

Partos em aldeias indígenas no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2015- 2023

Gerson Luiz Marinho ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2430-3896>

Andreza Pereira Rodrigues ²

 <https://orcid.org/0000-0002-1873-5828>

Felipe Guimarães Tavares ³

 <https://orcid.org/0000-0002-8308-6203>

^{1,2} Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275. Cidade Nova. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 21.211-110.
E-mail: gersonmarinho@gmail.com

³ Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil.

Resumo

Objetivos: analisar a ocorrência de partos realizados em aldeias indígenas segundo características maternas e do recém-nascido registradas ao longo do período 2015-2023.

Métodos: estudo descritivo e ecológico, realizado com base em dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Foram selecionados municípios com pelo menos um registro de parto realizado em aldeia indígena no período estudado. As associações entre local do parto e desfechos desfavoráveis foram estimadas por razões de prevalência (RP) com modelos de regressão de Poisson robusta.

Resultados: foram registrados 19.854 partos de mulheres indígenas realizados em aldeias indígenas. Em comparação às mães não indígenas, aquelas que pariram em aldeias apresentaram maior probabilidade de não realizar nenhuma consulta de pré-natal (RP=7,02; IC95% = 6,80-7,24), de parto prematuro (<37 semanas) (RP=1,70; IC95% = 1,65-1,75) e de baixo peso ao nascer (<2.500g) (RP=1,81; IC95% = 1,75-1,88).

Conclusões: os achados evidenciam a magnitude das iniquidades em saúde que atingem povos indígenas, destacando a necessidade de políticas específicas para a qualificação da atenção pré-natal e ao parto. A inclusão da categoria “aldeia indígena” no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos abre novas possibilidades de monitoramento e planejamento em saúde indígena.

Palavras-chave Sistemas de informação em saúde; Desigualdades em saúde; Qualidade da assistência à saúde; Saúde de populações indígenas



Introdução

No Brasil, indicadores de saúde materno infantil derivados dos sistemas de informações vêm sendo descritos com base em tendências crescentes dos aspectos positivos e decrescentes de negativos (p. ex.: cobertura de pré-natal e mortalidade infantil, respectivamente).^{1,2} Ao longo do tempo, comparações das condições de saúde de mães e crianças de distintos grupos populacionais residentes em diferentes regiões do país, destacaram inúmeras situações de iniquidades em saúde, moduladas, sobretudo, por condições socioeconômicas.^{3,4}

Com a inclusão da variável “cor ou raça” no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, em meados da década de 1990, as condições de saúde materno infantil em contexto com as desigualdades socioeconômicas passaram a ser analisadas sob o ponto de vista do pertencimento étnico-racial.⁴⁻⁸ Ao longo dos últimos anos, o enfrentamento das iniquidades raciais é aspecto frequente na retórica das políticas públicas de saúde, o que tem colaborado para progressiva redução dos indicadores negativos, sobretudo entre mães e crianças pretas e pardas.^{5,8} Não obstante, por razões metodológicas, os resultados comumente não incluem categorias como indígenas e amarelos.^{4,8}

Quando incluídas nas análises nacionalmente representativas, mães e crianças indígenas apresentam indicadores de saúde que evidenciam, sistematicamente, as mais expressivas situações de iniquidades.^{9,10} Comparativamente, crianças indígenas detêm as mais elevadas taxas de morbimortalidade, incluindo internações por causas sensíveis aos serviços de cuidados primários e óbitos no período pós-neonatal.⁹

O *Inquérito de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas*, realizado em 2010, evidenciou mudanças no perfil de saúde, com aumento de sobre peso e hipertensão entre mulheres e elevada frequência de agravos como pneumonias e diarreia em crianças.¹¹ Apesar da alta cobertura de pré-natal, apenas cerca de um terço das gestantes indígenas iniciou o acompanhamento no primeiro trimestre e os demais indicadores de qualidade estavam aquém das recomendações.^{10,11}

Nos últimos anos, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos passou a incorporar a categoria “aldeia indígena” na variável “local de nascimento”, o que possibilita, ineditamente, a análise de nascimentos ocorridos nesse contexto. A despeito da importância do tema, são escassos os estudos que abordam as condições de partos realizados em aldeias, seus determinantes e possíveis desfechos.¹⁰ A análise deste fenômeno é fundamental para compreender as barreiras geográficas, culturais e institucionais que influenciam o acesso e a qualidade da atenção ao parto entre os povos indígenas,

bem como para subsidiar políticas públicas culturalmente adequadas e territorialmente sensíveis às realidades desses povos.

O objetivo deste estudo é analisar a ocorrência de partos realizados em aldeias indígenas segundo características maternas e do recém-nascido registradas ao longo do período 2015 a 2023.

Métodos

Estudo descritivo, transversal, realizado com base em dados de natureza secundária, oriundos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Foram recuperados os microdados no portal de transferências de arquivos dos Sistemas de Informação em Saúde.¹² Neste repositório, as bases do Sinasc estão disponíveis para *download* em arquivos eletrônicos no formato *.dbc*, disponibilizadas segundo ano de nascimento. Para a realização das análises, recuperamos nove arquivos eletrônicos, correspondendo ao período de 2015 a 2023.

No Sinasc, o “local de nascimento” (e parto) é indicado pelas seguintes categorias: (a) Hospital, (b) Outros estabelecimentos de saúde, (c) Domicílio, (d) Outros e (e) Aldeia Indígena. A partir da tabulação com as categorias de cor ou raça das mães (branca, preta, amarela, parda e indígena) derivou-se nova variável, estratificando a população de mães em quatro grupos: (a) Mães indígenas que tiveram parto em aldeia; (b) Mães Indígenas cujo parto aconteceu no domicílio; (c) Mães indígenas cujo parto aconteceu em outros locais (hospitais, outros estabelecimentos de saúde etc.) e (d) Mães não indígenas (categorias de cor ou raça agrupadas, exceto indígena).

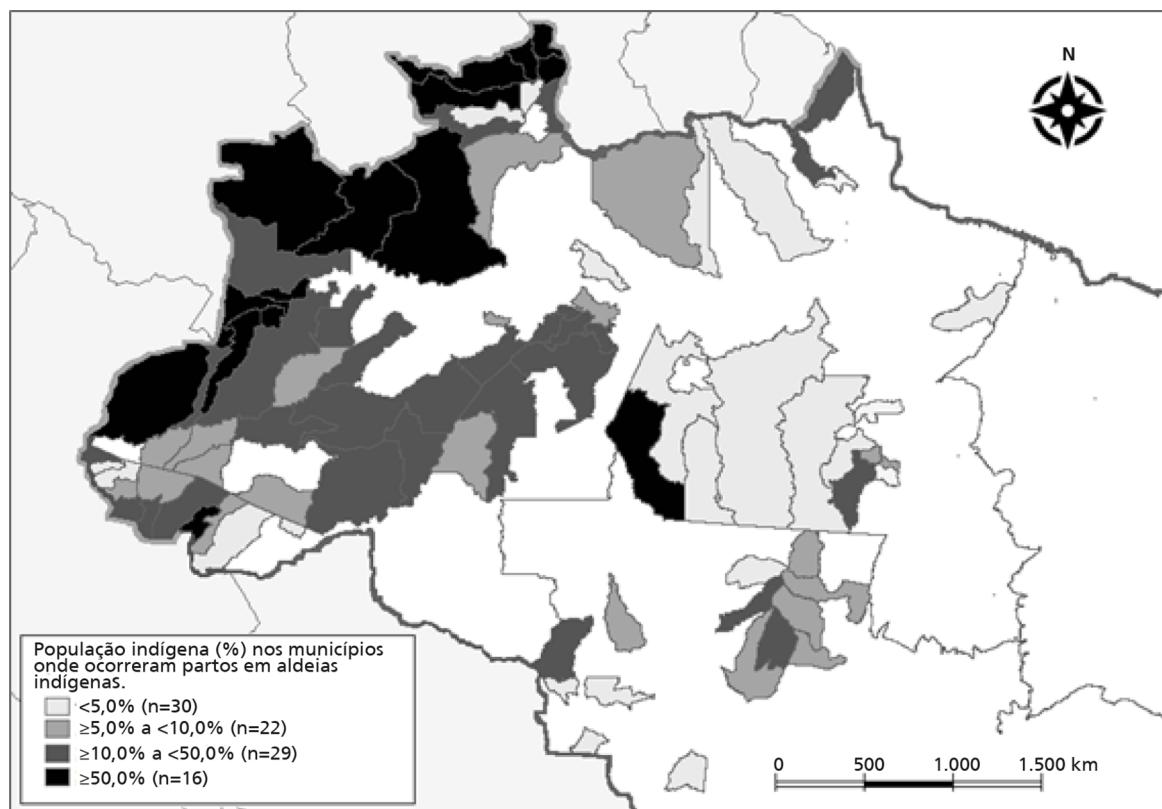
Para compatibilizar as comparações com partos de mães não indígenas, as análises incluíram somente municípios nos quais se registrou, pelo menos, um parto em aldeia indígena entre os anos 2015 e 2023 (N=97). Dados oriundos do Censo Demográfico 2022 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram utilizados para calcular proporções da população indígena residente nos municípios selecionados (Figura 1).

Características sociodemográficas das mães (indígenas e não indígenas) foram analisadas com os seguintes destaques: mães com idades abaixo de 20 anos e que nunca frequentaram escola (nenhum ano de escolarização). As gestações foram classificadas quanto à realização de consultas pré-natal e os recém-nascidos quanto ao peso ao nascer (sendo classificados com baixo peso, aqueles com peso inferior a 2.500 gramas) e prematuridade (duração da gestação <37 semanas).

Foram excluídos os casos sem informação sobre o local do parto e cor ou raça das mães (ausente ou ignorada). As comparações entre indígenas e não indígenas foram realizadas por tabelas de contingência e teste do qui-quadrado ($p<0,05$).

Figura 1

População indígena (%) nos municípios com registro de, pelo menos, um parto em aldeia indígena. Brasil, 2015-2023.



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Censo Demográfico 2022 (IBGE).

As associações entre o local do parto e os desfechos maternos e neonatais foram estimadas por meio de razões de prevalência (RP) e IC95%, obtidas em modelos de regressão de Poisson com variância robusta, tendo como referência mães não indígenas. A escolha da regressão de Poisson com variância robusta justifica-se pela elevada frequência dos desfechos analisados.¹³ As análises foram conduzidas no SPSS v.23 (IBM®).

Por ter sido desenvolvida com dados de natureza secundária e de domínio público, não houve necessidade de apreciação ética, conforme Resolução CNS nº 510/2016.

Resultados

Nos 97 municípios selecionados registraram-se um total de 915.506 nascidos vivos entre os anos de 2015 e 2023. Desses, 19.854 (2,2%) eram filhos de mães indígenas cujos partos ocorreram em aldeias indígenas e 92.595 (10,0%) eram filhos de mães indígenas cujos partos ocorreram nos demais locais. Assim, os partos de mães indígenas representaram 12,3% do total de nascimentos nos municípios analisados, enquanto os demais corresponderam aos partos de mães não indígenas.

Não houve registros “ignorados” para a variável cor/raça entre as mães que pariram em aldeias indígenas.

De acordo com o Censo 2022, os 97 municípios analisados concentravam aproximadamente, 31,0% da população indígena do Brasil. A maior parte deles localizava-se na região Norte (n=78) e em cerca da metade deles, (N=45) a população indígena representava mais de 10% do total de habitantes (Figura 1). Em 16 municípios foi registrado apenas um caso de nascido vivo em aldeia cuja mãe era indígena no período do estudo, enquanto no município de Alto Alegre (Roraima) foram registrados 3.723 nascimentos (média anual de 414). Mais da metade de todos os partos em aldeias indígenas (10.212; 51,4%) concentrou-se em apenas seis municípios.

Entre 2015 e 2023, a proporção de partos em aldeias indígenas manteve-se estável, variando de 1,8% (2017) a 2,5% (2018), com média de 2,2% no período. Já os partos de mães indígenas em domicílio aumentaram de 1,7% para 2,5%, e em outros locais (fora de aldeias, hospitais ou outros estabelecimentos de saúde) praticamente dobraram (5,9% para 10,2%). Como consequência, a participação total de partos indígenas cresceu de 10,0% em 2015 para 14,7% em 2023, enquanto a de mães não indígenas caiu de 90,0% para 85,3% no mesmo período (Tabela 1).

Tabela 1

Partos de mães de cor ou raça indígena e não indígena segundo anos de ocorrência. Brasil, 2015-2023.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Nascidos vivos (N)	103.036	99.438	101.652	104.895	104.917	101.837	104.748	98.978	96.005	915.506
Mães indígenas (Aldeia)	2,4	2,1	1,8	2,5	2,2	2,2	2,3	2,0	2,0	2,2
Mães indígenas (Domicílio)	1,7	2,6	3,1	2,5	2,6	2,6	2,4	2,2	2,5	2,5
Mães indígenas (outros locais)	5,9	6,6	6,6	7,1	7,4	7,4	8,6	9,3	10,2	7,6
Mães não indígenas	90,0	88,7	88,6	88,0	87,7	87,8	86,7	86,5	85,3	87,7

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Mais da metade dos partos de mães indígenas (55,3%) ocorreu em municípios com alta concentração populacional indígena (>50%), enquanto entre mães não indígenas esse percentual foi de apenas 3,3%. As desigualdades foram marcantes em aspectos sociodemográficos e de assistência à saúde. Entre as indígenas que pariram em aldeia, 46,8% nunca frequentaram a escola e apenas 12,8% tinham 8 anos ou mais de estudo, contrastando com 79,1% entre não indígenas. No pré-natal, 19,4% das indígenas em aldeia

não realizaram consultas e apenas 9,3% alcançaram sete ou mais consultas, em comparação a 54,2% das mães não indígenas. Quanto ao início do acompanhamento, só 31,9% das indígenas em aldeia começaram no 1º trimestre, frente a 64,5% das não indígenas. Esses contrastes repercutiram nos desfechos perinatais: a prematuridade foi de 19,3% entre indígenas em aldeia (vs. 11,2% nas não indígenas) e o baixo peso ao nascer alcançou 14,1% (vs. 7,8%) (Tabela 2).

Tabela 2

Características sociodemográficas, assistência ao pré-natal e parto de mães indígenas e não indígenas segundo local do parto, Brasil, 2015-2023.

	Mães indígenas			Mães não indígenas	Total	p*
	(Aldeia)	(Domicílio)	(Outros locais)	N = 803.057	N = 915.506	
Pop. indígena no município (%)						
Até 5% [n = 30]	7,7	2,5	14,4	73,9	66,1	0,0000
De 5 a 10% [n = 22]	9,1	6,5	7,8	11,2	10,7	
De 10% a 50% [n = 29]	25,1	21,3	28,0	11,7	13,4	
Maior 50% [n = 16]	58,2	69,7	49,8	3,3	9,7	
Idade (anos)						
< 20	31,4	25,4	30,0	21,8	22,7	0,0000
20 e mais	68,6	74,6	70,0	78,2	77,3	
Escolaridade						
Nenhuma	46,8	13,5	7,8	0,9	2,8	0,0000
1 a 7 anos	26,7	40,7	32,9	19,0	20,8	
8 anos e mais	12,8	43,0	57,4	79,1	75,1	
Ignorada	13,7	2,8	2,0	1,0	1,4	
Consultas de pré-natal						
Nenhuma	19,4	4,8	4,5	2,7	3,3	0,0000
De 1 a 3	34,5	26,4	17,8	11,6	12,9	
De 4 a 6	36,7	46,8	39,3	30,9	32,1	
7 e mais	9,3	21,8	37,9	54,2	51,2	
Ignorada	0,1	0,2	0,4	0,6	0,5	
Início do pré-natal						
1º trimestre	31,9	45,1	53,4	64,5	62,5	0,0000
2º trimestre	34,2	39,5	32,4	24,8	25,9	
3º trimestre	9,7	8,3	6,6	3,9	4,3	
Ignorada	24,2	7,1	7,6	6,8	7,3	
Prematuridade						
Sim	19,3	18,8	13,4	11,2	11,8	0,0000
Não	80,6	79,5	85,2	87,7	87,1	
Ignorada	0,1	1,8	1,4	1,1	1,1	
Baixo peso ao nascer						
Sim	14,1	7,7	7,7	7,8	7,9	0,0000
Não	85,8	85,2	91,4	92,1	91,7	
Ignorado	0,1	7,2	0,9	0,1	0,4	

* Teste Qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

As análises ajustadas confirmaram associações significativas entre o local do parto e desfechos desfavoráveis. As mães indígenas que pariram em aldeias apresentaram sete vezes mais chance de não realizar pré-natal ($RP=7,02$; $IC95\% = 6,80-7,24$), além de maior risco de prematuridade ($RP=1,70$; $IC95\% = 1,65-1,75$) e de baixo peso ao nascer ($RP=1,81$; $IC95\% = 1,75-1,88$), em comparação às mães não indígenas. Também houve diferenças, em menor magnitude, entre indígenas com parto domiciliar (ausência de pré-natal $RP=1,72$; prematuridade $RP=1,68$) e em outros locais (ausência de pré-natal $RP=1,65$; prematuridade $RP=1,20$) (Tabela 3).

Discussão

Os achados deste estudo, com base no Sinasc, mostram que partos de mulheres indígenas ocorridos em aldeias se associam a maiores razões de prevalência de ausência de pré-natal ($RP=7,02$), prematuridade ($RP=1,70$) e baixo peso ao nascer ($RP=1,81$), em comparação às mães não indígenas. Esses efeitos foram mais intensos para o parto em aldeia do que para partos domiciliares ou em outros locais, sugerindo que o local do parto em aldeia atua como marcador de desigualdade na atenção materno-infantil. Além das desigualdades no acesso, os achados indicam um desalinhamento entre o modelo assistencial vigente e os modos de vida dos povos indígenas, o que exige abordagens culturalmente sensíveis e adequadas aos territórios.¹⁴

Estima-se que, anualmente, cerca de dois mil partos ocorram em aldeias indígenas no Brasil, representando

uma fração significativa dos nascimentos de filhos de mães indígenas. Tais eventos podem expressar simultaneamente marcadores culturais e um indicador de barreiras de acesso aos serviços de saúde, situação que precisa ser considerada na formulação de políticas públicas.¹⁴ Este estudo revela que esses partos apresentam maior prevalência de desfechos negativos em relação aos de mães não indígenas, sobretudo entre aquelas com menos de sete consultas de pré-natal ou cujos filhos nasceram com baixo peso.

Esses resultados dialogam com a literatura nacional sobre iniquidades em saúde, que associa piores indicadores a desvantagens socioeconômicas e raciais, incluindo barreiras de acesso e qualidade do cuidado pré-natal.^{1-4,15} Em populações indígenas, inquéritos e análises nacionais apontam início tardio do pré-natal, baixa realização de procedimentos recomendados e perfis epidemiológicos em transição, com coexistência de agravos infeciosos e condições crônicas.^{10,11} Tais determinantes ajudam a explicar a maior frequência de prematuridade e baixo peso observada entre os nascidos em aldeias.

Quanto à qualidade da informação, observou-se melhora geral na completude das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) ao longo do período, consistente com estudos prévios sobre o Sinasc.^{16,17} No entanto, ao observar as características referentes às mulheres indígenas que tiveram seus filhos em aldeia, nota-se que o percentual de registros ignorados aumentou consideravelmente ao longo do tempo.

Se, por um lado, para o total de mulheres indígenas (partos em aldeia e outros locais), os percentuais de respostas ignoradas foram duas ou três vezes mais

Tabela 3

Prevalência (%) e Razões de Prevalência (RP) de desfechos materno infantis segundo locais de parto (mães indígenas e não indígenas), Brasil, 2015-2023.

Desfechos	%	RP*	IC95%	p
Sem consulta de pré natal				
Mães Indígenas (Aldeia)	19,4	7,02	6,80-7,24	0,000
Mães Indígenas (Parto Domiciliar)	4,8	1,72	1,63-1,83	0,000
Mães Indígenas (Outros Locais)	4,5	1,65	1,59-1,71	0,000
Mães não indígenas	2,8	1,00		
Prematuridade				
Mães Indígenas (Aldeia)	19,3	1,70	1,65-1,75	0,000
Mães Indígenas (Parto Domiciliar)	19,1	1,68	1,64-1,73	0,000
Mães Indígenas (Outros Locais)	3,6	1,20	1,17-1,22	0,000
Mães não indígenas	11,4	1,00		
Baixo peso ao nascer				
Mães Indígenas (Aldeia)	14,1	1,81	1,75-1,88	0,000
Mães Indígenas (Parto Domiciliar)	8,2	1,06	1,01-1,11	0,017
Mães Indígenas (Outros Locais)	7,8	0,99	0,97-1,02	0,750
Mães não indígenas	7,8	1,00		

* RP = Razões de Prevalência estimadas por regressão de Poisson com variância robusta.

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

elevados em comparação às mulheres não indígenas, por outro, as frequências de características não notificadas das indígenas que pariram em aldeia foram quatro ou cinco vezes mais elevadas do que as de mulheres não indígenas. Essas lacunas limitam a análise de gradientes sociais finos e exigem investimentos contínuos em qualificação do registro. A padronização das instruções para preenchimento da categoria “aldeia indígena” é essencial para ampliar a utilidade da variável como instrumento de vigilância e monitoramento da equidade.^{10,16}

A distribuição marcadamente concentrada na Região Norte (>95% dos partos em aldeias) reforça o papel de desigualdades regionais já documentadas: mulheres do Norte apresentam probabilidade substancialmente maior de pré-natal inadequado quando comparadas às das regiões Sul/Sudeste.¹⁸ Essas desigualdades regionais são ainda mais pronunciadas entre as mulheres indígenas residentes em terras indígenas, com destaque para condições menos favoráveis na região Norte.

O Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (2008–2009) constatou que, embora 90% das gestantes indígenas tenham realizado pelo menos uma consulta de pré-natal, apenas cerca de 30% iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre, com grandes lacunas na realização de exames e vacinação, especialmente nas regiões Norte e Centro-Oeste.^{10,11}

No plano dos desfechos neonatais, os achados são coerentes com a evidência de tendência recente de declínio da prematuridade no Brasil, mas com maiores prevalências entre mulheres sem escolaridade e indígenas.¹⁹ O baixo peso ao nascer também é mais frequente em crianças indígenas e se associa, de forma recorrente, à prematuridade, à baixa escolaridade materna e aos extremos de idade. Estudos em contextos específicos, como o da população Guarani no Sul do Brasil, evidenciam a contribuição de fatores estruturais como habitação precária e desnutrição materna para a ocorrência desse desfecho.^{20,21}

Este estudo possui limitações inerentes ao delineamento seccional e ao uso de dados secundários, especialmente no que se refere à impossibilidade de estabelecer relações causais entre as variáveis analisadas e à presença de possíveis vieses decorrentes da cobertura e qualidade da informação registrada. Ressalta-se a subnotificação de partos em aldeias, dado que o Sinasc não discrimina se partos domiciliares ocorreram dentro de aldeias, o que pode subestimar a magnitude real desses eventos; estimativas exploratórias sugerem que a proporção de partos em aldeias poderia chegar a aproximadamente 37,7% sob determinado cenário de classificação.

A ausência de diretrizes específicas e claras para o preenchimento da categoria “aldeia indígena” na DNV contribui para inconsistências e limita o uso da variável

como instrumento de vigilância qualificado.^{22,23} Ainda, o período do estudo abrange a pandemia de COVID-19 (2020–2021), o que pode ter afetado o acesso ao pré-natal, os itinerários assistenciais e o local do parto. Como não houve estratificação por subperíodos, não é possível isolar o efeito deste evento nas estimativas apresentadas.

Um outro aspecto a ser destacado foi a sistemática ausência de variações espaciais das ocorrências de partos em aldeias indígenas. Ou seja, ao longo do período estudado, os eventos ocorreram nos mesmos municípios e não foram identificados registros em localidades onde a população indígena tem presença expressiva, como em porções da região Centro-Oeste.²⁴ Esse padrão pode indicar tanto ausência de partos efetivamente realizados em aldeia nessas regiões quanto falhas no registro adequado do local de ocorrência. Esses achados dialogam com estudos recentes que evidenciam desigualdades persistentes na saúde materno-infantil entre povos indígenas na América Latina, inclusive em contextos com subsistemas específicos de atenção à saúde.²⁵

A inclusão da categoria “aldeia indígena” na variável que registra o local do parto representa uma estratégia positiva, pois permite análises inéditas sobre as condições específicas da atenção ao parto e nascimento de mulheres indígenas em seus territórios. Dentre as possibilidades, informações sociodemográficas de residentes em terras indígenas podem se sobrepor aos dados do Sinasc, além de associações com registros dos serviços de saúde, sobretudo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Em conclusão, os achados deste estudo evidenciam a persistência de iniquidades nos desfechos materno-infantis entre mulheres indígenas que pariram em aldeias, apontando para barreiras estruturais e institucionais de acesso, além de limitações na oferta de cuidado qualificado. Recomenda-se: o aprimoramento da atenção ao pré-natal e ao parto para mulheres indígenas, com ênfase naquelas que vivem em aldeias, respeitando especificidades socioculturais, regionais e territoriais; a revisão e padronização das orientações para preenchimento do campo “aldeia indígena” na DNV; e a articulação dos dados do Sinasc com o Siasi, de forma a ampliar a vigilância e subsidiar o planejamento de políticas públicas orientadas à equidade. A sensibilização de profissionais e gestores para o correto preenchimento dessas variáveis é fundamental para garantir que as informações coletadas reflitam a realidade vivida nos territórios indígenas e contribuam para o fortalecimento da saúde materna e infantil nesses contextos.

Contribuição dos autores

Marinho GL: conceituação, administração do projeto, curadoria dos dados, método, análise formal, investigação,

escrita e revisão do manuscrito. Rodrigues AP e Tavares FG: colaboração na análise formal, investigação, escrita e revisão do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Disponibilidade de Dados

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Referências

1. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377: 1863-76.
2. Vanderlei LCM, Frias PG. Avanços e desafios na saúde materna e infantil no Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2015; 15(2): 157-8.
3. Rebouças P, Goes E, Pescarini J, Ramos D, Ichihara MY, Sena S, *et al*. Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies. *Lancet Global Health*. 2022; 10 (10): e1453-62.
4. Santos LKR, Oliveira F, Bastos JL. Iniquidades na assistência pré-natal no Brasil: uma análise interseccional. *Physis: Rev Saúde Colet*. 2024; 34: e34004.
5. Almeida AHV, Gama SGN, Costa MCO, Viellas EF, Martinelli KG, Leal MC. Economic and racial inequalities in the prenatal care of pregnant teenagers in Brazil, 2011-2012. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2019; 19 (1): 43-52.
6. Caldas ADR, Santos RV, Cardoso AM. Iniquidades étnico-raciais na mortalidade infantil: implicações de mudanças do registro de cor/raça nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. *Cad Saude Pública*. 2022; 38 (4): e00101721.
7. Santana BEF, Andrade ACS, Muraro AP. Tendência da incompletude das variáveis escolaridade e raça/cor da pele da mãe no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Brasil, 2012-2020. *Epidemiol Serv Saúde*. 2023; 32: e2022725.
8. Lessa MSA, Nascimento ER, Coelho EAC, Soares IJ, Rodrigues QP, Santos CAST, *et al*. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. *Ciênc Saúde Colet*. 2022; 27(10): 3881-90.
9. Marinho GL, Borges GM, Paz EPA, Santos RV. Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2019; 2 (1): 57-63.
10. Garnelo L, Horta BL, Escobar AL, Santos RV, Cardoso AM, Welch JR, *et al*. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35 (Supl. 3): e00181318.
11. Coimbra CEA, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, *et al*. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*. 2013; 13 (1): 52.
12. Ministério da Saúde (BR). Datasus – Transferência de Arquivos [Internet]. Brasília (DF); [acesso em 2025 Set 22]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/#>
13. Amorim LDAF, Oliveira NF, Fiaccone RL. Modelos de Regressão em Epidemiologia. In: Almeida-Filho N, Barreto ML (Org.) *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 252.
14. Garnelo, L, Parente, RCP, Puchiarelli, MLR. *et al*. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health*. 2020; 19: 54.
15. 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 Saúde*. 2018; 27: e2018022.
16. Pedraza DF. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17: 2729-37.
17. Henriques LB, Alves EB, Vieira FMSB, Cardoso BB, D'Angeles ACR, Cruz OG, *et al*. Acurácia da determinação da idade gestacional no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): um estudo de base populacional. *Cad Saude Pública*. 2019; 35: e00098918.
18. Wehrmeister FC, Costa JC, Silva LES, Lima NP, Costa FS, Barros AJD. Avaliação das desigualdades na saúde de mulheres e crianças: por quê, como e para quem? Análises do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2025; 28: e250029.
19. Martinelli KG, Dias BAS, Leal ML, Belotti L, Garcia ÉM, Santos Neto ET. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Rev Bras Estud Popul*. 2021; 38: e0173.

20. Barreto CTG, Tavares FG, Theme-Filha M, Cardoso AM. Factors Associated with Low Birth Weight in Indigenous Populations: a systematic review of the world literature. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2019; 19 (1): 7-23.
21. Barreto CTG, Tavares FG, Theme-Filha M, et al. Low birthweight, prematurity, and intrauterine growth restriction: results from the baseline data of the first indigenous birth cohort in Brazil (Guarani Birth Cohort). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020; 20: 748.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Declaração de Nascido Vivo: manual de instruções para preenchimento. 4^a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. [acesso em 2024 Out 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_nascido_vivo_manual_4ed.pdf
23. Santana BEF, Andrade ACS, Muraro AP. Tendência da incompletude das variáveis escolaridade e raça/cor da pele da mãe no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Brasil, 2012-2020. *Epidemiol Serv Saúde.* 2023; 32: e2022725.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: Indígenas — Primeiros Resultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2023. [acesso em 2025 Set 23]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73103>
25. Ferreira GAT, Cherchiglia ML, Valk M, Pilecco FB. Mortality trends among Indigenous women of reproductive age in Brazil: a time series analysis. *Lancet Reg Health Am.* 2025; 48: 101183.

Recebido em 24 de Janeiro de 2024

Versão final apresentada em 24 de Setembro de 2025

Aprovado em 25 de Setembro de 2025

Editor Associado: Tatiana Eleuterio