



## **ANÁLISE DO PRÉ-NATAL DE GESTANTES INDÍGENAS NO CONTEXTO URBANO DO MATO GROSSO DO SUL: UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA**

Heloá Silva Stefanello<sup>1</sup>, Júlia D'Elaqua Mota<sup>1</sup>, Laisla Miranda<sup>1</sup>, Mariana Tezani Flores<sup>1</sup>, Sálua Silva Chastel Inacio<sup>1</sup>, Tainá de Oliveira Silva Maier Waltz<sup>1</sup>, Renata Palópoli Pícoli<sup>1</sup>, Socorro Andrade de Lima Pompilio<sup>1</sup>



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n11p210-228>

Artigo recebido em 25 de Setembro e publicado em 5 de Novembro de 2025

### ARTIGO ORIGINAL DE PESQUISA

#### **RESUMO**

Este estudo tem como objetivo analisar a correlação entre a adesão ao pré-natal e as práticas recomendadas na assistência às gestantes indígenas residentes na área urbana de municípios, Mato Grosso do Sul, com base em dados secundários da pesquisa "Avaliação da cobertura e qualidade da atenção ao pré-natal e parto ofertada às mulheres indígenas na rede de atenção à saúde de Mato Grosso do Sul". As indígenas representam um grupo em situação de vulnerabilidade na saúde materna e infantil, com possíveis impactos negativos para o binômio mãe-filho. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, com amostra de 65 mulheres indígenas residentes em área urbana e seus dados relativos às consultas e exames realizados no pré-natal durante o período de 21 de novembro de 2021 a 24 de agosto de 2022. Para análise foi utilizado o programa estatístico SPSS, versão 23.0. Entre as 65 mulheres indígenas urbanizadas que participaram do estudo 58,5% realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, a maior parte delas era da etnia terena (66,2%), seguida da etnia Kaiowá ou Guarani (29,2%) e Kadiwéu (4,6%).

**Palavras-chave:** Assistência pré-natal. Saúde de populações indígenas. Saúde da mulher.



## ANALYSIS OF PRENATAL CARE FOR INDIGENOUS PREGNANT WOMEN IN THE URBAN CONTEXT OF MATO GROSSO DO SUL: A QUANTITATIVE APPROACH

### ABSTRACT

This study aims to analyze the correlation between adherence to prenatal care and recommended practices in the care of indigenous pregnant women in the state of Mato Grosso do Sul, based on secondary data from the research "Assessment of coverage and quality of prenatal care birth and childbirth offered to indigenous women in the health care network of Mato Grosso do Sul". Indigenous women represent a vulnerable group in maternal and child health, with possible negative impacts on the mother-child binomial. This is a descriptive study with a quantitative approach, with a sample of 65 indigenous women and their data relating to consultations and exams carried out during prenatal care. The SPSS statistical program, version 23.0, was used for analysis. Among the 65 urban indigenous women analyzed, 58.5% had seven or more prenatal consultations, most of them were from the Terena ethnic group (66.2%), followed by the Kaiowá or Guarani ethnic group (29.2%) and Kadiwéu (4.6%).

**Keywords:** Prenatal care. Health of indigenous peoples. Women 's health.

Instituição afiliada – <sup>1</sup>UNIVERSIDADE ANHANGUERA - UNIDERP

Autor correspondente: Júlia D'Elaqua Mota [julia.delaqua@hotmail.com](mailto:julia.delaqua@hotmail.com)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



## INTRODUÇÃO

Entende-se como pré-natal o conjunto de cuidados destinados ao binômio mãe-feto, com o fito de oferecer o desenvolvimento saudável da gestação e uma boa evolução do parto. Nesse ínterim, o Ministério da Saúde afirma “O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas” (Brasil, 2022, p.33).

A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção adequada das situações de risco, bem como uma referência hospitalar oportuna, além da qualificação da assistência ao parto são indicadores de saúde relacionados ao binômio mãe-feto, que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (Brasil, 2012). Nesse viés, a qualidade do pré-natal é reflexo da assistência prestada pelo serviço de saúde, que por sua vez colabora para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal, no Brasil, que registrou 2039 óbitos maternos em 2020, sendo a razão de mortalidade materna de 71,9 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (Brasil, 2022).

Realizando um recorte temático baseado na etnia, para a população indígena, a qual é permeada por iniquidades em saúde e preconceitos históricos, o pré-natal proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil enfrenta dificuldades para reduzir a elevada razão de mortalidade materna (RMM). Na pesquisa realizada pelo Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, ao retirar dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) referentes ao ano de 2014-2016 foram observados altos valores de RMM, 112,8 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos (Garnelo *et al.*, 2019).

No que se refere à assistência à saúde dos povos originários, foi instituído em 1999 o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), - o qual tem como competência estabelecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e também promover atenção nos diferentes níveis de saúde, em terras

indígenas respeitando a diversidade cultural (Mendes *et al.*, 2018). Ao se rever a literatura, não foram encontradas diretrizes e condutas que amparam a execução do pré-natal específico conforme às necessidades dessa população em âmbito urbano, o que acarreta na aplicação das normas técnicas responsáveis pelo pré-natal das mulheres do Brasil em geral, sem atender às diferenças étnicas (Garnelo *et al.*, 2019).

Assim, o SASI-SUS, presta serviços de atenção primária e porta a missão de proteger, promover e recuperar a saúde desses povos, levando em conta suas especificidades socioculturais. No entanto, esse sistema não inclui as aldeias localizadas no perímetro urbano, logo, essa população é atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tal como a população não indígena e, por isso, não recebe assistência diferenciada à saúde (Brasil, 2019).

Ademais, de forma geral, as mulheres indígenas compõem um grupo particularmente vulnerável à prevalência de patologias e carências nutricionais em virtude das variações fisiológicas e hormonais que ocorrem ao longo das diferentes fases do seu ciclo de vida, esses processos biológicos são frequentemente exacerbados por determinantes sociais e econômicos, como a limitada acessibilidade a serviços de saúde especializados, as condições precárias de saneamento básico e a insegurança alimentar (Brasil, 2009; Paes *et al.*, 2008). Nesse contexto, pautas relacionadas às mulheres indígenas urbanizadas envolvem uma crítica à atuação do estado e solicitam uma reformulação das políticas do SUS, adequando os atendimentos à diversidade cultural.

Tendo isso em vista, é notório que a presença indígena no contexto urbano brasileiro ainda se demonstra um desafio, uma vez que as disparidades sociais afetam não somente sua inserção social, como também a seguridade do respeito e autonomia de sua identidade étnica (Picoli; Gazola; Lemos, 2017).

Dessa maneira, em relação à adesão ao pré-natal busca-se fazer um recorte étnico/racial, com enfoque na população indígena residente nas aldeias urbanas do Mato Grosso do Sul, uma vez que, segundo os dados do censo demográfico (IBGE, 2022), o estado possui a terceira maior população indígena autodeclarada do país, 116.346 pessoas, os quais representam 4,22% da população sul mato grossense, um

crescimento de 51,04% quando comparado ao censo realizado em 2010, 77.025 pessoas.

Diante disso, o presente estudo visa analisar a relação entre a adesão do pré-natal das gestantes indígenas que residem em áreas urbanas de municípios do Mato Grosso do Sul e as práticas recomendadas na assistência ao pré-natal, a partir dos dados coletados na pesquisa “ Avaliação da cobertura e qualidade da atenção ao pré-natal e parto ofertada às mulheres indígenas na rede de atenção à saúde de Mato Grosso do Sul” , analisando as informações retiradas da Caderneta da Gestante e identificando os fatores socioculturais, demográficos e socioeconômicos relacionados à adesão ao pré-natal.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, com dados secundários coletados na pesquisa “Avaliação da cobertura e qualidade da atenção ao pré-natal e parto ofertada às mulheres indígenas na rede de atenção à saúde de Mato Grosso do Sul” a qual foi realizada em ambiente hospitalar. A pesquisa atende aos preceitos das Resoluções n. 466/2012 e n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (CAAE: 38400620.4.0000.8027 e parecer n. 4.970.421/2021).

A população estudada foi constituída a partir de um recorte de 65 mulheres indígenas que tiveram parto e/ou receberam atendimento pós-parto imediato, com filho nascido-vivo, de qualquer peso ou idade gestacional (IG), que participaram da pesquisa durante o período de 21 de novembro de 2021 a 24 de agosto de 2022.

Os critérios de inclusão adotados foram: ser mulher indígena, residir em área urbana do Estado do Mato Grosso do Sul, ter tido parto e/ou recebido atendimento pós-parto imediato em unidade hospitalar e/ou casa de parto vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), com nascido vivo de qualquer peso ou idade gestacional (IG) e portar a caderneta da gestante.

Tomou-se como critérios de exclusão mulheres indígenas com transtorno mental grave que interferisse na comunicação, aquelas que não estavam em posse da caderneta da gestante ou ficha perinatal durante sua internação hospitalar.

As variáveis relacionadas aos aspectos sociodemográficos pertinentes coletadas na entrevista com a mulher da pesquisa “Avaliação da cobertura e qualidade da atenção ao pré-natal e parto ofertada às mulheres indígenas na rede de atenção à saúde de Mato Grosso do Sul” foram: idade, etnia e município de moradia e se a renda familiar nos últimos 12 meses é proveniente de trabalho remunerado. Na caderneta da gestante foram coletados dados referentes à realização do pré-natal atual: trimestre gestacional de início do pré-natal, número de consultas, realização de teste rápido anti-sífilis, teste rápido anti-HIV, exame de VDRL/Sífilis (Venereal Disease Research Laboratory), hemograma, glicemia em jejum, exame de urina (EAS) e ultrassonografia. As vacinas dT (difteria e tétano), dTpa (difteria, tétano, pertussis) e HB (hepatite B) foram analisadas em conjunto de modo que a aplicação de todas as vacinas foi descrita como “adequada”. Da mesma forma foi analisada a prescrição de suplementação na gestação, com análise conjunta do uso de sulfato ferroso e ácido fólico; o uso de ambos foi descrito como “adequado”.

A adesão ao pré-natal considerou critérios propostos pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com início do pré-natal no primeiro trimestre gestacional, número mínimo de consultas igual a 7, prescrição sulfato ferroso e ácido fólico, vacinação da gestante composta por dT, dTpa e Hepatite B e, por fim a realização de exames: hemograma, EAS, VDRL, sorologia para HIV, glicemia em jejum e parasitológico de fezes. A presença de todas essas variáveis configura a adesão ao pré-natal.

A avaliação da associação entre a quantidade de consultas realizadas durante a gestação e as variáveis categóricas avaliadas neste estudo, foi feita por meio do teste do qui-quadrado, com correção de Bonferroni quando necessária. Já a comparação entre as gestantes com diferentes quantidades de consultas realizadas durante a gestação, em relação à variável idade, foi realizada por meio do teste ANOVA de uma via. Os demais resultados deste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas e gráfico. A análise estatística foi realizada por meio do programa estatístico SPSS, versão 23.0, considerando um nível de significância de 5%.

## **RESULTADOS**

A caracterização socioeconômica e demográfica das gestantes do presente estudo está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização das gestantes

<b>Variável</b>	<b>% (n) ou média±EPM</b>
<b>Etnia</b>	
Terena	66,2 (43)
Kaiowa e Guarani	29,2 (19)
Kadiwéu	4,6 (3)
<b>Cidade de residência</b>	
Campo Grande	35,4 (23)
Sidrolândia	15,4 (10)
Dourados	12,3 (8)
Miranda	7,7 (5)
Tacuru	6,2 (4)
Bodoquena	4,6 (3)
Amambai	3,1 (2)
Aquidauana	3,1 (2)
Caarapó	3,1 (2)
Nioaque	3,1 (2)
Dois Irmãos do Buriti	1,5 (1)
Iguatemi	1,5 (1)
Jardim	1,5 (1)
Terenos	1,5 (1)
<b>Idade (14 a 42 anos)</b>	<b>24,97±0,83</b>
<b>Trabalho remunerado</b>	
Sim	61,5 (40)
Não	38,5 (25)

EPM=Erro padrão da média.

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Das 65 gestantes indígenas, a maior parte delas era da etnia Terena (66,2% - n=43) e residiam em Campo Grande (35,4%- n=23), Sidrolândia (5,4% - n=10) e Dourados (12,3% - n=8). A idade das gestantes variou entre mínima de 14 e máxima de 42 anos, sendo a idade média de 24,97±0,83 anos (média±erro padrão da média).

Na Tabela 2 está apresentada a caracterização das gestantes com o início do acompanhamento, a quantidade de consultas durante a gestação, o exame de urina tipo I (EAS), o exame de fezes, o hemograma, o teste de glicemia e a dosagem de

hemoglobina.

Tabela 2: Caracterização das gestantes avaliadas nesse estudo, de acordo com o início do acompanhamento, a quantidade de consultas durante a gestação, o exame de urina tipo I (EAS), o exame de fezes, o hemograma, o teste de glicemia e a dosagem de hemoglobina.

Variável	% (n)
<b>Início do acompanhamento</b>	
No início da gravidez (1º trimestre – de 1 a 3 meses)	72,3 (47)
No meio da gravidez (2º trimestre – de 4 a 6 meses)	23,1 (15)
No fim da gravidez (3º trimestre – de 7 a 9 meses)	3,1 (2)
Não informado	1,5 (1)
<b>Consultas durante a gestação</b>	
1 a 3	12,3 (8)
4 a 6	29,2 (19)
7 ou mais	58,5 (38)
<b>Exame de urina tipo I (EAS)</b>	
Sim	84,6 (55)
Não	7,7 (5)
Não informado	7,7 (5)
<b>Exame de fezes</b>	
Sim	7,7 (5)
Não	26,2 (17)
Não informado	66,2 (43)
<b>Hemograma</b>	
Sim	80,0 (52)
Não	9,2 (6)
Não informado	10,8 (7)
<b>Teste de glicemia</b>	
Sim	80,0 (52)
Não	13,8 (9)
Não informado	6,2 (4)

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Para a maior parte das gestantes o início do acompanhamento aconteceu no primeiro trimestre de gestação (72,3% - n=47) e realizaram 7 ou mais consultas durante a gestação (58,5% - n=38). O exame de urina do tipo I (EAS) foi realizado pela maioria das gestantes (84,6% - n=55), no entanto, para a maior parte delas não há informações sobre o exame de fezes (66,2% - n=43). A maior parte das gestantes fez o exame de hemograma e o teste de glicemia durante o período da gestação (80,0% - n=52 para

ambos os exames). Quanto ao exame de hepatite B, apenas 44,6% (n=29) das gestantes realizaram.

A caracterização das gestantes de acordo com a realização de teste de sífilis, de HIV, da urocultura, do Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) e da sorologia para HIV, está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3: Caracterização das gestantes avaliadas nesse estudo, de acordo com a realização de teste de sífilis, de HIV, da cultura, do Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas (VDRL) e da sorologia para HIV.

<b>Variável</b>	<b>% (n)</b>
<b>Teste para sífilis</b>	
Sim	93,8 (61)
Não	1,5 (1)
Não informado	4,6 (3)
<b>Trimestre que foi testada para sífilis (n=61)</b>	
1º	47,5 (29)
2º	19,7 (12)
3º	6,6 (4)
1º e 3º	26,2 (16)
<b>Teste para HIV</b>	
Sim	95,4 (62)
Não	0,0 (0)
Não informado	4,6 (3)
<b>Trimestre que foi testada para HIV (n=62)</b>	
1º	48,4 (30)
2º	19,4 (12)
3º	6,5 (4)
1º e 3º	25,8 (16)
<b>Cultura</b>	
Sim	40,0 (26)
Não	21,5 (14)
Não informado	38,5 (25)
<b>Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas (VDRL)</b>	
Sim	69,2 (45)
Não	13,8 (9)
Não informado	16,9 (11)
<b>Trimestre que foi testado o VDRL (n=45)</b>	
1º	37,8 (17)
2º	20,0 (9)
3º	4,4 (2)
1º e 3º	37,8 (17)

<b>Sorologia para HIV</b>	
Sim	43,1 (28)
Não	10,8 (7)
Não informado	46,2 (30)
<b>Trimestre que foi feita a sorologia para HIV (n=28)</b>	
1º	39,3 (11)
2º	14,3 (4)
3º	7,1 (2)
1º e 3º	39,3 (11)

Nota: \* número de casos sem informação.

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

A grande maioria das gestantes fez o teste para sífilis (93,8% - n=61), no entanto apenas 26,2% (n=16) delas fizeram esse teste para sífilis no primeiro e no terceiro trimestre da gestação. A maioria das gestantes também fez o teste para HIV (95,4% - n=62), e apenas 25,8% (n=16) delas fizeram esse teste para HIV no primeiro e no terceiro trimestre da gestação. O exame de cultura foi realizado por 40,0% (n=26) das gestantes e para mais de um terço delas (38,5% - n=25) não havia informação sobre a realização desse exame.

A maioria das gestantes fez Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) (69,2% - n=45), sendo que entre estas o VDRL foi realizado principalmente entre o primeiro e o segundo trimestre da gravidez (57,8% - n=26). Ainda, 16,9% (n=11) delas fizeram esse estudo no primeiro e no terceiro trimestre da gestação. Quanto à sorologia para HIV, apenas 43,1% (n=28) fizeram esse exame, sendo que entre estas o teste foi realizado principalmente entre o primeiro e o segundo trimestre da gravidez (53,6% - n=15). Ainda, 39,3% (n=11) delas fizeram esse exame no primeiro e no terceiro trimestre da gestação.

Na Tabela 4 está apresentada a caracterização das gestantes avaliadas nesse estudo, de acordo com a realização de ultrassonografia obstétrica, da vacinação para dT, dTpa e hepatite B, situação do esquema vacinal e da utilização de suplementos.

Tabela 4: Caracterização das gestantes avaliadas nesse estudo, de acordo com a realização de ultrassonografia obstétrica, da vacinação para dT, dTpa e hepatite B, situação do esquema vacinal e da utilização de suplementos.

Variável	% (n) ou mediana (mínimo a máximo)
<b>Ultrassonografia obstétrica (USGO)</b>	
Sim	96,9 (63)
Não	0,0 (0)
Não informado	3,1 (2)
<b>Quantidade de USGO</b>	2 (1 a 6)
<b>Vacina dT</b>	
Imunizada há menos de 5 anos	33,8 (22)
Imunizada há mais de 5 anos	16,9 (11)
Sem informação de imunização	49,2 (32)
<b>Vacina dTpa</b>	
Sim	60,0 (39)
Não	3,1 (2)
Não informado	36,9 (24)
<b>Vacina hepatite B</b>	
Sim	44,6 (29)
Não	55,4 (36)
<b>Esquema vacinal</b>	
Adequado	29,2 (19)
Não adequado	15,4 (10)
Não informado	55,4 (36)
<b>Utilização de suplementos</b>	
Adequado	56,9 (37)
Não adequado	0,0 (0)
Não informado	43,1 (28)

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

A maioria das gestantes foi submetida à Ultrassonografia obstétrica (96,9% - n=63), sendo que a quantidade desse exame variou entre 1 e 6 exames durante o período, com mediana de 2 exames por gestante (Tabela 4).

Pouco mais da metade das gestantes recebeu a vacina dT (50,8% - n=33) e a dTpa (60,0% - n=39). O esquema vacinal foi adequado para apenas 29,2% (n=19) e 56,9% (n=37) das gestantes fizeram a utilização de suplementos durante a gestação.

Os resultados da avaliação da associação entre a quantidade de consultas realizadas durante a gestação e as variáveis cidade de residência, idade, trabalho remunerado, estão apresentados na Tabela 5.

Não houve associação significativa entre a quantidade de consultas realizadas durante a gestação e a cidade de residência das gestantes, quando consideradas as três cidades com maior número de gestantes (teste do qui-quadrado,  $p=0,515$ ). Também não houve diferença entre mulheres com diferentes quantidades de consultas durante a gestação, em relação à idade das mesmas (teste ANOVA de uma via,  $p=0,433$ ). O percentual de mulheres que tinham trabalho remunerado e que realizaram 7 ou mais consultas (72,5% -  $n=29$ ) foi maior do que o daquelas que não tinham trabalho remunerado e que também realizaram 7 ou mais consultas durante a gestação (36,0% -  $n=9$ ). O inverso foi observado entre as mulheres que realizaram entre 4 e 6 consultas durante a gestação (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni,  $p<0,05$ ). Estes resultados estão ilustrados na Figura 1.

Tabela 5: Resultados da avaliação da associação entre a quantidade de consultas realizadas durante a gestação e as variáveis cidade de residência, idade, trabalho anual.

Variável	Consultas durante a gestação			Valor de p
	1 a 3	4 a 6	7 ou mais	
<b>Cidade de residência</b>				
Campo Grande	17,4 (4)	30,4 (7)	52,2 (12)	0,515
Sidrolândia	0,0 (0)	20,0 (2)	80,0 (8)	
Dourados	12,5 (1)	37,5 (3)	50,0 (4)	
<b>Idade (anos)</b>	23,88±2,52	26,63±1,42	24,37±1,11	0,433
<b>Trabalho remunerado</b>				
Sim	7,5 (3) <sup>a</sup>	20,0 (8) <sup>b</sup>	72,5 (29) <sup>a</sup>	0,014
Não	20,0 (5) <sup>a</sup>	44,0 (11) <sup>a</sup>	36,0 (9) <sup>b</sup>	

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta), para as variáveis categóricas, ou ainda como média±erro padrão da média (idade). Valor de p no teste do qui-quadrado (variáveis categóricas) ou no teste ANOVA de uma via (idade). Letras diferentes na coluna indicam diferença significativa entre quem tinha e quem não tinha trabalho anual (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni,  $p<0,05$ ).

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

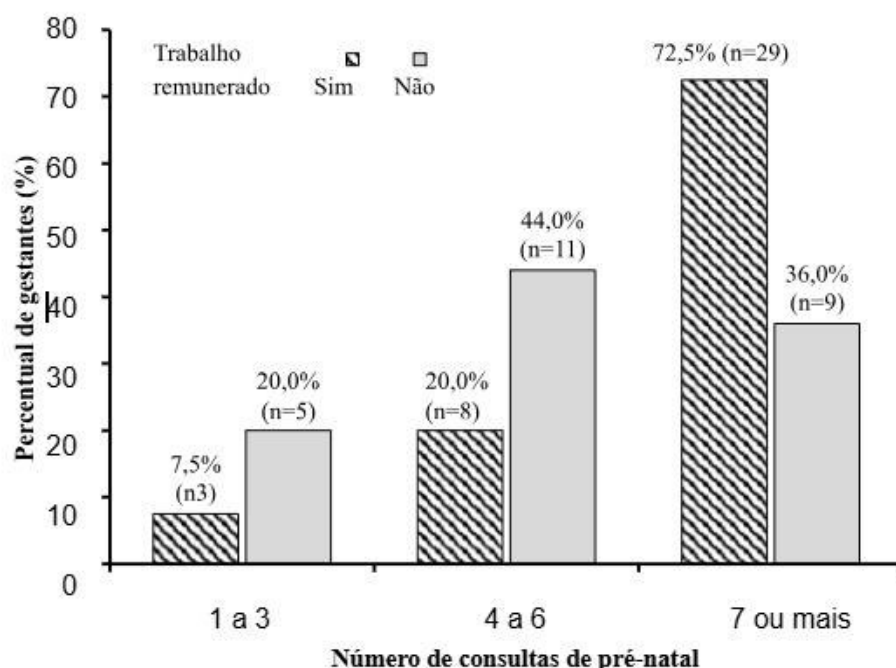


Figura 1: Percentual de gestantes, de acordo com o trabalho remunerado e a quantidade de consultas realizadas durante a gestação. \* Diferença significativa das gestantes que não tinham trabalho remunerado (teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni,  $p < 0,05$ ).

Na Tabela 6 estão apresentados os resultados da avaliação da associação entre a quantidade de consultas realizadas durante a gestação e as variáveis início do acompanhamento, exame de urina tipo I (EAS), exame de fezes, hemograma, teste de glicemia, teste de sífilis, HIV, cultura, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), sorologia para HIV, ultrassonografia obstétrica (USGO), esquema vacinal e utilização de suplementos.

Tabela 6: Resultados da avaliação da associação entre a quantidade de consultas realizadas durante a gestação e as variáveis início do acompanhamento, exame de urina tipo I (EAS), exame de fezes, hemograma, teste de glicemia, teste de sífilis, HIV, cultura, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), sorologia para HIV, ultrassonografia obstétrica (USGO), esquema vacinal e utilização de suplementos.

Variável	Consultas durante a gestação			Valor de p
	1 a 3	4 a 6	7 ou mais	
<b>Início do acompanhamento</b>				
1º trimestre	6,4 (3)a	25,5 (12)a	68,1 (32)a	
2º trimestre	26,7 (4)a	40,0 (6)a	33,3 (5)a	0,043
3º trimestre	50,0 (1)a	0,0 (0)a	50,0 (1)a	
<b>Exame de urina tipo I (EAS)</b>				
Sim	7,3 (4)	30,9 (17)	61,8 (34)	0,503

Não	20,0 (91)	40,0 (2)	40,0 (2)	
<b>Exame de fezes</b>				
Sim	16,3 (7)	25,6 (11)	58,1 (25)	0,494
Não	0,0 (0)	20,0 (1)	80,0 (4)	
<b>Hemograma</b>				
Sim	9,6 (5)	28,8 (15)	61,5 (32)	0,414
Não	16,7 (1)	50,0 (3)	33,3 (2)	
<b>Teste de glicemia</b>				
Sim	5,8 (3)	30,8 (16)	63,5 (33)	0,222
Não	22,2 (2)	33,3 (3)	44,4 (4)	
<b>Teste de sífilis</b>				
Sim	11,5 (7)	26,2 (16)	62,3 (38)	0,260
Não	0,0 (0)	100,0 (1)	0,0 (0)	
<b>Teste para HIV</b>				
Sim	11,3 (7)	27,4 (17)	61,3 (38)	-
<b>Cultura</b>				
Sim	11,5 (3)	15,4 (4)	73,1 (19)	0,160
Não	7,1 (1)	42,9 (1)	50,0 (7)	
<b>Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas (VDRL)</b>				
Sim	11,1 (5)	28,9 (13)	60,0 (27)	0,449
Não	0,0 (0)	44,4 (4)	55,6 (5)	
<b>Sorologia para HIV</b>				
Sim	10,7 (3)	25,0 (7)	64,3 (8)	0,934
Não	14,3 (1)	28,6 (2)	57,1 (4)	
<b>Ultrassonografia obstétrica (USGO)</b>				
Sim	9,5 (6)	30,2 (9)	60,3 (38)	-
<b>Esquema vacinal</b>				
Adequado	5,3 (1)	21,1 (4)	73,7 (14)	0,204
Não adequado	10,0 (1)	50,0 (5)	40,0 (4)	
<b>Utilização de suplementos</b>				
Adequado	8,1 (3)	35,1 (13)	56,8 (21)	-

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Houve associação significativa entre a quantidade de consultas realizadas durante a gestação e o trimestre de início da gestação (teste do qui-quadrado,  $p=0,043$ ), porém, na comparação entre as mulheres com início em diferentes trimestres da gestação, não houve diferença entre elas, em relação à quantidade de consultas (teste do qui-quadrado, com correção de Bonferroni,  $p>0,05$ ).

Por fim, não houve associação significativa entre a quantidade de consultas realizadas durante a gestação e as variáveis exame de urina tipo I (EAS), exame de fezes, hemograma, teste de glicemia, teste de sífilis, HIV, urocultura, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), sorologia para HIV, ultrassonografia obstétrica (USGO),

esquema vacinal e utilização de suplementos (teste do qui-quadrado, valor de p variando entre 0,160 e 0,934).

## DISCUSSÃO

As evidências atuais ressaltam a relevância do cuidado pré-natal como uma estratégia para diminuir os riscos à saúde materno-fetal, especialmente entre populações vulneráveis, como as mulheres indígenas. No Brasil, esse cuidado foi instituído através do método de atenção diferenciada, com a elaboração do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), que objetiva assegurar uma atenção compatível às especificidades socioculturais e demográficas dos povos indígenas (BRASIL, 2019). Contudo, tal modelo não contempla os indígenas urbanos, que são inseridos ao atendimento geral do SUS, revelando-se insuficiente para oferecer assistência à saúde eficaz e adequada a esses indivíduos (MENDES et al., 2018). Assim, torna-se fundamental investigar a adesão das gestantes indígenas ao acompanhamento pré-natal em contextos urbanos, a fim de aprimorar a atenção destinada a esta população.

O presente estudo possui limitações, como o reduzido tamanho da amostra ( $n = 65$ ), o que implica em um viés na generalização das conclusões. Além disso, por terem sido utilizados exclusivamente dados secundários, os achados são limitados pela ausência ou insuficiência de informações, especialmente nas cadernetas de saúde das gestantes, nas quais, por exemplo, 66,2% não continham registros de exames parasitológicos. O estudo adotou critérios para caracterizar a adesão ao acompanhamento pré-natal em comparação com diretrizes nacionais e internacionais (BRASIL, 2012; OMS apud BRASIL, 2022), constituindo uma de suas contribuições e, conseqüentemente, a análise. A pesquisa também acrescenta com o corpo de conhecimento existente ao direcionar o foco a uma população ainda pouco explorada na literatura de saúde pública, a população indígena urbana.

No que se refere ao número de consultas realizadas, 72,3% das participantes iniciaram o acompanhamento no primeiro trimestre da gestação e receberam sete ou mais consultas de pré-natal (58,5%), conforme a recomendação tanto do Ministério

da Saúde quanto da Organização Mundial da Saúde. Esses dados sugerem uma acessibilidade satisfatória aos serviços de saúde por parte desta população.

Quanto à frequência adequada de consultas, não foi observada adesão completa ao pré-natal (segundo a recomendação), incluindo o esquema vacinal completo, exames laboratoriais e suplementação, no entanto. Somente 29,2% das gestantes foram imunizadas adequadamente e apenas 44,6% tiveram a hemoglobina estimada. De fato, o percentual de testes solicitados para parasitologia fecal (7,7%) e sorologia para HIV (43,1%) também é muito baixo, demonstrando as lacunas nos cuidados. Esses resultados ressaltam a necessidade de perceber que, apesar da disponibilidade de serviços, a qualidade do cuidado pré-natal permanece comprometida, com problemas significativos para um cuidado completo. Essa lacuna na prática clínica parece estar ligada à ausência de protocolos especializados para a população indígena urbana, enquanto as diretrizes existentes visam a população em geral e desconsideram as peculiaridades socioculturais deste grupo.

Em relação ao trabalho remunerado foi observado uma relação com a frequência das consultas pré-natais ( $p = 0,014$ ). Isso indica que um nível socioeconômico mais elevado é favorável para acessar os serviços de saúde, provavelmente devido a maior autonomia, educação ou melhor integração no sistema urbano. Os achados corroboram com pesquisas anteriores, incluindo os de Garnelo et al. (2019), que destacam as contínuas iniquidades no acesso e qualidade do cuidado pré-natal vividas por mulheres indígenas. Já Mendes et al. destacam a necessidade de incorporar adaptações culturais aos cuidados para povos indígenas, e Guimarães et al. (2018) enfatizam que o apoio à atenção primária à saúde é um desafio genuíno no Brasil.

Este estudo confirma a necessidade de uma abordagem mais ampla para este grupo, dado que o cuidado ainda é fragmentado e pouco adaptado às especificidades culturais da gravidez no meio urbano. Esperava-se que a urbanização promovesse o acesso aos cuidados, no entanto, os dados indicam que o processo de urbanização, sem políticas especificamente projetadas para abordar a saúde dos povos indígenas, pode levar à invisibilidade das necessidades desse grupo social (Picoli, Cazola e Lemos, 2017).

Esta pesquisa é fundamental por se configurar como um dos poucos que evidenciam que, apesar de ser uma região com maior disponibilidade de serviços, mulheres indígenas ainda enfrentam obstáculos para receber acompanhamento pré-natal abrangente e de qualidade. Em síntese, nenhuma dessas mulheres se enquadra nos critérios do perfil que recebe atenção sob políticas sociais gerais, e suas especificidades socioculturais seguem sendo negligenciadas. Os resultados reforçam que as políticas públicas voltadas para povos indígenas em espaços urbanos devem ser reestruturadas, devendo incluir a formulação de diretrizes e protocolos específicos, e capacitação dos profissionais da saúde, considerando as particularidades culturais deste público.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa contribui na identificação das variáveis relacionadas ao cuidado prestado às gestantes indígenas urbanas, o que possibilita auxiliar gestores e profissionais no estabelecimento de políticas de cuidado direcionadas. Além disso, o estudo traz o contexto urbano, uma área menos comumente pesquisada no campo da saúde indígena. Considerando essa realidade, o estudo amplia a compreensão das formas de vulnerabilidades e demonstra a necessidade de políticas de saúde direcionadas, para territórios que se estendem além dos tradicionais territórios indígenas. Bem como, expõe lacunas que fornecem bases para novas pesquisas relacionadas à temática abordada.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**, Brasília, v. 53, n.20, p.20, maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Dia Internacional dos Povos Indígenas: SasiSUS é uma conquista**. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Pré-natal**. Brasília, 2022.

BRASIL. Portaria n.º 254, de 31 de Janeiro de 2002. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**, Ministro de Estado da Saúde. 31 jan. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS** / Ministério da Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

GARNELO, L. *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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, e00181318, p. 1-13, 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022: indígenas: primeiros resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

MENDES, A. M.; LEITE, M. S.; LANGDON, E. J.; GRISOTTI, M. **O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil**. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e184, 2018.

PICOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. O.; LEMOS, E. F. **Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015**. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 17, n. 1, p. 29-37, 2017.

ROWE, Philip. **Essential statistics for the pharmaceutical sciences**. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltda, 2007.

MENDES, A. M.; LEITE, M. S.; LANGDON, E. J.; GRISOTTI, M. **O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil**. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e184, 2018.

PICOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. O.; LEMOS, E. F. **Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015**. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 17, n. 1, p. 29-37, 2017.

ROWE, Philip. **Essential statistics for the pharmaceutical sciences**. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltda, 2007.