internacionais e são consideradas de suma importância no ciclo gravídico puerperal^{15,21}.

Para o indicador de adequação mínima do pré-natal, cerca de 1 (uma) a cada 4 (quatro) indígenas conseguiu atingir a adequação. As características maternas associadas ao índice foram: etnia, região de moradia e local de residência, o que sugere iniquidade em saúde caracterizadas pelo registro de piores índices de adequação entre as mulheres que moravam em aldeias e acampamentos da região Sul, onde viviam as indígenas Guarani.

Embora a classificação do índice de adequação mínima do pré-natal tenha adotado um conjunto de critérios e não variáveis individuais, os resultados do presente estudo mostram-se semelhante aos resultados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas¹¹, e de outros estudos internacionais que apontaram lacunas na assistência pré-natal oferecida às populações indígenas^{2,3}.

Ao se analisar o conjunto dos eixos, é possível verificar que a assistência prestada à mulher indígena no pré-natal se apresenta muito aquém da preconizada e necessária, evidenciando a persistência de iniquidades em saúde no atendimento a essa população, conforme amplamente descrita na literatura^{2,3,4,11}.

Destaca-se que a compreensão dos piores índices de adequação mínima do pré-natal entre as indígenas Guarani, que vivem em aldeias e

acampamentos da região Sul, deve ser subsidiada por questões relacionadas à violação dos direitos à terra, à sustentabilidade e à saúde. O povo Guarani de Mato Grosso do Sul vive em terras indígenas e em áreas de retomadas na região Sul do Estado, enfrentando situações de conflito territorial e ameaças constantes de violência contra suas vidas^{22,23}. Estes desafios reforçam a hipótese de que em aldeias da região Sul, evidenciam-se disparidades regionais, sobretudo ao olhar para o contexto de vida e organização da assistência às mulheres indígenas para a garantia de realização do pré-natal adequado¹³.

O povo Terena representa em termos quantitativos a segunda maior população indígena no estado, e estão concentrados em sua grande maioria na região Norte do estado, neste estudo concentrou cerca de três vezes mais chances de adequação do pré-natal, o que pode estar relacionado ao melhor acesso aos municípios com maior disponibilização de serviços de saúde.

Residir em área urbana se mostrou como um fator contribuinte para adequação mínima do pré-natal. Estudo realizado com mulheres indígenas no Panamá concluiu que a distância entre local de moradia e o local onde são ofertados os serviços de saúde constituem uma barreira importante para o acesso e a realização efetiva dos cuidados pré-natais, sendo constatado que, quanto maior a distância, menor o número de consultas realizadas por essas mulheres¹³. Esse cenário é reafirmado nos resultados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, em que os cuidados ofertados às gestantes indígenas no Brasil apresentaram relação com seus locais de moradia e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde¹¹.

Na análise do modelo de regressão logística ajustado, as mulheres que residiam na região Norte do MS e que foram atendidas no pré-natal por médico e enfermeiro aumentaram as chances de o pré-natal ser realizado adequadamente, o que sugere haver um quantitativo insuficiente de profissionais médicos e enfermeiros das EMSI, em especial para a assistência às mulheres em aldeias e áreas de retomada da região Sul do MS. Essa possível insuficiência pode penalizar estas mulheres que enfrentam longo tempo de espera nas UBSIs por atendimentos, pela carência de ações voltadas para atender às necessidades das gestantes nos diferentes contextos dos territórios indígenas.

Destaca-se a importância de pesquisas que investiguem o quanto às iniquidades em saúde afetam de forma contundente a saúde materna

de populações em situações de vulnerabilidade, e evidenciam a falta ou a ineficácia da assistência ofertada a elas^{1,3,10,11}.

Nesse contexto, torna-se urgente o oferecimento de uma assistência em saúde indígena mais assertiva, na qual sejam priorizadas as questões que envolvam a saúde perinatal dessas populações, principalmente nos países em desenvolvimento em que as mulheres grávidas, bebês e as crianças constituem uma grande parte das populações indígenas, e tendem a ter taxas mais elevadas de fatores de risco^{2,11,13}.

Como limitações deste estudo destacam-se o pequeno número de procedimentos analisados, somente quatro (4) eixos dessa assistência, os desafios na comunicação relacionados ao domínio da língua portuguesa, que para algumas gestantes era limitado, tornando a realização da entrevista mais demorada e sendo necessário contar com a ajuda de um tradutor. Outra limitação refere-se à entrevista ter sido realizada por enfermeiros do hospital onde a mulher teve o seu parto. Os enfermeiros foram treinados para atuar como entrevistadores devido ao contexto da COVID-19, respeitando as normas de biossegurança para mitigar a propagação da doença. Outro aspecto

limitador do estudo se refere ao Eixo 4: prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso na gestação, ter sido excluído do índice de adequação mínima do pré-natal, pelo seu baixo preenchimento, por trazer evidências de anemias em mulheres indígenas que deveriam estar recebendo essa suplementação no pré-natal. Nas ponderações do impacto final da adequação ao pré-natal, pois indica a não execução dessa importante medida.

Conclui-se, que a assistência pré-natal de mulheres indígenas de Mato Grosso do Sul evidenciou iniquidades em saúde, com baixos índices de adequação no pré-natal, reduzida cobertura de consultas e exames de rotina e piores índices entre as indígenas que residiam na região Sul do Estado e que tiveram o atendimento do pré-natal apenas por um dos profissionais (médico ou enfermeiro).

A melhoria do pré-natal nesta população envolve a necessidade de avanços na oferta de cuidado pelas equipes de atenção primária, seja no âmbito dos DSEIs e/ou nas unidades de saúde dos municípios, onde vivem mulheres indígenas, a fim de ampliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal, independente de regiões e locais de moradia das mulheres indígenas.

Colaboradores

GR Abreu colaborou com a concepção e projeto do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão, e aprovou a versão final. RP Picoli colaborou com a concepção e projeto do estudo, redação e revisão; e aprovou a versão final. JR Welch e CEA Coimbra Junior colaboraram com a concepção e projeto do estudo, a revisão e aprovou a versão final.

Financiamento

Programa Inova FIOCRUZ - edital 01/2020 de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão do Sistema e dos Serviços de Saúde.

Referências

1. Victora CG, Barros AJD, Blumenberg C, Costa JC, Vidaletti LP, Wehrmeister FC, Masquelier B, Hug L, You D. Association between ethnicity and under-5 mortality: analysis of data from demographic surveys from 36 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health* 2020; 8(3):352-361.
2. Anderson I, Robson B, Connolly M, Al-Yaman F, Bjertness E, King A, Tynan M, Madden R, Bang A, Coimbra CE Jr, Pesantes MA, Amigo H, Andronov S, Armien B, Obando DA, Axelsson P, Bhatti ZS, Bhutta ZA, Bjerregaard P, Bjertness MB, Briceno-Leon R, Broderstad AR, Bustos P, Chongsuvivatwong V, Chu J, Deji, Gouda J, Harikumar R, Htay TT, Htet AS, Izugbara C, Kamaka M, King M, Kodavanti MR, Lara M, Laxmaiah A, Lema C, Taborda AM, Liabsuetrakul T, Lobanov A, Melhus M, Meshram I, Miranda JJ, Mu TT, Nagalla B, Nimmathota A, Popov AI, Poveda AM, Ram F, Reich H, Santos RV, Sein AA, Shekhar C, Sherpa LY, Skold P, Tano S, Tanywe A, Ugwu C, Ugwu F, Vapattanawong P, Wan X, Welch JR, Yang G, Yang Z, Yap L. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet Glob Health* 2016; 388(10040):131-157.

3. Mesenburg MA, Restrepo-Mendez MC, Amigo H, Balandrán AD, Barbosa-Verdun MA, Caicedo-Velásquez B, Carvajal-Aguirre L, Coimbra CEA Jr, Ferreira LZ, Flores-Quispe MDP, Flores-Ramírez C, Gatica-Dominguez G, Huicho L, Jinesta-Campos K, Krishnadath ISK, Maia FS, Marquez-Callisaya IA, Martinez MM, Mujica OJ, Pingray V, Retamoso A, Ríos-Quituzaca P, Velásquez-Rivas J, Viáfara-López CA, Walrond S, Wehrmeister FC, Del Popolo F, Barros AJ, Victora CG. Ethnic group inequalities in coverage with reproductive, maternal and child health interventions: cross-sectional analyses of national surveys in 16 Latin American and Caribbean countries. *Lancet Glob Health* 2018; 6(8):902-913.
4. Rebouças P, Goes E, Pescarini J, Ramos D, Ichihara MY, Sena S, Veiga R, Rodrigues LC, Barreto ML, Paixão ES. Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies. *Lancet Glob Health* 2022; 10(10):1453-1462.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*. Brasília: MS; 2012.
6. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev Saude Publica* 2020; 54:8.
7. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet Glob Health* 2011; 377(9780):1863-1876.
8. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30:85-100.
9. Arsenault C, Jordan K, Lee D, Dinsa G, Manzi F, Marchant T, Kruk ME. Equity in antenatal care quality: an analysis of 91 national household surveys. *Lancet Glob Health* 2018; 6(11):1186-1195.
10. Mallmann MB, Boing AF, Tomasi YT, Anjos JC, Boing AC. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. *Epidemiol Serv Saude* 2018; 27(4):e2018022.
11. Garnelo L, Horta BL, Escobar AL, Santos RV, Cardoso AM, Welch JR, Tavares FG, Coimbra Jr. CEA. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Cad Saude Publica* 2019; 35:e00181318.
12. Voaklander B, Rowe S, Sanni O, Campbell S, Eurich R, Ospina MB. Prevalence of diabetes in pregnancy among Indigenous women in Australia, Canada, New Zealand, and the USA: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2020; 8(5):681-698.
13. Acevedo P, Martinez S, Pinzón L, Sanchez-Monin E, Invernós S. Distance as a barrier to obstetric care among indigenous women in Panama: a cross-sectional study. *BMJ* 2020; 10(3):e034763.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2022 Indígenas Primeiros resultados do universo: 2023*. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
15. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez* [Internet]. 2016 [acessado 2023 ago 26]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/who-rhr-16-12-por.pdf>.
16. Silva EP, Leite AFB, Lima RT, Osório MM. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. *Rev Saude Publica* 2019; 53:43.
17. Bussab BW, Morettin P. *Estatística Básica*. São Paulo: Saraiva Uni; 2013.
18. Domingues RMSD, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, Leal MC. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2015; 37(3):140-147.
19. Gonzalez TN, Cesar JA. Acquisition and completion of pregnant woman's medical booklet in four population-based surveys. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2019; 19(2):375-382.
20. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, Duro SMS, Saes MO, Nunes BP, Fassa AG, Facchini LA. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saude Publica* 2017; 33(3):e00195815.
21. Matos LV, Ferreira AM, Miranda E A, Santos GR, Inacio GP, Bento GAP, Lino ICB, Fiorese JV, Morato JB, Costa LG, Japiassu LG, Melo Neto PQ, Lima RCA, Souza TP, Gonçalves TS, Pires VB, Dutra VG. A suplementação de sulfato ferroso durante a anemia ferropriva na gravidez. *Braz J Develop* 2021; 7(9):97739-97746.
22. Pereira LM. *Imagens kaiowá do sistema social e seu entorno* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
23. Chamorro G, Combés I. *Povos indígenas em Mato Grosso do Sul: história, cultura e transformações sociais*. Dourados: UFGD; 2015.

Artigo apresentado em 15/09/2023

Aprovado em 29/02/2024

Versão final apresentada em 23/05/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva